TÜRK PLASTİK
REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK
CERRAHİ DERNEĞİ
1961

47. Ulusal Kurultayı

15-19 EKİM 2025

Susesi Otel ve Kongre Merkezi
ANTALYA



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.plastikcerrahi2025.org

TPRECD YÖNETİM KURULU

BAŞKAN
DR. ŞÜKRÜ YAZAR

BAŞKAN YARDIMCISI
DR. ZEKERİYA TOSUN

GENEL SEKRETER
DR. ANIL DEMİRÖZ

BİLİMSEL İŞLER SORUMLUSU
DR. AHMET DEMİR

SAYMAN
DR. ŞAKİR ÜNAL

İNTERNET VE BÜLTEN/E-DERGİ SORUMLUSU
DR. SİNAN ÖKSÜZ

TTB-TARİHÇE VE ÜYELİK SORUMLUSU
DR. ÇETİN DUYGU

Bilimsel Kurul

ABDULLAH ÜNLÜ
AHMET BİÇER
AHMET DEMİR
AHMET DİLBER
AHMET FARUK YÜCEL
AHMET HAMDİ SAKARYA
AHMET SEYHAN
AKIN YÜCEL
ALİ MURAT AKKUŞ
ALİ RIZA ERÇÖÇEN
ALİ RIZA ÖREROĞLU
ALP ERCAN
ALPAY DURAN
ALPER AYTAÇ
ANIL DEMİRÖZ
ATİLLA ARINCI
AYDIN GÖZÜ
AYKUT ÖZPUR
BERRAK KARATAN
BİLGEN CAN
BORA EDİM AKALIN
BURAK DURMAZ
BURAK ERSEN
BURAK ÖZKAN
BURAK ERGÜN TATAR
BURAK SERCAN ERÇİN
BURAK YAŞAR
BURCU ÇELET ÖZDEN
ÇAĞLA ÇİÇEK
ÇETİN DUYGU
ÇİĞDEM ÜNAL
DAĞHAN DAĞDELEN
DENİZ KÖK
DİCLE YAŞAR AKSÖYLER
EBRU ŞEN
EBRU YÖRÜK
EMRAH ASLAN
EMRAH IŞIKTEKİN
EMRE GÖKÇE
ERDEM GÜVEN
ERDEM TEZEL
ERDEN ERKUT ERKOL
EREN TUNCER
ERHAN ERYILMAZ
ERMAN AK
EROL KOZANOĞLU
ERSOY KONAŞ
FATİH IRMAK
FATMA BİLGEN BEKERECİOĞLU
FERİT DEMİRKAN
FETHİ ORAK
FURKAN KARABULUT
GENCAY ÜSTÜN
GÖKÇE YILDIRAN
GÖKHAN TUNÇBİLEK
GÖKTEKİN TENEKECİ
GÜLSÜM ÇEBİ
GÜVEN OZAN KAPLAN
HAKAN BULAM
HAKAN GENCE
HAKAN ŞİRİNOĞLU
HALDUN KAMBUROĞLU
HALİL ŞAFAK UYGUR
HANDE AKDENİZ
HARUN ÇÖLOĞLU
HARUN KARADUMAN
HASAN MURAT ERGANİ
HAYATİ AKBAŞ
HÜSEYİN GÜNER
HÜSEYİN KANDULU
IŞIL AKGÜN DEMİR
İBRAHİM VARGEL
İSMAİL KURAN
KORAY COŞKUNFIRAT
MEHMET BAYRAMİÇLİ
MEHMET CÖMERT
MEHMET EMRE YEĞİN
MEHMET FATİH AKKOÇ
MEHMET FATİH OKYAY
MEHMET GENCER
MEHMET YAZAR
MERDAN SERİN
MERT CANLI
MERT ÇALIŞ
MERT DEMİREL
MERT ERSAN
METİN KEREM
METİN YAVUZ
MUHAMMET DOĞAN
MURAT DİYARBAKIRLIOĞLU
MURAT KARA
MUSTAFA AKYÜREK
MUSTAFA KESKİN
NİHAL DURMUŞ KOCAASLAN
OGUZ ÇÖRTÜK
OĞUZHAN DEMİREL
ONUR AKSOY
OSMAN AKDAĞ
OSMAN OYMAK
ÖMER BERKÖZ
ÖMER FARUK DİLEK
ÖZLENEN ÖZKAN
PERÇİN KARAKOL
RAFET ÖZBEY
RANA KAPUKAYA
SALİH EMRE ÜREGEN
SAVAŞ SEREL
SELAHATTİN ÖZMEN
SEMİH BAĞHAKİ
SERDAR EREN
SERDAR TUNCER
SERKAN ERBATUR
SEVGİ KURT
SİMAY ERŞAHİN
SİNAN ÖKSÜZ
SİNEM EROĞLU
SONER KARAALİ
SÜHAN AYHAN
SÜLEYMAN ÇEÇEN
SÜLEYMAN ÖZER
ŞAKİR ÜNAL
ŞEYDA GÜRAY
ŞÜKRÜ YAZAR
TURGUT KUYBULU
YAKUP AVŞAR
YASEMİN AYDINLI
YAVUZ TULUY
YİĞİT TİFTİKCİOĞLU
ZEKERİYA TOSUN
ZEKİ ÇELİK
ZEKİ GÜZEL
ZEYNEP AKDENİZ DOĞAN

Asistan Bildiri Yarışması Kurulu

Dr. Ali Rıza Erçöçen
Dr. Ömer Berköz
Dr. Ahmet Biçer
Dr. Zeynep Akdeniz Doğan

Uzman Araştırma Yarışması Kurulu

Dr. Ahmet Demir
Dr. Murat Livaoğlu
Dr. Kemalettin Yıldız

Uzman Araştırma Yarışması Hakemleri

Klinik
Asil
Dr. Erol Kesiktaş
Dr. Gaye Filinte
Dr. Mert Çalış
Dr. Yağmur Aydın
Dr. Mehmet Dadacı
Dr. Kamuran Zeynep Sevim

Yedek
Dr. Harun Çöloğlu
Dr. Tonguç İşgen

Deneysel
Asil
Dr. Yavuz Demir
Dr. Perçin Çaşkan
Dr. Şahin Alagöz
Dr. Muhammet Uraloğlu
Dr. Betül Gözel
Dr. Ömer Berköz

Yedek
Dr. Hakan Uzun
Dr. Murat Sinan Engin

UZMAN ARAŞTIRMA YARIŞMASI

KLİNİK DAL BİRİNCİSİ:

Ayaktan Ele Parmak Transferi: Nöroplastisite ve Fonksiyonel Sonuçların EEG Tabanlı Değerlendirmesi

Burak Yaşar[1], Gülsüm Akdeniz[2], Nur Efşan Akıncı[2], Hasan Murat Ergani[1], Arslan Güvendik[1], *Harun Güleç[1], Tibet Kaan Yolsal[1]*
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyofizik Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ ve AMAÇ: Başparmak rekonstrüksiyonu, yalnızca periferik onarım değil, kortikal reorganizasyon gerektiren bir süreçtir. Ayaktan ele parmak transferi (PT) sonrası erken görsel işlemleme ve multisensoriyel bütünleşmenin nasıl değiştiğine dair karşılaştırmalı EEG verisi sınırlıdır. Bu çalışma ayaktan ele ayak ikinci parmağı transferi sonrası beynin plastisite mekanizmalarını anlamaya yönelik özgün bir katkı sağlamayı, kortikal adaptasyonun objektif olarak ortaya konulmasına imkân tanımayı ve elde edilen verilerle postoperatif rehabilitasyon stratejilerinin geliştirilmesine ışık tutmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Çalışmaya, başparmak ezilme yaralanması sonrasında başparmak amputasyonu olan ve replantasyon ameliyatı başarılı olmayan ve akut olarak ayak ikinci parmağının ele transferiyle başparmak rekonstrüksiyonu yapılan, ayaktan ele parmak transferi sonrasında 6. ayını dolduran 4 yetişkin (PT grubu) ve 4 sağlıklı yetişkin (kontrol grubu) olmak üzere toplam 8 katılımcı dâhil edildi. EEG ve pareidolia ile testleriyle hastaların beyin haritaları çıkartılarak, kortikal aktivasyon alanları belirlendi ve N170 değeri bulundu, hasta bildirimli fonksiyonel sonuçların (MHQ, QuickDASH) skorlarıyla karşılaştırıldı.

BULGULAR: N170 latansında grup açısından anlamlı bir fark ortaya koymuştur. PT grubunda latans değerleri sağlıklı gruba kıyasla belirgin şekilde uzamıştır ($p = 0,038$, $\eta^2p = 0,34$).Hastaların fonksiyonel değerlendirmeleri incelendiğinde, QuickDASH skorları 12 ile 36 arasında değişmekte olup ortalama ± standart sapma 21.75 ± 10.14 olarak bulunmuştur. MHQ genel skorları 75 ile 100 arasında değişmiş, ortalama ± standart sapma 93.3 ± 10.6 olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Yüz tanıma ile ilişkili en iyi tanımlanmış bileşenlerinden biri olan N170, aynı zamanda beden algısı ve yeni eklenen yapılarla ilgili proprioseptif bütünleşmede de duyarlı bir göstergedir. Bizim çalışmamızda PT grubunda N170 latansının anlamlı şekilde uzaması yeni oluşturulan başparmağın beyin tarafından benimsenme sürecinde görsel geri bildirim ile kinestetik algı arasındaki eşgüdümün zayıfladığını, kortikal reorganizasyonun yalnızca sensörimotor değil, aynı zamanda görsel-kinestetik alanları da içine alan geniş bir nöroplastisite sürecinin beyinde devam ettiğini göstermektedir. Bu sonuçlar, rekonstrüktif cerrahi sonrası rehabilitasyon stratejilerinde kortikal adaptasyon süreçlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini ve nörofizyolojik değerlendirmelerin klinik çıktılara önemli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ayaktan Ele Parmak nakli, EEG, Nöroplastisite,

KLİNİK DAL İKİNCİSİ:

Alloplastik Mikrotia Rekonstrüksiyonunda Cilt İnsizyonlarına Algoritmik Yaklaşım

Erden Erkut Erkol[1], Ahmet Rıfat Doğramacı[2]
[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Elbistan Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

GİRİŞ ve AMAÇ: Poröz Polietilen (PPE) mikrotia rekonstrüksiyonunda, implantın temporoparietal fasya ve cilt greftleri ile uyumlu bir şekilde örtülmesi, estetik kulak formunun oluşturulmasında önemli bir cerrahi zorluktur. Otolog tekniklerde mikrotia alt tipine göre insizyon şekilleri iyi tanımlanmış olmasına rağmen, alloplastik rekonstrüksiyonda cilt insizyonlarının planlanmasına yönelik sistematik bir yaklaşım henüz geliştirilmemiştir. Bu çalışmanın amacı, PPE mikrotia rekonstrüksiyonunda estetik sonuçların en iyi düzeye ulaştırılması ve cerrahi planlamada bir standart oluşturulması için, mikrotia alt tiplerine dayalı yeni bir cilt insizyon algoritması geliştirmek ve cerrahi sonuçları değerlendirmektir.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Bu çalışma, Ekim 2023 ile Haziran 2024 tarihleri arasında PPE mikrotia rekonstrüksiyonu uygulanan 15 hastayı (16 kulak) içermektedir. Cerrahi insizyonlar, mikrotia alt tiplerine özgü bir algoritma kullanılarak seçildi. Evre 1, 2 ve 3 mikrotia olgularında orta hat insizyonu; evre 4 ve bilateral olgularda ise perimastoid insizyon tercih edildi. Erişkin hastalar Glasgow Benefit Inventory (GBI), pediatrik hastalar ise Glasgow Children's Benefit Inventory (GCBI) ile preoperatif ve postoperatif 6. ayda değerlendirildi. Tüm hastalara, postoperatif 6. ayda Auriküler Rekonstrüksiyon Değerlendirme Ölçeği uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 16 kulağın 9'u orta hat insizyonu, 7'si ise perimastoid insizyon ile rekonstrükte edildi. Postoperatif dönemde GBI ve GCBI skorlarında anlamlı bir artış gözlendi ($p < 0,05$). Preoperatif GBI ve GCBI skorları anlamlı şekilde farklıydı ($p < 0,05$). Auriküler Rekonstrüksiyon Değerlendirme Ölçeği ortalama skorları: kulağın genel görünümü 4,30 ± 0,16, kulağın estetik alt birimleri 4,05 ± 0,12, işlevsel değerlendirme ve alıcı saha 4,40 ± 0,29 ve görünüm algısı ile sosyal etkileşim 4,80 ± 0,13 olarak bulundu. Üç hastada alloplastik materyalin açığa çıkmasına bağlı olarak revizyon cerrahisi gerekti. Tüm vakalar sekonder fasya flepleri ile başarıyla tedavi edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: PPE tabanlı alloplastik mikrotia rekonstrüksiyonuna yönelik, mikrotia alt tiplerine dayalı olarak geliştirilen yeni cilt insizyon algoritması; temporoparietal fasyanın örtülmesi için gereken deri grefti ihtiyacını azaltmakta, postauriküler sulkus derinliğini artırmakta ve estetik görünüme bağlı psikolojik ve sosyal memnuniyeti yükseltmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mikrotia, Poröz Polietilen, Cilt İnsizyonu, İnsizyon Algoritması, Alloplastik Mikrotia

DENEYSEL DAL BİRİNCİSİ

Temporomandibular Eklem Rekonstrüksiyonunda Anatomik Uyumun Anahtarı: Dördüncü Kostokondral Eklem İle Yenilikçi Serbest Flep Tasarımı

Servet Elçin Alpat[1], Mehmet Aydın[2], Burak Kaya[1], Halil İbrahim Açar[2]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Travma, tümör, displastik hastalıklar, osteoradyonekroz ve atrofi nedeniyle oluşan mandibula defektlerinin rekonstrüksiyonunda serbest fibula flebi altın standarttır. Ancak kondil rekonstrüksiyonu için henüz ideal bir yöntem olarak gösterilmemiştir. Bu anatomik çalışma, kostokondral eklemin vaskülarizasyonunu tanımlayarak temporomandibular eklem ve kondil rekonstrüksiyonuna cerrahi açıdan uygulanabilir bir yaklaşım önermektedir.

Yöntem: Planlanan prosedür için 4. kostanın uygunluğunu değerlendirmek üzere bir taze-dondurulmuş ve altı formalinle fikse edilmiş kadavra disseke edildi. Çift taraflı internal torasik damarlar ve kostokondral eklemleri çevreleyen dallar tespit edildi. Dördüncü kostokondral eklem flebi, eklem yüzeyi ve perikondral vaskülarite korunarak dikkatlice diseke edildi. Maksimum flep ve pedikül uzunluğu, dijital kumpas kullanılarak hassas biçimde ölçüldü. Vasküler anatomi ayrıca taze-dondurulmuş bir kadavrada radiopak lateks enjeksiyonu ve floroskopik görüntüleme ile incelendi. Flebin temporomandibular eklem rekonstrüksiyonu için uygunluğu, kadavranın orijinal temporomandibular eklemi cerrahi olarak çıkartılarak ve elde edilen defekte kostokondral eklem flebi yerleştirilerek test edildi.

Bulgular: Dördüncü kostokondral ekleme giden dominant pedikülün internal torasik damarların perforatörleri olduğu gösterildi. Ortalama pedikül uzunluğu 4,7 cm olarak bulundu; bu uzunluğun boyundaki alıcı damarlara ulaşmak için yeterli olduğu belirlendi. Dördüncü kostokondral eklem ile glenoid fossası arasındaki uyumluluk doğrulandı.

Sonuç: Bu çalışma, dördüncü kostokondral eklem flebinin temporomandibular eklem ve kondil rekonstrüksiyonu için umut verici bir serbest flep tekniği olduğunu göstermektedir. Flep, anastomoz bölgesinde ideal pedikül pozisyonu, uzunluğu ve vasküler çap uyumu sunarak zorlu temporomandibular eklem bölgesinde uygulanabilir bir yöntem olmaktadır. Bu yaklaşım, kondil rekonstrüksiyonunda önceki sınırlamaları ele alarak rekonstrüktif cerrahın seçeneklerine yeni bir alternatif eklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Kondil rekonstrüksiyonu, Mandibula, Kosta, Temporomandibular eklem, Kostokondral eklem flebi

DENEYSEL DAL İKİNCİSİ:

Kaş Kaldırmada Diseksiyon Düzlemlerinin Histolojik ve Biyomekanik Olarak Karşılaştırılması: Klinik Uygulamalara Işık Tutan Deneysel Bir Tavşan Modeli

Serhat Şibar[1], Muzaffer Duran[1], Sami Can Yeşilırmak[1], Elif Naz Perdeci[2], Fatma Kubra Erbay Elibol[2], Süheyla Esra Özkoçer[3], *Bilge Kaan Ismail[4]*
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi A.d, Ankara, Türkiye
[2]Tobb Ekonomi Ve Teknoloji Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Biyomedikal Mühendislik Bölümü, Ankara, Türkiye
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Ve Embriyoloji A.d, Ankara, Türkiye
[4]Erzurum Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi A.d, Erzurum, Türkiye

Giriş: Kaş kaldırma cerrahisinde tercih edilen diseksiyon düzlemleri arasında subkutan, subgaleal ve subperiosteal planlar farklı biyomekanik ve histolojik özellikler göstermektedir. Bu çalışmada, üç farklı diseksiyon düzleminin doku iyileşmesi ve mekanik dayanım açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metot: Yeni Zelanda beyaz tavşanları kullanılarak oluşturulan bu deneysel modelde, her biri sekizer denekten oluşan üç grupta sırasıyla subkutan, subgaleal ve subperiosteal diseksiyonlar uygulandı. On iki haftalık iyileşme süreci sonunda elde edilen doku örneklerinin bir kısmı histolojik inceleme için, diğer kısmı ise statik çekme testiyle biyomekanik değerlendirme için kullanıldı. Epidermis, dermis, SMAS ve periost kalınlıkları ImageJ yazılımı ile ölçülerek kantitatif analizler gerçekleştirildi. Biyomekanik parametreler arasında maksimum yük, rijidite ve akma yükü hesaplandı.

Bulgular: Histolojik analizlerde, tüm gruplarda doku bütünlüğünün korunduğu, fibrotik skar gelişmediği ve kollajen organizasyonunun benzer olduğu gözlemlendi. Sadece epidermis/dermis oranı bakımından kontrol grubuyla subgaleal ve subperiosteal gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$). Biyomekanik testlerde subperiosteal diseksiyon hem maksimum yük hem rijidite hem de akma yükü açısından diğer düzlemlere göre anlamlı üstünlük gösterdi ($p<0.05$).

Sonuç: Bu veriler, subperiosteal planın uzun vadeli mekanik stabilite açısından avantajlı olduğunu ortaya koyarken, subkutan planın daha fizyolojik bir iyileşme süreciyle öne çıktığını göstermektedir. Diseksiyon düzlemi seçimi, hastanın doku özellikleri ve cerrahi hedeflerle uyumlu şekilde bireyselleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Biyomekanik analiz, diseksiyon planı, histolojik değerlendirme, kaş kaldırma, subkutan yaklaşım

ASİSTAN BİLDİRİ YARIŞMASI

KLİNİK

Karpometakarpal Eklem Osteoartritinde Eklem İçi Kortikosteroid, Otolog Yağ, Trombositten Zengin Plazma (PRP) ve PRP-Otolog Yağ Kombinasyonu Enjeksiyonlarının Karşılaştırılması

Güneş Sönmez Bayram[1], Etkin Boynuyoğun[1], Cevriye Mülkoğlu[2], Nadide Koca[2], Uğur Koçer[1]

[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktüf ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

GİRİŞ

Birinci karpometakarpal (KMK) eklem osteoartriti, özellikle menopoz sonrası, ileri yaş kadınlarda daha sık görülen; ağrı ve fonksiyonel kısıtlılık ile karakterize, yaygın ve progresif seyirli bir dejeneratif eklem hastalığıdır. Konservatif tedaviler, genellikle geçici semptomatik rahatlama sağlarken; cerrahi girişimler, ileri evre olgular için saklı tutulmaktadır. Nitekim cerrahinin eklem anatomisini geri dönüşsüz olarak değiştirmesi, uzun iyileşme süresi ve komplikasyon riski, her hasta için bu yaklaşımı uygun kılmamaktadır. Bu sebepledir ki, minimal invaziv tedavi stratejileri giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Kortikosteroid enjeksiyonları, hızlı analjezik etkileri ve poliklinik koşullarında kolay uygulanabilirlikleri nedeniyle sık tercih edilmekle birlikte, rejeneratif kapasitelerinin ve etkinlik sürelerinin sınırlı olduğu bilinmektedir. Trombositten zengin plazma (PRP), içerdiği yüksek konsantrasyondaki büyüme faktörleri aracılığıyla doku iyileşmesini ve antiinflamatuar yanıtı destekleyerek, daha uzun süreli semptom kontrolü sağlayabilmektedir. Otolog yağ enjeksiyonu ise eklem içinde hem mekanik bir yastıklama etkisi hem de mezenkimal kök hücrelerin kondroprotektif ve rejeneratif potansiyeli sayesinde dejeneratif eklem rahatsızlıklarında giderek daha fazla ilgi görmektedir. Klinik çalışmalarda da otolog yağ enjeksiyonunun diz, kalça, ayak bileği eklemleri gibi farklı anatomik bölgelerde güvenle uygulanabildiği, uzun dönem takiplerde ağrı ile fonksiyon kaybında anlamlı iyileşme sağladığı rapor edilmiştir. PRP ile kombine otolog yağ uygulaması, her iki tedavi modalitesinin sinerjik etkilerini birleştirerek eklem biyolojisini ve fonksiyonunu daha kapsamlı şekilde destekleme potansiyeline sahiptir. Bununla birlikte, bu kombine tedavinin KMK ekleme uygulanması ile ilgili çalışmalar literatürde sınırlıdır.

Bu bağlamda çalışmamız, Eaton-Littler evre 2-3 KMK eklem osteoartriti tanılı hastalarda dört farklı eklem içi tedavi yönteminin —kortikosteroid, PRP, otolog yağ ve otolog yağ+PRP kombinasyonu— klinik, radyolojik ve hasta memnuniyeti üzerinden etkinliklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hasta Seçimi

Ocak 2022 – Aralık 2024 tarihleri arasında birinci parmak KMK eklem osteoartriti tanısıyla tedavi edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı, klinik muayene bulguları ve direkt grafilerdeki kriterler doğrultusunda Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hekimleri ile birlikte konuldu. Hastalık evresi Eaton–Littler sınıflamasına göre belirlendi. Dahil edilme kriterleri; Eaton–Littler evre 2–3 hastalık varlığı, konservatif tedavilere rağmen persistan ağrı yakınması ve en az 12 aylık klinik takip bulunması olarak tanımlandı. Daha önce aynı ekleme yönelik cerrahi öyküsü olan, başparmak bölgesinde majör travmatik kırık, inflamatuvar artropati, eksik kayıtları bulunan olgular çalışmadan dışlandı.

Tedavi Grupları ve Uygulama Teknikleri

Enjeksiyon öncesinde tüm olgularda KMK eklem aralığı palpasyon ve ultrasonografi eşliğinde lokalize edildi. Hastalar, uygulanan eklem içi tedaviye göre dört gruba ayrıldı:

1.Kortikosteroid: Ayaktan tedavi koşullarında,

1 mL metilprednizolon asetat enjekte edildi.

2.PRP: Antekübital venden 10 mL venöz kan alındı, 3000 rpm'de 3 dakika santrifüj sonrası 1 mL PRP uygulandı.

3.Otolog yağ (nanofat): Donör saha olarak alt abdominal bölge seçildi. Tumesan infiltrasyonu sonrası yaklaşık 10 mL yağ dokusu aspire edildi. Lipoaspirat, mekanik emulsifikasyon yöntemiyle nanofat formuna getirildi ve künt uçlu kanül aracılığıyla 1 mL eklem içine enjekte edildi.

4.PRP + otolog yağ: PRP ve nanofat eşit hacimlerde (0,5 mL + 0,5 mL) hazırlandı, enjeksiyondan hemen önce homojenize edildi ve eklem içine uygulandı.

Klinik ve Fonksiyonel Değerlendirme

Demografik ve klinik veriler hastane sisteminden elde edildi. Ağrı düzeyi Vizüel Analog Skala (VAS), fonksiyonel durum Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (QuickDASH) ve Functional Index for Hand Osteoarthritis (FIHOA) ölçekleri ile değerlendirildi. Kavrama kuvveti Grip dinamometre, parmak arası kavrama kuvveti ise pinchmetreyle ölçüldü. Eklem hareket açıklığı (fleksiyon, ekstansiyon, abdüksiyon) fizik muayene ile değerlendirildi. Tüm değerlendirmeler tedavi öncesinde, 1. ay ve 12. ayda tekrarlandı.

Radyolojik Değerlendirme

Takiplerde çekilen standart radyografiler üzerinden eklem aralığı mesafesi ölçüldü, tedavi öncesi ve 12. ay ölçümleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Grupların tedavi öncesi bulguları karşılaştırıldığında, eklem hareket açıklıkları, Pinch, Grip, QuickDASH, FIHOA ve VAS parametreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir (Kruskal–Wallis testi, $p > 0.05$).

VAS skorlarında, tüm gruplarda 1. ayda tedavi öncesine göre anlamlı azalma izlendi. En belirgin azalma steroid grubunda gözlendi ($p = 0.021$). Grupların kendi içinde karşılaştırmalı analizi incelendiğinde steroid grubunun PRP, otolog yağ ve PRP+otolog yağa göre post-hoc analizlerde PRP ($p = 0.045$), Otolog Yağ ($p = 0.032$) ve PRP+Otolog Yağ ($p = 0.027$) gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı üstünlüğü saptandı. Ancak steroid grubundaki 1. aydaki kazanım, 12. ayda tedavi öncesine yaklaşmasıyla etkinlikte belirgin bir düşüş sergilemiştir. Steroide göre 1. ayda daha sınırlı bir azalma izlemiş olan PRP grubunun 12. ay takiplerinde ağrı skorları steroid grubuna kıyasla daha düşük düzeyde seyretti. PRP grubunun sağladığı analjezik etki ise otolog yağ ($p = 0.028$) ve PRP+otolog yağ ($p = 0.017$) gruplarına göre daha düşük düzeyde kaldı.

Fonksiyonel durum ve yaşam kalitesine ilişkin verileri içeren Ouick DASH, Pinch Test, Grip Strength ve FIHOA anketlerinden elde edilen 1. ay sonuçlarında tedavi öncesine göre tüm gruplarda iyileşme saptandı. Ancak gruplar birbirleri arasında kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. 12. Ay kontrol sonuçları incelendiğinde, en düşük skoru ve tüm gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı üstünlüğü PRP+otolog yağ grubu sağladı($p < 0.001$). Diğer gruplar arasında otolog yağ grubu, PRP'ye kıyasla daha yüksek iyileşme sağlarken; steroid grubu en düşük etkinliği göstermiştir.

Eklem hareket açıklıklarında, tüm gruplarda 1. ayda sınırlı bir artış izlendi; ancak bu kazanım steroid ve PRP grubunda 12. ayda devam etmedi ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0.128$). Otolog yağ ve PRP+otolog

yağ grubunda ise 12. ayda eklem hareketlerinde belirgin bir iyileşme kaydedildi. En belirgin kazanım PRP+otolog yağ grubunda izlendi(p = 0.007).

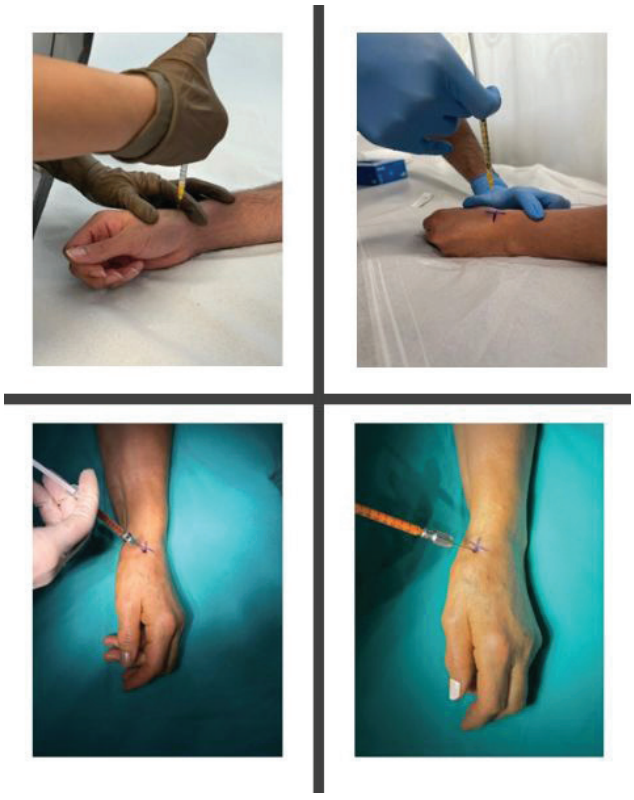
Radyografik verilerde steroid ve PRP gruplarında 12. ay verileri tedavi öncesiyle kıyaslandığında eklem aralığındaki daralmanın devam ettiği gözlendi (p=0.021 ve p=0.119). Bu bulgu, hastalığın doğal progresyonunu yansıtmakta olup, steroid ve PRP enjeksiyonlarının yapısal koruyucu bir etki sağlamadığını desteklemektedir. Buna karşın Otolog yağ grubunda 12. ayda eklem aralığının anlamlı düzeyde korunduğu (p = 0.008) izlendi. PRP+otolog yağ grubunda ise 12. ayda en belirgin yapısal korunma ve artış eğilimi saptandı (p = 0.002).

SONUÇ

Bu çalışmada, KMK eklem osteoartritinde uygulanan dört farklı enjeksiyon yöntemi karşılaştırılmıştır. Steroid enjeksiyonlarının kısa vadede etkili olduğu; PRP uygulamasının ağrı ve fonksiyonel skorlar açısından steroidden daha iyi olmakla birlikte yapısal koruyucu etkisinin sınırlı olduğu belirlenmiştir. Otolog yağ enjeksiyonlarının, eklem aralığının korunması ve fonksiyonel iyileşme üzerinde anlamlı ve daha uzun süreli bir fayda sağladığı gözlemlenmiştir. En belirgin yapısal ve klinik iyileşme ise PRP ile otolog yağ kombinasyonunda elde edilmiş; bu yaklaşım, KMK eklem osteoartritinde biyolojik tedavi seçenekleri arasında klinik uygulamalarda değerlendirilmeye değer, umut vadeden bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Karpometakarpal eklem osteoartriti (KMK), Kortikosteroid, Nanofat, Otolog yağ, Trombositten, zengin plazma (PRP)

Birinci Parmak KMK Eklemine Yapılan Enjeksiyonların Uygulama Görselleri



Sol üstte kortikosteroid, sağ üstte PRP, sol altta otolog yağ ve sağ altta PRP+otolog yağ enjeksiyonuna ait intraoperatif görüntüler sunulmuştur.

VAS, Quick Dash ve FIHOA Skorları

Gruplar	VAS-İşlem Öncesi	VAS-1. Ay Kontrol	VAS-12. Ay Kontrol	Ouick Dash-İşlem Öncesi	Ouick Dash-1. Ay Kontrol	Ouick Dash-12. Ay Kontrol	FIHOA-İşlem Öncesi	FIHOA-1. Ay Kontrol	FIHOA-12. Ay Kontrol
Kortikosteroid	8	4.2	7.5	45	25	41	11.2	8.25	10.9
PRP	8.1	6.1	6.5	46	32	38	11.4	9	8.3
Otolog Yağ	7.9	5.6	4.3	47	30	26	10.9	8.8	5.1
Otolog Yağ+ PRP	8.2	5.1	3.9	46	28	22	11.4	8.7	4.3

Hastaların işlem öncesi, 1. ay ve 12. ay kontrolüne ait VAS, QuickDASH ve FIHOA skorları gösterilmiştir.

Kraniyomaksillofasyal cerrahi

Blow-out Fraktürlerinin Onarımında Titanyum ve Polikaprolakton Mesh Karşılaştırılması: 112 Hastanın Klinik ve Cerrahi Sonuçlarının Uzun Dönem Analizi

Canberk Buçin, Etkin Boynuyoğun, Mehmet Arda Yavuz, Uğur Koçer

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Orbital blow-out fraktürleri, genellikle künt travma sonrası ortaya çıkan ve orbital tabanı veya medial duvarı içeren yaygın ve klinik önemi yüksek travmatik yaralanmalardır. Bu fraktürler, tedavi edilmediğinde göz küresinin içeri çökmesi (enoftalmi), çift görme (diplopi) ve ekstraoküler hareket kısıtlılığı gibi hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren hem fonksiyonel hem de estetik sorunlara yol açabilir. Özellikle çocuk hastalarda görülen "trapdoor" tipi kırıklarda, inferior rektus kası gibi periorbital dokuların kırık hattına sıkışması, acil cerrahi müdahale gerektiren ciddi bakış kısıtlılıklarına ve okülo-kardiyak refleksin tetiklenmesiyle sistemik semptomlara neden olabilir. Patogenezde kabul gören iki temel mekanizma bulunur: Göz küresine gelen darbenin yarattığı iç basınçla tabanın patladığı "hidrolik teori" ve kuvvetin doğrudan kemik kenarından iletildiği "bükülme teorisi". Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (BT), cerrahi planlamanın temelini oluşturan birincil tanı yöntemidir. Bu kırıkların cerrahi tedavisindeki temel amaç, herniye dokuları serbestleştirmek ve orbital hacmi restore ederek anatomik bütünlüğü yeniden sağlamaktır. Bu hedefe ulaşmada, orbital duvarı desteklemek için kullanılan rekonstrüksiyon materyalinin seçimi hayati önem taşır.

Literatürde otolog, allojenik ve alloplastik olmak üzere çeşitli materyaller tanımlanmıştır. Otolog greftler (kemik, kıkırdak) mükemmel biyouyumluluk sunsa da, ikinci bir cerrahi alana ihtiyaç duyulması ve buna bağlı donör saha morbiditesi (ağrı, enfeksiyon, skar) riski nedeniyle kullanımları sınırlıdır. Bu nedenle, günümüzde sentetik olarak üretilen alloplastik implantlar daha yaygın olarak tercih edilmektedir. Bu implantlar, kalıcı (emilemeyen) titanyum meshler ve geçici (emilebilen) polikaprolakton (PCL) gibi biyobozunur polimerler olarak iki ana gruba ayrılır. Bu iki grup, cerraha farklı avantajlar sunarak bir klinik ikilem yaratır: Titanyumun sunduğu kalıcı mekanik stabiliteye karşılık, PCL'nin sunduğu uzun dönemde yabancı cisim bırakmama ve buna bağlı potansiyel komplikasyon risklerini (enfeksiyon, ekstrüzyon) ortadan kaldırma avantajı. Titanyum, üstün rijitliği ve yapısal desteği ile "altın standart" olarak kabul edilirken; polikaprolakton gibi emilebilen materyallerin, özellikle geniş defektlerde uzun dönemde yeterli yapısal desteği sağlayıp sağlayamadıkları konusundaki tartışmalar devam etmektedir. Bu çalışmada, bu iki temel materyal grubunun uzun dönemdeki etkinlikleri

ve komplikasyon profilleri, geniş bir hasta serisi üzerinde retrospektif karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Yöntem ve Gereçler

Bu retrospektif karşılaştırmalı çalışma, 01.01.2018 – 31.12.2024 tarihleri arasında kliniğimizde izole orbital blow-out fraktürü tanısıyla opere edilen 112 hastanın verilerinin incelenmesiyle yürütülmüştür. Çalışma için etik kurul onayı alınmış ve tüm prosedürler Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Dahil etme kriterleri; (1) izole blow-out fraktürü tanısı, (2) onarımda titanyum veya polikaprolakton mesh kullanılmış olması ve (3) en az 6 aylık postoperatif takip süresine sahip olmaktı. Eşlik eden diğer fasiyal kemik kırıkları bulunanlar, daha önce orbita cerrahisi geçirenler ve verileri eksik olanlar çalışmadan dışlanmıştır.

Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, travma etiyolojisi ve fraktür özellikleri kaydedilmiştir. Fraktür tipleri, tomografik görüntülere göre deplase, trapdoor, blow-out ve minimal deplase olarak sınıflandırılmıştır. Primer sonuç ölçütleri, postoperatif dönemde devam eden diplopi, enoftalmi, ekstraoküler hareket kısıtlılığı ve diğer cerrahi komplikasyonlardı. Tüm hastaların tanı ve takibi, yüksek çözünürlüklü maksillofasiyal bilgisayarlı tomografi (BT) ile yapılmıştır. Klinik değerlendirme, Snellen görme kartı ile yapılan görme keskinliği muayenesini, "worm's-eye" (alttan yukarı bakış) perspektifiyle yapılan subjektif enoftalmi değerlendirmesini ve ameliyat sırasında uygulanan oküler duksiyon testlerini içermekteydi. Bu testler, kas sıkışmasının cerrahi olarak tamamen giderildiğinden emin olmak için kritik bir adımdı. Cerrahi endikasyonlar, kas sıkışması, kalıcı diplopi veya belirgin enoftalmi varlığına dayanılarak konulmuştur. Tüm hastalara transkonjunktival yaklaşımla müdahale edilmiştir. İmplantlar defektin boyutuna göre şekillendirildi, kemik kenarına stabil bir şekilde oturtuldu ve gerekli durumlarda fiksasyon uygulandı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 112 hastanın 95'i erkek (%84,8), 17'si kadındı (%15,2). Ortalama yaş 37,6 ± 16,4 (dağılım: 4-78) ve ortalama takip süresi 38,4 ± 22,1 aydı. En sık travma etiyolojisi darp (%50) olarak saptandı. Kırık tiplerinin dağılımında en sık deplase fraktürler (47 hasta) yer almaktaydı. Bunu sırasıyla trapdoor (25 hasta), blow-out (22 hasta) ve minimal deplase fraktürler (18 hasta) izledi. Başvuru anında diplopi, hareket kısıtlılığı ve bulantı/kusma gibi semptomların, trapdoor fraktürü ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu görüldü ($p<0.05$).

Hastalar kullanılan implanta göre iki gruba ayrılmıştır: Titanyum (Grup 1, n=60) ve polikaprolakton (Grup 2, n=52). Çalışmanın ana bulgusu, iki implant grubu arasında postoperatif komplikasyon oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamasıydı. Cerrahi müdahalenin fonksiyonel sonuçlar üzerindeki pozitif etkisi belirgindi: Preoperatif diplopisi olan 25 hastanın 18'sinde (%72) semptomlar tamamen düzelirken, 7 hastada, özellikle günlük yaşamı etkilemeyen ancak yukarı bakışta belirginleşen minimal hareket kısıtlılığı ile birlikte diplopi devam etmiştir. Postoperatif diplopi, titanyum grubunda 3 hastada (%5), polikaprolakton grubunda ise 4 hastada (%7,7) devam etmiş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($p=0.681$). Benzer şekilde, preoperatif ekstraoküler hareket kısıtlılığı olan 22 hastanın 14'ünde (%63,6) tam iyileşme gözlendi. Hiçbir hastada postoperatif enfeksiyon, ektropiyon, implant ekstrüzyonu veya malpozisyonu gibi majör komplikasyonlar gözlenmedi.

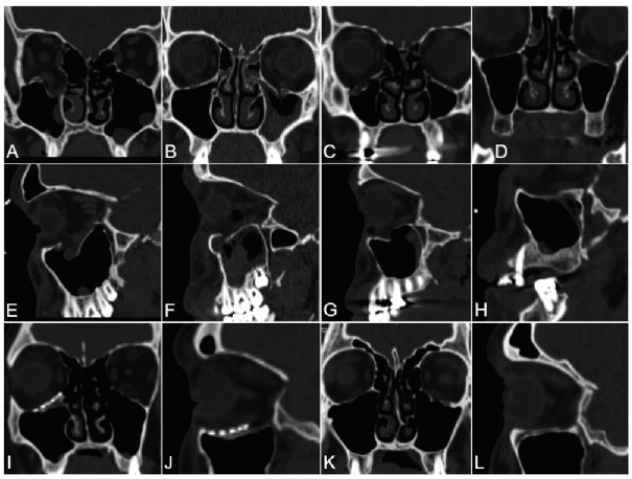
Ortalama defekt alanı 1,97 ± 0,8 cm^2 olarak saptandı. Ancak implant grupları arasında defekt boyutları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark gözlendi: Titanyum mesh kullanılan hastalarda ortalama defekt alanı 2,55 ± 0,9 cm^2 iken, PCL mesh kullanılan hastalarda bu değer 1,45 ± 0,6 cm^2 idi ($p<0.001$). Literatürdeki 2,0 cm^2 eşiği temel alındığında, bu cerrahi tercih daha da belirginleşmektedir: Defekt alanı < 2,0 cm^2 olan hastaların %73,7'sinde PCL tercih edilirken, defekt alanı >= 2,0 cm^2 olan hastaların ise %81,8'inde titanyum kullanıldığı saptandı. Defekt boyutu ile preoperatif semptomlar arasında da bir ilişki saptandı; diplopi veya enoftalmisi olan hastaların, olmayanlara göre anlamlı derecede daha büyük defektlere sahip olduğu görüldü. Hastaların yaşı, cinsiyeti veya komorbiditelerinin materyal seçimi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü.

Sonuç

Bu çalışma, 112 vakalık geniş serisiyle, orbital blow-out fraktürlerinin onarımında hem titanyum hem de polikaprolakton meshlerin benzer güvenlik ve etkinlik profilleriyle uzun dönemde güvenle kullanılabileceğini doğrulamaktadır. Her iki materyal de düşük komplikasyon oranlarına sahiptir. Çalışmamız, klinik pratikte nihai materyal seçiminin, kanıtlanmış komplikasyon riskinden ziyade, defektin anatomik özellikleri ve cerrahın büyük defektlerde rijit fiksasyona verdiği önem gibi faktörler tarafından yönlendirildiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, materyal seçiminde "tek bir doğru" yerine, defektin boyutuna, lokalizasyonuna, mekanik gereksinimlerine ve hastanın bireysel beklentilerine dayalı, kişiselleştirilmiş bir yaklaşım benimsenmesi önerilmektedir. Hangi materyalin belirli durumlarda daha üstün olduğunu kesin olarak belirlemek için, çok merkezli, randomize kontrollü ve standardize edilmiş ölçüm metotları kullanan prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Blow-out Fraktürü, Diplopi, Enoftalmi, Maksillofasiyal Travma, Polikaprolakton, Titanyum

Blowout Fraktürlerinin Preoperatif ve Postoperatif Tomografik Değerlendirmesi



A ve E fotoğrafları: Deplase fraktürü olan bir hastanın preoperatif koronal ve sagittal tomografi kesitleri. B ve F fotoğrafları: Trapdoor fraktürü olan bir hastanın preoperatif koronal ve sagittal tomografi kesitleri. C ve G fotoğrafları: Blow-out fraktürü olan bir hastanın preoperatif koronal ve sagittal tomografi kesitleri. D ve H fotoğrafları: Minimal deplase fraktürü olan bir hastanın preoperatif koronal ve sagittal tomografi kesitleri. I ve J fotoğrafları: Sağ blow-out fraktürü onarımında titanyum mesh kullanılan bir hastanın postoperatif 2. yıl koronal ve sagittal tomografi kesitleri. K ve L fotoğrafları: Sol blow-out fraktürü onarımında polikaprolakton mesh kullanılan bir hastanın postoperatif 3. yıl koronal ve sagittal tomografi kesitleri.

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri / Preoperatif Fraktür Karakteristikleri ve Klinik Bulgular / İmplant Gruplarına Göre Postoperatif Sonuçların ve Komplikasyonların Karşılaştırılması / İmplant Gruplarının Demografik ve Fraktür Özellikleri Açısınd

Karakteristik	Hasta Sayısı (n) ve Yüzde (%)		
Yaş (Yıl), Ortalama ± SS	37,6 ± 16,4		
(Dağılım)	(4 - 78)		
Cinsiyet			
Erkek	95 (%84,8)		
Kadın	17 (%15,2)		
Travma Etiyolojisi			
Darp	56 (%50,0)		
Düşme	36 (%32,1)		
Trafik Kazası	20 (%17,9)		
Komorbiditeler (Eşlik Eden Hastalıklar)			
Hipertansiyon	14 (%12,5)		
Diabetes Mellitus	8 (%7,1)		
Koroner Arter Hastalığı	2 (%1,8)		
Epilepsi	2 (%1,8)		
Karakteristik / Bulgu	Hasta Sayısı (n) ve Yüzde (%)		
Fraktür Tarafı			
Sol	58 (%51,7)		
Sağ	54 (%48,3)		
Fraktür Tipi			
Deplase	47 (%42,0)		
Trapdoor	25 (%22,3)		
Blow-out	22 (%19,6)		
Minimal Deplase	18 (%16,1)		
Preoperatif Klinik Bulgular			
Periorbital Ödem / Ekimoz	104 (%92,9)		
Bulantı / Kusma	25 (%22,3)		
Diplopi	25 (%22,3)		
Ekstraoküler Hareket Kısıtlılığı	22 (%19,6)		
Akut Enoftalmi	14 (%12,5)		
Görme Keskinliğinde Azalma	5 (%4,5)		
Sonuç / Komplikasyon	Titanyum Mesh (n=60)	Polikaprolakton Mesh (n=52)	p-değeri
Postoperatif Diplopi	3 (%5,0)	4 (%7,7)	0,681
Postoperatif Hematom	3 (%5,0)	0 (%0,0)	0,245
Enfeksiyon	0 (%0,0)	0 (%0,0)	N/A
İmplant Ekstrüzyonu / Malpozisyonu	0 (%0,0)	0 (%0,0)	N/A
Karakteristik	Titanyum Mesh (n=60)	Polikaprolakton Mesh (n=52)	p-değeri
Yaş (Yıl), Ortalama ± SS	38,1 ± 15,9	37,1 ± 17,1	0.724
Cinsiyet (Erkek / Kadın)	51 / 9	44 / 8	0.941
Fraktür Tipi			
Deplase	28 (%46,7)	19 (%36,5)	
Trapdoor	12 (%20,0)	13 (%25,0)	0.495
Blow-out	13 (%21,7)	9 (%17,3)	
Minimal Deplase	7 (%11,7)	11 (%21,2)	
İmplant Grubu	Hasta Sayısı (n)	Ortalama Defekt Alanı (cm^2) ± SS	p-değeri
Titanyum Mesh	60	2,55 ± 0,9	<0,001
Polikaprolakton (PCL) Mesh	52	1,45 ± 0,6	
Defekt Alanı	Titanyum Mesh (n)	Polikaprolakton (PCL) Mesh (n)	Toplam Hasta
< 2,0 cm^2	15 (%26,3)	42 (%73,7)	57
>= 2,0 cm^2	45 (%81,8)	10 (%18,2)	55

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri / Preoperatif Fraktür Karakteristikleri ve Klinik Bulgular / İmplant Gruplarına Göre Postoperatif Sonuçların ve Komplikasyonların Karşılaştırılması / İmplant Gruplarının Demografik ve Fraktür Özellikleri Açısından Karşılaştırılması / İmplant Gruplarına Göre Ortalama Defekt Alanlarının Karşılaştırılması / 2.0 cm^2 Defekt Boyutu Eşiğine Göre Materyal Seçiminin Dağılımı ile ilgili tabloların birleştirilmiş hali.

Alt dudak reanimasyonunda yeni bir cerrahi yaklaşım: Mylohyoid kas transpozisyonu ve anatomik-mikroskobik değerlendirmesi

Gökberk Çavuşoğlu[1], Yusuf Irmak[1], Ceren Günenç Beşer[2], Mehmet Deniz Demiryürek[2], Murat Kara[1]

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

Giriş

Marginal mandibular sinir paralizisi; konjenital, travmatik veya iyatrojenik nedenlerle gelişebilen hem estetik hem de fonksiyonel açıdan önemli sorunlara yol açabilen bir durumdur. Alt dudak depresör kaslarının etkilenmesine bağlı olarak gelişen asimetriler, yalnızca estetik bütünlüğü bozmakla kalmaz; aynı zamanda mimik kaybı ve oral sfinkter fonksiyonlarında bozulma gibi fonksiyonel sorunlara neden olabilir. Bu doğrultuda, cerrahi tedavi yaklaşımları; simetriyi sağlamak ve dudak hareketlerini yeniden kazanmak amacıyla nöromüsküler anatomiyi restore etmeyi hedeflemektedir.

Alt dudağın dinamik reanimasyonunda digastrik kas ön karnının transpozisyonu sık tercih edilmektedir. Ancak bu tekniğin çeşitli kısıtlılıkları mevcuttur. Bunların başlıcaları kas anatomisinde görülebilen varyasyonlar, düşük kas hacmi nedeniyle kontraksiyon kuvvetinin yetersiz olması, cerrahi sonrası fibrozise bağlı fonksiyon bozukluğu ve yaşa bağlı kas atrofileridir. Ayrıca hemifasiyal mikrozomi gibi kraniofasial anomalilere, digastrik kas hipoplazisi veya aplazisi eşlik edebilmektedir. Tüm bu değişkenler, alt dudak reanimasyonundaki cerrahi başarıyı kısıtlamaktadır. Bu yüzden, digastrik kas transpozisyonuna alternatif olabilecek cerrahi teknik arayışı devam etmektedir. Bu noktada, uygun topografik lokalizasyonu, tutarlı anatomik yapısı ve elverişli kas hacmiyle mylohyoid kas, alt dudak ve komissür reanimasyonunda kullanılabilecek güçlü bir aday olarak dikkat çekicidir. Ancak literatürde, mylohyoid kasın reanimasyonda kullanılabilirliğini ve bu yönde anatomisini analiz eden bir çalışma bulunmamaktadır.

Mylohyoid kas, mandibulanın iç yüzeyine yapışan, ağız tabanının bir kısmını oluşturan ve lifleri mandibula ile hyoid kemik arasında oblik seyreden bir kastır. Öngörülebilir anatomik yapısı ve yeterli kas hacmiyle sendromik olgular da dahil olmak üzere, alt dudak depresör fonksiyonunun reanimasyonu için umut vaat etmektedir. Bu noktada çalışmamızın amacı, literatürdeki eksiklikleri ve digastrik kas tekniğindeki kısıtlılıkları göz önünde bulundurarak, alt dudak reanimasyonunda mylohyoid kasın kullanılabilirliğini anatomik, cerrahi, mikroskobik açıdan analiz etmek ve yeni bir cerrahi teknik tanımlamaktır.

Materyal/Metot

Çalışmamız ana hatlarıyla iki aşamadan oluşmaktadır. İlki mylohyoid kasın alt dudak ve modiolus reanimasyonunda kullanılabilirliğinin ortaya konması, ikincisi mylohyoid kas uyarım gücünün yanı sıra, fasiyal reanimasyonda donör motor sinir olarak kullanılabilirliğinin incelenmesi amacıyla yapılan mylohyoid sinirin mikroanatomik analizdir.

Mylohyoid kas incelemesi için, nörovasküler yapılarla birlikte hazırlanan kas segmentinin modiolusa doğru transpozisyonu cerrahi olarak simüle edilmiştir. Transpozisyonda kısıtlayıcı değişkenlerden olabilecek sinir ve arterin kasa giriş noktaları ölçülmüştür. Öte yandan, kas fonksiyonunda kısıtlayıcı faktörlerden biri olabilecek kas kitlesindeki yetersizliğin incelenmesi amacıyla, hazırlanan kas segmentinin hacmi, alt dudak ve komissür reanimasyonunda önemli diğer kaslar olan digastrik kas ön karnı ve zygomaticus major kasıyla kıyaslanmıştır. Kas uyarım gücünün ortaya konması amacıyla, mylohyoid sinirden alınan örneklerin akson dansiteleri incelenmiş, bu veriler zigomatik sinirle kıyaslanmıştır.

Çalışmada beş adet taze donmuş kadavranın bilateral yüz yarısı kullanılmıştır. Cerrahi modelin oluşturulması için submandibuler bölgede, orta hattın lateralinden dört santimetre uzunluğunda bir cilt insizyonu yapılmıştır. Platizma kası, kas liflerinin aksına paralel olarak transekte edilerek ekarte edilmiştir. Ardından digastrik kas ön karnı ve altında yer alan mylohyoid kas görülmüştür. Digastrik kas mediale doğru ekarte edildikten sonra, mylohyoid sinir ve submental arter diseke edilerek ortaya konmuştur. Burada, sinirin ve arterin kasa giriş noktasının mandibula alt sınırına olan mesafesi ölçülmüştür. Ardından mylohyoid kasın lateral kısmından iki santimetre genişliğindeki kas segmenti arteri ve siniri korunarak hyoid kemikten ve çevre dokulardan ayrılmıştır. Böylelikle, origosu mandibula korpusu olan, yaklaşık iki santimetre genişliğinde bir kas segmenti elde edilmiştir. Kaldırılan kas segmenti, origo noktasından subkutan yolla modiolusa ve alt dudağa doğru nörovasküler pedikülü korunarak transpoze edilmiştir. Kas flebi modiolusu ve alt dudağı aşağı çekecek gerginlik altında tespit edilmiştir. Takiben, mikroskobik analiz için mylohyoid sinirin kasa giriş yerinden bir santimetre uzunluğunda sinir segmenti spesimen olarak alınmıştır.

Zigomatik sinir ve kas analizi için, aynı yüz yarısında pretragal yüz germe insizyonu yapılmıştır. SubSMAS diseksiyonla fasiyal sinir dalları ve zygomaticus major kası ortaya konmuştur. Zigomatik sinirden parotis bezinin ön sınırından ve zygomaticus major kasına girdiği yerden bir santimetrelik biyopsi örnekleri alınmıştır. Periferik sinir örnekleri, %10 formalinde yetmiş iki saat fikse edilmiştir. Örnekler Hematoksilen-Eozin ile boyandıktan sonra, Leica DMR mikroskobu® (Leica Microsystems, Almanya) ile incelenmiş ve 4X, 10X, 40X ve 100X büyütmelerde fotoğraflanmıştır. Dijital görüntüler, deneyimli araştırmacılar tarafından ImageJ® (NIH, ABD) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Işık mikroskobuyla yapılan analizlerde sinir çapı, kesitsel yüzey alanı ve akson sayısı incelenmiştir. Ardından, kas hacimlerinin kıyaslanması amacıyla, zygomaticus major kası, digastrik kas ön karnı ve transpoze edilen mylohyoid kas segmenti origo ve insersiyolarından ayrılarak eksize edilmiş ve kas hacimleri sıvı yer değiştirme prensibine dayalı olarak volümetrik yöntemle ölçülmüştür.

Bulgular

Mylohyoid kas segmentinin origosu ile modiolus arasındaki ortalama mesafe 5,3±0,2 santimetre, transpoze edilen kas segmentinin ortalama uzunluğuysa 5,41±0,16 santimetre olarak ölçülmüştür. Bu uzunluk, tendon grefti kullanımına ihtiyaç duyulmadan kasın modiolusa ulaşmasını sağlamıştır (Şekil 1). Mylohyoid sinirin ve submental arter dalının kasa inferolateralde süperfisyel olarak girdiği görülmüştür (Şekil 1). Yapılan ölçümlerde, sinirin ve arterin kasa girdiği noktanın, sırasıyla mandibula alt sınırından ortalama 1,9±0,16 santimetre ve 1,4±0,13 santimetre inferiorda olduğu gözlenmiştir (Tablo 1). Sinir ve arterin, mylohyoid kas segmentinin modiolusa transpozisyonunu kısıtlamadığı gözlenmiştir. Ayrıca kas segmentinin traksiyonuyla, vektörel olarak depresör anguli oris kasının görevini taklit edecek biçimde modiolus ve alt dudağı aşağı yönlü hareket ettirdiği görülmüştür. Donör alan, kasın kalan kısmının çevre dokulara sütüre edilmesiyle primer onarılmıştır.

Zigomatik sinir akson sayıları, parotis ön sınırında ve zygomaticus major kasına giriş noktasında sırasıyla ortalama 702,8±121,6 ve 320,2±49,8 iken, mylohyoid sinirin akson sayısı ise 372,8±54,06 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Kasa giriş noktasında mylohyoid sinirin ortalama akson sayısının zigomatik sinire kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,03). Volümetrik analizde ortalama kas hacimleri digastrik kas ön karnı için 7,1±0,7 cc, zygomaticus major kası için 4,0±0,58 cc, iki santimetrelik mylohyoid kas segmenti için 9,1±0,5 cc olarak bulunmuştur (Tablo 1). Mylohyoid kas

segmentinin hacminin anlamlı biçimde digastrik kas ön karnı ve zygomaticus major kasından daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0,001).

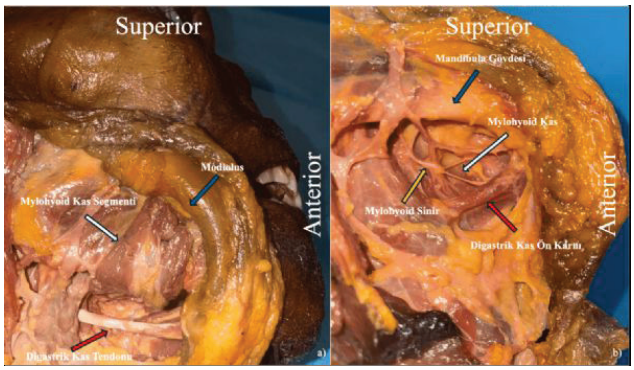
Sonuç

Alt dudak reanimasyonunda mylohyoid kas, tutarlı anatomik yapısı, yeterli hacmi, uygun çekiş vektörü, tendon grefti gerektirmemesi ve düşük donör saha morbiditesiyle dikkat çeken bir cerrahi alternatiftir. Kas segmentinin yüksek hacmi ve akson yoğunluğu, fonksiyonel potansiyelini artırmakta, bu yönleriyle geleneksel olarak tercih edilen digastrik kas ön karnına üstünlük sağlayabileceği düşünülmektedir. Ek olarak, çalışmamız mylohyoid sinirin mikroskobik olarak analiz edilmesiyle ve donör motor sinir olarak cerrahi potansiyel taşıdığının gösterilmesiyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Sonuç olarak, elde edilen bulgular, mylohyoid kasın alt dudak reanimasyonunda anatomik ve mikroskobik olarak uygulanabilir olduğunu ve bazı yönleriyle digastrik kasa göre üstünlük taşıyabileceğini ortaya koymaktadır. Ancak bu potansiyelin klinik geçerliliğinin ortaya konabilmesi için, geniş hasta serilerinde yapılacak klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: alt dudak reanimasyonu, fasiyal paralizi, fasiyal reanimasyon, mylohyoid kas, mylohyoid sinir

Şekil 1



a) Mylohyoid kas segmentinin modiolusa transpozisyonu (Beyaz ok: Mylohyoid kas segmenti, Mavi ok: Modiolus, Kırmızı ok: Digastrik kas tendonu) b) Mylohyoid sinirin digastrik kas ön karnı ve mylohyoid kasa giriş noktası (Sarı ok: Mylohyoid sinir, Beyaz ok: Mylohyoid kas, Mavi ok: Mandibula gövdesi, Kırmızı ok: Digastrik kas ön karnı)

Tablo 1

Anatomik yapı	Kasa giriş yerinin mandibula alt sınırına uzaklığı (cm)
Mylohyoid sinir	1,9±0,16
Submental arter dalı	1,4±0,13
Sinir	Ortalama akson sayısı
Zigomatik sinir ana gövdesi	702,8±121,6
Zigomatik sinirin kasa girdiği uç dalı	320,2±49,8
Mylohyoid sinirin kasa girdiği uç dalı	372,8±54,06
Kas	Ortalama kas hacmi (cc)
Digastrik kas ön karnı	7,1±0,7
Zygomaticus major	4,0±0,58
Mylohyoid kas segmenti	9,1±0,75

İncelenen anatomik yapıların topografik, volümetrik ve mikroskobik analiz verileri

İleri Blefaropitoz Olgularında Yeni Bir Cerrahi Yaklaşım: Kontralateral Corrugator Supercilii Kas Transpozisyonu ve Topografik-Mikroskopik Analizi

Pembe Büşra Kıryaman[1], Zeynep Nesil Demirli[1], Ayşegül Fırat[2], Ceren Günenç Beşer[2], Mehmet Deniz Demiryürek[2], Murat Kara[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Blefaropitoz, görme ilişkili fonksiyonel kısıtlılıkların yanı sıra belirgin estetik sorunlara yol açan bir klinik tablodur. Temel tedavi yöntemi cerrahi olup, seçilecek cerrahi teknik pitozun derecesi, levator kas fonksiyonu ve eşlik eden klinik özellikler gibi faktörlerden etkilenmektedir.Özellikle ileri pitoz olgularında frontal askı ve frontal kas ilerletme fleplerinin etkinliği kanıtlanmış olmakla birlikte, frontal kasın veya frontal sinirin işlevini yitirdiği durumlarda bu yöntemler uygulanamamaktadır.Bu özel klinik senaryolarda kullanılabilecek, dinamik temelli alternatif yöntemler ise literatürde henüz tanımlanmamıştır. Bu çalışmada, literatürde ilk kez pitoz cerrahisinde kontralateral corrugator supercilii (CS) kasının, frontal kasa alternatif olarak dinamik reanimasyon amacıyla kullanılması hipotezi ortaya konmuştur.Taze donmuş kadavralar üzerinde cerrahi tekniğin uygulanması yoluyla ayrıntılı bir cerrahi algoritma geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda, CS kas flebinin anatomik ve topografik özellikleri incelenmiş, kası innerve eden sinirlerin topografik konumuyla birlikte, ilk kez mikroskopik düzeyde ayrıntılı analizi gerçekleştirilmiştir.Böylelikle, iki taraflı uyarıma sahip olan CS kası transpozisyonunda anguler dal sakrifiye edilse dahi frontal dalın innervasyon için yeterli olacağının ortaya konması hedeflenmiştir.Elde edilen veriler doğrultusunda cerrahi tekniğin standardizasyonu ve uygulanabilirliğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. CS kasının pitoz cerrahisinde kullanımı literatürde daha önce tanımlanmamış olup, sinirsel inervasyonu ve ilişkili fonksiyonel kapasitesi bugüne kadar objektif mikroskopik verilerle gösterilmemiştir.Bu yönüyle çalışma, objektif anatomik bulgulara dayalı, yenilikçi ve alternatif bir cerrahi yaklaşım sunmayı hedeflemektedir.

Materyal/Metot

Çalışmada, 10 adet taze donmuş erkek kadavranın her iki hemifasiyal bölgesi incelenmiştir. Çalışma üç aşamada gerçekleştirilmiştir:

1. CS kasının anatomik ve topografik ölçümlerinin yapılması,

2. CS kasının sinirsel innervasyonunun gösterilmesi ve mikroskobik analizi

3. Cerrahi algoritmanın oluşturulması: Cerrahi tekniğin aşamalı olarak uygulanması ve standardizasyonu.

CS kasının anatomik ve topografik ölçümleri, yatay eksen için nasion–anterior nazal spina–menton üzerinden geçen vertikal orta hat; dikey eksen için ise nasion–lateral orbital rim arasından geçen horizontal hat referans alınarak yapılmıştır.Kasın origo ve insersiyo noktaları ile uzanım yönü belirlenmiştir.Angüler sinir ölçümleri medial kantus, frontal sinir ölçümleri ise lateral orbital rim referans alınarak yapılmış; sinirlerin seyirleri detaylı biçimde kayıt altına alınmıştır.Standardizasyonu sağlamak ve yumuşak dokudaki potansiyel deformasyonları önlemek amacıyla tüm ölçümler, stabil kemik referans noktaları kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Frontal ve angüler sinirlerin kasa giriş bölgelerinden sinir biyopsileri alınmıştır.Işık mikroskopisi ile sinir çapı, kesitsel yüzey alanı ve toplam akson sayısı, elektron mikroskopisi ile akson çapı, akson yüzey alanı ve miyelin kılıf kalınlığı ölçülmüştür.Ölçümler milimetre cinsinden dijital kaliper

ile yapılmış, mikroskopik analizler ImageJ® yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Cerrahi aşama, pitozlu göz kapağında üst blefaroplasti insizyonu ve kontralateral kaş inferior sınırında horizontal cilt insizyonuyla başlatılmıştır.Kontralateral CS kas-tendon flebi, medial origodan başlayarak subperiosteal planda lateral bazlı olarak hazırlanmıştır. Burun dorsumundaki periostun rhinion seviyesine kadar flebin distal kısmına dahil edilmesiyle yaklaşık 1 cm genişliğinde ve 3 cm uzunluğunda ek flep uzunluğu sağlanmıştır.CS flebi, karşı kaş hizasında horizontal olarak oluşturulan subkutan tünelden geçirilmiş, pupil hizasında vertikal olarak septum arkasından tarsa yönlendirilerek "┐" şeklinde bir vektör oluşturacak biçimde transpoze edilmiştir.Takiben pupil seviyesinde orta hatta tarsa kalıcı monofilaman sütürlerle tespit edilmiştir. Flebin uzunluğunun yetersiz olduğu durumlarda, "┐" vektör yerine oblik vektör kullanılarak transpozisyon gerçekleştirilmiştir. Her iki transpozisyon tipinde, CS flebi liflerinin vektörlerine uygun şekilde traksiyona alınarak göz kapağı hareketi ve açıklığı kayıt altına alınmıştır.

Bulgular

CS kasının toplam uzunluğu ortalama 43.77 ± 0.60 mm olarak ölçülmüştür.Oblik baş uzunluğu ortalama 23.80 ± 0.65 mm, transvers baş uzunluğu ise ortalama 37.80 ± 0.78 mm olarak bulunmuştur. Yatay ve dikey eksendeki anatomik ölçümler tabloda özetlenmiştir. Fasiyal sinirin frontal dalı, lateral orbital rimin ortalama 22.10 ± 2.00 mm süperiorundan geçerek CS kasının transvers başını, angüler sinir ise medial kantusun yaklaşık 5.23 ± 0.60 mm medialinden, angüler arter ve venin lateralinden seyrederek CS kasının oblik başını innerve etmektedir.Ortalama akson sayıları sırasıyla frontal sinir için 359.5 ± 62.78, angüler sinir için 217.5 ± 43.29 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$).

CS kas-tendon flebinin hem oblik hem de "┐" vektör ile yapılan transpozisyonları sonrası, kas liflerinin kontraksiyon vektörlerine uygun şekilde traksiyona alınmasıyla göz kapağı elevasyonunun etkin biçimde sağlandığı gözlenmiştir.

Tartışma

CS kas-tendon flebinin kontralateral göz kapağına olan anatomik yakınlığı ve "┐" şeklindeki vektörel oryantasyonu, levator palpebra kası ile sinerjik biçimde aynı yönde hareket edebilme potansiyelini göstermektedir.Bu özellik, flebin çalışmamızda dinamik reanimasyon amacıyla lokal ilerletme–transpozisyon flebi olarak tercih edilme nedenlerinden biridir.Tendon uzunluğunun yetersiz olduğu olgularda oblik vektörle benzer fonksiyonel sonuçlar elde edilmiş, böylece ek tendon grefti ihtiyacı ortadan kaldırılmıştır.

CS kasının, kontralateral frontal sinir aracılığıyla güçlü bir inervasyon kapasitesine sahip olması da tekniğin tercih edilmesinde önemli bir etkendir.Literatürde, CS kasının hem frontal hem de angüler sinir aracılığıyla tek başına fonksiyon gösterebildiği; transpalpebral yaklaşımlarda frontal sinir, frontal nörektomi sonrasında ise angüler sinir üzerinden çalışmaya devam ettiği bildirilmiştir. Çalışmamızda ise literatürde ilk kez, CS kasını innerve eden frontal sinir ve angüler sinirin akson sayıları objektif olarak ortaya konmuş; frontal sinirin akson sayısının angüler sinire kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir.Bu bulgu, çalışmamızdaki teknikte angüler sinir sakrifikasyonu sonrasında dahi CS kas-tendon flebinin frontal sinir inervasyonu ile fonksiyonunu sürdürebileceğini desteklemektedir.

Tekniğin diğer bir avantajı ise düşük donör alan morbiditesidir.CS kasının kullanımı, olası fonksiyon kaybına rağmen, periorbital gençleştirme amacıyla hedeflenen glabellar kırışıklıkların giderilmesine katkı sağlamakta; ayrıca rezeksiyon cerrahilerinde görülebilen lokal çöküntü oluşumunu önleyerek yağ grefti ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır.Minimal hacimli yapısı sayesinde üst göz kapağında kabarıklığa yol açmamakta; bu durum, frontal kas ilerletme fleplerinde hacim kazanımı amacıyla uygulanan intraorbital yağ eksizyonu ve buna bağlı komplikasyonlara gerek kalmadan istenen etkinin elde edilmesine olanak tanımaktadır.

Bunun yanı sıra, çalışmamız CS kası ve inervasyonunun ayrıntılı anatomik-topografik ölçümleri ile mikroskopik analizlerini sunarak, periorbital gençleştirme ve migren cerrahileri açısından literatürdeki önemli bir eksikliği gidermektedir.

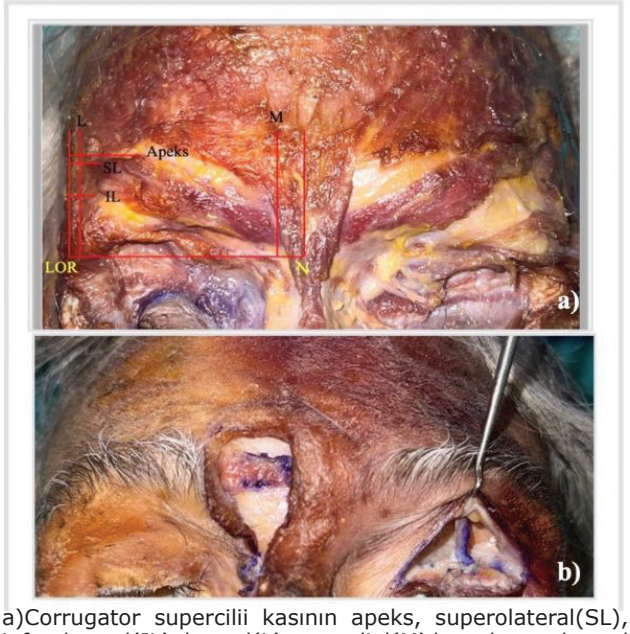
Sonuç

Çalışmamızda, CS kasının anatomik olarak tutarlı ve cerrahi olarak kolay erişilebilir bir konumda bulunması sayesinde nörovasküler yapıları korunarak göz kapağına transpoze edilebileceği gösterilmiştir.CS kasının ilerletme ve transpozisyon vektörünün, göz kapağının doğal hareket vektörü ile uyumlu olduğu, bu sayede kas kontraksiyonu ile oluşturulan çekim kuvvetinin rekonstrüksiyon hedefiyle örtüştüğü ortaya konmuştur.Ayrıca, CS kasının bilateral inervasyona sahip olması nedeniyle, flep transpozisyonu sırasında medialde angüler sinirin sakrifikasyonu halinde dahi fonksiyonel sürekliliğin korunabileceği, mikroskopik sinir analizi ile desteklenmiştir.

Donör alan açısından değerlendirildiğinde, glabellar kırışıklıkların azalmasının beklenmesi, fasiyal gençleştirme amacıyla arzu edilen bir sonuç olduğundan ek morbidite öngörülmemektedir.Elde edilen bulgular, frontal kasın kullanılamadığı ileri pitoz olgularında CS kasının alternatif bir dinamik kas flebi olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, tekniğin etkinliğinin ortaya konması ve mevcut yöntemlerle karşılaştırılabilmesi amacıyla, geniş hasta serilerini içeren klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: akson sayısı, angüler, blefaropitoz, corrugator supercilii, frontal, transpozisyon ilerletme

Şekil 1



a)Corrugator supercilii kasının apeks, superolateral(SL), inferolateral(IL), lateral(L) ve medial(M) kısımlarının lateral orbital rim(LOR) ile nasion(N) arasından geçen horizontal hat ve nasion ile mentum orta hattan geçen dikey hatta göre topografik ölçümlerinin gerçekleştirilmesi b)Corrugator supercilii kasının "┐" şeklindeki vektör ile levator kası ile sinerjik olarak aynı yönde vektörle orbital septum arkasından tarsa ilerletilmesi ve pupiller orta hatta inseti

Tablo 1

Anatomik Ölçümler	Nasion–Lateral orbital rim (horizontal eksen) mesafesi	Nasion–CS origosu mesafesi	Nasion–CS insersiyosu mesafesi	Lateral orbital rim–CS insersiyosu mesafesi	Horizontal eksen–CS apeksi mesafesi	Horizontal eksen–CS süperolateral ucu mesafesi	Horizontal eksen–CS inferolateral ucu mesafesi
1. Kadavra	47.2	2.3	42	5.2	28.2	25	17.9
2. Kadavra	48	2.4	43	5	29	25.4	18.2
3. Kadavra	50	2.7	43.9	6.1	29.4	26	18.5
4. Kadavra	51	2.6	44.1	6.9	30	26.4	19
5. Kadavra	52	2.5	44	8	30.4	27	19.3
6. Kadavra	54	2.8	45	9	30.8	27.2	19.5
7. Kadavra	55	2.9	45.8	9.2	31	27.5	20
8. Kadavra	58.8	3.1	49	9.8	33.9	30.2	24.1
9. Kadavra	56	3	46.2	9.8	33	29.7	24
10. Kadavra	57	2.8	48	9	32.8	29.2	23
Ortalama Değer	52.9 mm	2.71 mm	45.1 mm	7.8 mm	30.85 mm	27.36 mm	20.35
Standart Sapma	3.89	0.26	2.19	1.86	1.86	1.80	2.29

Corrugator supercilii kasının yatay ve dikey eksendeki anatomik ölçümleri

Mandibula Kondil Boynu ve Subkondil Kırıklarında Açık ve Kapalı Tedavi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Lateral Pterygoid Kas Analizi ve Fonksiyonel Sonuçlar

Hasan Hüseyin Aşkın[1], Etkin Boynuyoğun[1], Habip Eser Akkaya[2], Hilal Türkoğlu Boynuyoğun[3], Cenk Ahmet Akçan[3], Uğur Koçer[1]

[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,ANKARA
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği,ANKARA
[3]Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Ana Bilim Dalı,ANKARA

Giriş

Mandibula kondil boynu ve subkondil kırıkları, temporomandibular eklem (TME) fonksiyonlarını ve yüzün estetik bütünlüğünü etkileyen sonuçlarıyla maksillofasiyal travmalar arasında klinik olarak özel bir öneme sahiptir. Bununla birlikte, bu kırıkların yönetiminde açık ve kapalı tedavi modaliteleri arasında tercih yapılmasına yönelik literatürde hâlen standardize edilmiş, altın standart bir yaklaşım mevcut değildir. Açık cerrahi, kırık segmentlerin anatomik redüksiyonuna olanak tanıyarak erken fonksiyonel iyileşmeyi desteklerken; kapalı tedavi, noninvaziv olmasıyla tercih edilmektedir. Temporomandibuler eklemin artiküler yapısı, çiğneme ve konuşma gibi fonksiyonlarda belirleyici rol oynar. Bununla birlikte, lateral pterygoid kas, ağzın açılmasında ana rolü üstlenirken, aktif kasılma esnasında kırık segmenti anteromediale çekerek deplasmanı artırabilir. Bu nedenle tedavi başarısı açısından yalnızca kırık stabilitesi ve anatomik uyum değil, lateral pterygoid kasın morfolojik ve fonksiyonel bütünlüğü de kritiktir. Bu çalışmanın amacı, mandibula kondil boynu ve subkondil kırıklarında açık ve kapalı tedavilerin fonksiyonel sonuçlarını karşılaştırmak; bu tedavi yaklaşımların lateral pterygoid kas morfolojisine etkilerini radyolojik olarak incelemek ve ortodontik ölçümlerle değerlendirerek hasta memnuniyeti sonuçlarıyla ilişkilendirmektir.

Yöntem ve Gereçler

Kliniğimizde, Ocak 2021 – Ocak 2024 tarihleri arasında mandibula kondil boynu veya subkondiler kırık nedeniyle tedavi edilen 56 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Dahil edilme kriterleri; >=18 yaş, vücut kitle indeksinin <=30 kg/m2 olması, tek taraflı izole kondil boynu veya subkondiler kırık varlığı, en az 12 aylık takip süresi, preoperatif ve postoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinin bulunması ve oklüzyonun sağlanmasına yetecek diş varlığı olarak belirlendi. Dışlama kriterleri; bilateral kondil kırıkları, eşlik eden diğer yüz/mandibula kırıkları, TME disfonksiyonu öyküsü ve konjenital kas/kemik hastalıkları yer aldı.

Hastalar, uygulanan tedaviye göre açık ve kapalı tedavi grubu olarak ikiye ayrıldı. Kapalı tedavi protokolünde; iki haftalık rijit intermandibular fiksasyonun ardından iki hafta elastik intermandibular fiksasyon ve ağız açma egzersizleri ile fizyoterapi sürecini içermekteydi. Açık tedavi protokolünde retromandibular transparotid yaklaşımla cerrahi redüksiyon ve 2 adet titanyum plak ile internal fiksasyon uygulandı. Postoperatif 5 gün elastik intermandibular fiksasyon uygulandı. Tedavi yöntemi seçimi; klinik, fonksiyonel ve radyolojik bulgulara dayanmakta olup ağız açıklığında fonksiyonel kısıtlılık (maksimal interinsizal açıklık (MIA) <25 mm), maloklüzyon, belirgin deviasyon, protrüzyon ve/veya lateral ekskürsiyon kaybı, >=30° fraktür açılanması ve >=5 mm ramus boyu kısalması olan hastalarda açık tedavi uygulanmıştır.

Radyolojik değerlendirmede, preoperatif ve postoperatif BT görüntülerinden ramus uzunluğu, fraktür açılanması ile lateral pterygoid kasın hacmi, genişliği ve uzunluğu ölçülmüştür. Fonksiyonel değerlendirmelerde oklüzyon uyumu, MIA, protrüzyon ve lateral ekskürsiyon hareketleri incelenmiş; ayrıca TME ve çiğneme fonksiyonlarına bağlı mandibular deviasyon, ağrı, çiğneme kısıtlılığı ve klik varlığı değerlendirilmiştir. Postoperatif nörolojik disfonksiyonlar sorgulanmış, hasta memnuniyeti FACE-Q anketi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 56 olgu, uygulanan tedavi yöntemine göre açık cerrahi tedavi (n=24) ve kapalı tedavi (n=32) olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmadaki hastaların yaş ortalaması 36.5 ± 11 olup, 12'si kadın, 44'ü erkektir. Açık tedavi grubunda yaş ortalaması 35,2±10,4 yıl olup, 24 hastanın 5'i kadın, 19'u erkek; kapalı tedavi grubunda yaş ortalaması 37,8±11,6 yıl olup, 32 hastanın 7'si kadın, 25'i erkektir. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımlarında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Kırıkların etiyolojik dağılımları; 34 hastada (%60) darp, 14 hastada (%25) trafik kazası ve 8 hastada (%15) düşmeye bağlı travma saptanmıştır.

Preoperatif ve postoperatif BT analizlerine göre, ramus uzunluğu açık cerrahi grubunda 6.00 ± 2.5 mm artarken (preoperatif 40.33±5.39 mm, postoperatif 46.33± 3.93 mm), kapalı cerrahi grubunda 3.5 ± 2.0 mm artmış (preoperatif 41.12± 8.69 mm, postoperatif 44.62±7.07 mm) olup, bu fark istatiksel açıdan anlamlıdır. (p <0.001). Distal ve proksimal kırık uçları arasındaki açılanma açık grupta 35,17° ± 9,75 düzelme gösterirken (preoperatif 30,53°±18.37, postoperatif 65,69°± 8.42), kapalı grupta bu düzelme 7,75° ± 11,75 (preoperatif 56,12°±, 19.73 postoperatif 63,87°± 8.07) ölçülmüş olup fark anlamlıdır. (p = 0.013).

Lateral pterygoid kasın morfolojik değerlendirmesinde; kas genişliği açık cerrahi grubunda 0.67 ± 1.0 mm artarken (preoperatif 15.16 ±1.47 mm, postoperatif 15.83 ±1.63 mm) kapalı grupta 0.87 ± 1.0 mm azalmış olup (preoperatif 14.75 ±2.60 mm postoperatif 13.87 ± 1.83mm) bu fark istatiksel anlamlıdır. (p = 0.017). Kas uzunluğu, açık cerrahi grubunda ortalama sabit kalırken (33.5±5.04 mm), kapalı tedavi grubunda ortalama 1.12 ± 3.5 mm azalmış (preoperatif 32.37 ± 5.48 mm, postoperatif 31.25 ±2.98 mm) ve bu fark anlamlı bulunmamıştır. (p = 0.600). Lateral pterygoid kas hacmi açık cerrahi grubunda ortalama 156.32 ± 83.2 mm^3 artarken (preoperatif 5822.16 ± 85.8 mm^3, postoperatif 5978.48 ±83.9 mm^3) kapalı tedavi grubunda 182.12 ± 59.5 mm^3 azalmış (preoperatif 5222.37 ±151.56 mm^3, postoperatif 5040.25 ± 120.2 mm^3) ve bu fark istatiksel anlamlı bulunmuştur (p <0.05).

Postoperatif ortodontik değerlendirmelerde, MIA, açık tedavi grubunda ortalama 41,33±2.55 mm, kapalı tedavi grubunda 43,0±1.72 mm ölçülmüş olup anlamlı farklılık

saptanmamıştır (p=0.615). Protrüzyon, açık grupta ortalama 6,33±0.72 mm, kapalı grupta 5,50±0.49 mm ölçülürken anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.284). Lateral ekskürsiyon açık cerrahi grubunda ortalama 6 ±0.65 mm, kapalı tedavi grubunda 5,50 ±0.49 mm ölçülmüş olup anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.503). Oklüzyon, kapalı tedavi grubunda 26 hastada (%81,25) travma öncesi ile uyumlu, 6 hastada (%18,75) travma öncesine göre uyumsuz; açık cerrahi grubunda 21 hastada (%87,5) travma öncesi ile uyumlu, 3 hastada (%12,5) travma öncesine göre uyumsuz saptanırken, hiçbir hastada reoperasyon gerektirecek maloklüzyon görülmemiştir. (p=0.708).

Postoperatif TME veya çiğneme kaslarında ağrı kapalı tedavi grubunda 5 hastada (%15,63), açık cerrahi grubunda 3 hastada (%12,5) gözlenmiş, istatistiksel farklılık saptanmamıştır (p=0.726). Çene hareketlerinde deviasyon veya fonksiyonel kayma kapalı grupta 5 hastada (%15,63), açık grupta 2 hastada (%8.33) saptanırken bu fark anlamlı bulunmamıştır (p=0.695). Nörolojik değerlendirmede hiçbir hastada kalıcı parestezi veya motor defisit saptanmamış; 2 hastada klik semptomu izlenmiş, bu olgular açık (%4.17) ve kapalı (%3.13) gruplarda birer hastayla sınırlıdır.

FACE-Q hasta memnuniyeti anketlerine göre, açık cerrahi grubunda ortalama puan 76,7±2.62, kapalı tedavi grubunda 79,45±1,32 olup hasta memnuniyeti açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.780).

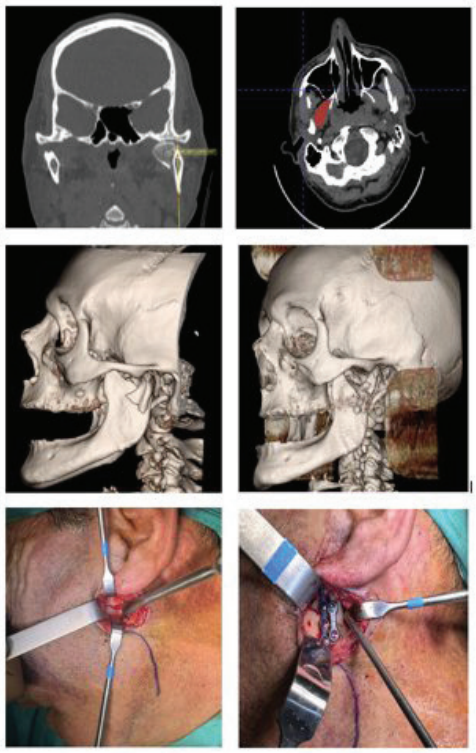
Sonuç

İleri derecede deplasmanlı kondil boynu ve subkondil kırıklarında açık cerrahi, iskeletsel yapının anatomik restorasyonu ve lateral pterygoid kasın morfolojik bütünlüğünün korunmasıyla tedavi etkinliğini artırmaktadır. Lateral pterygoid kas, objektif parametrelerle değerlendirilmiş; açık cerrahi grubunda kas hacmi anlamlı düzeyde daha fazla korunurken kapalı tedavi grubunda ise azalmıştır. Ayrıca, açık cerrahiyle, ramus uzunluğu ve fraktür açılanmasında daha fazla iyileşme sağlanmış, bu bulgular anatomik redüksiyonun başarısını ve iskeletsel uyumun sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Fonksiyonel parametrelerde anlamlı fark olmasa da açık cerrahi grubunda oklüzyon uyumu daha yüksek, deviasyon ve kas ağrısı ise daha düşüktür.

Bu çalışma, yalnızca kemik restorasyonu değil, lateral pterygoid kasın morfolojik bütünlüğünü de esas alan çok boyutlu bir değerlendirme sunmaktadır. Radyolojik ve ortodontik ölçümlerle hem iskeletsel iyileşme hem de kas dinamikleri birlikte analiz edilmiş; literatürdeki kantitatif veri sınırlılığı dikkate alındığında, bu çalışma alanındaki boşluğu doldururken klinik karar süreçlerine katkı sağlayacak özgün ve nitelikli veriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Açık ve Kapalı Tedavi, Kondil ve Subkondil Kırığı, Lateral Pterygoid Kas, Ortodontik Ölçüm, Radyolojik Ölçüm

Şekil 1



Üst: Preoperatif BT ramus uzunluk ve kas hacim ölçümleri örneği Orta: Açık cerrahi yapılan bir hastanın preoperatif ve postoperatif 3D BT görüntüleri Alt: Açık cerrahi yapılan hastanın intraoperatif görüntüleri

Tablo 1

Parametre	Açık Tedavi (Ort ± SD)	Kapalı Tedavi (Ort ± SD)	p-değeri
Radyolojik Ölçümler			
Ramus Uzunluk Kazanımı (mm)	6.0± 2.5	3.5± 2.0	< 0.001
Açı değişimi (°)	35.17±9.75	7.75± 11.75	0.013
Kas Genişlik Değişimi(mm)	0.67± 1.0	-0.87± 1.0	0.017
Kas Uzunluk Değişimi (mm)	0± 1.5	-1.12± 3.5	0.600
Kas Hacim Değişimi (mm^3)	156.32± 83.2	-182.12± 59.5	0.045
Ortodontik Ölçümler			
MIA(mm)	41.33±2.55	43.0±1.72	0.615
Protrüzyon(mm)	6.33±0.72	5.5±0.49	0.284
Lateral ekskürsiyon(mm)	6.0±0.65	5.5±0.49	0.503
Hasta Memnuniyeti			
FACE-Q	76.7±2.62	79.45± 1.32	0.780
Postoperatif Komplikasyonlar			
Oklüzal Bozukluk	3(%12.5)	6(%18.75)	0.708
Subjektif Ağrı	3(%12.5)	5(%15.63)	0.726
Fonksiyonel Bozukluk	2(%8.33)	5(%15.63)	0.695
Nörolojik Bulgu	1 klik/0 Nörolojik Bulgu	1 klik/0 Nörolojik Bulgu	

Ortognatik Cerrahide Tercih Edilen Fiksasyon Yöntemlerinin Kondil Üzerine Etkileri

Mert Günday[1], Güven Ozan Kaplan[1], Hasbi Başaran[2], Ayça Akgöz Karaosmanoğlu[2], Mert Çalış[1]

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

Giriş-Amaç:

Ortognatik cerrahide kullanılan fiksasyon teknikleri genel olarak rijit ve semirijit olarak iki ana grupta sınıflandırılır. Rijit fiksasyon, osteotomi hattında mutlak hareketsizlik sağlayarak erken fonksiyonel yüklenmelere olanak tanır. Buna karşılık; semirijit fiksasyon, osteotomi hattında kontrollü mikrohareketlere izin vererek, proksimal segmentin daha fizyolojik rotasyon ve yerleşimini desteklemektedir. Bu yönüyle, özellikle temporomandibuler eklemin (TME) postoperatif adaptasyon süreci açısından daha fizyolojik bir iyileşme görüleceği öngürülmektedir. Bu çalışma, ortognatik cerrahi sonrası mandibular kondilin morfolojik, kraniyometrik ve fonksiyonel değişimlerini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek, özellikle uygulanan fiksasyon yöntemlerinin bu süreç üzerindeki iskeletsel relaps ve TME fonksiyonu etkilerini detaylı biçimde analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem-Gereçler:

2021- 2024 yılları arasında kliniğimizde maloklüzyon nedeniyle BSSO (+/- LeFort I) yapılan 75 hastaya ait medikal bilgiler retrospektif olarak incelendi. Tek bikortikal vida (22 hasta), çift bikortikal vida (22 hasta) ve tek miniplak (31 hasta) ile mandibula fiksasyonu yapılan hastalarda preoperatif, erken postoperatif ve geç postoperatif dönemde üç boyutlu tomografik değerlendirme ve TME fonksiyon bozuklukları (MFIQ) anketi gerçekleştirildi.

Radyolojik değerlendirme kapsamlı olup, Glenoid fossada referans noktalar belirlenerek anteroposterior, mediolateral ve superoinferior doğrultudaki kondil hareketleri ölçüldü. Referans noktalar olarak; artiküler eminensin en inferior noktası, temporal kemiğin squamotympanic fissürü ve temporal kemiğin pars petrosasının kondile bakan medial yüzü kullanıldı. Kondilin farklı zamnalarda gerçekleştirdiği açılanmayı değerlendirmek amacıyla X, Y ve Z eksenlerindeki hareketler standardize olarak değerlendirildi. Kondiler hacim ve kemik dansitesinin değerlendirilmesi amacıyla Sigmoid çentiğin en kaudal noktasından geçen ve Frankfurt horizontal düzlemine paralel şekilde oluşturulan "C-düzlemi" kullanıldı. Bu düzlemin kraniyalinde kalan kondil kısmı değerlendirmeye alındı. syngo.via (Siemens Healthineers, Almanya) aracılığıyla kondil hacmi "cm^3" ve yoğunluğu (Hounsfield Unit) ölçüldü. Postoperatif relapsın değerlendirilmesi amacıyla preoperatif dönem ile erken ve geç postoperatif dönemler sella tursika üzerinden superimpoze edilerek mandibulada seçilen B ve pog noktalarının değişimlerine bakıldı. Farklı dönemlerdeki ölçümler kıyaslanarak iskeletsel relaps oranı tespit edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen hastaların 34'ü (%45,3) erkek, 41'i (%54,7) kadındı. Mandibula tespitinde, 22 hastada tek bikortikal vida, 22 hastada çift bikortikal vida ve 31 hastada ise tek miniplak ile fiksasyon yapıldı. 36 (%48) hastaya mandibular geriletme, 39 (%52) hastaya mandibular ilerletme yapıldı.

Üç farklı fiksasyon yöntemini içeren gruplar arasında yaş (p=0,173), cinsiyet (p = 0,999), hareket yönü (p=0,765) ve hareket miktarı (p=0,338) açısından anlamlı fark bulunmadı.

Kondilin Glenoid Fossadaki Konumu: Erken dönemde yöntemden bağımsız olarak her kondilin laterale ($p<0,01$) ve inferiora ($p<0,01$) yer değiştirdiği, uzun dönemde fizyolojik pozisyonuna geri döndüğü görüldü. Fiksasyon yönteminin daha belirgin gözlenebildiği erken postoperatif ölçümlerde, çift bikortikal vida ile tespit edilen grupta kondilin diğerlerine göre anlamlı bir şekilde daha laterale yer değiştirdiği görüldü ($p<0,01$). Geç postoperatif dönemde ise kondil konumu açısından yöntemler arasında bir fark saptanmamıştır (superioinferior p=0,923; anteroposterior p=0,354; mediolateral p=0,243).

Kondil Açıları: Y ekseni etrafındaki açılanmaya (sol-sağ rotasyon) bakıldığında her üç yöntemde de erken postoperatif dönemde sola rotasyon görüldükten sonra uzun dönem postoperatif süreçte tekrar sağa rotasyona uğrayarak eski konumuna döndüğü görüldü. Z ekseni etrafındaki açılanmaya bakıldığı zaman (medial-lateral rotasyon) cerrahinin bu açılanmayı etkilemediği görüldü. X ekseni etrafında rotasyon değerlendirildiğinde (anterior-posterior rotasyon) tek vida ile fiksasyon yapılan grupta AP doğrultuda rotasyon (p=0,34) görülmedi. Ancak çift bikortikal vida uygulanan hastalarda ve tek miniplak ile fiksasyon yapılan gruplarda posteriora rotasyon görüldü ($p<0,01$).

Kondil hacmi: Her üç grupta da kondil hacimlerinde geç postoperatif dönemde preoperatif döneme göre anlamlı bir azalma görüldü (p=0,012). Kondil hacim değişimleri açısından her üç fiksasyon yöntemi arasından anlamlı fark bulunamazken (p=0,872) oran olarak en çok azalma çift bikortikal vida (%8,9) ile tespit edilen grupta izlendi.

Kondil yoğunluğu: Kondil yoğunluk kaybı ile fiksasyon yöntemi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0,06).

İskeletsel Relaps: İskeletsel relaps için mandibula üzerinde seçilen B noktası incelendiğinde en fazla iskeletsel relaps (%22) çift bikortikal vida grubunda, en az iskeletsel relaps ise (%4,04) ile tek bikortikal vida grubunda görüldü (p=0,045).

TME Fonksiyonu: Her üç yöntemde de TME fonksiyonlarında postoperatif dönemde iyileşme görüldü ($p<0,001$). En iyi sonuçlar tek bikortikal vida ile fiksasyon yapılan grupta elde edildi.

Sonuç:

Bu çalışma, yalnızca kondil üzerine olan morfolojik etkileri değil, aynı zamanda relaps eğilimi, segment hareketliliği ve TME fonksiyonlarındaki değişiklikleri birlikte analiz ederek, fiksasyon yöntemlerinin klinik etkilerini bütüncül bir yaklaşımla ortaya koymaktadır.

- Cerrahi sonrası erken dönemde kondillerde fiksasyon yönteminden bağımsız olarak lateral ve inferior yönde bir pozisyon değişikliği olmaktadır. Ancak geç dönemde kondil eski konumuna dönme eğilimindedir.
- Açılanmalara bakıldığında rijit fiksasyon yöntemi olarak kabul edilen, çift bikortikal vida ve tek miniplak kullanılan gruplarda geç dönemde posteriora bir miktar açılanma görülmüştür. Semirijit tespit olarak kabul edilen tek bikortikal vida ile tespit edilen grupta ise uzun dönemde kondil açılanmasıyla preoperatif dönemdeki kondil açılanması arasında fark görülmemiştir. Tek bikortikal vida tespit edilen hastalarda kondil hem konum hem açısal olarak preoperatif haline dönmektedir.
- Yöntemden bağımsız olarak kondillerde anlamlı derecede hacim ve dansite kaybı görülmesi rezorpsiyon gerçekleştiğini göstermektedir. Ancak her üç yöntemde de kondil hacmi ve kondil yoğunluğu değişimi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu da kullanılan fiksasyon yönteminin kondil rezorpsiyon miktarı üzerinde bir etkisi olmadığını düşündürmektedir.
- Her üç yöntemde de anketlere göre TME fonksiyonunda düzelmeler görülmüştür. Ancak en iyi sonuçlar tek bikortikal vida uygulanan hastalarda görülmüştür. Bu durum hem açı

hem konum olarak kondil pozisyonunun korunmasının TME fonksiyonları üzerindeki önemini göstermektedir.

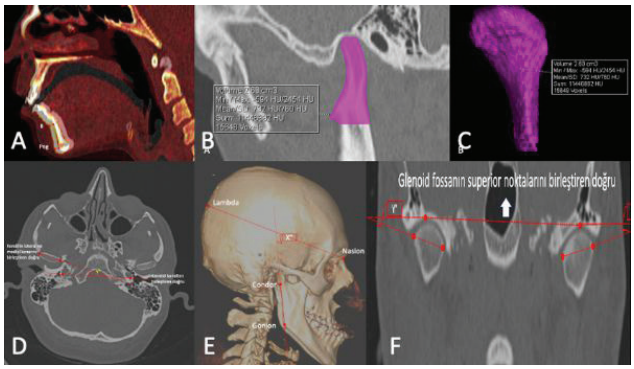
• En fazla iskeletsel relaps çift bikortikal vida uygulanan hastalarda görülürken en az iskeletsel relapsın tek bikortikal vida uygulanan hastalarda görülmüştür.

• İskeletsel relapstaki farklılık şu şekilde açıklanabilir: Rijit fiksasyon mutlak hareketsizlik prensibinden yola çıkarak yapılan işlemler olduğundan postoperatif dönemde kondilin hareketi ile distal segment de hareket ederek iskeletsel relapsa sebep olabilmektedir. Semirijit fiksasyon ise fiksasyon noktalarında mikro hareketlere izin vererek proksimal segment hareketinin distal segment üzerine olan etkilerini azaltmaktadır.

• Sonuç olarak tek bikortikal vida ile yapılan fiksasyon uzun dönemde kondilin fizyolojik konumuna dönmesine izin veren, bunu yaparken de en düşük relaps oranına sahip olarak oklüzyonu koruyan ve TME semptomlarında en iyi sonucu veren yöntem olarak diğer yöntemlerden daha avantajlı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ortognatik cerrahi, fiksasyon yöntemleri, rijit fiksasyon, semirijit fiksasyon, tek bikortikal vida, miniplak

Şekil 1: A) Mandibula iskeletsel relapsının ölçümü, B-C) Kondilin hacim ve yoğunluğunun ölçümü, D) Kondilin Y ekseninde hareketinin ölçümü, E) Kondilin X ekseninde hareketinin ölçümü, F) Kondilin Z ekseninde hareketinin ölçümü.



DENEYSEL

Deselülerize Alstroemeria Çiçek Sapından Elde Edilmiş, GelMA ile Entegre ve Kontrollü IGF-1 LR3 İlaç Salınımı Yapan Sinir Konduitlerinin Siçan Siyatik Sinir Defekti Modelinde Otolog Sinir Grefti Ve Ticari Sinir Konduiti ile Karşılaştırılması

Ersin Yavuz[1], Melih Süreyya Sağır[1], Alp Ercan[1], Merve Erginer[2], Fırat Barış Barlas[2], Deniz Sakarya[2], Şima Kılıç[2], Bilge Ölçeroğlu[2], İsmail Bergutay Kalaycılar[2], Hasret Yardibi[2], Anıl Demiröz[1]

[1]İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Nanoteknoloji ve Biyoteknoloji Enstitüsü, İstanbul

Amaç: Periferik sinir hasarları, ciddi fonksiyonel kayıplara neden olabilen ve etkili tedavi alternatifleri sınırlı olan karmaşık klinik tablolardandır. Sinir uçları arasında defekt bulunan yaralanmalarda, otolog sinir greftleri her ne kadar altın standart olarak kabul edilse de donör saha morbiditesi, hipoestezi, nöroma gelişimi gibi çok sayıda dezavantajı bulunmaktadır ve bu nedenle alternatif sinir konduit üretimi çalışmaları devam etmektedir. Bu çalışmamızın temel amacı; özellikle düşük maliyetli, biyouyumluluk ve fonksiyonellik açısından avantajlı bir alternatif sunmak üzere ilk defa bitki sapından doku mühendisliğiyle sinir konduiti üretmektir. Bu amaçla Alstroemeria bitkisinin sap kısmının deselülerize edilerek, doğal çok kanallı yapıya sahip, GelMA ile modifiye ettiğimiz ve kontrollü IGF-1 LR3 salınımı yapan, bitki bazlı sinir konduiti üretildi ve periferik sinir onarımında etkinliğini değerlendirildi. Bu sinir konduiti, dünyada ilk defa bitki kökenli geliştirilmiş sinir konduiti olma özelliğini taşımakta olup hem ulusal Türk patent hem de uluslararası(PCT) patent başvuruları da yapılmıştır.

Yöntem: Alstroemeria bitki sapları elde edilen doğal çok kanallı yapılar 1.2 cm boyutunda kesildikten sonra 10% Sodyum dodesil sülfat(SDS) ve 1% Triton X-100 ile desellülerizasyon işlemlerine tabi tutulduktan sonra 5% sodyum hipoklorit ile deproteinize edilerek sterilizasyon sağlandı. Elde edilen deselülerize yapıların biyouyumluluğunu artırmak ve çevresel stabilite sağlamak amacıyla, 10% (w/v) GelMA ve %3 fotobaşlatıcı (Irgacure 2959) içeren çözelti ile kaplandıktan sonra 365 nm UV altında 30 dakika çapraz bağlandı. Insülin benzeri Büyüme Faktörü Uzun Arjinin-3 (IGF-1 LR3), ince film hidrasyon yöntemiyle elde edilen niosomlara yüklenerek kontrollü salınım sistemine dönüştürüldü. Niosomlar, belirli çap filtreden geçirilerek homojen boyutlara indirildi (131 nm) ve zeta potansiyel değerleriyle stabiliteleri teyit edildi.

Elde edilen sinir kondüitlerinin karakterizasyon için FTIR spektroskopisi ile kimyasal bağlanma, SEM ile morfoloji, DLS ile boyut analizleri yapıldı. IGF-1 LR3 yükleme verimi ve salınım kinetiği (Bradford ve UV spektrofotometrik yöntemlerle) değerlendirildi. Salınım davranışı Higuchi ve Korsmeyer-Peppas modelleriyle analiz edildi. Sitotoksisite ISO 10993-5 ve ISO 10993-12 standartlarına uygun olarak U87-MG hücreleriyle MTT testi ile analiz edildi.

In vivo hayvan deneyler, 30 adet Wistar erkek sıçanlar üzerinde oluşturulan 1 cm'lik siyatik sinir defekti modelinde yapıldı. Hayvanlar 6 gruba ayrıldı: Pozitif kontrol (PC), Negatif kontrol (NC), Otolog sinir grefti (ANG), ilaç salınımı yapan deselülerize bitki konduiti (DRC), ilaç salınımı yapmayan sinir konduiti (NDRC) ve (CC)ticari konduit (NeuraGen®) grubu. 1 cm siyatik sinir defekti oluşturuldu ve yukarıda belirtilen gruplara ait onarım yöntemleri uygulandı. Fonksiyonel iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla SFI (Siyatik Fonksiyonel Indeksi) skorlarıyla 4, 8 ve 12. Haftalarda yürüme analizi; kas atrofisi amacıyla

gastroknemius kas ağırlığı ölçümü; sinir iletimi iyileşmesi amacıyla ise elektrofizyolojik ileti amplitudü analizi ile değerlendirildi. Ayruca 12. Haftada tüm sinirlerden proksimal, orta ve distal kısımlardan örnek alınarak aksonal sayı ve immünhistokimyasal (S100, MBP, NRF-2) boyamalarla miyelinizasyon, ve Schwann hücresi aktivitesi ve rejenere aksonlar kantitatif olarak incelendi.

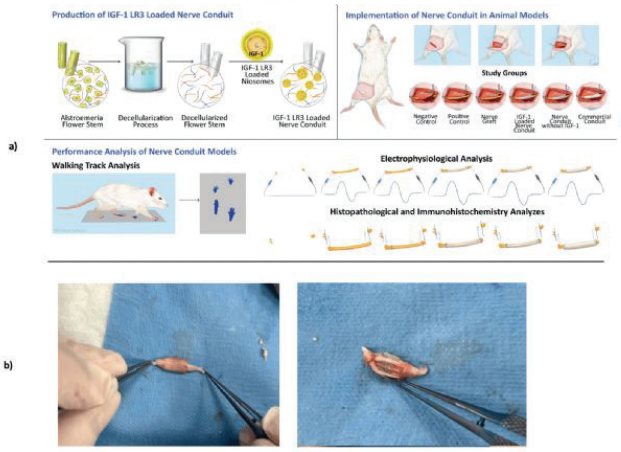
Bulgular: FTIR spektroskopisinde, GelMA ile deselülerize sinir konduitleri arasında kovalent bağların oluştuğu görüldü. SEM görüntülemesinde doğal çok kanallı yapılar net olarak izlendi. Elastisite analizlerinde GelMA modifikasyonu sinir kondüitlerinin mekanik dayanımı artırdı; ve GelMA kaplanmamış konduitlere kıyasla daha yüksek elastisite ve stabilite gözlendi. Niosomlar stabil olup ilaç salınım profili ilk 2 saatte %25'lik bir "burst" ile başladı ve 24 saat sonunda %60'ın üzerinde kontrollü ilaç salınımın sağlandığı görüldü. MTT sitotoksite analizinde ise hiçbir deselülerize sinir konduiyinde sitotoksisite saptanmadı.

In-vivo analizlerde, 4. haftada DRC grubu, SFI skorlarında ANG ve CC gruplarından anlamlı derecede daha iyi performans sergiledi ($p<0.01$). 8. haftada bu fark devam etti, ancak 12. haftada iyileşme düzeyleri tüm gruplar arasında benzer olduğu görüldü ve anlamlı fark izlenmedi. Elektrofizyolojik amplitüd ölçümlerinde DRC grubu, ANG ile benzer, CC grubundan daha anlamlı olduğu görüldü. Kas ağırlığı oranları DRC grubunda anlamlı derecede yüksek saptandı. Histopatolojik analizlerde tüm düzeylerde DRC grubunda akson sayısı ANG ve CC grubuna göre anlamlı yüksek olduğu gözlenmekle birlikte immünohistokimyasal S100 ve NRF-2 ekspresyon analizlerinde Schwann hücre aktivitesinin ve rejenere olan akson sayısının DRC grubunda yüksek olduğu; MBP ekspresyonu ise myelin kılıf rejenerasyonun diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$)(Tablo 1). Sinir kondüitinin görünümü, FTIR analizi dahil tüm istatistiki sonuçlar Figüre 1'de özetlenmiştir.

Tartışma: Bitki kökenli doku mühendisliği ile üretilen materyller,; ekonomik açıdan düşük maliyetli ve biyolojik açıdan yüksek uyumluluk gösteren ve geleneksel hayvan dokularından üretilen materyallere kıyasla etik açıdan daha avantajlı uygulamalardır. Günümüzde bitki temelli doku mühendisliği uygulamarı vasküler ve kardiyak rejenerasyon, kemik rejenerasyonu, yara örtü modelleri gibi çok farklı alanlarda popülerliği artmasına rağmen henüz sinir rejenerasyonu çalışmalarında kullanılmamış olup bizim çalışmamız bu amaçla ilk defa bitki bazlı sinir konduiti çalışmasını oluşturmaktadır. Alstroemeria bitki saplarının doğal olarak çok kanallı yapısı, periferik sinir dokusunun fasiküllerinin doğru yönlemi için biyomimetik avantaj sağlamaktadır. Ayrıca IGF-1 LR3'ün 28 gün boyunca kontrollü salınımı da sinir rejenerasyonun erken fazlarında Schwann hücre proliferasyonu ve nöromusküler bileşke sayısının artışına ek fayda sağlamıştır. Bu çalışma, literatürde ilk defa bir bitki kökenli çok kanallı yapının sinir konduiti olarak kullanıldığı ve bu yapının GelMA ve IGF-1 LR3 ile fonksiyonel olarak etkinliği artırıldığı, IGF-1 LR3, uzun yarılanma ömrü ve düşük IGF-bağlayıcı protein afinitesi sayesinde daha uzun süreli ve etkili sinyalizasyonu sağladığı çalışmadır. Bu durum, erken evrede Schwann hücresi proliferasyonu ve aksonal uzamaya anlamlı katkı sağlamıştır.

Ancak, çalışmamızın limitasyonlarına baktığımızda; Rat modeli insanların rejeneratif kapasitesini tam yansıtmamakta ve çok daha iyi rejeneratif kapasiteye sahip olup; IGF-1 LR3 salınımının zamanla azalması uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesi için (8.haftadan sonra) sınırlı olmasına yol açabilir. Tüm sistemik kronik iyileşme değerlendirilmesi (TNF-alfa, CD68) için daha uzun süreli çalışmalar planlanmaktadır. Ayrıca, çok düşük maliyetle ve ülkemizde patentleşip otolog sinir greftlerine alternatif bir sinir konduiti üretilmesi de ticarileşme potansiyeli ve klinik uygulaması açısından oldukça önem taşımaktadır.

Sonuç: Bu çalışmamız; bitki kökenli üretilmiş olan ilk sinir konduiti çalışması olup, patent sayesinde ticarileştirebilecek, çok kanallı, GelMA modifiye ve IGF-



a) Yapılan tüm işlemlerin ve istatistiki analizlerin görünümü
b) 12. haftada sinir konduitinin eksplore edildikten sonra konduit içerisinde aksonal rejenerasyonun olduğunun görüntüsü

Tablo 1

Parametre	Gruplar	Ort +SD(DRC)	Ort +SD(ANG)	%95 CI	P-değeri
SFI (12.hafta)	DRC vs ANG	-56.62 ± 3.21	56.14 ±2.98	[-8.75,7.79]	0.903*
Kas Ağırlık oranı	DRC vs ANG	0.52 ± 0.07	0.50 ± 0.09	[-0.05,0.09]	1.000*
İleti amplitüd	DRC vs ANG	2497.0 ± 490.5	1952.0 ± 497.7	[-741.2, 867.8]	0.994*
S100	DRC vs ANG	66.9 ± 10.1	37.2 ± 8.5	[2.3, 52.6]	0.0352**
MBP	DRC vs ANG	180.3 ± 21.7	135.5 ± 19.1	[17.1, 68.2]	0.0002**
NRF-2	DRC vs ANG	187.3 ± 24.5	141.5 ± 20.6	[22.3, 73.9]	0.0101**
Proksimal segment akson sayısı	DRC vs ANG	313.5 ± 57.7	228.5 ± 49.8	[8.3, 150.1]	0.010**
Orta segment akson sayısı	DRC vs ANG	420.3 ± 53.1	368.2 ± 51.2	[4.7, 90.2]	0.019**
Distal segment akson sayıs	DRC vs ANG	229.8 ± 41.9	198.9 ± 37.5	[10.1, 52.6]	0.004**

İlaç salınımlı deselülerize sinir konduit grubu(DRC) ile otolog sinir grefti(ANG) grubunun istatistiki olarak karşılaştırılması. Tek yıldız: istatistiki anlamlı fark olmayan, çift yıldız ise istatistiki anlamlı fark bulunan parametreleri göstermektedir. $p<0.05$ istatistiki anlamlı kabul edilmiştir.

AuthorToEditor: Çalışmamız ile Türk patent kurumu (Başvuru numarası: 2024/012517), Uluslararası PCT patent başvurusu(Başvuru numarası: PCT/TR2024/012517) yapılmıştır. Ülkemizde yerli olarak çok düşük maliyetli üretilmiş olan ilk sinir konduiti ve dünyada ilk defa bitki deselülerizasyonu ile üretilmiş sinir konduiti çalışması özelliği göstermekte olup International journal of biological macromolecules dergisinde yayın olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda mevcut olan her aşamanın ayrı ayrı fotoğrafları orijinal sunum sırasında paylaşılacak olup burada tek fotoğraf yükleme şansı bulunmaktadır. Saygılarımızla

Triamsinolon Asetonidin, Tavşan Yağ Grefti Nekrozu Modeli Üzerindeki Etkileri

Mert Doruk[1], Kemal Fındıkçıoğlu[1], Ayhan Işık Erdal[1], Süheyla Esra Özkoçer[2], Berkay Bağcı[2], Murat Uçar[3]
[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara*
[3]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara*

GİRİŞ

Yağ nekrozu, özellikle meme ameliyatlarından sonra cerrahların sıklıkla karşılaştığı bir sorundur. Cerrahların sürekli gündeminde olmasına rağmen net olarak kabul görmüş bir tanımlaması yoktur. Meme dokusunda yağ nekrozu; travma, yağ grefti uygulamaları, radyoterapi, kist aspirasyonu, biyopsi, lumpektomi, küçültme mammoplasti, özdoku ile meme rekonstrüksiyonu gibi sebeplere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Nodül şeklinde elle palpe edilebilir ancak çoğu zaman asemptomatiktir. Semptomatik olduğunda ise ekimoz, eritem, ağrı, ısı artışı gibi bulgulara lenfadenopati de eşlik edebilmektedir. Bu da klinik özelliklerin ortaya çıkmasında inflamasyonun rol aldığını düşündürmektedir. Klinik öykü ve görüntüleme yöntemleri ile tanıya gidilse de kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Altın standart tedavi yöntemi cerrahi eksizyon olup, sonrasında kontür deformiteleri ve kötü kozmetik sonuçlarla karşılaşılabilmektedir. Triamsinolon asetonid (TA), antiinflamatuvar etkisi bilinen enjektabl bir steroid türevidir.

Bu bilgilerden yola çıkılarak triamsinolon asetonidin yağ nekrozunda intralezyonel uygulaması, inflamasyon ve inflamasyonla ilişkili bulguları azaltır hipotezi ortaya konmuş olup, cerrahi tedavilere alternatif bir tedavi yöntemi geliştirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada toplam ağırlıkları 4000-4500 gram arasında olan, en az 4 aylık, 10 adet Yeni Zelanda türü tavşanlar kullanıldı. Her tavşanın bir kulağı deney grubu diğer kulağı ise kontrol grubu olacak şekilde tasarlandı. İlk aşamada tavşan interskapular bölgeden alınan yağ greftleri, tavşanların her iki kulak dorsumunda subperikondrial planda oluşturulan ceplere otogreft olarak yerleştirildi. Greft hacimlerini standardize etmek amacıyla, taşırma kabında 10ml sıvı taşıran parçalar yerleştirildi. 3 ay nekroz oluşması beklenildikten sonra her tavşana MRG yapıldı. Aynı gün her bir tavşanın yazı tura ile belirlenen bir kulağına intralezyonel olarak triamsinolon asetonid enjeksiyonu yapıldı. Enjeksiyon sonrası 1. ayda her bir tavşana tekrar MRG yapıldı ve aynı gün greftler eksize edilip histopatolojik incelemeye gönderildi.

MRG'de hacim hesaplaması için serbest alan çizim yöntemi kullanıldı. Nekroz derecesi T2 ağırlıklı görüntülerde, sağlıklı yağ dokusu ile mukayese edilerek 1 ile 5 arasında derecelendirildi (0: yok, 1: düşük, 2: düşükten ortaya değişmekte, 3: orta yoğunlukta, 4: ortadan yoğuna değişmekte, 5: yoğun). Tüm radyolojik ölçümler deneyimli aynı radyolog tarafından kör olarak gerçekleştirildi.

Histolojik değerlendirme Hematoksilen-Eozin ve Masson Trikom boyama sonrası iki histolog tarafından kör olarak gerçekleştirildi. İnflamasyon, normal adipoz doku, damar yoğunluğu, nekroz ve kistik yapılar 0-5 arasında skorlandı (0: yok, 1: düşük, 2: düşükten ortaya değişmekte, 3: orta yoğunlukta, 4: ortadan yoğuna değişmekte, 5: yoğun).

BULGULAR

Enjeksiyon öncesi 3. Ayda yapılan MRG'de tüm greft dokularında değişen derecelerde nekroz olduğu saptandı, kontrol ve deney grupları arasındaki nekroz skorları istatistiksel olarak benzer bulundu (p=0,254). Kontrol tarafında enjeksiyon öncesi ve sonrası MRG nekroz skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark tespit edilmedi (p=0,157). Deney tarafında ise enjeksiyon öncesine göre enjeksiyon sonrası MRG nekroz skorları daha düşük olmakla birlikte söz konusu fark Bonferroni düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,046).

Kontrol tarafında zamana göre hacim ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı değişim olup (p<0,001) başlangıca göre sırasıyla; enjeksiyon öncesi ve sonrası hacim düzeylerinin daha düşük olduğu gözlendi (p<0,001 ve p<0,001). Ayrıca, enjeksiyon öncesine göre enjeksiyon sonrası hacim düzeyleri de istatistiksel olarak anlamlı daha düşük idi (p=0,020).

Deney tarafında da zamana göre hacim ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı değişim olup (p<0,001) başlangıca göre sırasıyla; enjeksiyon öncesi ve sonrası hacim düzeylerinin daha düşük olduğu gözlendi (p<0,001 ve p<0,001). Enjeksiyon öncesine göre enjeksiyon sonrası hacim düzeyleri de daha düşük olmasına rağmen söz konusu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,062).

Deney tarafında inflamasyon ve damar yoğunluğu skorları istatistiksel anlamlı olarak daha düşük (p=0,004 ve p=0,004) iken normal adipoz doku yapısına ait skorlar istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek (p=0,023) saptanmıştır. Kontrol ve deney grupları arasında nekroz ve kist skorları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık tespit edilmedi (p>0,05).

TARTIŞMA

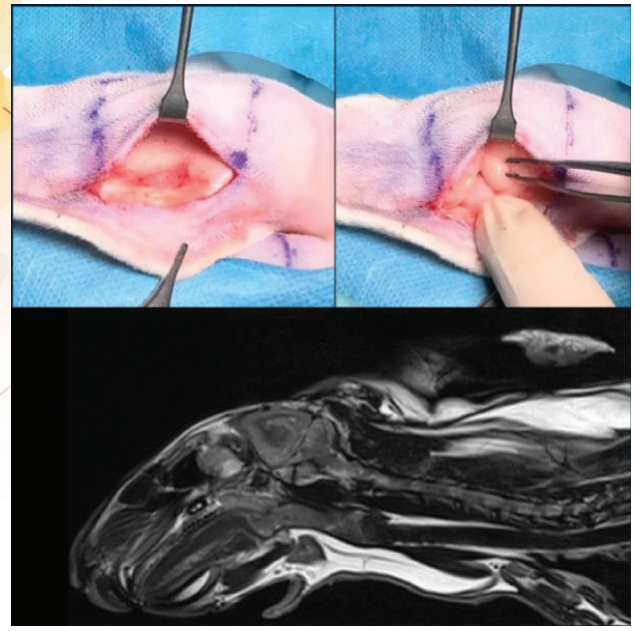
Yağ nekrozu, benign insidental bulgulardan meme kanserini düşündürecek bulgulara kadar geniş yelpazede karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle meme cerrahisi geçirmiş hastada, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tanı koymada %100'e yakın negatif prediktif değere sahiptir. Mikroskop incelemesinde nekrotik yağ hücreleri ve farklı derecelerde inflamasyon görülmektedir. Literatürde cerrahi eksizyona alternatif olarak yapılan "Needle Aeration" ve "Ultrason Yardımlı Liposuction" gibi girişimlerle yağ nekrozlarında küçülmeler saptandığı bildirilmiştir. Glukokortikosteroidler inflamatuvar kökenli hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır etkin biçimde kullanılmaktadır. Triamsinolon asetonid enjektabl steroid tüevi olup alopesi areata, diskoid lupus eritamatozus, keloid, hipertrofik skar, liken planus, kronik liken simpleks, aponöroz veya tendonların kistik lezyonlarının tedavisinde intralezyonel olarak kullanımı mevcuttur.

SONUÇ

Bu deneysel çalışma göstermiştir ki yağ nekrozunda görülen inflamasyonla ilgili semptomların ve bulguların geriletilmesi amacıyla cerrahinin tercih edilmediği durumlarda alternatif bir tedavi yöntemi olarak veya cerrahi tedavilere ek olarak intralezyonel triamsinolon asetonid enjeksiyonu yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: intralezyonel enjeksiyon, triamsinolon asetonid, yağ nekrozu

Şekil-1



Üstte, greftin yerleştirildiği operasyon anına ait görüntüler. Altta, greft yerleştirildikten sonra 3. aydaki MR görüntülemesine ait sagittal kesit örneği.

Sıçan Modelinde Aselüler Dermal Matriks Sarılı İmplantlara ve Poliüretan İmplantlara Karşı Oluşan Kapsül Yanıtının İmmünohistokimyasal Yöntemlerle Değerlendirilmesi

Adem Atakan Haytaoğlu[1], Şeyda Güray[1], Bülent Saçak[2], Gamze Tümentemur[3]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Kapsüler kontraktür, implant bazlı meme rekonstrüksiyonlarında her dört hastadan birinde ve estetik meme augmentasyonlarında her beş hastadan birinde görülebilen en yaygın komplikasyonlardan biridir. Bu durumun gelişiminde implant yüzey özellikleri, biyoenfektif süreçler ve protez planlaması gibi birçok faktör rol oynamaktadır. Özellikle değiştirilebilir bir parametre olan yüzey özellikleri, kapsüler kontraktürün önlenmesine yönelik araştırmalarda odak noktası haline gelmiştir. Bu kapsamda, hem farklı yüzey tasarımlarına sahip implantların hem de implant ile çevre dokular arasına yerleştirilen biyomateryallerin geliştirilmesi üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bu çalışmada, literatürde ilk kez, poliüretan kaplı implantlar (PU) ile aselüler dermal matriks (ADM) sarılı implantlara karşı gelişen kapsüler yanıt, sıçan modeli kullanılarak immünohistokimyasal yöntemlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Materyal Method

Çalışmamızda toplam 30 adet dişi Sprague Dawley cinsi sıçan kullanıldı. Birinci grupta (SI grubu), 10 sıçanın her iki paraskapular bölgesinde cilt altı cepler oluşturuldu. Pürtüksüz doku genişleticiden (Mentor Worldwide LLC, Irvine, CA, USA) 0,3 x 1 x 2 cm boyutlarında toplam 20 adet pürtüksüz implant elde edildi. İmplantlar iki taraflı ceplere steril olarak yerleştirildi. İkinci grup (PU grubu) için aynı boyutlardaki pürtüksüz implantlar öncelikle üniversitemizin mühendislik fakültesinde spreyleme yöntemiyle poliüretan kaplandı. Elektron mikroskobu ile yapılan incelemelerde, kaplamanın mevcut ticari poliüretan meme implantlarında olduğu gibi 1000 mikron kalınlıkta olduğu doğrulandı. Bu implantlar da 10 sıçana, her birine iki adet olacak şekilde steril olarak yerleştirildi. Üçüncü grup (ADM grubu) için ise steril pürtüksüz implantlar, 2,2 x 2,2 cm boyutundaki Asellüler Dermal Matriks (Native, MTF Biologics, NJ, ABD) ile tamamen sarıldıktan sonra, 10 sıçana bilateral olarak uygulandı.

Tüm gruplarda cilt kesileri primer sütürasyon ile kapatıldı ve sıçanlara çam reçinesi içeren flasterlerle gömlek tarzında pansuman yapıldı. Operasyon sonrası tüm sıçanlar ilk 10 gün boyunca tek kafeslerde takip edildi, ardından aynı gruba ait sıçanlar ortak kafeslerde bir araya getirildi. Her grupta 4. haftada 5 sıçan değerlendirmeye alındı. Dorsal cilt manipülasyonuna karşı ağrı yanıtı, implantın palpe edilebilirliği ve görünürlüğü esas alınarak Baker skoru belirlendi. Ardından sıçanlara ötenazi uygulandı ve implant çevresinde oluşan kapsül çıkarıldı. Kapsülde histolojik olarak kapsül kalınlıkları ölçüldü ve immünohistokimyasal analizlerle Tip 1 ve Tip 3 kollajen yoğunlukları belirlenip Tip 1/3 kollajen oranı değerlendirildi. Tüm gruplarda eriye kalan 5 sıçan ise 12. haftada aynı şekilde yeniden Baker skorlama sistemine göre değerlendirildi; ötenazi sonrası alınan kapsüller aynı histolojik ve immünohistokimyasal yöntemlerle analiz edildi.

Bulgular

Histolojik değerlendirmede;

4.hafta kapsül kalınlığı değerlendirmesinde Grup 2 (PU), Grup1' den (SI) anlamlı derecede daha ince izlendi. (p:0,058). Grup 2 (PU) ve Grup 3 (ADM) arasında anlamlı fark izlenmedi.

12.hafta kapsül kalınlığı değerlendirmesinde Grup 2(PU) ve Grup 3(ADM) anlamlı olarak Grup 1(SI) den daha ince izlendi.(sırasıyla p<0,0001, p:0,0324) 4. Haftaya benzer şekilde Grup 2(PU) ile Grup 3(ADM) arasında anlamlı fark izlenmedi. Tüm gruplarda 4.haftaya göre 12.haftada kapsül kalınlığında anlamlı artış gözlendi (p<0.0001).

İmmünohistokimyasal değerlendirme;

Grup 2(PU) ve Grup 3' ün (ADM) 4. hafta ve 12.hafta, Tip 1 / Tip 3 kollajen oranları arasında anlamlı artış izlendi. (sırasıyla p:0,0312, p: 0,0033). Grup 1(SI) in 4.hafta ve 12.hafta değerlendirmesinde arasında fark izlenmedi.

4.Hafta değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı fark gözlenmezken, 12.hafta değerlendirmesinde Grup 2(PU) ve Grup 3(ADM), Grup 1(SI) den anlamlı derece yüksek izlendi.(p:0,0312) ancak bu iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi.

Baker skorlaması; tüm gruplarda 12. haftada, 4.hafta değerlenmesine göre anlamlı olarak skor artışı vardı. Ancak gruplar arasında 4. hafta ve 12. hafta değerlendirmelerinde anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma

Çalışmamızda ADM ve PU gruplarında ölçülen kapsül kalınlıklarının pürtüksüz implant grubuna kıyasla anlamlı düzeyde azalmış olması literatürdeki benzer bulgularla örtüşmektedir. Prantl ve arkadaşlarının prospektif çalışmasında poliüretan kaplı implantların daha gevşek yapılı ve ince kapsüllerle sonuçlandığı, bu etkinin gözenekli yüzey yapısının doku entegrasyonunu düzenlemesiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Nahabedian ve Spear'ın uzun dönem serisinde ADM kullanılan olgularda kapsül kalınlığında belirgin azalma ve histolojik olarak gevşek, matür yapılı kapsül formasyonu gözlenmiştir.

Bu sonuçlar, hem ADM'nin hücresel sinyalizasyonu düzenleyerek fibrozisi sınırladığına hem de poliüretan yüzeyin mekanik ve biyolojik entegrasyona katkıda bulunduğuna işaret etmektedir.

Kollajen alt tiplerinin kapsül yapısı üzerindeki etkisi Nimni ME ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır; Tip 1 kollajenin hem matür kapsüllerde hem de kontraktüre yol açan fibrotik kapsüllerde yüksek oranda bulunduğu gösterilmiştir. Bu nedenle normal ile patolojik kapsül ayrımında Tip 1 kollajenin miktarından öte histolojik konfigürasyonu önemlidir. Bindingnavele ve arkadaşlarının 2012'de yayımladığı prospektif çalışmada ADM ile kombine implant yerleşiminde matür, paralel organize lifler ve azalmış Tip III kollajen gösterilmiştir. Çalışmamızda da ADM ve poliüretan gruplarında 3. ayda Tip I kollajen oranının anlamlı artışı ve düzgün kollajen mimarisi matür fibrozisin göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Bu, Spear ve ark. tarafından bildirilen ADM'in kapsül oluşumu üzerindeki etkilerine de atıf yapmaktadır.

Poliüretan kaplamanın kollajen alt tipleri üzerindeki etkisi Pitkin ve arkadaşlarının sıçan modelinde yaptığı histolojik çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmada, poliüretan kaplı implantların çevresinde oluşan kapsüllerde Tip I kollajen liflerinin daha organize, Tip III kollajen ekspresyonunun belirgin şekilde azaldığı gösterilmiştir. Bulgular, poliüretan yüzeyin daha matür ve gevşek kapsül oluşumuna katkı sağladığını, Tip I/III oranındaki artışın kontraktür değil doku olgunlaşmasına işaret ettiğini desteklemektedir. Bizim çalışmamızda da poliüretan grup, 3. ay sonunda artmış Tip I kollajen oranı ve düzenli kapsül mimarisiyle benzer şekilde değerlendirilmiştir.

Baker skoru açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmaması, bu sistemin subjektif değerlendirmelere açık olması ve sıçan modelinde belirgin kontraktür oluşumunun sınırlı kalmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda kapsül kontraktürü gelişimi üzerine implant yüzey modifikasyonlarının etkisi değerlendirilmiş ve hem poliüretan kaplı hem de ADM sarılı implantların düz yüzeyli silikon implantlara kıyasla daha az fibrotik yanıt oluşturduğu gösterilmiştir. Tip I/III oranındaki artışın kapsül kalınlığı ile birlikte değerlendirilmesi bu dönüşümün yalnızca fibrozis değil aynı zamanda doku olgunlaşması lehine gerçekleştiğini desteklemektedir.

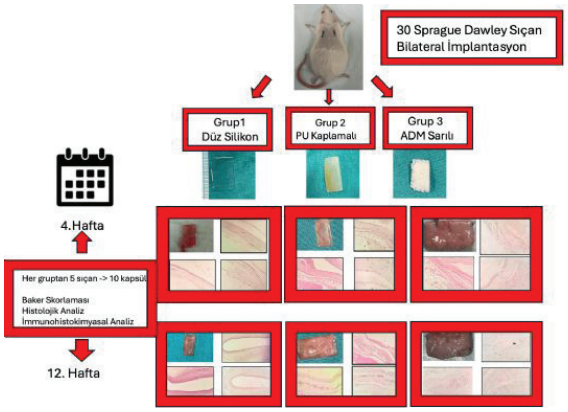
Bu çalışmanın güçlü yönü ADM ve poliüretan kaplı implantları aynı deneysel modelde karşılaştıran literatürdeki ilk çalışma olmasıdır. Ayrıca, her sıçana bilateral implant yerleştirilmesiyle örneklem verimliliği artırılmış, histolojik ve immünohistokimyasal analizlerin farklı zaman noktalarında yapılmasıyla zamana bağlı doku yanıtları izlenebilmiştir. Bununla birlikte bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Sıçan modeli insan fizyolojisini tam olarak yansıtmayabilir ve değerlendirme süresi kapsül kontraktürünün uzun dönem evrelerini kapsamamaktadır.

Sonuç

Bu deneysel çalışmada, pürtüksüz yüzeyli silikon implantlara kıyasla poliüretan kaplı ve ADM sarılı implantların, kapsül kontraktür gelişimi açısından daha olumlu histopatolojik ve immünohistokimyasal profiller sergilediği gösterilmiştir. ADM ve poliüretan kaplamalar, farklı biyolojik mekanizmalar üzerinden benzer anti-fibrotik etkiler göstermekle birlikte, aralarındaki klinik üstünlüğün belirlenebilmesi için uzun vadeli sonuçlar, biyomekanik değerlendirmeler ve maliyet-etkinlik analizleri ile desteklenmiş ileri çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar Kelimeler: aselüler dermal matriks, kapsül kontraktürü, poliüretan

Metodolojişeması



Figur1: Metadoloji Şeması

Tablo 1: Grupların Kapsül kalınlığı, Kolajen tip1/3 oranları ve Baker Skorları Karşılaştırması

	4.Hafta Kapsül Kalınlığı*	12.Hafta Kapsül Kalınlığı*	4.hafta KOL1/3**	12.Hafta KOL1/3**	4.Hafta Baker skoru***	12.Hafta Baker Skoru***	p
Grup 1 (Düz Silikon) (No:20)	220 (150 - 290)	480 (400-560)	1	1	1	1,7	*<0,0001 **1 ***0.002
Grup 2(Poliüretan) (No:20)	150 (120 - 200)	380 (300 - 440)	1,2(1-2)	1,48(1-2)	1	2	*<0,0001 **0,0312 ***<0,0001
Grup 3(ADM) (No:20)	180 (130-240)	420 (350 - 475)	1,1(1-2)	1,51(1-2)	1,1	2	*<0,0001 **0,0033 ***<0,0001
p(1-2)	0.0058	<0,0001	0.1675	0.0002	0,995	0,077	
p (2-3)	0.5706	0.1373	0.5828	0,995	0.368	0,995	
p (1-3)	0.3115	0.0324	0.3681	0.0002	0.368	0,077	

Tablo 1: Grupların Kapsül kalınlığı, Kolajen tip1/3 oranları ve Baker Skorları Karşılaştırması

AuthorToEditor: Ulusal Plastik Cerrahi Kurultayı kapsamında genç asistanların bilimsel çalışmalarını paylaşmalarına fırsat tanınmasını son derece kıymetli buluyorum. Bilimsel üretime verilen bu destek, bizlerin akademik gelişimini teşvik etmekte ve ülkemizde plastik cerrahi alanında yapılan araştırmaların niteliğini artırmaktadır. Çalışmamızın bu platformda yer bulmasından büyük onur duyuyor, değerli katkılarınız ve özverili emeğiniz için Bilim Kurulu'na teşekkür ediyorum

Mini Meme İmplantı Bulunan Radyoterapi Alan Ratlarda Kapsül Kontraktürü Önlenmesinde IL-1 Antagonisti Anakinra'nın Etkinliğinin Rat Modeli Üzerinde Gösterilmesi

Susen Topal[1], Uğur Koçer[1], Melih Çakaroğlu[1], Ferah Yıldız[2], Melis Gültekin[2], Fazlı Yağız Yedekçi[2]

[1]SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilimdalı, Ankara

Giriş-Amaç: Meme rekonstrüksiyon cerrahisinde silikon implantların kullanımı son yıllarda giderek artmış ve estetik–fonksiyonel açıdan tatmin edici sonuçlar sağlamıştır. Ancak özellikle adjuvan radyoterapi alan hastalarda en sık görülen komplikasyonlardan biri kapsül kontraktürüdür. Kapsül kontraktürü; implant çevresinde gelişen aşırı fibrozis ve inflamasyon sonucu ortaya çıkan, meme şeklinin bozulması, ağrı, sertlik ve implantın çıkarılmasına kadar gidebilen klinik bir tablodur. Kapsül oluşum sürecinde; yabancı cisim reaksiyonu, subklinik enfeksiyonlar, biyofilm formasyonu ve özellikle proinflamatuar sitokinlerin tetiklediği kronik inflamasyon önemli rol oynamaktadır. Radyoterapi ise dokuda fibrotik süreci belirgin şekilde artırarak kapsül kontraktürünü derinleştiren majör bir risk faktörüdür.

İnflamatuar yanıtın başlatılmasında etkili olan başlıca medyatörlerden biri interlökin-1'dir (IL-1). IL-1; NF-κB ve MAPK gibi sinyal yolaklarını aktive ederek fibroblastların aktivasyonunu, kollajen sentezini ve sitokin salınımını artırır. Bu yolaktaki farmakolojik hedeflerden biri olan IL-1 reseptör antagonisti Anakinra, özellikle romatoid artrit ve otoinflamatuar hastalıklarda klinik olarak güvenli ve etkili bir ajan olarak kullanılmaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amacı silikon implant yerleştirilmesini takiben radyoterapi uygulanmış sıçan modellerinde gelişen kapsül kontraktürüne karşı Anakinra'nın etkilerini histopatolojik ve biyokimyasal düzeyde değerlendirmektir. Bu amaçla Anakinra'yı antiinflamatuar ve antifibrotik etkileri güçlü olan altın standart deksametazon ile kıyasladık. Bulgularımızın, insan klinik pratiğinde kapsül kontraktürünün önlenmesine yönelik alternatif biyolojik tedavi stratejilerine ışık tutabileceği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem / Metod: Çalışmamız, prospektif, kontrollü, deneysel hayvan modeli olarak planlandı. Toplam 24 adet, yaklaşık 350 gram ağırlığında, sağlıklı, erişkin, dişi Wistar Albino cinsi rat, rastgele şekilde üç gruba ayrıldı. Her grupta 6 rat bulunmaktadır.

Grup 1 (Kontrol): Salin uygulanan grup

Grup 2 (Pozitif kontrol): Deksametazon uygulanan grup

Grup 3 (Deney): Anakinra uygulanan grup

İlk gün tüm ratlara, steril koşullarda ve uygun sedasyon altında, sırt bölgelerinde "panniculus carnosus" kası altına 4 cc hacminde standart boyutta mini silikon meme implantları yerleştirildi. Ardından, her gruptaki ratlara aşağıdaki protokol uygulandı. 7. gün ve 14. gün intraperitoneal yolla sırasıyla salin (1 mg/kg), deksametazon (0.2 mg/kg) ve Anakinra (100 mg/kg) enjekte edildi. 14. gün ilaç uygulaması ile beraber yüksek çözünürlüklü ultrasonografi (USG) ile değerlendirildi ve ardından 10 Gy dozunda tek seans radyoterapi uygulandı. RT takiben 2 hafta beklenildi, 28. gün ve 35. gün aynı ilaç protokolü tekrarlanarak toplamda 4 doz intraperitoneal ilaç uygulaması yapıldı. Deney sonunda, implant çevresi dokular tekrardan yüksek çözünürlüklü ultrasonografi (USG) ile görüntülendi. Ardından, tüm sıçanlardan 2 cc kan alındı ve tüm sıçanlar sakrifiye edildi, ardından implantla ilişkili doku alanı eksize edilerek histopatolojik analiz ve TGF-beta1 düzeyi ölçümü için biyokimya laboratuvarına gönderildi.

Deneyin ardından histopatolojik olarak; Larsen ve ark.'nın geliştirdiği kapsül kalınlığı, kollajen organizasyonu, hücresellik, inflamasyon, dev hücreler, vaskülarizasyon, kalsifikasyon ve sinovyal metaplazi parametrelerini içeren skorlama sistemi kullanılarak değerlendirilme yapılmıştır. Kapsül kalınlığı Hematoksilen-Eozin (HE) ve Masson-Trikom boyaları kullanılarak, 2 en ince ve 2 en geniş alan kaplayan 2 bölgeden ölçülerek ortalama değerlendirildi. Fibrozis ve kollajen birikimi Masson-Trikrom boyası ile değerlendirildi. Miyofibroblast aktivitesi Alfa-Smooth Muscle Actin (Alfa-SMA) boyama ile değerlendirildi. İnflamatuar hücre infiltrasyonu, HE boyaması ile lenfosit ve nötrofil yoğunluğu incelendi. Vaskülarite HE ve Alfa-SMA boyaları ile değerlendirildi.

Biyokimyasal olarak; TGF-β1 (Transforming Growth factor Beta 1) düzeyleri özel ELISA kiti ile kantitatif olarak ölçüldü.

Radyolojik değerlendirmede yüksek çözünürlüklü USG ile kapsül kalınlıkları ölçüldü.

Bulgular:

Histopatolojik olarak örnekler Larsen ve ark.'nın geliştirdiği skorlama sistemi kullanılarak değerlendirildi. Kapsül kalınlığı, Anakinra grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Deksametazon grubunda da azalma eğilimi olsa da, Anakinra daha etkili olmuştur. Masson Trikrom boyamada, Anakinra grubunda belirgin olarak daha az kollajen birikimi gözlenmiştir. Alfa-SMA boyaması ile değerlendirilen myofibroblast yoğunluğu, Anakinra grubunda diğer iki gruba göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Perikapsüler vaskülarite, Anakinra grubunda belirgin azalma eğilimindeydi; bu bulgu, anti-anjiyojenik etkinin varlığını düşündürmektedir.

Biyokimyasal olarak; Grup 1'de hem serum hem de doku TGF-β1 düzeyleri yüksek seyrederken, Grup 2'de bu değerlerde belirgin bir azalma sağlamıştır. Grup 3'te ise inflamatuar yanıtın baskılanması ile TGF-β1 düzeylerinde anlamlı bir düşüş gözlenmiş, bu durum Anakinra'nın fibrotik yanıtı azaltıcı potansiyelini desteklemiştir.

USG değerlendirmelerinde, 14. günde kapsül kalınlıkları Grup 1'de 1,5 mm, Grup 2'de 1,0 mm ve Grup 3'te 0,8 mm olarak ölçüldü. Kontrol USG değerlendirmesinde ise Grup1 1.8mm ve Grup 2 ise 1.1 olarak ölçülmüştür. Grup 3'te ise radyoterapiye rağmen kapsül kalınlığında belirgin artış olmamıştır, başlangıç ölçümlerine yakın seyretmiş olup ortalama 0.9mm olarak ölçülmüştür. Özellikle Anakinra uygulanan Grup 3'te, kapsül gelişim sürecinin baskılandığını gösteren bu bulgular, ilacın fibrotik yanıtı azaltıcı etkisine işaret etmektedir. Bu sonuçlar, kapsül kontraktürünün önlenmesinde Anakinra'nın, standart antiinflamatuar tedavilere kıyasla daha belirgin bir koruyucu potansiyele sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: Bu çalışma, IL-1 antagonisti Anakinra'nın radyoterapiye bağlı gelişen kapsül kontraktüründe inflamasyon ve fibrozis süreçlerini anlamlı düzeyde baskılayabildiğini göstermektedir. Özellikle kapsül kalınlığının azalması, kollajen birikiminin sınırlanması ve myofibroblast yoğunluğunun düşürülmesi, Anakinra'nın hem hücresel hem de stromal düzeyde etkili olduğunu göstermektedir. Radyoterapiye bağlı doku hasarını sınırlayarak implant çevresi kapsül oluşumunu önleyebilmesi, Anakinra'nın ileri preklinik ve klinik çalışmalarda alternatif biyolojik tedavi adayı olarak değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu bulgular, meme rekonstrüksiyonu sonrası hasta memnuniyetinin artırılması ve komplikasyonların azaltılmasında önemli katkılar sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Anakinra, Fibrozis, IL-1 antagonisti, İnflamasyon, Kapsül kontraktürü, Meme implantı

Deney Süresince Uygulanan Basamaklar



A: Mini meme implantı, B: İmplantin yerleştirilmesi, C: İntraperitoneal ilaç uygulaması, D: USG ile değerlendirme, E: RT uygulanması, F: Sakrifikasyon sonrası implantın bulunduğu poşun gösterilmesi, G: İmplant çevresinde oluşan kapsülün gösterilmesi, H: Histopatolojik inceleme amaçlı dokuların uygun ortamda muhafaza edilmesi (patoloji kabı içerisinde kapsül görülmektedir.)

Histopatolojik, biyokimyasal ve radyolojik parametreler

Değerlendirilen Parametre	Grup 1 (Salin)	Grup 2 (Deksametazon)	Grup 3 (Anakinra)
Kapsül Kalınlığı	+++	++	+
Kollajen organizasyonu	+++	++	+
Vaskülarizasyon	+++	++	+
14. Gün USG (mm)	1.5 mm	1.0 mm	0.8 mm
42. Gün USG (mm)	1.8 mm	1.1 mm	0.9 mm
Serum TGF-β1 (ng/mL)	86	44	25.5
Doku TGF-β1 (ng/g protein)	123	92	45

Yeni Bir Biyoaktif Kondüit Kompleksi: BDNF'den Zenginleştirilmiş Sekretom Salınımlı Kitosan-PCL Skafold ile Aksonal Rejenerasyon

Sare Demirtaş[1], Gökçe Yıldıran[1], Gülsemin Çiçek[2], Fettah Eren[3], Hande Akdeniz[1], Zeliha Esin Çelik[4], Tahsin Murad Aktan[2], Zekeriya Tosun[1]
1Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya
2Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Konya
3Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Konya
4Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş:

Günümüzde doku mühendisliği ile üretilen sinir kondüitleri; biyomalzemeler, biyokimyasal ve hücresel bileşenleri bir araya getirerek doğal sinir mikroçevresini yeniden oluşturmayı hedefler. İdeal bir sinir kondüiti; biyouyumlu, degrade olabilen, akson rejenerasyonu için yeterli mekanik desteğe sahip, poröz yapısı ile mikromoleküllere geçirgen, esnek ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Nörotrofik ajanlar ile kombine edilmiş sinir kondüitleri literatürde kullanılmış olsa da ideal aksonal rejenerasyon mikroçevresini sağlayan kondüit üretimi arayışları devam etmektedir.

BDNF(beyin kaynaklı nörotrofik faktör) nörotrofin ailesinin önemli bir üyesi olup aksonal rejenerasyon sürecini destekleyen güçlü bir biyolojik araçtır. Mezenkimal kök hücre(MKH) kaynaklı sekretomlar ise remiyelinizasyona yardımcı hücresiz tedavi ajanlarıdır. Sekretom molekülleri ve nörotrofik faktörlerin uygulandıkları yerde tutunabilmeleri ve denatüre olmadan etkinlik gösterebilmeleri için skafold denilen 3D taşıma sistemlerine ihtiyaç vardır. Bu ihtiyacı karşılamak için kitosan ve PCL(Polikaprolakton) polimerleri ile üretilen skafoldlar tanımlanmıştır. Ancak bu scafoldun BDNF'den zenginleştirilmiş sekretom ile kombine edildiği bir kondüit literatürde henüz tanımlanmamıştır.

Bu çalışmada, BDNF ile zenginleştirilmiş MKH sekretomu salınımlı 3D kitosan-PCL kombinasyonunun periferik sinir defektlerindeki rejeneratif etkinliğinin değerlendirilmesi ve konvansiyonel yöntemlere alternatif ideal bir kompozit kondüit üretilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem:

Etik kurul onayı alındı.

3D Skafold Üretimi:

Kitosan ve PCL, Cooper ve ark.nın tanımladığı şekilde 80°C'de eritilerek çözüldü, 1:3 oranında karıştırıldı (Cooper, 2011). Bu karışım, doğal ekstrasellüler matriksi(ECM) taklit eden mikro ve nano yapılı, gözenekli, lifli bir yapı oluşturmak amacıyla 3D filament ekstruder cihazı ile standart ölçülerde şekillendirildi.Taramalı Elektron Mikroskobu(SEM) ile kondüit duvar kalınlıklarının 300-310 µm aralıkta olduğu teyit edildi.

BDNF İle Zenginleştirilmiş Sekretom Üretimi:

BDNF ile zenginleştirilmiş MKH sekretomu, nörotrofik faktör üretimini artıran koşullarda kültürlenen mezenkimal kök hücrelerden toplandı. BDNF oranını artırmak amacıyla belirlenen hücre grupları orbital shaker üzerinde kültüre edildi ve morfolojik gözlemler invert mikroskop ile düzenli olarak yapıldı. Hücrelerin karakterizasyonu akım sitometri yöntemiyle valide edildi. Elde edilen sekretomların BDNF düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü, BDNF'den zenginleştirilmemiş gruba kıyasla belirgin artış olduğu doğrulandı.Ayrıca sekretomlar Dinamik Işık Saçılım(DLS) yöntemi ile valide edildi ve partikül boyut ortalaması 237.6 nm olarak ölçüldü. Protein konsantrasyonu ise Bradford yöntemiyle 1680 µg/ml olarak ölçüldü.

Taramalı Elektron Mikroskobu(SEM) ile, sekretomun skafoldun iç yüzüne başarılı şekilde tutunduğu gösterildi ve kondüit üretimleri tamamlandı.

Deney Aşaması:

32 adet 8-12 haftalık Wistar-Albino cinsi erkek ratın tamamında sol siyatik sinirde 10mm'lik sinir defekti oluşturuldu, ratlar rastgele dört gruba ayrıldı:

1. grup(Otogreft grubu): Sinir defektinin oluşturulması için eksize edilen 10mm'lik sinir grefti ters çevrilerek uç uca onarım yapıldı.

2. grup(Kondüit+SF grubu):12 mm uzunluğundaki kitosan-PCL kondüit içerisine 10 µL SF enjekte edilerek onarım yapıldı.

3. grup(Kondüit + Sekretom grubu):Kondüit içerisine 10 µL sekretom ekildi.

4. grup(Kondüit+BDNF'den zenginleştirilmiş sekretom grubu):Kondüit içerisine 10 µL BDNF'den zenginleştirilmiş sekretom ekildi.

Değerlendirme:

4-8-12. haftalarda siyatik fonksiyonel indeks(SFI) ölçüldü. 12 hafta sonunda ratların gastroknemius kasları üzerinden elektrofizyolojik çalışma (EMG) yapıldı, ortalama aksiyon potansiyeli ve latans ölçüldü. Ardından ratlar

sakrifiye edildi. Gastroknemius kaslarının ağırlık indeksi ölçülerek kas atrofisi değerlendirildi. Histopatolojik ve immünhistokimyasal incelemelerle aksonal organizasyon, myelinizasyon ve fibrozis değerlendirildi.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS(v27.0) ile analiz edildi, $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

SFI açısından 12. haftada en üstün sonuçlar 4. grupta ve 1. grupta elde edildi. Her iki grup da diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha iyi fonksiyonel iyileşme gösterdi ($p<0.05$).

EMG'de 4. Ve 1. grubun ortalama aksiyon potansiyeli sırasıyla 19.72±3.62 mV ve 17.79±5.62 mV bulundu($p>0.05$). Bu iki grubun elektrofizyolojik sonuçları istatistiksel olarak diğer gruplardan daha üstün bulundu($p<0.05$).

Gastroknemius ağırlık indeksi 4. grupta ortalama %69.09±9.88 olarak bulundu ve kas atrofisinin diğer gruplardan belirgin olarak daha az olduğu saptandı($p<0.05$).

Histopatolojik inceleme sonuçlarına göre Grup 4'teki grubunda myelin miktarı ve aksonal organizasyon otogreft grubu ile istatistiksel olarak benzer bulundu. Proksimal akson sayıları Grup 1 ve 4'te sırasıyla ortalama mm2'de 231,1±37,96 ve 208,8±45,61 ve distal akson sayıları 130,3±37,58 ve 127,0±27,50 olarak bulunmuş olup elde edilen değerler Grup 2 ve 3'e kıyasla anlamlı derecede yüksekti. Grup 2'de belirgin demiyelinizasyon, aksonal dejenerasyon ve endonöral bağ dokuda artış izlendi.

Tartışma:

Kondüit ile sinir defekti onarımı yaklaşık beş dekaddır kullanılmakta olup, kondüitler tek başına aksonal yönelimde başarılı olsa da nörotropik mikroçevre oluşturmada yetersiz kalmakta ve rejenerasyon kapasitesinin artırılması gerekmektedir. Bu çalışmada yeni bir kondüit olarak BDNF ile zenginleştirilen sekretom ekilmiş 3D kitosan-PCL kombinasyonunun periferik sinir defekti onarımındaki etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

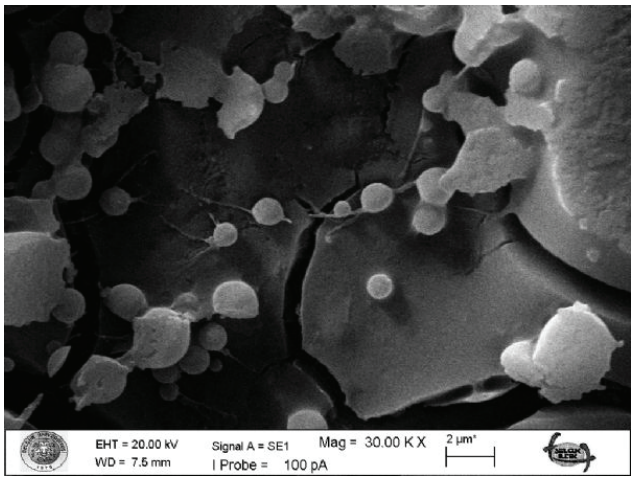
SFI, periferik sinir rejenerasyonunun altın standart ölçütlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda SFI'nın altın standart kabul edilen otogreftler kadar üstün sonuçlanması; oluşturduğumuz BDNF'den zengin sekretom ekilmiş kitosan-PCL kondüitinin rejeneratif kapasitesinin, biyolojik greftlere benzer düzeyde fonksiyonel iyileşme sağlayabildiğini ortaya koymaktadır. Elektromiyografi(EMG) bulguları da bu sonucu destekler niteliktedir. Aksiyon potansiyeli amplitüdleri, yeniden innervasyon kalitesini ve miyofibril organizasyonunu yansıtan objektif ölçütlerdir. En iyi sonuçların yine 4. grupta elde edilmiş olması; nörotrofik destek olmaksızın iskelet yapısının tek başına yeterli olmadığını, fonksiyonel iyileşme için rejeneratif destekle sinerjik bir etki gerektiğini ortaya koymaktadır. Grup 2'de sadece kondüit kullanımı ile elde edilen sonuçların fonksiyonel olarak yetersizliği de bu hipotezi destekler niteliktedir. BDNF gibi nörotrofik faktörlerin kondüite entegre edilmesi geleneksel sinir onarım yöntemleriyle ilişkili pek çok kısıtlılığı aşmaktadır. Bu sistem yalnızca defekti onarmakla kalmaz, aynı zamanda rejenerasyon ve fonksiyonel iyileşmenin dinamik süreçlerini aktif olarak destekleyen bir mikroçevre oluşturur. Bu çalışmada olduğu gibi doğal mikroçevreyi taklit eden kombine kondüit kullanımı, periferik sinir defektlerinde klinik uygulamalara yön verme potansiyeli taşımaktadır.

Kas atrofisi, yetersiz aksonal rejenerasyona bağlı görülen kaçınılmaz bir sekeldir. Gastroknemius kası ağırlık indeksi üzerinden değerlendirilen kas atrofisinin Grup 2'de en belirgin görülmesi tek başına kondüitin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Histopatolojik incelemelerde belirgin demiyelinizasyon, aksonal dejenerasyon ve endonöral bağ dokuda artış da bunu doğrulamıştır. Tam tersine 4. grubun en az atrofi ile sonuçlanması, kondüitin BDNF'den zengin sekretomla kombine kullanımının reinnervasyonu daha etkin şekilde sağladığını ve motor fonksiyonun korunmasında belirgin avantaj sunduğunu göstermiştir. Bu da biyomekanik desteğin tek başına yeterli olmadığını, biyolojik destek ile birlikte kullanıldığında rejeneratif sürecin anlamlı şekilde iyileştiğini ortaya koymaktadır. Biyolojik destek olarak sekretom eklenen 3. Grupta, 1 ve 2. Gruba göre daha üstün sonuçlar elde edilmesi bunun ispatıdır. Ancak 3. Grupta biyolojik destek olmasına rağmen 4. Grupta en iyi sonuçların elde edilmesi, sekretomun periferik sinirde etkilerini BDNF üzerinden gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak bu çalışmada BDNF'den zengin MKH sekretomu 3D kitosan-PCL kondüit ile kombine edilerek sinir rejenerasyonu için gerekli olan ideal mikroçevre sağlanmış ve otogrefte benzer sonuçlar elde edilerek gelecek yıllarda periferik sinir defektlerinde klinik pratiğe uyarlanabilecek etkin bir kondüit alternatifi geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: kitosan, periferik sinir, polikaprolakton, rejenerasyon, skafold

Sekretom moleküllerinin skafold iç duvarına entegrasyonu



Taramalı elektron mikroskobunda sekretom moleküllerinin kitosan-PCL skafoldunun iç duvarına entegre olduğu gösterildi(30.000x büyütme)

Rat Modelinde, Eksozom İmplante Edilmiş 3D Skafoldların Kemik Tünel İçindeki Tendon Grefti İyileşmesine Etkisi

Sergen Karataş[1], Gökçe Yıldıran[2], Hande Akdeniz[2], Zekeriya Tosun[2]

[1]*Şırnak Devlet Hastanesi*
[2]*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi*

Giriş:

El cerrahisi pratiğinde sıkça uygulanan ligament rekonstrüksiyonlarının fonksiyonel başarısında belirleyici unsur, tendon greftinin kemik tüneli içerisindeki iyileşmesidir; ancak tendon-kemik iyileşme sürecinin mekanizması günümüzde hâlâ tam olarak anlaşılamamıştır.

Kemik tünelinde tendon greftinin fizyolojik olarak iyileşmesi, dört katmanlı tendon–kemik arayüzünün (tendon, fibrokartilajinöz geçiş zonu, mineralize fibrokartilaj ve kemik) yeniden oluşumunu gerektirmektedir. Bununla birlikte, bu süreç çoğunlukla skar dokusu ile sonuçlanmakta

ve doğal tendon–kemik arayüzündeki kademeli fizyolojik geçiş sağlanamamaktadır.

Hücresel tutunma ve proliferasyonu destekleyen üç boyutlu skafoldlar, tendon–kemik ara yüzünde yeni doku oluşumunu kolaylaştırsa da, tek başına fonksiyonel bir arayüz sağlamada yetersizdir. Günümüzde sekretom ve eksozom gibi hücresiz tedavilerin ön plana çıkması, bu biyolojik faktörlerle zenginleştirilmiş skafoldların rejeneratif etkinliğini artırabileceğini düşündürmektedir. Ancak, tendon greftlerinin kemik tünel içerisindeki iyileşmesine odaklanan çalışmalar literatürde sınırlıdır.

Bu çalışmada eksozom ile zenginleştirilmiş skafoldların tendon–kemik arayüzünde ideal iyileşme sürecine olan katkısının araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod:

Etik kurul onayı sonrası çalışmanın in vitro aşamasında; eksozom eldesi, skafold eldesi, skafolda eksozom implantasyonu yapıldı. Çalışmanın in vivo aşamasında ise; eksozom implante edilen skafoldların tendon greftinin kemik tünel içinde iyileşmesine etkisi araştırıldı.

A. İn vitro aşama:

1- Eksozom eldesi: İnsan umblikal kord dokusu kaynaklı mezenkimal kök hücreler izole edildi, akım sitometri yöntemi ile karakterize edilerek stres indüksiyonu yapıldı. Elde edilen eksozomlar akım sitometride teyit edildi.

2- Skafold eldesi: Hyaluronik asit, polikaprolakton ve trikalsiyum fosfat bileşimi kullanıldı. 3D printing yöntemi ile 1.3 mm'lik kemik tünele uygun 1 mm iç çapında skafoldlar üretildi.

3- Eksozom implantasyonu: Skafoldlar hidroksilasyondan geçirildi, eksozom süspansiyonunda inkübe edildi. İmplantasyonu takiben taramalı elektron mikroskobu ile implantasyon doğrulandı.

B. İn vivo aşama:

64 adet Sprague Dawley cinsi 300-350 gr ağırlığında erkek rat rastgele 4 gruba bölündü. Tüm gruplarda hayvanların tamamında bilateral aşil tendonu muskulotendinöz bileşkeden ayrıldı. Bu bileşke seviyesinde tibiada 1.3 mm çapında ve sabit uzunlukta kemik tünel açıldı.

Grup 1'de (Kontrol) tendon grefti tünel içinden geçirildi ve sütüre edilerek sabitlendi.

Grup 2'de (Eksozom) tendon grefti tünel içinden geçirildi ve sabitleme sonrası tünel içine 0,1 cc eksozom süspansiyonu (109 partikül/ml) enjekte edildi.

Grup 3'te (Skafold) tendon grefti etrafına skafold sarılarak bu iki yapı açılan kemik tünel içinden geçirildi ve sütürle sabitlendi.

Grup 4'te (Eksozom+Skafold) tendon grefti etrafına eksozom implante edilmiş skafold sarılarak, bu yapı açılan kemik tünel içinden geçirildi ve sütürle sabitlendi.

C. Değerlendirme Kriterleri:

4. ve 8. haftalarda her gruptan 8 örnek olacak şekilde histopatolojik (vaskülarizasyon, selüler aktivite, kollajen devamlılığı, kollajen liflerinin paralelliği) ve immünhistokimyasal (FGF2, BMP2) olarak değerlendirildi.

4 ve 8. haftalarda her gruptan 8 örnekten biri, mikro bilgisayarlı tomografik inceleme (mikro-BT) için ayrılacak şekilde alınan örnekler Newton cinsinden biyomekanik incelemeye (uniaksiyel tensil kuvvet, maksimum binen yük) tabi tutuldu. Veriler istatistiksel olarak analiz edildi (GraphPad Prism 6.05 Software). $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

1. Histolojik Bulgular: 4. haftada vaskülarizasyon, hücresel aktivite ve fibril morfolojisi 4. grupta en iyi olarak bulundu ($p<0,05$). 8. haftada ise tüm paramatrelerde Grup 4 ve 2 en iyi sonuçları verdi ($p<0,05$). Dördüncü grupta tendon, fibrokartilaginöz geçiş zonu, mineralize fibrokartilaj, kemik ara yüzü oluşmuştu.

2. İmmünhistokimyasal bulgular: Hem 4. hem de 8. haftada FGF2 ekspresyonu da BMP2 ekspresyonu da 4. grupta en iyi bulundu ($p<0,05$).

3. Biyomekanik bulgular: 4. haftada 15,64 N ve 8. haftada 22,97 N bulguları ile Grup 4 biyomekanik testlerdeki en üstün gruptu.

Tartışma ve Sonuç

Tendon greftlerinin kemik tünel içinde iyileşmesi, el ve el bileği rekonstrüksiyonlarından diz çapraz bağ onarımlarına kadar geniş bir yelpazede karşılaşılan klinik bir sorundur; bu süreçte başarısız tendon-kemik ara yüzü oluşturulması, mekanik zayıflık ve fonksiyon kaybına yol açarak cerrahi başarının en önemli sınırlayıcılarından biri olmaya devam etmektedir.

Mevcut cerrahi teknikler ve biyomateryal uygulamaları, tendon–kemik arayüzünde fizyolojik fibrocartilaginöz geçişin tam olarak yeniden oluşmasını çoğu zaman sağlayamamaktadır. Bu nedenle iyileşme, genellikle organize kolajen lif yapısından yoksun skar dokusu ile sınırlı kalmakta ve bu da uzun dönem biyomekanik dayanıklılık ve fonksiyon açısından yetersiz sonuçlar doğurmaktadır.

Bu çalışmada "tendon- fibrokartilaginöz geçiş zonu-mineralize fibrokartilaj- kemik" şeklindeki tendon-kemik ara yüzünün eksozom implante edilen skafold grubunda başarıyla oluşturulduğu gösterilmiştir. Eksozom + skafold kombinasyonu (Grup 4), hem erken (4. hafta) hem de geç (8. hafta) dönemde vaskülarizasyon, hücresel aktivite, kolajen fibril organizasyonu, büyüme faktörü ekspresyonları (FGF-2, BMP-2) ve mekanik dayanıklılık açısından tüm gruplara kıyasla en iyi sonuçları vermiştir.

Son yıllarda, mezenkimal kök hücre (MSC) kaynaklı eksozomlar; biyoaktif içerikleri, düşük immünojenisite, kolay uygulanabilirlik ve yüksek rejeneratif potansiyelleri sayesinde hücre temelli tedavilere alternatif olarak öne çıkmıştır. VEGF ve FGF gibi parakrin faktörler içermeleri, anjiyogenezi teşvik ederek doku onarımını destekler. Bu çalışmada, MSC kaynaklı eksozomların PCL ve trikalsiyum fosfat içeren 3 boyutlu hiyalüronik asit bazlı bir skafold üzerine entegre edilerek kemik tünel içi tendon–kemik iyileşmesine etkisi ilk kez rat modelinde değerlendirilmiştir.

Eksozom ve eksozom yüklü skafold gruplarında kolajen fibril sürekliliği, hizalanması ve yoğunluğu anlamlı derecede iyileşmiştir. Bu durum, doğal tendon mimarisine daha çok benzeyen fonksiyonel bir yapı oluştuğunu göstermektedir. BMP-2 seviyelerindeki artış, osteojenik farklılaşma ve kemik oluşumunun eş zamanlı aktive olduğunu düşündürmektedir. Çekme testi sonuçlarında, eksozom yüklü skafold grubu hem kontrol hem de tekli tedavi gruplarından belirgin şekilde üstün bulunmuş; bu da entezis benzeri yapının fonksiyonel olarak yeniden oluştuğuna işaret etmiştir.

Histopatolojik olarak, eksozom yüklü skafold grubu erken dönemde en yüksek vaskülarizasyon, hücresel aktivite ve kolajen organizasyonu göstermiştir. Sekizinci haftada eksozom grubu bu parametrelerde benzer seviyelere ulaşmıştır. İmmünohistokimyasal olarak, eksozom yüklü skafold grubu erken dönemde FGF-2 ve BMP-2 ekspresyonlarında en yüksek değerleri göstermiştir. Bu, biyobozunur bir skafold aracılığıyla eksozomların lokal uygulanmasının erken parakrin sinyalleşmeyi artırdığını göstermektedir.

Biyomekanik olarak, eksozom yüklü skafold grubu her iki zaman noktasında da en yüksek kopma yüklerini elde etmiş ve bu üstünlük zamanla korunmuştur. Bu bulgular, eksozomların skafold ile kombinasyonunun erken iyileşmeyi hızlandırdığını, yapısal ve fonksiyonel entegrasyonu güçlendirdiğini ve tendon–kemik iyileşmesinde umut verici bir strateji sunduğunu göstermektedir.

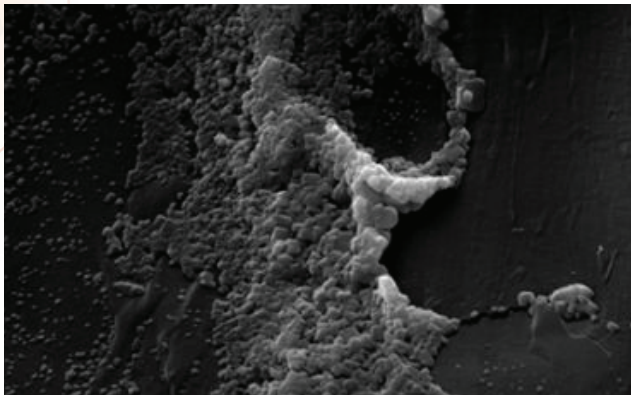
Kaynakçalar:

1- Rodeo, S.A.; et al. Tendon-healing in a bone tunnel. J. Bone Joint Surg. Am. 1993, 75(12), 1795–1803.

2- Nebelung, W.; et al. Histological findings of tendon-bone healing. Arch. Orthop. Trauma Surg. 2003;123:158–163

Anahtar Kelimeler: eksozom, skafold, tendon-kemik ünitesi

Şekil 1



Eksozomların skafolda implantasyonu

SÖZEL BİLDİRİLER

SB-001

Damak Defektlerinin Alın Flebi İle Rekonstrüksiyonu:Etkili Bir Alternatif Yöntem

Ahmet Koyuncu[1], Orhan Gök[1], Melikan Tatar[1], Gülçin Büyükbezirci[2], Mehmet Dadacı[1]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı,Konya

GİRİŞ

Sert ve yumuşak damak,fonasyon,yutma ve solunum fonksiyonlarının sürdürülebilmesi açısından kritik öneme sahip anatomik yapılardır.Bu bölgede oluşan defektler;malignite cerrahisi,travma,enfeksiyon ya da konjenital anomaliler gibi çeşitli etiyolojik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilir.Palatal defektlerin rekonstrüksiyonu yalnızca anatomik bütünlüğün yeniden sağlanmasını değil,aynı zamanda fonksiyonel restorasyonu da hedeflemelidir.Özellikle yumuşak damağın rekonstrüksiyonu,oral-nazal ayrımın korunması ve konuşma rezonansının sürdürülebilmesi açısından ayrı bir öneme sahiptir.

Damak defektlerinin onarımında lokal flepler,bölgesel flepler ve mikrovasküler serbest doku transferleri sık kullanılan cerrahi seçeneklerdir.Ancak bazı olgularda lokal dokuların yetersizliği ya da hastaya özgü sistemik ve anatomik kısıtlılıklar nedeniyle bu yöntemlerin uygulanabilirliği sınırlı olabilir.Bu tür durumlarda,alternatif rekonstrüksiyon tekniklerinin değerlendirilmesi gereklidir.

Supratroklear arter temelli alın flebi,klasik olarak nazal rekonstrüksiyonlarda kullanılan güvenilir bir aksiyel flep olup,sağlam vaskülaritesi ve yeterli doku hacmi ile intraoral onarımlarda da potansiyel bir seçenek olarak değerlendirilebilir.Ancak literatürde alın flebinin palatal defekt onarımında kullanımı oldukça nadir bildirilmiştir.

Bu olgu sunumunda,konvansiyonel rekonstrüktif tekniklerin yetersiz kaldığı ya da uygulanamadığı iki farklı vakada,alın flebi kullanılarak gerçekleştirilen palatal rekonstrüksiyonlar sunulmakta;bu yöntemin seçilmiş olgularda fonksiyonel ve estetik açıdan etkin bir alternatif oluşturabileceği gösterilmektedir.

OLGU 1

İlk olgu,trafik kazası sonrası gelişen maksillofasiyal travma nedeniyle dış merkezde tedavi gören ve bu süreçte hem sert hem de yumuşak damakta doku kaybı oluşan,bilinen sistemik hastalığı bulunmayan 25 paket/yıl sigara içen 46 yaşında erkek hastadır.Hastaya dış merkezde serbest radial önkol flebi ile palatal rekonstrüksiyon uygulanmış,ancak flep nekrozu ve operasyon sahasında gelişen yara dehisans sonucunda belirgin yumuşak doku defekti meydana gelmiştir.Hasta kliniğimize yönlendirilmiş ve alın flebi ile split-thickness deri grefti (STSG) kullanılarak aşamalı rekonstrüksiyon planlanmıştır.

İlk aşamada defekt boyutuna uygun alın flebi sağ supratroklear arter üzerinden planlanarak 3 haftalık bir delay için hazırlanmıştır.İkinci aşamada ise hazırlanan delayli flep tekrar eleve edilerek nazal kemik üzerinde osteotomlar yardımıyla açılan pencereden ağız içine tünelize edilmiştir.Bu aşamada flebin nazal mukozal tarafa denk gelecek olan subkutan doku kısmı kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatılarak flebin yumuşak damak tarafında inseti sağlanmıştır.Flepte yapılan delay işlemine rağmen flep inseti sonrasında venöz yetmezlik gözlemlenmiş ve flep aralıklı olarak kanatılarak bu aşama komplikasyonsuz bir şekilde yönetilmiştir.Üçüncü aşamada ise alın flebinin yumuşak damaktan revaskülarizasyonunun sağlanmasının ardından sağ nazal duvarda açılan tünelden uygun insizyonlarla girilerek alın flebi pedikülü ayrıldı ve flep distal bazlı olarak sert damaktaki anterior mukozal defekte sütüre edildi.

OLGU 2

İkinci olgu,kulak burun boğaz kliniğinde sert damakta yerleşimli adenoid kistik karsinom tanısı almış ve bu nedenle bilateral total maksillektomi uygulanmış 57 yaşında erkek hastadır. Cerrahi rezeksiyona bağlı olarak gelişen yaygın palatal defektin rekonstrüksiyonu amacıyla hasta ileri cerrahi onarım için kliniğimize yönlendirilmiştir.Bu kompleks defektin rekonstrüksiyonu amacıyla,supratroklear arter temelli alın flebi planlanmış ve cerrahi süreç üç aşamalı olarak yürütülmüştür.İlk aşamada defekt boyutuna uygun alın flebi sağ supratroklear arter üzerinden planlanarak 3 haftalık bir delay için hazırlanmıştır.İkinci aşamada ise hazırlanan delayli flep tekrar eleve edilerek nazal kemik üzerinde osteotomlar yardımıyla açılan pencereden şekilde gösterildiği üzere ağız içine tünelize edilerek alıcı sahaya adapte edilmiştir.Yaklaşık iki ay sonra gerçekleştirilen üçüncü seansta,flebin pedikülü cerrahi olarak ayrılmış,ardından flep döndürülerek anterior bölgeye daha stabil uyum sağlayacak şekilde pozisyonlandırılmış ve defekte adapte edilmiştir.Hastanın takiplerinde yapılan değerlendirmede,alın flebinin anterior palatal bölgeye ulaşmakta sınırlı kaldığı ve sert damakta sınırlı bir açıklık alanının devam ettiği görülmüştür. Bu bölgedeki defekt,sol bukkal mukozadan planlanan lokal bir transpozisyon flebi ile kapatılmıştır.

TARTIŞMA

Palatal defektlerin cerrahi onarımı;konuşma,yutma ve beslenme gibi temel fonksiyonları doğrudan etkileyen,dikkatli planlama ve multidisipliner yaklaşım gerektiren kompleks bir süreçtir.Anatomik kapanmanın yanı sıra oral ve nazal kavite arasında fizyolojik bariyerin yeniden sağlanması,rezonans kontrolünün elde edilmesi ve yutma işlevlerinin düzenlenmesi rekonstrüktif sürecin başlıca hedefleridir.Bu hedeflerin başarısı,defektin boyutu ve yeri, etkilenen yapıların durumu,hastanın sistemik ve dental özellikleri gibi birçok faktöre bağlıdır.

Palatal defektlerin rehabilitasyonunda başlıca iki yaklaşım bulunmaktadır:protetik obtüratör kullanımı ve cerrahi rekonstrüksiyon.Obturatörler,küçük ve orta boyutlu,özellikle diş desteği yeterli olan hastalarda etkili ve düşük morbiditeli bir seçenek sunarken;geniş, bilateral ya da karmaşık defektlerde protezin stabilizasyonu ve fonksiyonel başarısı sınırlı kalabilir.Bu tür durumlarda cerrahi onarım, özellikle fonksiyonel bütünlüğü sağlama açısından ön plana çıkmaktadır.Cerrahi teknikler;lokal, bölgesel ve serbest flep rekonstrüksiyonları olarak sınıflandırılır.Küçük ve orta büyüklükteki yumuşak damak defektlerinde,çevre dokulardan kaldırılan lokal flepler etkin sonuçlar vermektedir.Bu kapsamda,bukkal mukozal ilerletme flebi, palatal ada rotasyon flebi,uvulopalatinal flep ve fasiyal arter muskülomukozal flep (FAMM flebi) gibi yöntemler,yumuşak damağın yarısından daha küçük sınırlı defektlerin onarımında başarıyla uygulanmaktadır. Benzer şekilde,sert damakta sınırlı açıklıkların bulunduğu durumlarda,komşu sert damak mukoperiostal fleplerinin ilerletilmesi ile primer kapama sağlanabilmektedir.Lingual flep ise özellikle ön damak veya sert-yumuşak damak bileşkesi bölgesindeki defektlerin onarımında klasik olarak kullanılan bölgesel bir flep yöntemidir.Temporal kas flebi ise üst çene ve damak bölgesine yakın bölgesel flep seçeneği sunmaktadır.Mikrovasküler serbest flepler (örn.RFFF,ALT,fibula flebi) büyük ve karmaşık defektlerde yaygın olarak kullanılmakta ve hem yumuşak doku hem de kemik rekonstrüksiyonuna imkân tanımaktadır.Ancak bu teknikler uzun cerrahi süre,mikrovasküler deneyim,donör saha morbiditesi ve hasta seçimi açısından bazı kısıtlılıklar barındırır.Bu noktada,özellikle serbest flep başarısızlığının yaşandığı ya da uygulanamadığı durumlarda,bölgesel flepler değerli alternatifler sunabilir.

Alın flebi,supratroklear arter temelli,klasik olarak burun rekonstrüksiyonlarında kullanılan aksiyel bir fleptir. Sağlam vaskülarite,yeterli doku hacmi ve estetik uyum gibi avantajları sayesinde,özel durumlarda intraoral defekt onarımında da kullanılabilir.Literatürde sınırlı sayıda olgu sunumu bulunmakla birlikte,alın flebi özellikle mikrovasküler rekonstrüksiyona uygun olmayan hastalarda fonksiyonel bir çözüm sunabilir.

Bu çalışmada sunulan iki olguda,alın flebi ile yapılan palatal rekonstrüksiyonun başarılı sonuçlar verdiği gözlenmiştir. İlk olguda,serbest radial önkol flebi sonrası gelişen nekroz ve dehisansa bağlı sekonder defekt,üç aşamalı alın flebi yaklaşımı ile onarılmıştır.Delay tekniği ile dolaşımı artırılan flebin subkutan yüzeyi STSG ile desteklenmiş,nazal kaviteye tünellenerek yerleştirilmiştir. İkinci olguda ise bilateral maksillektomi sonrası oluşan geniş palatal defekt, alın flebi ile onarılmış;anterior bölgedeki rezidüel açıklık,bukkal mukozal flep ile kapatılmıştır. Her iki olguda da nazal kemikte oluşturulan tünel aracılığıyla flebin yönlendirilmesi,bu tekniğin önemli bir yeniliği olarak öne çıkmaktadır.

Takiplerde her iki hastada da fonksiyonel iyileşme sağlanmış,konuşma rezonansı ve yutma işlevleri normale yakın düzeye ulaşmıştır.Alın bölgesindeki donör saha iyileşmeleri sorunsuz seyrederken,estetik sonuçlar da hasta memnuniyeti ile sonuçlanmıştır.Bu bulgular,alın flebinin seçilmiş vakalarda,özellikle serbest flep rekonstrüksiyonunun mümkün olmadığı durumlarda, güvenli ve etkili bir alternatif olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir.

SONUÇ

Sonuçolarak,supratroklearartertemelli alınflebi,hemprimer hem de sekonder palatal rekonstrüksiyonlarda,özellikle klasik yöntemlerin başarısız olduğu veya uygulanamadığı durumlarda,güvenilir bir bölgesel flep seçeneği olarak değerlendirilmelidir.Bu vaka serisi,alın flebinin damak bölgesinde daha yaygın bir kullanım alanı bulabileceğini ve özellikle mikrocerrahinin mümkün olmadığı durumlarda etkili bir alternatif sunduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alın flebi, damak, rekonstrüksiyon

ALIN FLEBİ İLE DAMAK REKONSTRÜKSİYONU



OLGU 1 ŞEKİL1 Flebin defekte uygun hazırlanarak delay işlemi sonrasında nazal kemikte açılan pencereden ağız içine tünelizasyonu OLGU 1 ŞEKİL 2 Alın flebinin yumuşak damak tarafında inseti sonrası erken dönemde gözlemlenen venöz yetmezlik ve flep pedikül ayrılması ve anterior bölgedeki defektin onarımı sonrası geç dönem sonuç

OLGU 2: Sol supratroklear bazlı hazırlanan alın flebiyle palatal rekonstrüksiyon ve geç dönemde anterior palatal bölgedeki defektin bukkal mukozadan hazırlanan lokal fleple onarımı

SB-002

Alt Dudak Total Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Gracilis Serbest Kas Flebı ve Radial Önkol Serbest Flebının Karşılaştırılması: Fonksiyonel, Duyusal ve Psikososyal Sonuçlar Üzerine Retrospektif Bir Analiz

Ceyhun Uzun[1], Batuhan Polat[1], Samet Kaya[1], Mustafa Canberk Gürbüz[1], Aybala Neslihan Alagöz[2], Murat Şahin Alagöz[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi, Plastik Rekonsrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Alt dudak, yüzün hem estetik bütünlüğünde hem de temel fonksiyonlarında özellikle konuşma, yeme-içme, salya kontrolü ve mimik ifadeleri gibi kilit bir rol oynar. Bu nedenle, tam kat alt dudak defektleri, sadece dokusal kayıplarla sınırlı kalmayan; aynı zamanda hastanın sosyal yaşamını, psikolojik iyilik halini ve fonksiyonel bağımsızlığını da etkileyen kompleks klinik durumlardır (1). Bu tip büyük defektlerde primer kapama ya da lokal flepler genellikle yetersiz kalır ve optimal fonksiyon ve estetik hedefleniyorsa mikrocerrahi serbest flep seçenekleri ön plana çıkar (2).

Alt dudak rekonstrüksiyonunda sıklıkla tercih edilen iki ana serbest flep tekniği, gracilis kas flebi ve radial önkol flebidir. Gracilis flebi, kas dokusu içermesi sayesinde dudak hareketini kısmen yeniden sağlayabilen dinamik bir seçenek olup, özellikle bilateral defektlerde kas kontraksiyonuna olanak tanıyan seçeneklerden biridir (3). Buna karşılık radial önkol flebi, ince ve geniş cilt yüzeyi ile iyi vaskülarize bir yapı sunmakta; ayrıca kolay şekillendirilebilir olması ve donör saha morbiditesinin kabul edilebilir düzeyde kalması nedeniyle birçok merkezde alt dudak rekonstrüksiyonunda ilk tercih olmaktadır (4,5).

Son yıllarda rekonstrüktif sonuçların yalnızca estetik ve doku bütünlüğü ile değil; aynı zamanda duyusal geri kazanım, motor fonksiyon, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi gibi multidisipliner parametrelerle değerlendirilmesi önem kazanmıştır (6,7). Ancak gracilis ve radial önkol flepleri arasında bu kriterler temelinde yapılmış karşılaştırmalı klinik çalışma sayısı oldukça sınırlıdır ve özellikle geç dönem fonksiyonel analizlerin yer aldığı çalışmalar literatürde nadirdir. Bu çalışma, total alt dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan gracilis serbest kas flebi ile radial önkol serbest flebinin geç dönem fonksiyonel, duyusal ve psikososyal sonuçlarını karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Materyal-Metod:

2015–2024 yılları arasında kliniğimizde total alt dudak defekti nedeniyle mikrocerrahi rekonstrüksiyon uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenmiş ve 6 gracilis ile 10 radial önkol flebi uygulanan hastaların geç dönem fonksiyonel, duyusal ve psikososyal sonuçları karşılaştırılmıştır. Tüm hastalara geç dönemde artikülasyon değerlendirmesi, iki nokta diskriminasyon testi, taktil ve termal duyu analizi, EMG (yalnızca gracilis grubu), POSAS skar değerlendirme skalası, Rosenberg öz-değer ölçeği ve EORTC QOL-HN35 yaşam kalitesi anketi uygulandı. Verilerin analizi Python programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. İki grup arasında karşılaştırma yapılırken, örneklem sayısı

az olduğu için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. EMG değerlendirmesi yalnızca gracilis grubunda yapıldığı için istatistiksel karşılaştırmalara dahil edilmemiştir.

Bulgular:

Fonksiyonel değerlendirmede her iki grupta artikülasyon ve konuşma doğal bulundu. Gracilis grubundaki 6 hastanın %67'sinde EMG ile kas kontraksiyonu saptandı. Duyusal değerlendirmede radial önkol grubunda iki nokta diskriminasyonu ortalaması 20 mm, gracilis grubunda ise 25 mm idi. Dokunma duyusu gracilis grubunda 7.3/10, radial önkol grubunda 4.0/10 olarak değerlendirildi. Termal algı oranları sırasıyla %50 ve %43.3 olarak ölçüldü. Estetik ve psikososyal değerlendirmede gracilis grubunun POSAS hasta skorları 15.6, radial önkol grubunun ise 22.6 idi. Rosenberg öz-değer puanı gracilis grubunda ortalama 39, radial önkol grubunda ise 32.6 idi. Yaşam kalitesi skorları (EORTC QOL-HN35) gracilis grubunda ortalama 51.3, radial önkol grubunda ise 53.0 olarak hesaplandı. Yapılan istatistiksel analizlerde p-değeri <0.05 düzeyine ulaşmamakla birlikte, gracilis grubunda fonksiyonel ve psikososyal ölçütlerde klinik olarak anlamlı eğilimler gözlendi.

Sonuç:

Gracilis serbest kas flebi, alt dudak rekonstrüksiyonunda yalnızca hacimsel onarımı değil, aynı zamanda mimetik aktiviteyi destekleyen dinamik bir çözüm sunarak; kas kontraksiyonu, estetik skar kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından anlamlı avantajlar sağlamaktadır. Oral kompetansı sağlama konusunda kas kontraksiyonuyla birlikte radial önkol grubuna göre belirgin olarak daha iyi bulunmuştur. Erken dönemde bir kas flebi olmasından dolayı bulky görünüme yol açsa da geç dönemde kas atrofisiyle birlik radial önkol grubuna göre alana daha iyi uyum sağlamıştır. Buna karşın, radial önkol serbest flebi; teknik uygulanabilirliği ve duyusal bütünlüğü koruma kapasitesiyle dikkat çeken güvenilir bir alternatiftir ancak donör saha morbiditesi gracilis grubuna göre daha belirgindir. Elde ettiğimiz bulgular, iki teknik arasında "daha iyi" olanı belirlemekten çok, her iki yöntemin de belirli klinik senaryolarda öncelikli tercih olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, alt dudak total defektlerinin rekonstrüksiyonunda; defektin boyutu, hastanın fonksiyonel beklentileri, yaşı, komorbiditeleri ve sosyal adaptasyon düzeyi gibi faktörlerin bütüncül olarak değerlendirilmesi, cerrahi stratejinin bireyselleştirilmesi açısından kritik önemdedir. Çalışmamız, literatürde az sayıda yer alan geç dönem fonksiyonel ve psikososyal analizleriyle bu alana katkı sağlamaktadır. Bulgularımızın daha güçlü düzeyde genellenebilirliğe ulaşabilmesi için, ileriye dönük çok merkezli ve geniş örneklemli prospektif araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alt dudak rekonstrüksiyonu, EMG, fonksiyonel değerlendirme, gracilis kas flebi, radial önkol flebi, yaşam kalitesi

Preoperatif ve postoperatif vaka sunumlar



1a: Gracilis flebi uygulanan hastanın ameliyat öncesi görünümü 1b: Aynı hastanın geç postoperatif dönemi 2a: Radial önkol flebi uygulanacak hastanın ameliyat öncesi görünümü 2b: Aynı hastanın geç postoperatif dönemi

Gracilis ve Radial Önkol Yapılan Hastaların Karşılaştırmalı Özet Sonuçları

Parametre	Gracilis (n=6)	Radial Önkol (n=10)
2 Nokta Diskriminasyonu (mm)	25	20
Dokunma Duyusu (0–10)	7.3	4
Termal Algı (%)	50	43.3
Rosenberg Öz-değer Skoru	39	32.6
POSAS Gözlemci Skoru	20	27
POSAS Hasta Skoru	15.6	22.6
EORTC QOL-HN35 Skoru	51.3	53
EMG ile Kas Kontraksiyonu	%67	Yapılmadı

SB-003

Alt Göz Kapağı Rekonstrüksiyonlarında Postoperatif Ektropiyon Gelişiminin Preoperatif Kantal Tilt ve Defekt Konumu ile İlişkisi

Alper Geyik, Melike Gönültaş, Salih Can Sezer, İbrahim Halil Esim, Fatih Alp Öztürk
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Skatrisyel ektropiyonun patogenezinde, deri ve orbikülaristen oluşan ön lamellanın kısalması temeldeki sorunu oluşturur. Ön lamellanın yaralanması veya kısalması kapak kenarının dışa doğru dönmesine neden olur.(1) Olağan anatomide lateral kantusun vertikal seviyesi, medial kantusun vertikal seviyesinden 2mm daha superior yerleşimlidir.(2) Alt göz kapağı seviyesinde uygulanan rekonstrüktif girişimlerde gelişebilecek ektropiyon, cilt kanseri çıkarma öyküsü, artmış cilt güneş maruziyeti, daha açık iris rengi ve pingekulum varlığının yanı sıra mevcut sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabet ve inme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. (3) Hastanın preoperatif dönemdeki kantal tilt seviyesinin de bu komplikasyon sıklığını değiştirebileceğini de düşünmekteyiz. Alt göz kapağının yerçekimine karşı direnci yaş ile birlikte azalmaktayken, yine yaş artışı ile birlikte alt göz kapağı onkolojik cerrahisi endikasyonlarının artması da söz konusudur. (4)

MATERYAL VE METOD

Mevcut çalışmamızda, kliniğimizde ekibimizce alt göz kapağının, onkolojik endikasyonlarla rekonstrükte edilmiş 40 vakadaki minimum postoperatif 2. aydan itibaren kalıcı olarak görülen çeşitli düzeylerdeki ektropiyon gelişim oranları incelenmiştir. Tarama populasyonunda dahil etme kriterlerimiz içinde mevcut defektin orbitomalar oluk üstünde olması, yalnızca tek bir cilt rekonstrüksiyon tekniği uygulanmış olması, dışlama kriterleri olarak da kozmetik endikasyonların varlığı, ilk operasyonda kantoliz prosedürlerinin uygulanmış olması ve alt göz kapağı dışındaki farklı bir fasiyal anatomik yapının rekonstrükte edilmiş olması yer almıştır. Mevcut ektropiyon gelişim oranlarını ilgili defektin alt göz kapağındaki horizontal konumu, defekt boyutu, ve kullanılmış cerrahi prosedürde uygulanan flebin baz konumunun, maksimum gerim vektörünün aksına göre nihai oranları ortaya koyuldu.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Elde edilen veriler ışığında alt göz kapağı rekonstrüksiyonu uygulanan 40 hasta içinde 14 hastada çeşitli derecelerde ektropiyon görülmüştür. Ektropiyon izlenen 14 hasta içerisinde 9'unun(%64,42) nihai defektinin orta boyutta, 7'sinin(%50) defektinin konumunun medialde, 11'inin(%78,57) preoperatif negatif kantal tilte sahip olduğu, 6'sının(%42,85) flep gerim vektörünün horizontal düzlemde olduğu görüldü. Postoperatif ektropiyon görülmeyen 26 hasta içerisinde, 17'sinin(%65,38) nihai defektinin orta boyutta, 10'unun(%38,46) defektinin konumunun lateralde, 17'sinin(%65,18) preoperatif negatif kantal tilte sahip olduğu, 12'sinin(%46,15) flep gerim vektörünün horizontal düzlemde olduğu görüldü. Postoperatif ektropiyon gelişiminde defekt boyutunun fazlalığı ile korelasyon izlenmedi. Gerim vektörünün superiorda olduğu inferior bazlı alt göz kapağı fleplerinin ektropiyon gelişiminde, superior bazlı fleplere göre daha yüksek oranda olduğu görüldü(5:3/İnferior bazlı flep:Superior bazlı flep).

Alt göz kapağının derisi 1 mm'den daha az kalınlıktadır ve lateral orbital kenara geldikçe giderek kalınlaşır. Herhangi bir subkutan yağ tabakasından yoksundur ve altta yatan orbikularis oculi kasına ince bağ dokusu bağlantıları ile tutturulmuştur.(2) Dermoonkolojik cerrahi endikasyonu bulunan hasta populasyonunun median yaş ortalamasının yüksek olması(kendi çalışmamızda bu ortalama 59 yaştır.) senil nedenlere ek olarak lateral kantal süspansiyonun negatif kantal tilte neden olduğu hastalarda alt göz kapağının medial komponentleri seviyelerinde yapılan rekonstrüktif girişimlerde defekt boyutundan bağımsız olarak medial seviyede ektropiyon gelişimine eğilim yarattığı görülmektedir. Elde ettiğimiz veriler göstermektedir ki flep gerim vektörünün vertikal oryantasyonda olması ile horizontal oryantasyonda olması arasında belirgin ektropiyon gelişimi gözlenmemiştir. Mevcut patoloji sonrası gelişebilecek alt göz kapağı malpozisyonlarının sıklığını azaltmak adına özellikle negatif kantal tilte sahip hastalar üzerinde yapılacak inferomedial orbital prosedürlerde postoperatif erken dönemde uygulanabilecek tarsorafi, suspensatuar stripleme gibi koruyucu önlemlerin alınması önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

1. American Academy of Ophthalmology Focal Points: Ectropion and Entropion, Volume 12, Number 10, 1994.

2. Labib A, Patel BC, Milroy C. Lower Eyelid Laxity Examination. [Updated 2023 May 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available3. Mitchell P, Hinchcliffe P, Wang JJ, Rochtchina E, Foran

3. S. Prevalence and associations with ectropion in an older population: the Blue Mountains Eye Study. Clin Exp Ophthalmol. 2001 Jun;29(3):108-10. doi: 10.1046/j.1442-9071.2001.00412.x. PMID: 11446446. Available

4. Neuhann-Lorenz C, Mühlbauer W. Das senile Ektropium und Entropium [Senile ectropion and entropion]. Handchir Mikrochir Plast Chir. 1992 Jan;24(1):32-7. German. PMID: 1568673

Anahtar Kelimeler: Göz kapağı tümörleri, Kantal tilt, Sikatrisyel ektropiyon

Grafik 1.



Grafik 1: Tarafımızca opere edilen toplam 40 alt göz kapağı rekonstrüksiyon vakalarının postoperatif dönemde ektropiyon gelişimi izlenen(Tablo. A) ve postoperatif ektropiyon gelişmeyen(Tablo B) grafikleri. Postoperatif ektropiyon gelişen vakaların diğer gruptan oluşan defektin medial alt göz kapağı seviyesinde olduğunu ve preoperatif negatif kantal tilte sahip olduklarına dikkat ediniz.

SB-004

Baş-Boyun Yerleşimli Nekrotizan Fasiit: Erken Tanı, Multidisipliner Tedavi ve Güncel Yaklaşımlar

Melis Şeyma Yalçınkaya, Mohammed Seyam, Murat Şahin Alagöz, Emrah Kağan Yaşar, Ceyhun Uzun
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş ve Amaç

Nekrotizan fasiit, deri ve fasyal dokuları tutan, hızla ilerleyen ve sepsis ile multiorgan yetmezliğine yol açabilen, mortalitesi yüksek bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Baş boyun bölgesinde nekrotizan fasiit, tüm nekrotizan fasiit olgularının %1'inden azını oluşturur ancak servikal fasya planlarının yakın anatomik kompartmanlar ve mediastene açılma riski nedeniyle erken tanı ve tedavi penceresini daha da kritik hale getirir.

Enfeksiyon, derin dokulardan başlayıp geç fazda cilde yansıdığı ve erken dönemde şiddetli ağrı, ödem, eritem ve ateş gibi nonspesifik bulgular verdiği için tanıda klinik şüphe önemlidir. Klinik şüpheye ek olarak LRINEC skoru, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme de tanıda yardımcı olabilir. Erken tanı, agresif cerrahi debridmanlar, uygun antibiyotik tedavisi, yoğun bakım desteği ve rekonstrüktif cerrahi uygulamaları ile mortalite düşmekte ve fonksiyonel-estetik sonuçlar iyileşmektedir. Bu çalışmada baş boyun bölgesi yerleşimli nekrotizan fasiit yönetiminde erken tanı ve tedavi ile birlikte multidisipliner yaklaşımın önemi incelenmiştir.

Materyal-Metod

Ocak 2021–Aralık 2024 tarihleri arasında kliniğimizde tedavi edilen 8 baş boyun nekrotizan fasiit olgusu retrospektif olarak incelendi. Başvuru anında sistemik inflamasyon bulguları, hızla artan ağrı/ödem ve palpasyonda krepitasyon varlığında nekrotizan fasiit ön tanısı konuldu. Laboratuar verileri ile LRINEC skorları hesaplandı. Görüntülemede kontrastlı boyun ve toraks BT ile fasya planlarında gaz, derin flegmon ve/veya koleksiyon ve mediastene uzanım değerlendirildi. Klinik şüphe, skorlama ve görüntüleme sonuçlarına ek olarak intraoperatif nekrotizan fasiit tanısı doğrulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait demografik veriler, klinik bulgular, başvurudaki LRINEC skorları, görüntüleme bulguları, mikrobiyolojik veriler, antibiyotik tedavisi, cerrahi yaklaşım, hastanede yatış süreleri, prognoz ve uzun dönem sonuçlar not edildi. Havayolu güvenliği ve laringeal ödem açısından tüm hastalar KBB tarafından fleksibl endoskopi ile değerlendirildi; gerekli olgularda drenaj yapıldı ve yakın solunum yolu izlemi sürdürüldü. Ampirik antimikrobiyal tedavi Enfeksiyon hastalıkları tarafından geniş spektrumlu karbapenem ile MRSA kapsayıcı ajan (teikoplanin veya daptomisin) kombinasyonu olarak başlandı; hemokültür/yara kültürü sonuçlarına göre de-eskalasyon uygulandı. Diyabetik hastalarda endokrinoloji eşliğinde sıkı glisemik kontrol ve elektrolit balansı sağlandı. Cerrahi yaklaşımda, nekrotik fasya ve derin yumuşak dokuların kaynak odağıyla birlikte geniş eksizyonu planlandı ve klinik ve laboratuvar bulgularına göre gün aşırı veya gerekli hallerde seri debridmanlar uygulandı. Boyundan mediastene yayılım kuşkusu olan olgularda Göğüs, Göğüs Cerrahisi ve Kalp Damar Cerrahisi konsültasyonu alındı. Debridmanlar arası dönemde negatif basınçlı yara tedavisi (NPWT) uygulanarak eksüda kontrolü ve granülasyon yatağının olgunlaşması hedeflendi. Erken dönemde hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) protokole eklendi. Defekt rekonstrüksiyonu, cerrahi alanın temizliği ve dokuların ihtiyacı doğrultusunda şekillendirildi. Yüzeyel/orta defektler ve temiz cerrahi sahada kısmi kalınlıkta deri grefti (STSG) şeklinde ve geniş/derin, vital yapıların örtülmesini gerektiren olgularda pektoralis majör kas flebi (gerektiğinde üzerine STSG uygulaması ile birlikte) şeklinde uygulandı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen toplam 8 hastanın yaş ortalaması 51,1±14,8 yıldı. Hastaların 5'i erkek (%62,5), 3'ü kadındı (%37,5). Hastaların başvuru esnasındaki ortalama LRINEC skoru 8,0±2,0 olarak hesaplandı. Hastaların tamamında başvuru esnasında şiddetli ağrı ve ödem saptanırken, 6'sında deride bül ve nekroz gelişimi görüldü. Hastaların hiçbirinde erken dönemde hava yoluna ait problemler saptanmadı. Hemodinamik stabilizasyonun ardından tüm hastalara ortalama 14±6,2 saat içinde acil cerrahi debridman uygulandı. 1 hastada kültürde Staphylococcus aureus üremesi izlenirken diğer hastalarda kültürler negatif olarak sonuçlandı. 4 hastada defekt rekonstrüksiyonu için flep ve 3 hastada kısmi kalınlıklı greft kullanıldı. 1 hastada ise defekt primer kapatıldı. Ortalama hastanede kalış süresi 29,7±8,3 gün idi. Tüm hastalarda ortalama 21,2 seans olmak üzere hiperbarik oksijen tedavisi ve ortalama 14,7 gün olmak üzere VAC düşük basınçlı modda uygulandı. Erken tanı ve tedavi süreci ile birlikte multidisipliner yaklaşım sonucu %100 sağkalım görüldü. 6 aylık izlem sürecinde hastaların %50'sinde tam yara kapanması ile birlikte belirgin komplikasyon saptanmadı. Hastaların %37,5'inde hafif cilt irritasyonu ve yüzeyel dehisans gibi küçük/minör komplikasyonlar ile iyi iyileşme görülürken; %12.5 oranında da majör kanama, derin enfeksiyon ve gecikmiş iyileşme süreci gibi ciddi komplikasyonlar ile komplike iyileşme görüldü.

Sonuçlar

Baş-boyun nekrotizan fasiiti, nadir olmasına karşın hızlı progresyonu ve havayolu tehdidi nedeniyle acil, yüksek mortaliteye sahip bir tablodur. Erken tanı ve seri cerrahi debridman ile birlikte uygun, geniş spektrumlu başlanan ve kültür-antibiyograma göre daraltılan antibiyoterapi; ayrıca HBOT ve VAC gibi kanıta dayalı adjuvan tedavilerin bir algoritma içinde sistematik uygulanması hâlinde multidisipliner yaklaşımın tedavide güvenli ve etkili olduğu görülmektedir. Tüm olguların ortalama 14±6,2 saat içinde debridmana alınması, ortalama 3,1 (2–5) seri debridman ile enfeksiyon yükünün kontrol altına alınması ve rekonstrüksiyona hazırlanması, mortalite olmadan ve %87,5 çok iyi fonksiyonel/estetik sonuçla ilişkilidir. Erken tanıda laboratuvar temelli LRINEC skorunun servikal lokalizasyonda da ayırt edici kaldığı (ortalama 8,0±2,0) gözlenmiş; kontrastlı boyun BT (gerektiğinde toraks BT) ile fasya planlarında gaz ve yayılımın saptanması, cerrahi karar ve insizyon planlamasını hızlandırmıştır. Havayolu güvenliğinin KBB ve anestezi ekipleri tarafından erken değerlendirilmesi ve gerekli olgularda entübasyon ve treakostomi açılması mortalitenin önlenmesinde belirleyici olmuştur. Multidisipliner eşgüdüm—KBB (havayolu güvenliği ve drenaj), Enfeksiyon (antibiyoterapi seçimi ve de-eskalasyon), Endokrinoloji (sıkı glisemik kontrol) ve mediastinit kuşkusunda Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisi —morbiditenin sınırlanmasında merkezi rol oynamıştır. HBOT ve VAC, cerrahinin alternatifi değil tamamlayıcısı olarak, sırasıyla doku oksijenasyonu/ödem kontrolü ve eksüda yönetimi/granülasyon yatağı olgunlaştırılması üzerinden rekonstrüksiyon başarısını artırmıştır (HBOT ortalama 21,3 seans, VAC ortalama 14,7 gün). Alan temizliği ve defekt gereksinime göre STSG veya pektoralis majör kas flebi (±STSG) ile yapılan doku kapaması, baş- boyun anatomisine uygun, erişilebilir ve güvenilir seçenekler olarak öne çıkmıştır. Ortalama 29,7±8,3 gün yatış süresine karşın mortalitenin görülmemesi, standardize, zaman-kritik ve ekip temelli yaklaşımın önemini desteklemektedir. Bu bulgular, baş boyun bölgesi yerleşimli nekrotizan fasiit olgularının yönetiminde aşağıdaki ilkelerin pratiğe yerleşmesini önermektedir: (i) Zaman-duyarlı tanı ve ameliyat endikasyonu: LRINEC ile risk skorlaması + kontrastlı BT ile yayılımın değerlendirilmesi; havayolu güvenliği eşzamanlı sağlanmalıdır. (ii) Erken ve agresif debridman: Kaynak odağı ile birlikte nekrotik fasya/derin dokuların debridmanı yapılmalı; klinik ve laboratuvar verileriyle debridman aralıkları dinamik yönetilmelidir. (iii) Akılcı antimikrobiyal strateji:Geniş spektrumlu başlanan tedavi mikrobiyolojik kültür sonuçlarına göre daraltılmalıdır. (iv) Adjuvan tedavilerin belirlenen protokoller eşliğinde kullanımı: VAC ve HBOT, uygun endikasyonlarda standardize süre ve hedeflerle uygulanmalıdır. (v) Aşamalı rekonstrüksiyon: Dokular olgunlaştığında, defekt gereksinimine göre greft veya flepler ile aşamalı rekonstrüksiyon uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1.Acharya PP,Cohn JE,Shokri T,Bundrick P,Ducic Y.Surgical Management of Necrotizing Fasciitis of the Head and Neck. J Craniofac Surg.2022 Nov-Dec 01;33(8):e858-e861. doi:10.1097/SCS.0000000000008787. Epub 2022 Aug 23.PMID:35996221.

2.Chou PY, Hsieh YH, Lin CH. Necrotizing fasciitis of the entire head and neck: Literature review and case report.Biomed J. 2020 Feb;43(1):94-98. doi:10.1016/j.bj.2019.08.002.Epub 2020 Feb 27.PMID:32200961;PMCID:PMC7090320.

Anahtar Kelimeler: baş boyun bölgesi, debridman, multidisipliner yaklaşım, hiperbarik oksijen, VAC tedavisi, nekrotizan fasiit

Baş Boyun Bölgesinde Nekrotizan Fasiit Olguları



1A)İlk debridman sonrası 1B)Aşamalı rekonstrüksiyon sonrası erken dönem 1C)Geç postoperatif dönem 2A)İlk acil başvurusu 2B)İlk debridman sonrası 2C)Geç postoperatif dönem 3A)İlk debridman sonrası 3B)Erken postoperatif dönem 3C)Geç postoperatif dönem

Hastaların Demografik, Klinik Özellikleri ve Tedavi Sonuçları

Hasta Numarası	Yaş (yıl)	Cinsiyet	Ek hastalık	LRINEC Skoru	Cerrahiye kadar geçen süre (saat)	Debridman sayısı	HBOT seansı	VAC uygulaması (gün)	Hastane yatış süresi (gün)	Prognoz ve sonuç*
1	45	Erkek	DM	8	12	3	20	14	28	Çok iyi
2	62	Kadın	HT	9	8	4	25	18	35	İyi
3	38	Erkek	Yok	6	18	2	15	10	21	Çok iyi
4	71	Erkek	DM, HT	11	6	5	30	21	42	Orta
5	29	Kadın	Yok	7	24	2	12	8	18	Çok iyi
6	54	Erkek	DM	10	10	4	28	19	38	İyi
7	67	Kadın	HT	8	14	3	22	16	31	İyi
8	43	Erkek	Yok	5	20	2	18	12	25	Çok iyi

DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, HBOT: Hiperbarik oksijen tedavisi, VAC: Negatif basınçlı yara tedavisi *Çok iyi prognoz: Tam yara kapanması ile birlikte belirgin komplikasyon görülmedi. İyi prognoz: Hafif cilt irritasyonu ve yüzeyel dehisans gibi küçük/minör komplikasyonlar görüldü. Orta dereceli prognoz: Majör kanama, derin enfeksiyon ve gecikmiş iyileşme süreci gibi ciddi komplikasyonlar görüldü

SB-006

Alt dudak malignitelerinin rekonstrüksiyonunda 5 yıllık klinik deneyimlerimiz

Merve Temel, Menekşe Kastamoni,
Süleyman Çeçen, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Giriş

Dudaklar yalnızca yüz görünümünün merkezinde değil, aynı zamanda konuşma,yeme ve yüz ifadeleri gibi hayati fonksiyonlar açısından da merkezi bir rol oynar.Alt dudak rekonstrüksiyonu,yalnızca fonksiyonel önemi açısından değil,aynı zamanda bireyin sosyal etkileşimi üzerindeki derin etkisi nedeniyle de önemli bir yere sahiptir1. Özellikle alt dudak, hareketliliği kontrol eder ve sızıntıya karşı bir bariyer görevi görür.Dudak rekonstrüksiyonunun temel amacı;fonksiyonelliği,simetriyi ve konturu yeniden sağlamaktır2. Alt dudak maligniteleri,özellikle alt dudakta bulunan skuamöz hücreli karsinom (SCC),güneş maruziyeti ve çevresel faktörlere bağlı olarak sık görülür ve cerrahi eksizyon gerektirir.Bu rezeksiyonlar,fonksiyonel ve kozmetik sonuçları doğrudan etkileyen tam katlı defektlere neden olur3.19.yy başlarından bu yana alt dudak rekonstrüksiyonu için çeşitli teknikler tanımlanmıştır.Dudak uzunluğunun üçte birinden daha azını etkileyen defektler genellikle primer kapama ile tedavi edilir.Ancak,dudak uzunluğunun üçte ikisinden fazlasını etkileyen defektlerin tedavisi için lokal flepler tanımlanmıştır.Alt dudakta lokal flepler ile kapatılamayacak olan defektlerde ise serbest flep cerrahisi tercih edilmektedir.Her prosedürün kendine özgü avantajları ve dezavantajları vardır ve tercih edilecek teknik,hem defektin boyutu hem de komşu dokuların kullanılabilirliği ve hastanın komorbiditeleri dikkate alınarak belirlenmelidir2.Dudak maligniteleri,özellikle SCC,en sık gözlenen baş-boyun bölgesi kanserlerinden biridir.Tüm dudak kanserlerinin yaklaşık %90'ını oluşturur ve bu lezyonların %80–95'i alt dudakta lokalizedir4,5. Oliveira ve arkadaşlarının retrospektif serisine göre,alt dudak SCC olgularının %85'inden fazlası 60 yaş üzeri erkeklerde saptanmıştır5. Rekonstrüksiyon modalitesine karar vermeden önce defektin komponentleri dikkate alınmalı defektif kas,mukoza ve cilt miktarı belirlenmelidir. Oluşan defektin kapatılmasının yanı sıra iyi bir estetik sonuç elde etmek bir diğer hedef olarak rekonstrüktif merdiven prensibine uygun olarak preop planlama yapılmalıdır.

Materyal ve Yöntem

Kliniğimizde 2020-2025 yılları arasında alt dudakta malign tümör ön tanısı ile kitle eksizyonu ve sonrasında oluşan defektin rekonstrüksiyonu sağlanan 48 hasta retrospektif olarak yaş, cinsiyet,patoloji sonuçları,preop albumin değerleri ve postop komplikasyon açısından değerlendirilmiştir.Preop değerlendirme sonrasında alt dudağın lezyonlarında kullanılacak rekonstrüktif yöntem eksizyon sonrası oluşacak defekt boyutu,lezyonun lokalizasyonu, komissür tutulumu,tümör tipi ve hastanın genel durum değerlendirmesine göre yapılmıştır. Hastalar seçilen operasyona göre 3 ana gruba ayrıldı;1. grup wedge-rezeksiyon ve primer süturasyon,2. grup lokal flepler ve pedikküllü pektoralis major flebi(PM),3. grup serbest flepler. Hastalar postop dönemde ortalama 2 ay takip edilmişlerdir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların 12'si Kadın,36'sı Erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 1 ve 2. grupta 70,39 iken serbest flep grubunda 59,2 idi.Toplamda 48 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiş olup bunların 10 tanesi 1. grup, 32 tanesi 2. grup (abbe,karapandzic, estlander,bernard-webster,alın flebi,nasolabial,pektoralis major),7 tanesi 3. grupta yer almaktaydı(4-ALT, 2-Gracilis, 1-Fibula). Cerrahi operasyon sonrası histopatolojik değerlendirmede 2 hastada cerrahi sınırın devamlı gelmesi üzerine re-eksizyon yapılmıştır. Bunlar estlander ve karpandzic ile onarım yapılmış olan hastalardı.PM pedikküllü flebi ile onarım yapılan 8 hastanın 4'ünde flepler parsiyel nekroza gitmiş olup komplikasyon sonrasında debridman+greft ile onarım yapılmıştır.Pektoralis major flebi yapılmış 2 hastanın sütur hatları dehise olmuş ve sonrasında debridman süturasyon işlemi uygulanmış, PM yapılan 1 hasta da exitus olmuştur.Serbest flep cerrahisi yapılan 7 hastanın 4'üne ALT yapılmış olup 3'ünü alıcı arter olarak superior temporal artere(STA),ven olarak external jugular ven'e(EJV) yapılmıştır.1 tanesi ise alıcı arter olarak fasyal artere(FA) ve ven olarak EJV'e yapılmıştır. Gracilis yapılan her 2 hasta da alıcı olarak FA ve fasyal vene(FV) yapılmıştır. Free Fibula yapılan 1 hasta da FA ve FV'e yapılmıştır.3. gruptaki 7 hastanın ALT yapılanlarının 1'inde postop erken dönemde hematom gelişmiş daha sonrasında flep off olmuş debridmana alınmış ve sonrasında hasta ex olmuştur. Fibula yapılan hastanın sütur hatları dehise olmuş ve süture edilmiştir.Gracilis yapılan 2 hastadan 1'inde parsiyel nekroz gelişmiş ve debridmana alınmıştır. Değerlendirilen hastaların 1'nin patoloji sonucu BCC, 1'nin BSC, 1'nin squamous hiperplazi ve aktinik keratoz gelmiş olup geri kalan hepsinin patoloji sonucu SCC gelmiştir.1 ve 2. gruptaki hastaların preop albumin değerleri ortalaması 42,26 iken,3. gruptaki hastaların preop albumin değerleri 39,57'dir.Preoperatif beslenme durumu,baş-boyun kanseri rekonstrüksiyonlarında postoperatif sonuçları önemli ölçüde etkileyen bir faktördür.Fizik muayene,usg görüntülemeleri ve tıbbi onkoloji önerilerince 28 hastaya boyun diseksiyonu yapılmıştır.2 hastaya ise lenf nodu biyopsisi yapılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Alt dudak malignitelerinin cerrahi eksizyonu sonrası rekonstrüksiyon dikkatli bir planlama gerektirir. Rekonstrüksiyon yöntemi seçiminde;defektin boyutu,lokal doku esnekliği,hastanın genel durumu ve cerrahi uzmanlık düzeyi belirleyici olmaktadır. Bu bağlamda, literatürde sık kullanılan üç ana teknik wedge-eksizyon ve primer süturasyon,lokal flepler ve serbest flepler karşılaştırılmıştır. Wedge eksizyon ve primer süturasyon yöntemi, alt dudak defektinin %30'unu geçmediği durumlarda tercih edilen en basit ve etkili tekniktir.Sfinkter yapısı korunur ve operasyon süresi oldukça kısadır.Özellikle yaşlı ve ek hastalıkları olan hastalarda düşük komplikasyon oranı ile öne çıkar. Ancak bu teknik,daha büyük defektlerde mikrostomi riski nedeniyle yetersiz kalabilir4.Daha geniş defektlerde,lokal flepler önemli avantajlar sağlar. Özellikle Karapandzic flebi,orbicularis oris kasını,vasküler ve sinir bütünlüğünü koruyarak rekonstrüksiyona olanak tanır.Bu da postop oral kontinans oranlarını yüksek tutar6.En önemli avantajları tek aşamada rekonstrüksiyon sağlayabilmesidir.Defektin %50–70'ten fazla olduğu olgularda ise serbest flepler tercih edilmektedir.Her ne kadar operasyon süresi uzun ve teknik olarak kompleks olsa da,total ve subtotal defektlerde fonksiyonel sonuçların daha iyi olması nedeniyle serbest flepler önemli bir alternatiftir.Bununla birlikte, donör saha morbiditesi ve ileri düzey cerrahi gereksinimi,bu tekniğin sınırlayıcı faktörleri arasında yer almaktadır. Literatüre baktığımızda preoperatif hipoalbüminemi ile flep nekrozu,yara iyileşmesinde gecikme ve enfeksiyon riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.Özellikle major serbest flep rekonstrüksiyonlarında serum albumin düzeyi,postoperatif komplikasyonların öngörülmesinde önemli bir biyokimyasal belirteç olarak kabul edilmektedir7. Bizim klinik deneyimimizde alt dudak rekonstrüksiyonunda serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastaların preop albumin seviyesi ve komplikasyon gelişme durumu değerlendirildiğinde bir ilişki görülememiştir.

Sonuç olarak alt dudak maligniteleri sonrası rekonstrüksiyon yaklaşımı bireyselleştirilmelidir, birey ve durum özelinde değerlendirme yapılmalıdır.

Referanslar

1)Bellucci,C.,Lenzi, B., Rampinelli, I.,Tenna, S., &Persichetti,P.(2021).Lower lip reconstruction after skin cancer excision:A tailored algorithm for elderly patients. Journal of Craniofacial Surgery,32(8),e740–e744.https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000007666

2)Alves,M. T. S., Ishida, L. C., Ishida, L. H. I., &Godoy, J. M.(2013).Lower lip reconstruction using the Karapandzic technique.Revista Brasileira de Cirurgia Plástica,28(1),166–169.

3)Alotaibi,N.,AlShomer, F., Alhindi, N., Alhusain, H.,&Al-Qahtani, K.(2020).Complications following local-flap lip reconstruction after tumor removal:A systematic review.Journal of Plastic,Reconstructive &Aesthetic Surgery,73(10),1871–1880. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.04.028

4)Gillenwater,A. M.,et al.(2016).Head and neck cancer. In V. T. DeVita,T. S. Lawrence,& S. A. Rosenberg (Eds.),Cancer:Principles &practice of oncology(10th ed.,pp.).Philadelphia,PA: Lippincott Williams &Wilkins.

5)Oliveira,D. T., Faustino,S. E. S.,Azevedo,A. M. C.,Faria,P. R.,&Santos-Silva,A. R.(2019). Epidemiological profile of lip cancer:A 10-year retrospective study in a Brazilian population. Clinics(São Paulo),74,e1102.https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e1102

6)Malkoc,E.,Arslan, B.,Yilmaz,M., &Uzun, H.(2024). Functional outcomes of Karapandzic flap in lower lip reconstruction:A single-center experience.Annals of Maxillofacial Surgery,14(1),32–37.https://doi.org/10.4103/ams.ams_24_24

7)Cocquyt,V.,Peeters,L.,Van Hemelrijck,S., & Van de Voorde, L.(2022).Preoperative hypoalbuminemia and its impact on wound healing complications in head and neck reconstruction:A systematic review.European Archives of Oto-Rhino-Laryngology,279(5), 2361–2370.https://doi.org/10.1007/s00405-021-06933-0

Anahtar Kelimeler: alt dudak maligniteleri, lokal flepler, serbest flepler, baş boyun rekonstrüksiyonu

Lokal ve Serbest Fleplere Örnekler



1. Karapandzic



2. Free Gracilis

1. Lokal Karapandzic Flebi 2. Serbest Gracilis Flebi

SB-007

İleri Yaş Kronik Hastalığı Olan Baş-Boyun Kanserli Hastalarda Serbest Flep ile Onarım

Ömer Kokaçya, Ali Kuru, Gazi Kutalmış Yaprak, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş
Çukurova üniversitesi tıp fakültesi Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: Baş-boyun kanserleri, yaşlı hastalarda genellikle lokal ileri evrelerde (evre 3-4) tespit edilirler. Tedavi ilişkili morbidite ve mortaliteyi engellemek amacıyla yaşlı popülasyonda ileri evre baş-boyun kanserlerinde standart tedavi olan geniş cerrahi eksizyon tercih edilmeyerek; cerrahi dışı tedaviler olan radyoterapi, kemoterapi veya kombine kemoradyoterapi tercih edilmektedir. Bu çalışmanın amacı komorbiditesi bulunan yaşlı hastalarda ileri evre geniş baş-boyun kanserlerinde başarılı şekilde cerrahi eksizyon ve serbest fleple onarım yapılabileceği; ileri yaşın ve komorbiditenin bu hasta grubunda kontraendikasyon oluşturmadığını; tedavi seçiminde hastaların yaşam kalitesinin göz önüne alınmasını ve bu yaş grubundaki hastalara da bir şans verilmesi gerektiğini vurgulamaktır. Materyal-Metod: 2007 ve 2025 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde tedavi edilen 70 yaş üzerinde ve kronik komorbiditeleri bulunan 19 hastaya yer verildi. Hastaların tamamının tümörleri baş-boyun bölgesinde bulunmaktaydı. Hastaların yaş, tümör tipi, serbest flep tipi, serbest flep boyutu, komorbiditeleri, postoperatif takip süresi, ASA (American Society of Anesthesiologists) skoru ve Charlson komorbidite indeksi (CCI) verileri değerlendirildi.

Sonuçlar: Hastaların beş tanesi bazal hücreli kanser (BCC) ve 14 tanesi skuamöz hücreli kanser (SCC) nedeni ile opere edildi. Tümörlerin tamamı ileri evre (Evre 3-4) ve baş-boyun bölgesinde bulunmaktaydı. Beşine radial ön kol flebi; sekiz tanesine anterolateral uyluk flebi (ALT) ve ikişer tanesine latissimus dorsi ve derin inferior epigastrik arter perforatör (DIEP), birer tanesine de transvers rektus abdominus kas (TRAM) ve rektus abdominus kas flebi yapıldı. Hastalarda en sık görülen komorbidite hipertansiyondu(n=17). Hastaların dokuz tanesi ASA 4 ve 10 tanesi ASA 3'tü. Hastaların yaşları 71 ile 93 arasında değişmekteydi ve ortalama yaş 75.3'tü. Çalışmamızdaki mortalite oranı % 21'di. Ölen hastaların ikisinin ASA ve CCI skoru sırası ile 4 ve 12'ydi. Diğer ölen hastaların ise sırasıyla 4,11 ve 4,13 idi. Kalan 15 hastanın ortalama postoperatif takip süresi 13 aydı. Flep kaybı sadece 1 hastada görüldü.

Sonuç: Bu çalışmada amacımız ileri yaşta, komorbiditesi bulunan ileri evre baş-boyun kanseri hastalarında kesin cerrahi tedavinin yapılabileceğini göstermektir. ASA ve CCI skoru yüksek, ileri yaştaki hastaları perioperatif mortaliteden kaçınmak ve yaşam süresini uzatmak için kesin olmayan tedavilere yönlendirmektense, yaşam kalitesinin artırılmasının ve kesin tedavi için bir şans verilmesinin daha önemli olabileceğini göstermektir.

Anahtar Kelimeler: İleri yaş, komorbidite, baş-boyun tümörleri, serbest flep

SB-008

Baş-Boyun Bölgesi Rekonstrüksiyonlarında ALT Flep Deneyimimiz: 2019–2024 Retrospektif Analiz ve Literatürle Karşılaştırma

Kadir Yılmaz, Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı,Bursa

Bu çalışma, 2019–2024 yılları arasında kliniğimizde baş-boyun bölgesine yönelik gerçekleştirilen 36 anterolateral uyluk (ALT) serbest flep rekonstrüksiyonunun retrospektif analizini sunmaktadır. Hastaların büyük kısmı ileri evre malignitelerle başvurmuş olup, bu durum daha geniş ve üç boyutlu defektlerle sonuçlanmıştır. Rekonstrüksiyonlarda, özellikle kontur belirleyici bölgelerde kas dokusu içeren kimerik ALT flepler tercih edilmiş ve tatmin edici estetik-fonksiyonel sonuçlar elde edilmiştir. Bulgular, ALT flebin baş-boyun rekonstrüksiyonlarında güvenilir, esnek ve hacim sağlayan bir seçenek olduğunu göstermektedir.

GİRİŞ

Baş-boyun bölgesi; fonksiyonel ve estetik açıdan en karmaşık anatomik alanlardan biridir. Bu bölgede gelişen defektlerin onarımı, sadece doku bütünlüğünü değil; aynı zamanda yutma, konuşma ve görünüm gibi çok boyutlu hedefleri gözetmelidir. Mikrovasküler serbest doku transferleri, son on yıllarda bu bölgede altın standart haline gelmiştir.

Anterolateral uyluk (ALT) flebi, ilk olarak Song ve arkadaşları tarafından 1984'te tanımlanmış; Wei ve ekibinin 672 olguluk deneyimiyle güvenilirliği pekiştirilmiştir. Donör sahasının kapatılabilirliği, uzun damar sapı, geniş cilt adası ve düşük morbidite gibi avantajlar sayesinde ALT flep, baş-boyun rekonstrüksiyonlarında "workhorse" flep haline gelmiştir.

AMAÇ

Bu çalışmada, 2019–2024 yılları arasında kliniğimizde baş-boyun bölgesine yönelik gerçekleştirilen 36 ALT serbest doku transferinin retrospektif olarak incelenmesi; demografik özellikler, uygulanan teknikler, komplikasyonlar ve sonuçların, literatürdeki büyük serilerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışmaya, baş-boyun bölgesinde ALT flep ile rekonstrüksiyon uygulanmış 36 hasta dahil edildi. Olguların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), defekt lokalizasyonu, flep tipi, postoperatif seyir ve komplikasyonları değerlendirildi. Veriler arşiv kayıtlarından derlendi, Excel ortamında analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 36 hastanın yaş ortalaması 59.2 olup, yaş aralığı 26 ile 90 arasında değişmekteydi. Cinsiyet dağılımı değerlendirildiğinde, hastaların %69.4'ü erkek (n=25) ve %30.6'sı kadın (n=11) idi. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 26.0 olarak hesaplandı.

Defekt lokalizasyonu açısından en sık tutulum gösteren bölgeler orta yüz ve mandibula olarak saptandı (n=4). Bunun dışında maksilla, parotis, dil ve orbita gibi anatomik bölgelerde de defektler gözlendi.

Postoperatif süreçte komplikasyon gelişmeyen hasta oranı %44.4 (n=16) olarak kaydedildi. Komplikasyon gelişen hasta sayısı ise 20 olup, bu grup tüm olguların %55.6'sını oluşturuyordu. Komplikasyonlar arasında cerrahi müdahale gerektiren sorunlar %41.7 (n=15) oranında izlenirken, total flep kaybı %13.9 (n=5) oranında gözlendi.

OLGU ÖRNEKLERİ

Olgu 1: 65 yaş erkek hasta, total glossektomi ve mandibulektomi sonrası ALT flep ile rekonstrüksiyon; flep yaşaması sorunsuz.

Olgu 2: 69 yaş erkek hasta, hemifasyal defekt ALT ile kapatıldı; komplikasyon izlenmedi.

Olgu 3: 38 yaş kadın hasta, maksilla ve orbita defekti ALT ile onarıldı; 17. ayda fonksiyonel ve estetik bütünlük sağlandı.

TARTIŞMA

Kliniğimizde rekonstrüksiyon uygulanan birçok hastada, başvuru anında tümörlerin ileri evre olması nedeniyle geniş ve üç boyutlu defektlerle karşılaşılmaktadır. Bu tür defektlerde yalnızca cilt ve deri altı dokularla değil, aynı zamanda hacim sağlayıcı kas yapılarıyla da onarım yapılması gerekmektedir. Bu nedenle, özellikle orbita ve maksilla gibi derin ve kontur belirleyici bölgelerde, ALT flep sıklıkla kimerik yapıda planlanarak, vastus lateralis kası ile kombine şekilde uygulanmıştır. Cherubino ve arkadaşları da benzer şekilde, baş-boyun bölgesindeki büyük ve kompleks defektlerin rekonstrüksiyonunda kas içeren kimerik ALT flebinin fonksiyonel ve estetik sonuçlar açısından üstünlük sağladığını belirtmiştir [6]. Bizim serimizde de, Olgu 3'te olduğu gibi, maksilla ve orbita defektlerinin yeniden yapılandırılmasında kas içeren kimerik ALT flep tercih edilmiş ve bu yaklaşım sayesinde hem kontur uyumu sağlanmış hem de uzun dönem estetik sonuçlar tatmin edici bulunmuştur.

Yu ve arkadaşlarının batılı popülasyonda yaptığı çalışmada ortalama VKİ 27.3 olarak bildirilmiş ve VKİ ile ALT flep kalınlığı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Yüksek VKİ'li bireylerde flep kalınlığının artmasının, kontur uyumu ve inset işlemi açısından teknik zorluklar yaratabileceği ifade edilmiştir. Bizim serimizde ortalama VKİ 26.0 olarak saptanmıştır. VKİ'mizin daha düşük olması, flebin inset işlemlerinde daha az zorluk yaşanmasını sağlamış olabilir. Bununla birlikte, bazı olgularda cilt altı dokunun fazlalığı nedeniyle flep inceltme işlemlerine gerek duyulmuştur.

ALT flep donör sahasına ilişkin morbidite, Kimata ve arkadaşlarının çalışmasında kapsamlı şekilde değerlendirilmiştir. Çalışmalarında donör saha greft ihtiyacı %19.2 olarak bildirilmiştir. Bizim serimizde ise tüm olgularda donör saha primer olarak kapatılmış, postoperatif dönemde majör komplikasyon izlenmemiştir. Bu sonuç, ALT flebin dikkatli planlamayla donör saha açısından güvenli bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

SONUÇ

Kliniğimizin son 5 yıllık deneyimi, ALT flebin baş-boyun bölgesi rekonstrüksiyonlarında güvenilir ve etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir. Literatürle karşılaştırıldığında; özellikle üç boyutlu konturun korunmasının önem taşıdığı baş-boyun defektlerinde, ALT flebin kimerik varyasyonları sayesinde hem hacim hem de estetik uyum açısından başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle kontur belirleyici ve estetik açıdan hassas bölgelerde modifiye ALT tekniklerinin değerlendirilmesi ve hasta seçiminin daha dikkatli yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. 1. Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. Br J Plast Surg. 1984;37(2):149–159.

2. 2. Wei FC, Jain V, Celik N, et al. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thigh flaps. Plast Reconstr Surg. 2002;109(7):2219–2226.

3. 3. Cherubino M, Battaglia P, et al. Sandwich fascial anterolateral thigh flap in head and neck reconstruction: Evolution or revolution? Plast Reconstr Surg Glob Open. 2017;5:e1197.

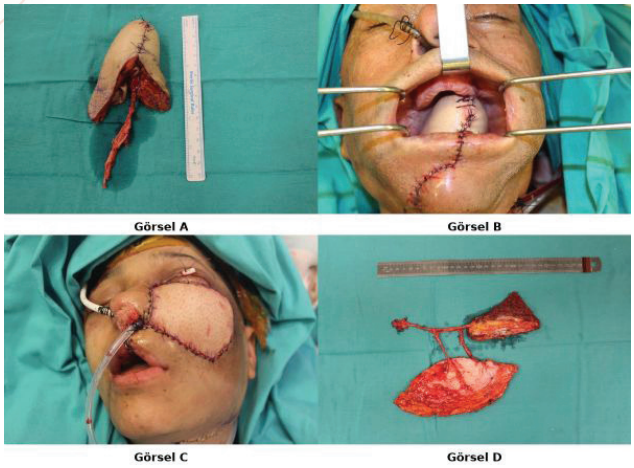
4. 4. Kimata Y, Uchiyama K, Ebihara S, et al. Anterolateral thigh flap donor-site complications and morbidity. Plast Reconstr Surg. 2000;106(3):584–589.

5. 5. Yu P. Characteristics of the anterolateral thigh flap in a Western population and its application in head and neck reconstruction. Head Neck. 2004;26(9):759–769.

6. 6. Cherubino M, et al. Sandwich Fascial Anterolateral Thigh Flap in Head and Neck Reconstruction: Evolution or Revolution? Plast Reconstr Surg Glob Open. 2017;5:e1197

Anahtar Kelimeler: Alt, Baş, Boyun, Rekonstrüksiyon

Olgu 1-olgu 3



Görsel A,B Olgu 1 total glossektomi ve mandibulektomi sonrası ALT flep ile rekonstrüksiyon Görsel C,D Olgu 3 kimerik alt flebi ile üç boyutlu kontür oluşturulması

SB-009

Sistemik Komplikasyonlu Dev Ameloblastomların Cerrahi Yönetimi

Alperen Aras, Kübra Nur Batkitar, Samet Kaya, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş

Ameloblastoma odontojenik epitel kökenli, sıklıkla mandibulada görülen benign bir neoplazmdır.(1) Histolojik olarak benign karakterde olmasına rağmen tedavi edilmediğinde lokal invaziv büyüme göstererek maksillofasiyal iskelette ciddi destrüksiyona yol açabilir. Klinik olarak genellikle yavaş ilerleyen, ağrısız büyüyen şişlik ile prezente olur. Bununla birlikte, nadiren dev boyutlara ulaştığında sistemik komplikasyonlara sebep olabilir. Bu komplikasyonlar içerisinde, yaşamı tehdit edebilen malign hiperkalsemi özel bir öneme sahiptir.(2-4) Şimdiye dek literatürde ameloblastom ve hiperkalsemi birlikteliği olan yalnızca 13 vaka bildirilmiştir. (2-5) Bu çalışmamızda dev boyutlara ulaşmış ve malign hiperkalsemi ile komplike olmuş nadir bir mandibular ameloblastoma olgusunun cerrahi yönetim sürecinden bahsedilmiş, literatür taraması yapılarak güncel cerrahi tedavi algoritmaları tartışılmıştır.

Materyal ve Metod

Bu çalışma kapsamında literatür taraması, PubMed, Google Scholar ve Scopus veri tabanları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Aramalar Ocak 1980 – Mayıs 2025 tarihleri arasını kapsayacak şekilde yapılmıştır. Aynı zamanda çalışmaya, kliniğimize başvuran 55 yaşında kadın hasta dahil edilmiştir. Hasta, yaklaşık iki yıldır mentum bölgesinde giderek büyüyen, ağrısız şişlik şikâyeti ile başvurmuştur. Özgeçmişinde iki kez kitlenin eksizyonu ve rekonstrüksiyon plağı uygulaması mevcuttu. Fizik muayenede mentumda 10×14 cm boyutlarında, sert kıvamlı, çevre dokulara fikse kitle izlendi. Bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde, önceki cerrahiler sonrası nüks ile uyumlu kitle tespit edildi. Laboratuvar incelemesinde düzeltilmiş kalsiyum değeri 12,39 mg/dL (referans aralığı: 8,5–10,5) bulundu.

Tanısal değerlendirme sonrasında hasta opere edildi. Mandibuladan cilde protrüde olan yaklaşık 10*10*14 cm boyutlarındaki kitle, rekonstrüksiyon plağıda dahil edilerek sağlam cerrahi marj ile en-blok rezeke edildi. Oluşan defekt anatomik kontur ve oral kavite bütünlüğü dikkate alınarak 15*7 cm boyutlarında serbest fibula flebi ile rekonstrükte edildi. Patoloji raporunda cerrahi sınırların temiz olduğu akantomatöz tip ameloblastoma tanısı doğrulandı.

Tartışma

Tartışılan olgu, malign hiperkalsemi ile komplike olmuş dev mandibular ameloblastoma açısından literatürdeki az sayıdaki örnekten biridir. Ameloblastoma ile ilişkili hiperkalsemi patofizyolojisi genellikle lokal osteoliz, tümör kaynaklı paratiroid hormon ilişkili peptid (PTHrP) salınımı ve bazı durumlarda interlökin-1 ya da psödoparathormon benzeri faktörlerin salgılanması ile açıklanmıştır.(2-3-5) Literatür verilerine göre bu durum, çoğunlukla geniş boyutlu tümörlerde ve bazen de metastatik olgularda görülmektedir.(4-5)

Literatürde günümüze kadar hiperkalsemi ile seyreden 13 ameloblastoma vakası bildirilmiştir.(2-5) Bu olguların tamamı mandibula yerleşimli olup, tümör boyutları genellikle 8 cm'nin üzerindedir. Bildirilen en büyük hiperkalsemi birlikteliği olan ameloblastom boyutu 11*12'dir ve bizim yönettiğimiz olgunun boyutu bundan daha büyüktür.(3) Çoğunda klinik tablo ağır sistemik bulgular ile birlikte seyretmiştir. Hastaların yaş aralığı 24 ile 72 yıl arasında değişmekte, her iki cinsiyet de etkilenmekle birlikte kadın predominansı bildirilmektedir.(4-5) Ayrıca bildirilen olguların tamamında cerrahi tedavi olarak geniş marjlı en-blok rezeksiyon tercih edilmiş, mandibula şeklinin korunması amacıyla en sık serbest fibula flebi kullanılmıştır.(2-4) Bazı vakalarda pektoralis majör flebi veya plak ile rekonstrüksiyon gibi alternatif yöntemler de bildirilmiştir.

Bildirilen vakaların çoğunda kalsiyum seviyeleri 12 mg/dL'nin üzerinde olup, cerrahi rezeksiyon sonrası ilk 24-48 saat içinde hiperkalsemi hızla gerilemiştir.(3-5) Bizim olgumuzda da benzer şekilde preoperatif 12,39 mg/dL olan düzeltilmiş kalsiyum değeri, postoperatif 1. günde 7,53 mg/dL'ye gerilemiştir. Bununla birlikte, nadiren cerrahi rezeksiyon sonrası kalsiyum düzeyleri tam olarak normale dönmeyebilir. Bu durumun özellikle BRAF V600E mutasyonu gibi moleküler değişikliklerle ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir ve bu konunun literatürde henüz yeterince aydınlatılmamış olduğu düşünülmektedir.(6-7) Bu nedenle cerrahi sonrası düzelmeyen hiperkalsemide genetik/moleküler mekanizmaların araştırılması güncel bir bilimsel gündemdir.

Postoperatif dönemde, oral kavite insizyon hattının korunması ve iyileşme sürecinin optimize edilmesi amacıyla günlük 2×1 doz sublingual atropin damla tedavisi uygulanmıştır. Bu yaklaşım, tükürük sekresyonunu anlamlı derecede azaltarak yara hattının sürekli nemli kalmasını engellemiş ve böylece insizyon hattında detaşman riskini belirgin şekilde azaltmıştır. Bu tedavi, literatürde az sayıda rapor edilmesine rağmen geniş mukozal insizyon gerektiren

maksillofasiyal cerrahilerde başarının korunmasına önemli katkı sağladığını göstermektedir. Hasta, postoperatif 23. günde sorunsuz şekilde taburcu edilmiştir. Postoperatif 8. Ayda olan hastamız nüks olmadan takiplerine devam edilmektedir.

Sonuç

Dev boyutlara ulaşan ve sistemik komplikasyonlarla seyreden ameloblastomlar, nadir fakat potansiyel olarak yaşamı tehdit eden klinik tablolar oluşturabilir. Özellikle malign hiperkalsemi varlığında multidisipliner yaklaşım, cerrahi öncesi metabolik stabilizasyon ve uygun rekonstrüktif cerrahi planlama hayati önem taşır. Cerrahi sonrasında ilk iki yıl üçer aylık, sonraki üç yıl ise altı aylık aralıklarla klinik ve radyolojik takip önerilir. Takipte panoramik radyografi, BT veya MRG kullanılabilir.

Sunulan olgu, cerrahi rezeksiyon ile birlikte kalsiyum düzeylerinde hızlı ve kalıcı düzelme sağlanabileceğini göstermektedir. Literatür verileri ile birlikte değerlendirildiğinde, bu tür olgularda erken tanı, agresif medikal tedavi ve uygun cerrahi yaklaşım, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında kritik rol oynamaktadır. (3-5) Ayrıca cerrahi sonrası düzelmeyen hiperkalsemi olgularında olası moleküler mekanizmaların, özellikle BRAF mutasyonunun araştırılması, gelecekteki çalışmalar için önemli bir hedef olacaktır(6,7).

1)Reichart PA, Philipsen HP. Odontogenic Tumors and Allied Lesions. Quintessence; 2004.

2)Ota Y, et al. Huge ameloblastoma associated with hypercalcemia via PTHrP and G-CSF production. J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(1):e104-8.

3)Lo TEN, et al. Overwhelming hypercalcaemia in mandibular ameloblastoma. BMJ Case Rep. 2014;2014:bcr2014205491.

4)Shen W, et al. Giant mandibular ameloblastoma with rare hypercalcemia: case report and literature review. Front Oncol. 2023;13:1198321.

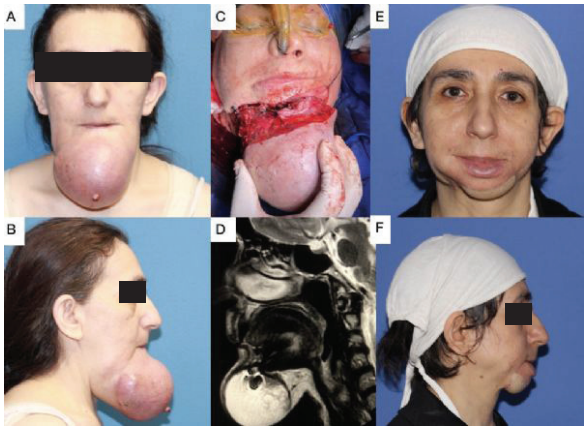
5)Ghiam AF, et al. Recurrent metastatic ameloblastoma with hypercalcaemia successfully treated with carboplatin/paclitaxel. ecancermedicalscience. 2013;7:323.

6)Suzuki H, et al. Recurrent ameloblastoma with both hypercalcemia and BRAF V600E mutation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2020;129(2):e74-8.

7)Corbett K, et al. Resolution of PTHrP-mediated hypercalcemia with targeted therapy in BRAF V600E-positive ameloblastoma. JCO Precis Oncol. 2024;8:ePO2400060.

Anahtar Kelimeler: Ameloblastom, Hiperkalsemi, Free Fibula Flebi, PTHrP

Olgu sunumu



A-B:Preoperatif ön ve lateral fotoğraflar C:İntraoepratif eksize edilen kitle görüntüsü D:Preoperatif MR görüntülemesi E-F:Postoperatif 8. Ayda ön ve lateral fotoğraflar

Ameloblastom ve Hiperkalsemi Birlikteliği Olan Olgular

	Yazar-Yıl	Yaş/ Cinsiyet	Lokalizasyon ve boyut	Preop ca (mg/dl)	Cerrahi Yönetim	Rekonstrüksiyon	Postop ca değişimi
1	Smith et al 1988	45 K	Mandibula 9 cm	12.8	Segmental Rezeksiyon	Serbest fibula flebi	24 saatte normal
2	Kumar et al 1995	62 E	Mandibula 8*9 cm	13.2	Hemimandibulektomi	Pectoralis majör flebi	48 saatte normal
3	Lee et al 2001	51 K	Mandibula 10 cm	12.6	En-blok rezeksiyon	Serbest fibula flebi	24 saatte normal
4	Okada et al 2003	35 E	Mandibula 8 cm	12.1	Segmental Rezeksiyon	Non vaskülarize kemik grefti	72 saatte normal
5	Park et al 2003	72 K	Mandibula 11 cm	13.8	Hemimandibulektomi	Serbest fibula flebi	48 saatte normal
6	Chen et al 2007	56 E	Mandibula 9*8 cm	12.4	Segmental Rezeksiyon	Plak ile rekonstrüksiyon	1 haftada normal
7	Saito et al 2009	42 K	Mandibula 8 cm	12.7	En-blok rezeksiyon	Serbest fibula flebi	24 saatte normal
8	Ahmed et al 2011	24 E	Mandibula 10 cm	13.5	Hemimandibulektomi	Serbest fibula flebi	48 saatte normal
9	Tanaka et al 2013	63 K	Mandibula 12*11 cm	12.9	En-blok rezeksiyon	Serbest fibula flebi	72 saatte normal
10	Wang et al 2015	58 E	Mandibula 8*9 cm	12.2	Segmental Rezeksiyon	Pectoralis majör flebi	3 günde normal
11	Li et al 2017	54 K	Mandibula 9 *8 cm	13.1	En-blok rezeksiyon	Serbest fibula flebi	48 saatte normal
12	Gupta et al 2019	38 K	Mandibula 10 cm	12.6	Hemimandibulektomi	Serbest fibula flebi	24 saatte normal
13	Bu olgu 2025	55 K	Mandibula 10*14 cm	12.39	En-blok rezeksiyon	Serbest fibula flebi	24 saatte normal

Literatür taraması sonucunda bildirilen tüm vakalar tabloda belirtilmiştir.

SB-010

Trapez Miyokütan Flebi ile Oksipital Defektlerin Rekonstrüksiyonu: Fonksiyonel Açıdan Güvenilir Bir Seçenek

Çağrı Sandal, Hasan Mahir Şimşek, Gökhan Doğan, Ayhan Işık Erdal
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş:

Oksipital bölge defektleri; travma, tümör rezeksiyonları, spinal cerrahiler veya enfeksiyon sonrası gelişebilir.[1,3] Bu defektler skalp ve ense bölgesinde doku kaybına neden olarak kötü estetik sonuçlara, dural defektlere ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara yol açabilir.[2,4] Bu tür defektlerin onarımında lokal flepler yetersiz kalabileceğinden, vasküler açıdan güvenli bölgesel flepler ön plana çıkar. Trapez miyokütan flebi, ense ve skalp defektlerinin rekonstrüksiyonunda anatomik olarak uygun konumu, güçlü vaskülarizasyonu ve teknik uygulanabilirliği ile güvenilir bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastalar ve Yöntemler:

Bu çalışmaya Ocak 2023 - Haziran 2025 yılları arasında kliniğimizde trapez miyokütan flebi ile oksipital bölge defekti onarılan toplam 10 olgu ameliyat öncesi aydınlatılmış onamları alınarak dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, defektin etyolojisi (tümör, travma, cerrahi yara ayrışması vb.), komplikasyonlar ve ameliyat sonrası sonuçlar açısından toplanan veriler üzerinden değerlendirildi. Ortalama takip süresi 9 ay (dağılım: 4–16 ay) olarak belirlendi.

Bulgular:

Oksipital bölgede doku defekti olan ve rekonstrüksiyon ihtiyacı bulunan toplamda 10 (8 erkek, 2 kadın) hastaya trapez miyokütan flebi ile rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Yaş ortalamasının 62 (dağılım: 52–75) olduğu görüldü. Defekt etyolojileri; tümör rezeksiyonu(n=6), travma(n=1), yara ayrışması(n=3) olarak tespit edildi. Hastalarda trapez miyokütan flebi ile rekonstrüksiyon sağlandı. 1 hastada total flep kaybı izlendi. Ek operasyon ihtiyacı olmayan komplikasyonlar minör komplikasyon, ek operasyon ihtiyacı olan komplikasyonlar majör komplikasyon olarak kabul edildi. Major komplikasyonlar(n=1); total flep kaybı(n=1) ve minör komplikasyonlar(n=3); seroma(n=1), omuz hareketlerinde kısıtlılık(n=1), yara ayrışması(n=1) olarak gözlendi.

Cerrahi Teknik:

Hastalar ayaktayken kollar yanda serbest bırakılmış şekilde orta hat, skapula sınırları, trapez kası ve dorsal skapular arter trasesi belirlendi, ardından vertikal ortantasyonlu miyokütan flep çizimi yapıldı. Trapez kasının alt kısmından defekt boyutuna uygun cilt adası tasarlandı. Cilt adasının kaudal sınırı skapula alt ucundan 10 cm aşağıya inecek şekilde genişletildi. Cilt adası latissimus dorsi kası üzerinden kraniale doğru kaldırıldı. Trapez kasının kaudal kenarına ulaşıldığında diseksiyon sonlandırıldı. Trapez kası romboid majör kası üzerinden diseke edildi ve ciltle birlikte kaldırıldı. Kaldırılan flep ense nötral pozisyondayken defekt alanına yerleştirildi.

Olgu:

Çalışmaya dahil edilen hastaların doku defektlerinin konumu ense(n=3) ve oksipital bölge (n=7) şeklindeydi. Hastaların doku defektlerinin ortalama yüzey alanları 54 cm2 (dağılım: 29 cm2-98 cm2) idi. Olgularda trapez miyokütan flebi dorsal skapular arter bazlı kaldırıldı. Örnek olgu; 68 yaşında kadın hasta, skalpte 6 ayda gelişen ve hızlı progresyon gösteren skuamöz hücreli karsinom ile tarafımıza başvurdu. 1 cm güvenli cerrahi sınırla eksizyon yapıldı. Oksipital bölgede 8x8 cm'lik defekt olduğu görüldü. Oluşan defekt trapez miyokütan flebiyle başarılı bir şekilde onarıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Trapez miyokütan flebi, oksipital defektlerin rekonstrüksiyonunda güvenilir bir cerrahi seçenektir.[5,6] Geniş rotasyon arkına sahip olması, mikrovasküler anastomoz ihtiyacı olmaksızın uygulanabilmesi flebin diğer avantajları olarak belirtilmektedir. Literatürde belirtildiği üzere, trapez miyokütan flebi ile yapılan onarımlarda yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları bildirilmiştir. Ayrıca flep osteokütan flep, serbest flep, sensete(duyulu) flepler olarakta tasarlanabilmektedir. Donör sahada minimal morbiditeye yol açması ve omuz fonksiyonlarının büyük oranda korunması, bu yöntemin klinik pratikte kullanımını desteklemektedir.[7] Literatürde belirtildiği gibi trapez kas flebi oksipital bölge ve ensedeki doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda iyi bir seçenektir.

Kaynakça:

1. Lutz, B. S., Wei, F. C., & Chen, H. C. (1999). Reconstruction of posterior scalp and neck defects with the lower trapezius myocutaneous flap. Plastic and Reconstructive Surgery, 103(2), 494–500. https://doi.org/10.1097/00006534-199902000-00010

2. Schwabegger, A. H., Ninkovic, M., & Anderl, H. (1997). The lower island trapezius musculocutaneous flap for reconstruction of posterior midline scalp and neck defects. British Journal of Plastic Surgery, 50(7), 498–505. https://doi.org/10.1016/S0007-1226(97)91197-5

3. Tobin, G. R. (1985). Trapezius muscle flaps: Anatomy and clinical application. Plastic and Reconstructive Surgery, 75(6), 856–869. https://doi.org/10.1097/00006534-198506000-00004

4. Demirseren, M. E., Efendioglu, K., & Demiralay, A. (2009). Use of trapezius musculocutaneous flaps in reconstruction of posterior neck and occipital defects. Annals of Plastic Surgery, 63(6), 613–617. https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181905d3c

5. Guelinckx, P. J., Boeckx, W. D., & Gruwez, J. A. (1984). The trapezius myocutaneous flap: Anatomic study and clinical application. Plastic and Reconstructive Surgery, 74(2), 217–225. https://doi.org/10.1097/00006534-198408000-00010

6. Bunkis, J., & Walton, R. L. (1983). The lower trapezius musculocutaneous flap. Archives of Otolaryngology, o 109(8), 546–550. https://doi.org/10.1001/archotol.1983.00800220050013

7. Hee Jun Yang 1, Dong Hun Lee 2, Yang Woo Kim 2, Sang Gu Lee 3, Young Woo Cheon 2, The Trapezius Muscle Flap: A Viable Alternative for Posterior Scalp and Neck Reconstruction https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5122541/

Anahtar Kelimeler: Trapez kas flebi, oksipital defekt, rekonstrüktif cerrahi, kas flebi, baş-boyun onarımı

SB-011

Baş Boyun Bölgesi Defektlerinin Asimetrik Z Plasti Flepleri İle Rekonstrüksiyonu

Alperen Aras, Melis Şeyma Yalçınkaya, Berkan Koç, Ceyhun Uzun
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş-Amaç: Baş-boyun bölgesindeki posttravmatik, postoperatif ya da konjenital doku defektleri, hem fonksiyonel hem de estetik açıdan karmaşık rekonstrüktif yaklaşımlar gerektirebilir. Asimetrik Z-plasti, özellikle eksizyon sonrası gelişen defektlerin düzeltilmesinde ve doğal konturların yeniden oluşturulmasında önemli avantajlar sunar. Geleneksel lokal ve serbest flep seçeneklerine alternatif daha az invaziv bir seçenek olarak hızlı ve kullanışlıdır. Bu çalışmada, baş-boyun bölgesindeki çeşitli defektlerin onarımında asimetrik Z-plasti yönteminin etkinliği vaka serilerimiz ışığında değerlendirilmiştir. Cerrahi teknik ayrıntılarına özel önem verilmiş, flep boylarının orantısız şekilde planlanmasının sağladığı doku yönlendirme avantajları tartışılmıştır. Mutaf M. tarafından tanımlanan ve klasik Z-plastinin modifikasyonu niteliğindeki asimetrik Z-plasti, özellikle asimetrik gerilim hatlarının olduğu göz kapağı, dudak ve burun gibi baş boyun bölgelerinde daha başarılı sonuçlar vermektedir.

Ameliyat tekniğinde dikkat edilmesi gereken temel noktalar, fleplerin açılarının doğru hesaplanması, çevre dokularla uyumlu bir yeniden yönlendirme sağlanması ve dikiş hattının doğal deri çizgilerine paralel hale getirilmesidir.

Materyal Method: 2024-2025 yılları arasında 10 hasta çalışmamıza dahil edilip ortalama yaşları 65,7 olup hastalar 43-78 yaşları arasındadır. Rekonstrüksiyon gerçekleştirilen hastalardan 6'sının anatomik lokasyonu bazal hücreli kanser eksizyonu sonrası alt göz kapağı defekti, 3 tanesi malar bölge ve 1 hasta da kranial cerrahi sonrası frontotemporal bölgede iyileşmeyen yara şeklindedir. Hastaların cinsiyetleri 6 erkek 4 kadın şeklinde dağılmıştır.

Cerrahi teknik: Öncelikle oluşan defekti üçgen haline getirmek gerekmektedir. Defekte komşu bölgelerden uygun olanı tercih edilip, defekte transpoze edilecek olan kuadrangüler flebin tasarımı gerçekleştirilir. Bu tasarımı gerçekleştirirken flebin defekte komşu kenarı en az defekt tabanı kadar uzunlukta olmalı ve bu noktada 60 derecelik bir açı ile flep alt kenarını oluşturmaya başlanmalı. Bu flep alt kenarı da defektin uzak kenarına eşit uzunlukta olmalıdır. Uygun uzunluk sağlandıktan sonra 45 derecelik bir açı ile kuadrangüler flebin tabanına doğru katedecek şekilde flebin defekte uzak kenarı oluşturulur. Kuadrangülerin flep dönor sahasını kapatacak diğer z plasti flebi ise defekt ile kuadrangüler flep arasında dizayn edilir ve dönor sahası primer olarak onarılır.

Sonuçlar: Hiçbir hastada tam veya kısmi flep kaybı gerçekleşmedi. 1 hastada postoperatif komplikasyon olarak epifora ve ektropion gerçekleşti. Bütün hastalarda cerrahi sınır temiz olarak sonuçlandı. Herhangi bir hastada hematom, detaşman ve yara yeri enfeksiyonu ile karşılaşılmadı.

Tartışma: Tümöral kitle eksizyonu sonrası baş boyun bölgesindeki küçük ve orta boyutlu doku defektlerinde Mutaf M. tarafından tanımlanan asimetrik Z plasti tekniği, cerrahi uygulama kolaylığı, flep kaybı riskinin olmayışı, düşük morbidite ve yüksek kozmetik fonksiyonel başarı ile dikkat çekmektedir. Ayrıca fleplerin defekt komşu bölgelerden planlanması nedeniyle renk ve doku esnekliği uyumu göstermesi de önemli avantajlarındandır. Cerrahi planlamada flep açılarının ve boy oranlarının optimizasyonu tekniğin başarısını belirleyen anahtar faktördür.

Kaynakça:

1. Mutaf M, Bekerecioglu M, Erkutlu I, et al. A new technique for closure of large meningomyelocele defects. Ann Plast Surg. 2007;59:538–543.

2. Mutaf. M, Temel M, A new technique for total reconstruction of the lower lid. Ann Plast Surg 2017;78: 171–177

Anahtar Kelimeler: Baş boyun rekonstrüksiyonu, alt göz kapağı, z plasti, lokal flep

Olgu Sunumu



4 no'lu olgu: 66 yaş erkek hastanın sol alt göz kapağında bazal hücreli kanser tanılı lezyonunun eksizyonu sonrası asimetrik z plasti flepleri ile ön lamella rekonstrüksiyonu gerçekleştirilmiş hali. A: Preoperatif görüntüsü B: Preoperatif planlama C: Postoperatif görüntü D: Postoperatif 6. Aydaki görüntüsü

Çalışmaya katılan hastaların demografik bilgileri

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Anatomik Lokasyon	Etiyoloji	Komplikasyon	Revizyon Cerrahisi
1	43	Kadın	Fronto-temporal	Kranial cerrahi	-	-
2	78	Kadın	Alt göz kapağı	BHK	-	-
3	64	Erkek	Alt göz kapağı	BHK	-	-
4	66	Erkek	Alt göz kapağı	BHK	-	-
5	76	Erkek	Alt göz kapağı	BHK	Epifora Ektropion	Planlandı
6	68	Erkek	Alt göz kapağı	BHK	-	-
7	61	Kadın	Alt göz kapağı	BHK	-	-
8	67	Erkek	Malar	BHK	-	-
9	71	Kadın	Malar	BHK	-	-
10	63	Erkek	Malar	BHK	-	-

BHK: Bazal Hücreli Kanser

SB-012

Dudak Komissür Defektlerinin Estetik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Büşra Güçlü, Yunus Emre Atmaca, Alper Taşan, Larasu Yıldıran, Mehmet Can Kırbaş, Ömer Faruk Dilek
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Perioral rekonstrüksiyonun hedefleri, hem fonksiyonel hem de estetik açıdan ağız fonksiyonunun sağlanması ve kabul edilebilir bir simetrinin elde edilmesidir. Nazolabial, vermillion ve oral komissürü içeren geniş doku kayıpları olan hastalarda çeşitli doku flepleri rekonstrüksiyon amacıyla kullanılmıştır. Bazı durumlarda, hem fonksiyonel hem de estetik sorunlar tek seanslık bir cerrahiyle çözülebilir. Ancak operasyon süresinin uzun olması, sağlıklı dokunun yetersizliği ya da flebin canlılığının riske atılmasından dolayı bazı vakalarda rekonstrüksiyon iki aşamada gerçekleştirilmek zorunda kalınabilir. Dudak bölgesindeki tümörlerin rezeksiyonu sonrası flep ile rekonstrüksiyon yapılan birçok hastada ise, özellikle oral komissürü içeren bölgelerde fonksiyonel veya estetik görünümü en üst düzeye çıkarmak amacıyla kontur ve bölgesel tanımlamayı iyileştirmeye yönelik düzeltici müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

MATERYAL ve METHOD

Bu çalışmada, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğine; Ocak 2020 ile Temmuz 2025 arasında başvuran yaşları 30 ile 73 arasında değişen dudak bölgesi tümörüyle değerlendirilen 117 hastada ek operasyon yapılan 17 hastanın sonuçları değerlendirilmiştir. Hastaların 14'ü erkek, 3'ü kadındı. Olgularda tümör tipi 11 hastada skuamöz hücreli karsinom ve 6 hastada bazal hücreli karsinom olarak belirlenmiştir. Nazolabial bölgedeki doku kayıplarının tamamı, oral kommissürü de içeren dudak ve nazolabial alanda tam kat defektler şeklindeydi. Bu defektlerin rekonstrüksiyonları 5 hastada Free Radial Ön Kol, 2 hastada Free Anterolateral Thigh (ALT), 1 hastada Fasial Arter Perforatör, 1 hastada Abbe, 4 hastada Gillies Fan, 4 hastada Karapandzic flepleri ile gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Ortalama takip süresi 18 ay olarak kaydedilmiştir.6 hastada flep inceltilmesine yönelik liposuction, 5 hastada mikrostomiye 6 hastada ise oral inkontinansa yönelik komissüroplasti ek operasyon olarak planlanmıştır. Hastaların ek operasyonları tümör rezeksiyon ve rekonstrüksiyon operasyonlarından 6 ay sonra planlanmıştır. Ek operasyon yapılan hastalarda, nadiren başka çalışmalarda bildirilen liposuction sonrası ciltte nekroz gibi komplikasyonlar görülmemiş; işlevsel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir.

Tüm hastalar, kommissuroplasti sonrasında ağız kapama fonksiyonunda ve oral sekresyon kontrolünde belirgin bir iyileşme olduğunu böylelikle hayat kalitesinde artış olduğu ifade etmiştir; yalnızca bir hastada (%5.88) zaman zaman hafif derecede oral inkontinans devam etmiştir. Estetik sonuçlardan 12 hasta oldukça memnun kalırken, vizüel analog skala (VAS) ortalamaları 82 (80–90 aralığında) olarak kaydedilmiştir.Tüm hastalarda, operasyon sonrasında intraoral alanda artış gözlenmiş; ağız içindeki dolgunluk hissinin azalmasıyla birlikte daha fazla gıda yutabildikleri ve sekresyon kontrolü yapabildikleri ifade edilmiştir.

SONUÇ

Dudak rezeksiyonu ve ardından yapılan rekonstrüksiyon işlemleri, psikososyal, işlevsel ve estetik açıdan önemli etkiler yaratmaktadır. Güncel yayınlar, dudak bölgesindeki çeşitli defektlerin onarımı için geliştirilen ileri düzey tekniklerin giderek arttığını ortaya koymaktadır. Bu teknikler, mevcut yöntemlerin modifikasyonlarını içerebildiği gibi, yeni lokal doku kullanımları ve serbest doku transferi yöntemlerini de kapsamaktadır. Geleneksel yaklaşımlar genellikle defektin boyutuna göre planlanırken, günümüzde işlevsel ve estetik açıdan daha iyi sonuçlar elde etmeye yönelik yeni yöntemler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: kommissuroplasti, baş ve boyun cerrahisi, tümör

SB-013

Rat Dorsal Perforatör Flep Modelinde İnsan Umblikal Kord Endotel Hücresi Kökenli Eksozom Uygulamasının Flep Sağkalımı Üzerine Etkisi

Toprak Geçgel[1], Gizem Fikir[2], Hamide Sayar[2], Bahar Taşdelen[3], Şakir Ünal[1], Yavuz Demir[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Mersin
[3]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Mersin

GİRİŞ

Doku defektlerinin onarımında temel amaç eski form ve fonksiyonların yeniden sağlanabilmesidir ve en iyi klinik sonuçlar flep transferleri ile sağlanabilmektedir. Son yıllarda özellikle düşük donör saha morbiditesi, esnek tasarım imkânı gibi avantajları nedeniyle perforatör fleplerin kullanımında belirgin bir artış gözlenmektedir. Yapılan klinik ve deneysel çalışmalarda perforatör fleplerde perforatörün beslediği "anatomik" ve "dinamik" bölgelerde flebin canlılığını koruduğu ancak "potansiyel" perfüzyon alanlarında nekroz riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir.[1] Flep distalinde nekroz riskini azaltmak ve flep sağkalımını artırmak amacıyla son yıllarda hücresel ve moleküler temelli biyolojik ajanlar üzerine yoğunlaşılmıştır. Eksozomlar, hücreler arası iletişimi sağlayan nanometrik veziküller olarak anjiyogenez, immün yanıt modülasyonu ve doku rejenerasyonu süreçlerinde önemli roller üstlenmektedir. Özellikle insan umblikal kord endotel hücresi kökenli eksozomların yüksek biyouyumlulukları ve zengin biyomoleküler içerikleri sayesinde vaskülarizasyonu artırma potansiyeli dikkat çekmektedir. Bu çalışmada, rat dorsal perforatör flep modelinde insan umblikal kord endotel hücresi kökenli eksozomların farklı klinik uygulamalarının flep sağkalımı üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. [2]

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda ağırlıkları ortalama 300 g olan, 12–16 haftalık toplamda 25 adet erkek Wistar-Albino sıçan kullanılmıştır. Denekler randomize olarak her grupta beşer adet olacak şekilde 5 gruba ayrılmıştır.

Flep modeli: Bu çalışmada derin sirkümfleks iliak arter (DSİA) bazlı dorsal perforatör flep modeli kullanılmıştır. Bu amaçla ratların sırt bölgesinde sol tarafta 12×3 cm boyutlarında flep tasarlanmıştır (Şekil-1A). Tasarlanan flep yüzeyi enjeksiyon yapılmak üzere 10 eşit parçaya ayrılacak şekilde işaretlenmiştir. Tüm gruplarda flepler kas fasyası üzerinden eleve edilip posterior interkostal ve torakodorsal arterler bağlanarak flep yalnızca DSİA perforatörü ile beslenen flep haline getirilmiştir (Şekil-1D). Ayrıca eleve

edilen flep üzerinde DSİA perforatörünün yer aldığı kısım I. bölge, posterior interkostal arter perforatörünün bulunduğu kısım III. bölge, torakodorsal arter perforatörünün yer aldığı kısım ise V. bölge olarak tanımlanmıştır. Bu ana damar bölgeleri arasında yer alan choke anastomoz alanları II. ve IV. bölgeler şeklinde sınıflandırılarak, flep üzerinde toplamda beş alt bölge oluşturulmuştur (Şekil-1C)

Gruplar

Grup 1 (n=5) – Sham: Flep eleve edildikten sonra herhangi bir enjeksiyon veya ek işlem yapılmamıştır ve tüm flepler yerine sütüre edilmiştir.

Grup 2 (n=5) –Önkoşullama kontrol grubu: Flep elevasyonundan 6 gün önce, 3 gün önce ve flep elevasyon günü olmak üzere üç kez, flep üzerinde belirlenen alanlara toplam 1 mL serum fizyolojik subkutan enjekte edilmiştir. (Şekil-1B)

Grup 3 (n=5) –Eksozom ile önkoşullama grubu: Flep elevasyonundan 6 gün önce, 3 gün önce ve flep elevasyon günü olmak üzere 3 kez subkutan olarak flep üzerinde belirlenen alanlara toplam 1×10^9 partikül içeren 1 mL eksozom solüsyonu subkutan olarak enjekte edilmiştir.

Grup 4 (n=5) – Eksozom tedavisi kontrol grubu: Flep elevasyonu günü ve postoperatif 3. ve 6. günlerde flep üzerinde belirlenen alanlara toplam 1 mL serum fizyolojik subkutan olarak enjekte edilmiştir.

Grup 5 (n=5) – Eksozom tedavisi grubu: Flep elevasyonu günü ve postoperatif 3. ve 6. günlerde flep üzerinde belirlenen alanlara toplam 1×10^9 partikül içeren 1 mL eksozom solüsyonu subkutan olarak enjekte edilmiştir.

Tüm ratlar flep cerrahisi sonrası 7 gün takip edilmiş sonrasında sakrifiye edilmişlerdir.

Değerlendirme yöntemleri

Tüm gruplarda fleplerin vaskülarizasyonu flep elevasyonunu takiben postoperatif 1. saatte ve postoperatif 7. günde sakrifikasyondan hemen önce indosiyanin yeşili verilerek SPY cihazı ile anjiyografik olarak değerlendirilmiştir. Kaydedilen görüntüler SPY Elite System ara yüzünde işlenmiş ve flep alanındaki bölgelerin perfüzyon yüzdeleri hesaplanarak ortalama değerler elde edilmiştir.

Postoperatif 7. günde sakrifikasyon öncesi planimetrik analiz yapılarak flep sağkalım yüzdesi hesaplanmıştır. Sağkalım değerlendirildikten sonra sakrifiye edilerek flep üzerinde choke anastomoz zonu olan II. bölgeden histopatolojik inceleme için örnekleme alınmıştır. Histopatolojik analizde mikrovasküler dansite, maksimum ve minimum damar çapları, ortalama damar çapı, damar duvar kalınlıkları ve CD34 ile immünohistokimyasal boyanmalar değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmanın bulguları Tablo 1 de gösterilmektedir.

Planimetrik analizde sağkalım Grup 5 te (eksozom tedavi grubu) %91,40 ± 0,67 idi ve bu değer diğer tüm gruplara göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Sağkalım eksozom ile önkoşullama grubunda (Grup 3) %80,27 ± 1,84 olarak bulundu ve bu değer de Grup 1 (sham kontrol),Grup 2 (önkoşullama kontrol) ve Grup 4 (Eksozom tedavisi kontrol grubu) e göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$).

SPY değerlendirmelerinde postoperatif 1. saatte Grup 3 (eksozom önkoşullama grubu) belirli bölgelerde (özellikle Bölge III ve V) daha yüksek perfüzyon gösterirken, 7. gün ölçümlerinde Grup 5 (eksozom tedavi grubu) tüm bölgelerde en yüksek perfüzyona ulaştı. 7. Günde Grup 5, Grup 3'e kıyasla da üstün bulundu ($p<0,05$). Flep elevasyonu anındaki perfüzyon değeri ile 7. gün elde edilen değerler karşılaştırıldığında en belirgin perfüzyon artışı Grup 5'te izlendi (her biri $p<0,001$).

Histopatolojik incelemelerde Grup 5 mikrovasküler dansite (MVD) ve damar çapı açısından Grup 1, Grup 2 ve Grup 4'e kıyasla anlamlı derecede daha yüksek değerlere sahipti ($p<0,05$). Grup 3 de MVD açısından Grup 1'den anlamlı derecede yüksekti, ancak Grup 2 ve 4 ile fark anlamlı değildi. Grup 5'in MVD ve damar çapı Grup 3'ten yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Damar çapı alt parametrelerinde, Grup 5 'in maksimum arter çapı ile minimum kapiller çapı diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

CD34 immünohistokimyasal boyanmasında, eksozom uygulanan gruplarda (özellikle eksozom tedavi grubu olan Grup 5'te) orta ve kuvvetli boyanma düzeyleri belirgin olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Buna karşılık zayıf boyanma Grup 5'te anlamlı derecede düşük saptandı.

SONUÇ

Çalışmamızda rat dorsal perforatör flep modelinde insan umblikal kord endotel hücresi kökenli eksozom uygulamasının flep sağkalımını anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur. Yalnızca önkoşullama yapıldığında flep perfüzyonunun flep kaldırıldığı anda arttığı görülse de flap sağkalımının eksozom tedavi grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Eksozom ile önkoşullama yapıldığında flebin perfüzyonuna olumlu etkiler sağladığı görülse de sagkalım üzerine asıl olumlu etkinin flep kaldırıldıktan sonra yapılacak eksozom uygulaması ile elde edilebileceği saptanmıştır. Dolayısıyla eksozom ile önkoşullandırmanın yeterli olamayabileceği flep elevasyonu sonrası da eksozom tedavisinin devam etmesi gerektiği kanısına varılmıştır. Eksozom tedavisi günümüz şartlarında kolay elde edilebilir ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Dolayısıyla özellikle riskli flep cerrahilerinde uygulandığında klinik olarak olumlu sonuçlar elde edileceğini düşünmekteyiz.

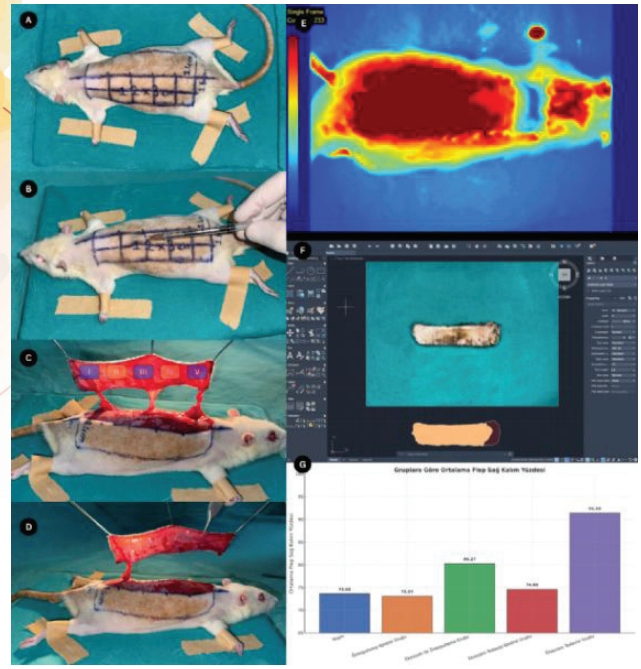
KAYNAKLAR

1. Wong C S-CM. Perforator flap vascular anatomy: a direct and indirect perforator flap classification. Plastic and Reconstructive Surgery 2010: 125: 1610–20.

2. Niu Q, Wang J, Song W, et al. Exosomes derived from bone marrow mesenchymal stem cells alleviate ischemia-reperfusion injury and promote survival of skin flaps in rats. Life (Basel). 2022;12(10):1567.

Anahtar Kelimeler: CD34, eksozom, ön koşullama, perforatör flep, spy perfüzyon görüntüleme

ŞEKİL 1



A- Derin sirkümfleks iliak arter perforatör (DSİAP) flep tasarımı ve 10 eşit alana ayrılması B- Subkutan serum fizyolojik ve eksozom uygulaması C- Derin sirkümfleks iliak arter perforatör flep modelindeki perforazomlar (Mavi) ve choke anastomoz(Sarı) bölgeleri D- Derin sirkümfleks iliak arter bazlı sıçan dorsal perforatör cilt flebi E- Grup 5, 3 numaralı deneğin sakrifikasyon öncesi SPY perfüzyon görüntülemesi. (Kırmızı ve sarı renkli alanlar iyi perfüze olan alanları, yeşil ve mavi renkli alanlar kötü perfüze olan alanları göstermektedir.) F- Grup 5, 1 numaralı deneğin flep sağkalımının planimetrik hesaplanması (Kahverengi ile nekroze alan gösterilmektedir.) G- Sakrifikasyon öncesinde ölçülen ortalama flep sağ kalım oranlarının grafiksel gösterimi

TABLO 1

	Grup 1 SHAM	Grup 2 ÖN KOŞULLAMA KONTROL GRUBU	Grup 3 EKSOZOM İLE ÖNKOŞULLAMA GRUBU	Grup 4 EKSOZOM TEDAVİSİ KONTROL GRUBU	Grup 5 EKSOZOM TEDAVİSİ GRUBU	
	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	P değeri
Ortalama Flep Sağkalım Yüzdesi	73,60 ± 3,16 (69,73–78,40)	73,07 ± 1,80 (70,55–75,13)	80,27 ± 1,84 (78,17–82,48)	74,60 ± 3,48 (70,83–79,56)	91,40 ± 0,67 (90,63–92,18)	<0,001
Postoperatif 1. saat için ortalama flep perfüzyon değeri (%)						
BÖLGE I	70,00 ± 3,73 (63,57–72,62)	72,55 ± 1,05 (71,17–73,74)	71,45 ± 2,31 (68,62–74,81)	67,48 ± 1,75 (66,06–70,54)	69,85 ± 1,19 (68,27–71,38)	0,155
BÖLGE II	68,25 ± 4,02 (63,40–73,42)	69,62 ± 2,09 (66,28–72,06)	70,79 ± 1,38 (69,17–72,40)	66,98 ± 2,89 (62,37–70,23)	67,45 ± 1,85 (65,79–69,78)	0,163
BÖLGE III	66,90 ± 2,10 (64,60–68,74)	67,80 ± 1,91 (64,86–70,03)	71,61 ± 2,87 (67,19–74,55)	48,33 ± 12,17 (36,26–62,11)	67,85 ± 1,91 (64,73–69,69)	0,030
BÖLGE IV	42,16 ± 9,46 (30,65–51,36)	41,16 ± 13,72 (18,13–52,09)	59,64 ± 11,20 (42,80–71,52)	48,33 ± 12,17 (36,26–62,11)	47,84 ± 3,22 (43,31–52,40)	0,083
BÖLGE V	36,04 ± 5,58 (29,40–44,49)	38,43 ± 7,21 (29,33–48,32)	48,25 ± 4,67 (42,13–53,77)	38,51 ± 8,58 (27,38–49,12)	36,44 ± 5,95 (30,94–46,27)	0,047
Sakrifikasyon öncesi (7.gün) ortalama flep perfüzyon değeri (%)						
BÖLGE I	72,98 ± 4,38 (66,26–76,95)	73,39 ± 2,14 (70,75–76,17)	76,51 ± 3,12 (73,18–80,10)	73,49 ± 1,74 (71,40–76,12)	83,47 ± 1,54 (81,71–85,88)	<0,001
BÖLGE II	71,20 ± 1,91 (69,24–73,72)	73,45 ± 3,74 (68,44–76,66)	76,50 ± 1,89 (73,92–78,30)	74,19 ± 3,58 (71,44–79,94)	82,51 ± 1,51 (80,19–84,37)	<0,001
BÖLGE III	61,18 ± 4,03 (54,67–65,64)	62,14 ± 5,24 (55,71–67,09)	74,06 ± 1,99 (72,50–76,92)	62,37 ± 4,42 (56,85–68,95)	83,20 ± 1,77 (80,36–84,50)	<0,001
BÖLGE IV	55,37 ± 4,51 (50,15–59,53)	58,03 ± 5,16 (53,28–66,75)	67,61 ± 0,66 (66,98–68,69)	56,98 ± 3,51 (51,65–60,12)	76,31 ± 2,64 (73,62–79,46)	<0,001
BÖLGE V	34,32 ± 2,23 (31,77–36,86)	34,27 ± 4,98 (29,57–41,55)	63,36 ± 0,50 (62,79–64,03)	31,67 ± 6,68 (24,68–40,19)	71,68 ± 1,89 (69,71–74,50)	<0,001

SB-014

Tavşan kulağı hipertrofik skar modelinde CORM-A1 & CORM-3'ün etkilerinin triamsinolon ile karşılaştırılması

Can Ekinci, Yakup Karabağlı, Aydan Ayşe Köse, Can Akın, Mehmet Şengül
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş

Karbon monoksit (CO) uzun yıllardır inhaler toksik bir gaz olarak görülürken son çalışmalarda aynı zamanda hücre içi birçok yolakta mediatör olarak görev yapan bir molekül olarak da gösterilmiştir. Anti-inflamatuvar, anti-hipertansif, anti-oksidan ve anti-tümoral etkileri gibi birçok etkisinin yanında anti-fibrotik etkisi de çalışmalarda gösterilen CO'nun bu etkilerinden faydalanmak amaçlı CORM (Carbon Monoxide Releasing Molecule)'lar yani CO salan moleküller oluşturmuş ve literatürde farklı çalışmalarda kullanılmıştır. Daha önce CORM moleküllerinin ve sağladıkları CO'nun kardiyak, renal ve pulmoner sistem üzerinde anti-fibrotik özellikleri gösterilmiş fakat hipertrofik skar ve keloid gibi patolojik yara iyileşmelerinde hiç çalışılmamıştır.

Çalışmanın Amacı

Literatürde ilk defa hipertrofik skar tedavisinde CORM-A1 ve CORM-3'ün farklı dozlarının etkilerinin incelenmesi ve sonuçların CO salınımı yapmayan inaktif CORM'lar ile yani iCORM'lar, distile su (DS) ve tedavi uygulanmamış grup (TUG) ile karşılaştırılması ve ayrıca klinik uygulamada en çok kullandığımız triamsinolon asetonid (TAC) ile de kıyaslanması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

12 adet Yeni Zelanda tipi erkek tavşan üzerinde Morris ve ark. tarafından tariflenmiş tavşan kulağı hipertrofik skar modeline göre, her tavşanın her iki kulağında 4'er hipertrofik skar oluşturulmuştur. Deney hayvanları ikişerli olmak üzere randomize olarak 6 gruba (Tablo-1) ayrılmıştır. Hipertrofik skar ve keloidlerin mevcut tedavisinde günümüzde en çok kullanılan ajan olan TAC suda çözünür olduğu ve serum fizyolojik (SF) veya DS ile seyreltilebildiği için ve klinik kullanımının da daha kolay olması amaçlandığından suda çözünür olan CORM'lar yani CORM-A1 ve CORM-3'ün kullanılması planlanmıştır. Literatür incelendiğinde CORM-A1 ve CORM-3 için daha önce intralezyonel uygulama yapılan bir yayın bulunamamıştır. Bu yüzden literatürdeki farklı çalışmalarda CORM-3 için genel olarak uygulanan sistemik doz (intravasküler veya subkutan sistemik) olan 4 mg/kg ve 8 mg/kg'ı geçmeyecek şekilde eşit veya daha düşük dozlar planlanmış ve yine literatürdeki çalışmada subkutan sistemik dozların da benzeri dozlarda olacağı ifade edildiğinden CORM-3 için yara başına olan maksimum doz bu hesaba göre 1 mg olarak belirlenmiştir. Bu şekilde intralezyonel olarak verilse bile subkutan yoldan sistemik dolaşıma katılsa dahi toksisite yaratmayacak dozlar olacak şekilde planlama yapılmıştır. Aynı planlamaya göre CORM-A1 için yara başına uygulanacak maksimum doz 0,25 mg olarak hesaplanmıştır. Grup ve doz planlamaları bu şekilde oluşturulmuştur. Literatür incelendiğinde TAC için ise daha önce yapılmış benzer bir çalışma olan tavşan kulağında hipertrofik skar modelinde verildiği gibi yara başına 4 mg/0,1 ml TAC enjeksiyonu planlanmıştır

iCORM'lar (iCORM-A1 ve iCORM-3) literatürde daha önce de tariflendiği gibi oluşturulmuştur. Anestezi altında Morris ve ark. tarafından tariflendiği gibi 16. günde oluşturulmuş ve teyit edilmiş olan hipertrofik skarlara yukarıda bahsedildiği gibi CORM-A1, CORM-3, iCORM-A1, iCORM-3, TAC ve DS daha önce belirlenmiş dozlarda ilgili gruplara olacak şekilde haftalık olarak 4 defa enjekte edilmiştir. Grup-5 Denek-1 ve Grup-5 Denek-2'nin sağ kulakları TUG olarak belirlenmiş ve bu kulaklara herhangi bir enjeksiyon planlanmamıştır. Enjeksiyonlar sonrası skarlar tam ortaya gelecek şekilde ve 1 cm kenarı olan ve sağlam cilt de içeren kareler olacak şekilde, spesimenler eksize edilmiştir. Spesimenler loop altında skarın tam ortasından geçecek şekilde 2 parçaya ayrılarak ve parçalardan biri steril ependorf tüpün içerisine koyulup kuru buz içerisinde gen ekspresyonlarının belirlenmesi için, diğer yarısı ise %10 formol koyulup patoloji kapları içerisinde histopatolojik inceleme için uygun şekilde transfer edilmiştir.

Değerlendirmeler makroskopik, gen analizi ve histopatolojik inceleme şeklinde yapılmıştır. Makroskopik değerlendirmede hipertrofik skarların fotoğrafı çekilmiş ve palpasyon ile de skar yükseklikleri ve sertlikleri muayene edilmiştir. IL-1β, TNF-α, TGF-β1, COL-1, COL-3 ve α-SMA genlerinin ekspresyon seviyeleri kantitatif gerçek zamanlı PCR çalışması (qRT-PCR) ile analiz edilmiştir. Histopatolojik incelemede H&E ve Masson Trikrom (MT) boyamaları ile inflamasyon, re-epitelizasyon, ülserasyon, granülasyon ve skar kalınlaşma indeksleri (SKİ) incelenmiştir. Ayrıca immünohistokimya (İHK) boyamalar ile COL-1, COL-3, CD31, TGF-β1 ve ACTA2 ekspresyon düzeyleri de incelenmiştir.

Bulgular

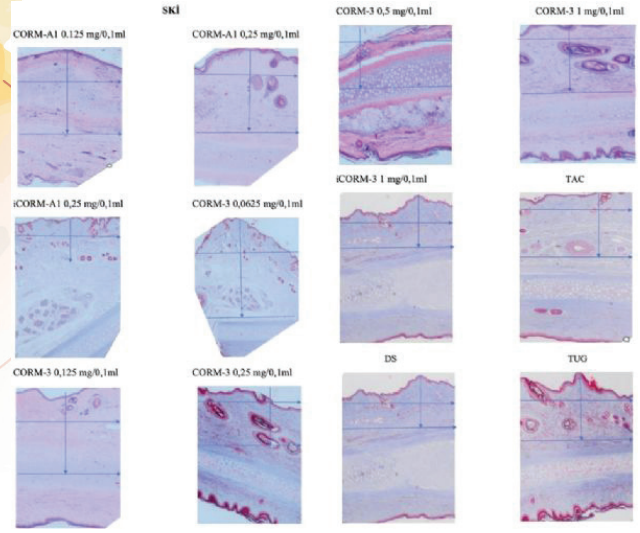
Makroskopik incelemede en iyi sonuçları TAC ve CORM-3 1 mg/0,1ml grupları verirken, en kabarık ve kırmızı skarların TUG ve iCORM-3 1 mg/0,1ml gruplarında olduğu bulundu. Gen analiz sonuçlarına bakıldığında makroskopik, immünohistokimya ve SKİ sonuçları ile biraz çelişkili olduğu görüldü. En iyi sonuçların genel olarak CORM-A1 0,25 mg/0,1ml ve CORM-3 0,25 mg/0,1ml gruplarında elde edildiği görülürken, genel olarak CORM'ların TAC'a benzer sonuçlar verdiği görüldü. Histolojik incelemelerde ise iCORM-A1 0,25 mg/0,1ml ve iCORM-3 1 mg/0,1ml gruplarında hasar ve skarda artış gözlenirken, CORM-A1 ve CORM-3'ün farklı dozlardaki uygulamalarının bu hasar ve skar parametrelerini geriye çevirdiği gözlemlenmiştir. SKİ'e bakıldığında ise en iyi sonuçların sırası ile TAC, CORM-3 1 mg/0,1 ml, CORM-3 0,5 mg/0,1 ml, CORM-3 0,25 mg/0,1 ml, CORM-A1 0,25 mg/0,1 ml gruplarında alınırken, en kalın skarların sırası ile iCORM-3 1 mg/0,1ml, DS, iCORM-A1 0,25 mg/0,1ml ve TUG gruplarda olduğu görüldü (Şekil-1). İHK sonuçlarında ise genel olarak en iyi sonuçların CORM-3 1 mg/0,1 ml ve TAC gruplarında olduğu CORM-A1 0,25 mg/0,1 ml grubunun da bunu takip ettiği görüldü.

Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızdan elde edilen verilerin ışığında farklı dozlardaki CORM-A1 ve CORM-3'ün genel olarak TAC'a istatistiksel benzer sonuçlar verdiği görülmüştür. Özellikle de CORM-3 1 mg/0,1 ml ve CORM-A1 0,25 mg/0,1 ml grupları TAC'a benzer düzeylerde anti-inflamatuvar ve anti-anjiyojenik etki göstermiş, makroskopik olarak da yara kalınlığını ve kızarıklığını azaltmada TAC'a benzer sonuçlar sunmuştur. Bütün sonuçlar değerlendirildiğinde CORM'lar hipertrofik skar ve keloid gibi patolojik skarların tedavisinde yeni ajanlar olarak denenebilir. Daha fazla denek hayvanı içeren daha büyük prospektif çalışmalar ile en uygun ve etkin doz çalışması yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Karbon monoksit salan moleküller (CORM), Hipertrofik skar, Keloid, Anti-fibrotik

Deneyin 44. gününde kontrol, sham, tedavi ve TAC gruplarının skar kalınlaşma indeksleri (SKİ)



Deney grupları ve dozları

	Sağ Kulak	Sol Kulak
Grup-1	CORM-A1 0,25 mg/0,1ml	iCORM-A1 0,25 mg/0,1ml
Grup-2	CORM-3 0,125 mg/0,1ml	CORM-3 0,25 mg/0,1ml
Grup-3	CORM-3 1 mg/0,1ml	iCORM-3 1 mg/0,1ml
Grup-4	Triamsinolon asetonid (TAC) 4 mg/0,1ml	Distile su (DS) 0,1 ml
Grup-5	Tedavi Uygulanmamış Grup (TUG)	CORM-3 0,5 mg/0,1ml
Grup-6	CORM-A1 0.125 mg/0,1ml	CORM-3 0,0625 mg/0,1ml

SB-015

Nanofat ve Hyalüronik Asit ile Yara Yeri Önkoşullamasının Rejeneratif Doku Yanıtı ve Skarlaşma Üzerine Etkilerinin Rat Modeli Üzerinde İncelenmesi

Mehmet Arda Yavuz[1], Etkin Boynuyoğun[1], Süleyman Yıldızdal[1], Muzaffer Çaydere[2], İdil Küçükbezirci[2], Uğur Koçer[1]
[1]SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Ankara

Giriş: Skar, cilt dokusunda çeşitli etiyolojiler sonrasında oluşabilen erişkin yara iyileşme sürecinin kaçınılmaz bir sonucudur. Skar dokusu eklemlerde kontraksiyonlar, şekil bozukluğu, fonksiyon kısıtlılığı ve buna bağlı psikolojik travmaya neden olabilmekte ve travmaya verilen anormal aşırı iyileşme yanıtı sonucu keloid ve hipertrofik skar gibi patolojileri beraberinde getirebilmektedir. Benzer şekilde travmaya yetersiz bir doku iyileşme yanıtı oluşması ise kronik yaralara zemin hazırlamaktadır. İnsanda skarsız iyileşme yalnızca erken gestasyonel dönemdeki fetüs cildinde yüksek rejeneratif doku yanıtı ile birlikte gözlenmektedir. Güncel literatürde fetal skarsız iyileşme yanıtı, rejeneratif tıp alanında ilgi odağı haline gelmiş ve bu yanıtın fizyolojik mekanizmaları üzerinde artan çalışmaların ışığında yetişkin dokularda rejeneratif doku yanıtı oluşturmak yeni bir hedef haline gelmiştir.

Yara iyileşme sürecinde skar miktarını azaltmak ve oluşan veya oluşabilecek komplikasyonların tedavisi için literatürde pek çok ajan denenmiştir. Genel olarak travma oluştuktan ve fibrotik yanıt halihazırda başladıktan sonra uygulanan bu ajanların ortak özelliği yara iyileşme kaskadında skarlaşma yanıtını baskılayıcı yönde regüle etmeleridir. Ancak bu tedavi yaklaşımlarıyla ancak dokunun nihai sonucu skar olan yanıtını regüle etmek mümkün olmakta ve dokunun travmaya başından itibaren rejenerasyon yanıtı vermesi tam anlamıyla sağlanamamaktadır.

Rejeneratif doku iyileşme yanıtının izlendiği fetal dokularda, yetişkin dokulara kıyasla birçok farklılık göze çarpmaktadır. Bunlar arasında büyüme faktörleri, sitokinler, enzimler, ekstraselüler matriks(ECM) komponentleri ve kök hücre aktivite ve düzeyi gibi parametrelerdeki farklılıklar yer almaktadır. Hyalüronik Asit(HA) fetal ECM'de erişkin ECM'sine kıyasla çok daha yüksek miktarlarda bulunan bir glikozaminoglikandır. Hyalüronik asitler farklı molekül ağırlıklarına ve çapraz bağ oranına sahiptir ve bu sebeple farklı etki profilleri gözlenmektedir. Yüksek molekül ağırlıklı HA'lar(YMAHA, >900KDa) antiinflamatuar ve immünsupresif etki gösterirken, düşük molekül ağırlıklı HA'lar(DMAHA, <120KDa) proinflamatuar ve anjiogenezi arttırıcı etki gösterir. Adipoz Doku Kaynaklı Kök Hücre'ler(ADSC) kendini yenileme kapasitesi olan, farklı dokulara diferansiyasyon kabiliyeti bulunan, yara iyileşmesini arttıran, enflamasyonu azaltırken ECM sentezi ve neovaskülarizasyonu arttıran Mezenkimal Kaynaklı Kök Hücreler(MSC) olarak rejenaratif doku yanıtında önemli bir yer tutabilme potansiyelini barındırmaktadır. İnsanda yağ dokusu ADSC açısından bir rezerv olarak gösterilmiştir. Liposuction yöntemi ile elde edilen aspiratın Nanofat(NF) tekniğine uygun olarak işlenmesi sonrasında hazırlanan nanofat içeriğinin yüksek ADSC oranı ve Growth faktörlerden zengin olduğu görülmüştür.

Önkoşullama teknikleri, dokulara uygulanacak asıl stres öncesinde, dokuları bu strese hazırlayıcı farklı yöntem ve ajanların işlemlerin uygulandığı tekniklerdir. Nanofat ve hyalüronik asit ile yapılan önkoşullama ile doku mikromimarisi ve hücresel ortamını düzenlemek mümkün gözükmektedir. Bu sebeple fetal yara iyileşmesi modelinden esinlenerek, erişkin cilt dokusunu hyalüronik asit ve nanofat ile önkoşullama işleminin, dokunun travmaya vereceği yanıtın rejeneratif yönde gelişmesine olanak sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmamızın amacı hyalüronik asit ve nanofat ile yara yeri önkoşullamasının rejeneratif doku yanıtı ve skarlaşma üzerine etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem-Gereçler: Çalışmamızda ağırlıkları 350-450 gram arasında değişen, erkek ve toplamda 36 adet Wistar Albino cinsi rat kullanılmıştır. Randomize olarak 4 adet rat yağ dokusu donörü olarak ayrılmış, kalan ratlar ise her grupta 8'er adet olacak şekilde 4 gruba ayrılmıştır.

Grup 1: SF (1 cc)

Grup 2: HA (0.5 cc, 10mg/ml, 2.3-3.2 MDa)

Grup 3: NF (0.8 cc)

Grup 4: HA + NF

Tüm gruplarda ratların bilateral skapular bölgelerine yarıçapı 1 cm olan dairesel eksizyon alanları işaretlenmiştir. Deneyin 0. gününde bir taraf eksizyon alanı sınırına ilgili ajan subkütan plana enjekte edilerek yara yeri önkoşullaması yapılmıştır. Deneyin 5. gününde bilateral işaretlenmiş eksizyon alanları cilt-subkütan doku ve panniculus carnosus ile enblok eksize edilmiş, bunu takiben 0. günde enjeksiyon yapılmamış olan kontrlateraldeki yara alanının çevresine aynı ajan subkütan plana enjekte edilmiştir(standart tedavi). Oluşan yara yerleri sekonder iyileşmeye bırakılmış herhangi bir pansuman uygulanmamıştır.

Nanofat enjeksiyonu gerektiren gruplar için yağ harvesti 0. gün ve 5. günlerde ikişer adet olmak üzere toplam 4 adet ratın intraabdominal bölgede bulunan omental, mesenterik, perirenal ve epididimal yağların eksizyonel yolla elde edilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Alınan yağlar dekantasyonu takiben, mekanik olarak parçalanmış ardından sırasıyla 2.4, 1.4 ve nano filtreden geçirilerek nanofat elde edilmiştir. NF ve HA'nın kombine olarak verildiği gruplarda iki ajan enjeksiyon öncesi ortak enjektörde homojenize edilmiş ve takiben beraber enjekte edilmiştir.

Ratlar yara yerlerinin kapanma hızı gözönüne alınarak 11. günde sakrifiye edilmiştir. Rezidü yara alanları marjin ile eksize edilerek fibrozis, enflamasyon, nekroz, vaskülarizasyon, hücre proliferasyonu ve kıl kökü rejenerasyonu incelenmesi amacıyla Hematoksilen-Eozin, Masson Trikrom boyaları ile boyanmış ve immünhistokimyasal inceleme(BCL2, CD31, ki67) yapılmıştır. Makroskopik olarak rezidü defekt alanı ImageJ programı ile dijital olarak hesaplanmıştır, komplikasyonlar kaydedilmiştir.

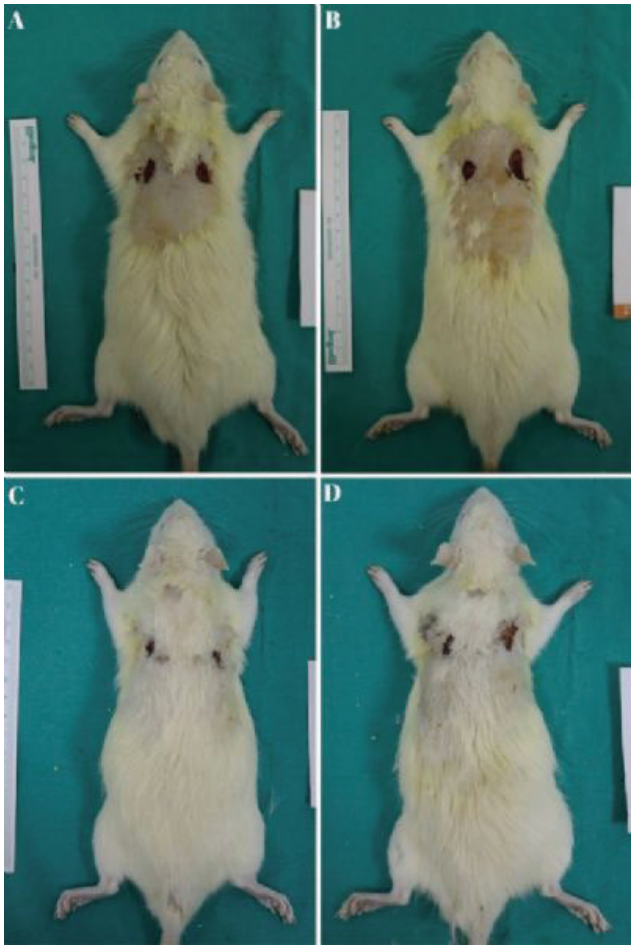
Elde edilen verilerin analizi, SPSS 23.0 programıyla yapılmış ve $p<0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Eksizyon sonrası 1. günde 2 adet rat zayi olmuştur. Kalan 30 ratın tamamı 11. günde sakrifiye edilmiştir. Fibrozis, tüm gruplarda önkoşullama yapılan ve standart tedavi uygulanan yaralarda SF kontrol grubuna göre anlamlı düşük izlenmiştir($p<0.05$). Nekroz Grup4'te(HA+NF kombinasyon) önkoşullama ve standart tedavi alan yaralarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük($p<0.05$) görülmüştür. Enflamasyon tüm gruplarda önkoşullama yapılan ve standart tedavi uygulanan yaralarda SF kontrol grubuna göre anlamlı düşük izlenmiştir($p<0.05$). Vaskülarizasyon, Grup4'te standart tedavi uygulanan yaralarda SF kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Grup4'te hücre proliferasyonu önkoşullanan ve standart tedavi alan yaralarda diğer tüm gruplara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Kıl folikül rejenerasyonu en yüksek Grup3 ve Grup4'te izlenmiştir ancak istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. BCL2, ki67 ile yapılan immünhistokimyasal incelemede Grup4 ve Grup3'teki önkoşullanan ve standart tedavi alan yaralarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek boyanma izlenmiştir($p<0.05$). CD31 ile yapılan immünhistokimya incelemezsinde Grup4'te standart tedavi alan yaralarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek boyanma kaydedilmiştir($p<0.05$). Rezidü yara alanlarının ölçümlerinde en yüksek iyileşme oranı Grup4'te, en düşük oran ise Grup2'de izlenmiştir ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı izlenmemiştir. Makroskopik olarak Grup3 ve Grup4'te belirgin kıl rejenerasyonu dikkat çekmiştir. Grup1'de iki ratta yara yerinde nekroz bir ratta yara yerinde akıntı; Grup 2'de iki ratta yara çevresinde nekroz; Grup3'te üç adet ratta granülom oluşumu ve fistülizasyon; Grup4'te 2 adet ratta yağ nekrozu görülmüştür.

Sonuç: Nanofat ve Hyalüronik Asit ayrı ve kombine olarak, yara yeri önkoşullaması ve yaralanma sonrası tedavi uygulamalarında, fibrozis ve inflamasyonu baskılamakta bununla beraber kombine kullanımları nekrozda azalma, vaskülarizasyonda ve hücre proliferasyonunda artış göstermektedir. Bu özellikleri sayesinde Nanofat ve Hyalüronik Asit kombinasyonuyla yapılacak yara yeri önkoşullaması ile insanda doku rejenerasyonunu arttırırken skar yanıtını azaltacak protokollerin geliştirmesi ve yara iyileşme sürecini yara oluşmadan modüle etmeye yönelik diğer tedavi protokollerinin geliştirilmesi için literatüre katkı sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hyalüronik Asit, Nanofat, Önkoşullama, Rejenarasyon, Skar, Yara

Şekil1



Cilt eksizyonu sonrası postoperatif 11. gün yara yerleri ve rezidü defekt alanları. Sol taraftaki yaralara eksizyondan 5 gün önce önkoşullama yapıldı, sağ taraftaki yaralara eksizyondan hemen sonra standart tedavi uygulandı. A: SF Grubu, B: HA Grubu, C: NF Grubu, D: HA+NF Grubu.

SB-016

Sıçan Dorsal Cilt Flep Modelinde Botulinum Toksin ve Mirisetinin Flep Viabilitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması

Cihan Gençtürk, Ahmet Demir
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş-Amaç: Flep, doku eksiklerinin onarılması, gelişen fonksiyon kaybının doğal veya doğal haline en yakın şekilde yerine konulması için kendi vasküler ağına sahip doku parçasıdır. Flep cerrahisi sırasında, flep dokusunun çevre dokulardan ayrılması nedeniyle kan akımında azalma gerçekleşir ve buna flep dokusunda iskemi denir. Kan akımının azalması nedeniyle dokuda gözlenen iskeminin uzaması kısmi veya tamamen flep kayıplarına neden olarak flep sağkalımını azaltmaktadır. Bunun sonucunda gecikmiş yara iyileşmesi, morbiditede artış, hastane yatış sürelerinde

uzama, birden fazla yeni cerrahi ameliyat ihtiyacı, hasta ve doktorunda motivasyon kaybı gelişmektedir. Hastaların altta yatan ek hastalıkları nedeniyle, flep seçenekleri ve ameliyat sayıları kısıtlı olması sonucunda, istenmeyen flep nekrozları ile karşılaşmak plastik cerrahları flep sağkalımını arttırmak için çok fazla çalışma yapmaya sevk etmiştir. Cerrahi ve farmakolojik olarak flep sağkalımını arttırabilmek için çok fazla çalışma yapılmış olup, bunlardan çok azı rutin kullanımda kendine yer bulabilmiştir. Farmakolojik yöntemler, kolay elde edilebilirliği, maliyet etkin olmaları, fazladan ameliyat gerektirmemesi nedeniyle, hastalar tarafından daha fazla kabul edilmektedir. Bir flavonoid türevi olan Mirisetin, birçok gıdada aktif bileşen olarak yer almaktadır. Çilek ve elma gibi meyveler, ıspanak ve havuç gibi sebzeler, bal, kırmızı şarap, çay ve diğer günlük gıdalarda yaygın olarak bulunur. Literatür incelendiğinde Mirisetin, antiinflamatuar, antioksidan, antitümör, antibakteriyel, antiviral gibi çeşitli etkilere sahip kardiyovasküler koruma, nörolojik ve karaciğer hasarına karşı koruyucu faktörleri olduğu gözlenmiştir. Daha önce flep sağkalımı için literatürde çalışmaları mevcut değildir. Bu sebeple daha önce çalışmaları yapılmaya başlanan ve başarılı sonuçlar elde edilen Botulinum toksini ile literatürde flep sağkalımı üzerine çalışması olmayan Mirisetin etkin maddesinin flep sağkalımı üzerine olumlu etkilerinin karşılaştırması planlanmaktadır.

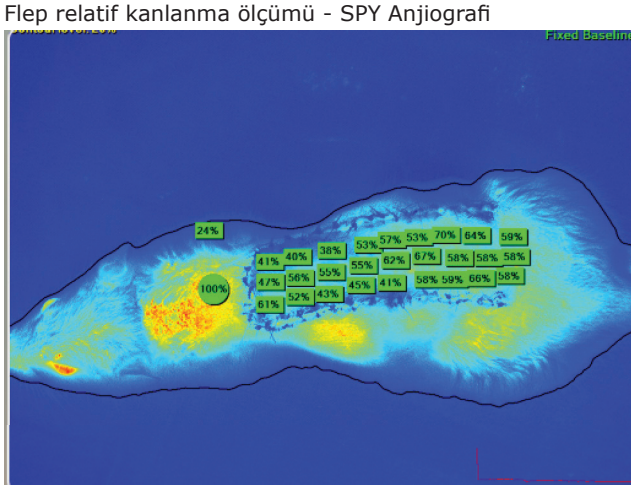
Gereç-Yöntem: Bu araştırmada toplam 40 adet, ağırlıkları 220-280 gr arasında değişen "Wistar Albino" türü sıçanlar kullanıldı. Her bir grupta 8 adet olmak üzere toplam 5 grup olarak ayrıldı. Flep yapılan gün, 0. Gün olarak isimlendirildi. Grup 2, 3, 4, ve 5'teki hayvanların hepsine flep cerrahisi uygulanmıştır. Deney kontrol grubu (Grup 1) negatif kontrol grubu olup herhangi bir cerrahi ve ilaç uygulanmamıştır. Flep kontrol grubuna (Grup 2) sadece flep cerrahisi yapılmış ve herhangi bir ilaç uygulanmamıştır. Botulinum toksin grubuna (Grup 3) flep cerrahisinden 7 gün önce toplam 20 IU olacak şekilde Botulinum toksin uygulanmıştır. Mirisetin grubunda (Grup 4) flep cerrahisi yapılan gün (0. Gün) itibari ile başlanacak şekilde intraperitoneal olarak 7 gün boyunca her gün 1 mg/kg Mirisetin uygulanmıştır. Botulinum toksin + Mirisetin grubunda (Grup 5) flep cerrahisinden 7 gün önce toplam 20 IU olacak şekilde Botulinum toksin uygulanmış ve flep cerrahisi yapılan gün (0.Gün) itibari ile başlanacak şekilde intraperitoneal olarak 7 gün boyunca her gün 1 mg/kg Mirisetin uygulanmıştır. Tüm flep yapılan deney hayvanlarına, flep cerrahisi yapıldıktan hemen sonra Indosiyanin yeşili (ICG) ile SPY Anjiografi yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen materyaller, histopatolojik, immünohistokimyasal boyamalar, biyokimyasal analizler ile incelenmiştir.

Bulgular: Flep kontrol grubunda ortalama flep nekrozu %37,95, Botulinum toksin grubunda %20,91, Mirisetin grubunda %26,21 ve Botulinum toksin + Mirisetin grubunda %13,56 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında nekroze yüzey alan oranları ortalama değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Mirisetin (Grup 4) uygulanan grupta flep kontrol grubuna göre flep nekroz oranı belirgin azalmıştır. Botulinum toksin (Grup 3) uygulanan grupta, Mirisetin uygulanan gruba göre daha düşük oranda flep nekrozu gelişmiştir. En fazla sağkalım Botulinum toksin + Mirisetin (Grup 5) uygulanan grupta görülmüştür. Histopatolojik çalışmalar neticesinde Botulinum toksin ve Mirisetinin kontrol gruplarına kıyasla epidermis, dermis, panniculus adiposus, panniculus carnosus ve derin fasya düzeyinde olumlu yönde etkilediği izlenmiştir. Yapılan immünohistokimyasal (VEGF, PDGF, Hif-1a) çalışmalar ve biyokimyasal TAS, TOS ölçümleri, VEGF, PDGF, Hif-1a ELISA analizleri ile olumlu yönde etkilerin desteklendiği ortaya konulmuştur.

Sonuç: Botulinum toksin ve Mirisetin'in flep sağkalımını arttırdığı gözlemlenmiştir. Botulinum toksin, Mirisetin ve kombinasyon tedavilerinin, histopatolojik olarak kontrol gruplarına göre olumlu etkilerinin olduğu, flep nekroz oranlarını azalttığı, iyileşme sürecini hızlandırdığı görülmüştür. Mirisetin özellikle oksidatif stresi azalttığı, antioksidan kapasiteyi iyileştirdiği izlenmiştir. Her iki ajanın da doku oksijenizasyonunu arttırdığı, inflamatuar yanıtı modüle ettiği gösterilmiştir. Bu iki ajan ve kombinasyonlarının, flep cerrahisinde komplikasyonu ve nekrozu azaltıp, flep sağkalımını arttırabilmek için tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Botulinum toksin, Flep sağkalımı, Mirisetin, SPY

Flep relatif kanlanma ölçümü - SPY Anjiografi



Nekrotik Flep Yüzey Alanları Karşılaştırılması

	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	p
Toplam flep boyutu	25,22 ± 2,4	21,69 ± 1,82	24,94 ± 2,31	20,68 ± 3,23	0,001
Nekrotik flep boyutu	9,64 ± 2,26	4,39 ± 2,77	6,43 ± 2,53	2,78 ± 1,92	<0,001
Nekroz oran	37,95 ± 7,01	20,91 ± 13,58	26,21 ± 11,12	13,56 ± 9,15	0,001

Grup 1'e flep yapılmamıştır, bu sebeple nekrotik yüzey yoktur. Gruplar arasında nekroze yüzey alan oranları ortalama değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Mirisetin (Grup 4) uygulanan grupta flep kontrol grubuna göre flep nekroz oranı belirgin azalmıştır. Botulinum toksin (Grup 3) uygulanan grupta, Mirisetin uygulanan gruba göre daha düşük oranda flep nekrozu gelişmiştir. En fazla sağkalım Botulinum toksin + Mirisetin (Grup 5) uygulanan grupta görülmüştür.

SB-017

Plastik Cerrahinin Gri Alanlarında Karar Verme: İnsan ve Yapay Zeka Yanıtlarının Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi

Dilara Sabur, Fatma Kilvan Cangı,
Ragıp Ruhat Balık, Abdullah Yavuz,
Muhammed Mustafa Demirok, Haydar Perdeci, Deniz Arjen Baran, Ahmet Sertaç Kılınç,
Hikmet Can Doğruel, Mustafa Mert Okumuş, Merdan Serin
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Plastik cerrahi pratiğinde klinik karar verme süreci, yalnızca tıbbi bilgiye değil, aynı zamanda etik duyarlılık ve gerekçelendirme becerilerine dayanır. Bu çalışmada, asistan hekimler ile yapay zeka tabanlı bir modelin (ChatGPT-4o), travma ve etik vakaları içeren, klinik gri alanlar olarak tanımlanabilecek senaryolara verdikleri yanıtlar; tıbbi uygunluk, etik duyarlılık ve karar gerekçelendirme ölçütlerine göre kıyaslanarak analiz edilmiştir.

Yöntem: Çalışmada toplam 20 vaka senaryosu (10 etik, 10 travmatik) hazırlanmıştır. Sorular, gerçek klinik uygulamalardan türetilmiş, standardizasyonu olmayan, kompleks karar anlarını yansıtan senaryolardan seçilmiştir. Her bir soruya, 7 plastik cerrahi asistanı ile yapay zeka tabanlı bir model olan ChatGPT (GPT-4o) tarafından cevap verilmiştir.

Cevaplar; ikisi uzman hekim, biri akademik öğretim üyesi olmak üzere üç kişilik jüri tarafından, bağımsız ve körleme esasına dayalı olarak 15 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Puanlama kriterleri şunlardır: Tıbbi Uygunluk (5 puan), Etik Duyarlılık (5 puan), Karar Gerekçesi (5 puan).

Veriler, Microsoft Excel formatında düzenlenmiş; analizler Python programlama dili kullanılarak pandas, matplotlib, seaborn ve scipy kütüphaneleriyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcı sayısının $n < 30$ olması nedeniyle, grup karşılaştırmalarında non-parametrik Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve fark analizleri radar grafikler ve tablo formatları ile görselleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, ChatGPT ve 7 asistan hekimin yanıtları toplam 20 vaka senaryosu üzerinden değerlendirildi. Hem etik sorularda hem travma sorularında, özellikle "karar gerekçelendirme" alanında ChatGPT'nin tüm sorular boyunca tutarlı biçimde daha yüksek puanlar aldığı saptandı. Etik sorularda gerekçelendirme ($p < 0.0001$) ve etik duyarlılık ($p = 0.006$), travma sorularında ise yalnızca gerekçelendirme ($p = 0.0005$) puanları istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdi. Tıbbi uygunluk açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Genel ortalamalara bakıldığında, etik vakalarda ChatGPT'nin karar gerekçelendirme puanı 4.70, asistanların ise 3.53 olarak hesaplandı. Etik duyarlılıkta da ChatGPT ortalaması 4.17 ile 3.56 olan asistan ortalamasını geçti. Travma senaryolarında ChatGPT'nin gerekçelendirme puanı 4.33 iken, asistanların ortalaması 3.66 olarak belirlendi. Tıbbi uygunluk puanları etik ve travma senaryolarında her iki grup için birbirine çok yakın bulundu (yaklaşık 3.8–3.9).

Sorular bazında analizde, ChatGPT en belirgin farkı etik 2. ve 6. sorularda gösterdi. Etik 2. soru, HIV pozitif bir bireyin estetik cerrahi talebiyle ilgiliydi. ChatGPT, hasta mahremiyeti ve sağlık çalışanı güvenliği arasında denge kurarak kapsamlı bir gerekçe sundu. Etik 6. soruda ise, yurtdışında meme augmentasyonu geçirmiş, enfekte ve kapsül kontraktürlü meme protezi ile başvuran bir hastanın revizyon isteği değerlendiriliyordu. Bu senaryoda, ChatGPT hem gerçekçi beklentileri hem de enfeksiyon riskini gözeten yaklaşımıyla yüksek puan aldı.

Örneğin, reşit olmayan bir bireyin travmatik burun amputasyonu sonrası estetik ve fonksiyonel cerrahi talebini içeren vakada, ChatGPT gerekçelendirme alanında 2.5 puanlık farkla öne geçti. Bipolar bozukluk tanılı bir hastanın, meme kanseri sonrası estetik meme cerrahisi talebine ilişkin senaryoda ise, etik ikilemler bağlamında daha ayrıntılı ve yapılandırılmış bir karar süreci sundu.

Travma sorularında; ön kol amputasyonu ile başvuran müzisyen hastada, kırsal bölgede köpek ısırması sonucu parmak amputasyonu gelişen çocuk hastada ve tarım makinesiyle yüz travması geçirmiş bir hastada da benzer biçimde, ChatGPT'nin karar gerekçelendirme alanında daha yüksek puanlar aldığı gözlendi.

Genel olarak, yapay zekâ modelinin tüm senaryolarda daha sistematik ve rasyonel cevaplar sunduğu, özellikle etik baskının yoğun olduğu vakalarda daha tutarlı performans sergilediği saptandı. Bununla birlikte, bazı sorularda daha agresif ve müdahale odaklı karar eğilimi gösterdiği; insan yanıtlarının ise özellikle sosyal bağlam, hasta yakını etkisi ve psikiyatrik öykü gibi nüanslara daha duyarlı ve temkinli yaklaştığı belirlendi.

Tartışma: Bu çalışmanın en dikkat çekici bulgusu, ChatGPT'nin karar gerekçelendirme başlığında anlamlı bir üstünlük sergilemesidir. Bu durum, yapay zeka modelinin çok sayıda etik ve medikal metinden beslenerek geliştirdiği argümantatif yapının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Yapay zekâ, normatif dille yazılmış kaynaklardan öğrendiklerini yorumlayarak gerekçeli ve dengeli yanıtlar üretme becerisi göstermiştir. Bu özellik, özellikle eğitim ortamlarında karar verme pratiklerinin çeşitlendirilmesinde güçlü bir potansiyel sunmaktadır.

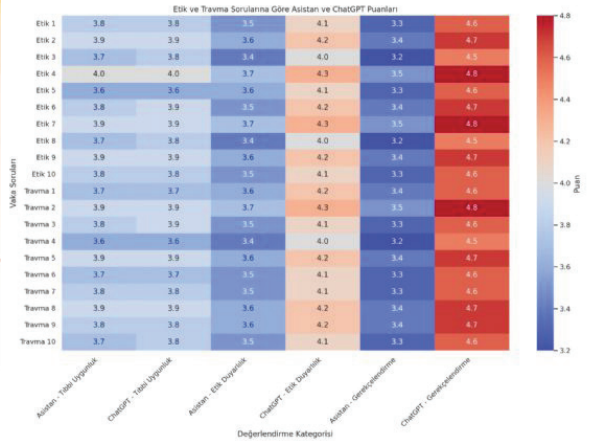
Etik duyarlılık alanında da ChatGPT'nin performansı dikkat çekicidir. Değer çatışmalarının bulunduğu karmaşık vakalarda, birçok asistan yanıtından daha tutarlı ve normatif dengesi yüksek yaklaşımlar sergilemiştir. Ancak bazı etik vakalarda modelin daha müdahaleci ve cesur kararlar aldığı, buna karşın asistanların sosyal bağlamı daha fazla dikkate aldığı görülmüştür. Özellikle psikiyatrik geçmiş, toplumsal baskı ve hasta motivasyonunun öne çıktığı senaryolarda asistan hekimler daha temkinli olmuş, sosyal bağlamı daha hassas şekilde ele almıştır.

Buna karşılık, tıbbi uygunluk başlığı altında ChatGPT ile asistan yanıtları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu bulgu, medikal karar süreçlerinde klinik deneyimin yapay zekâ modelleri karşısında önceliğini koruduğunu göstermektedir. Travma vakalarındaki anatomik, acil ve teknik içerikler, hekimin uygulamalı bilgi avantajını sürdürdüğünü düşündürmektedir. Sonuç olarak, yapay zeka klinik bilgilere hızlı erişim sağlasa da sosyal bağlamı yorumlama ve klinik sezgi konularında sınırlı kalabilmektedir. Yine de bazı durumlarda hızlı ve net karar verici nitelikte davranarak yön tayini açısından avantaj sağlayabilir.

Sonuç: ChatGPT, özellikle etik karar verme ve gerekçe sunma süreçlerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde üstün performans göstermiştir. Bu durum, yapay zeka modellerinin eğitim amaçlı klinik simülasyonlarda, karar verme pratiği gibi alanlarda öğretici ve destekleyici bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Ancak tıbbi uygunluk açısından hekimlerin deneyimsel avantajı korunmaktadır. Yapay zeka modelleri, klinik uygulamada kesin kılavuzların bulunmadığı gri alan denilebilecek vakalarda güçlü bir destek aracı olabilir, alternatif bir bakış açısı sunabilir. Gerçek vaka senaryolarına dayalı hekim ve yapay zekâ yanıtlarının karşılaştırılması, asistan eğitimi için yenilikçi ve öğretici bir yaklaşım sunmaktadır. Bu bağlamda, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak benzer çalışmalar ve multidisipliner jüri değerlendirmeleri klinik-etik dengeyi daha hassas ölçmeye yardımcı olacaktır. Sonuç olarak, plastik cerrahi pratiğinde yalnızca bilgi değil; sezgi, bağlamsal farkındalık ve gerekçelendirme becerisi de klinik kararların merkezinde yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: AI vs human, ChatGPT, Etik, Gri alanlar, Travma, Yapay zeka

Soru Bazlı Ortalama Puan Dağılımı (Asistan vs ChatGPT)



Etik ve travma sorularında, asistan hekimler ve ChatGPT tarafından verilen puanların üç değerlendirme başlığına göre ortalamaları heatmap formatında karşılaştırılmıştır.

ChatGPT ve Asistan Hekimlerin Ortalama Puanları

Grup	Tıbbi Uygunluk (5 üzerinden)	Etik Duyarlılık (5 üzerinden)	Karar Gerekçelendirme (5 üzerinden)
Asistan Hekimler (Travma Senaryoları)	3.91	3.78	3.66
Chat-GPT (Travma Senaryoları)	3.88	3.90	4.33
Asistan Hekimler (Etik Senaryolar)	3.82	3.56	3.53
Chat-GPT (Etik Senaryolar)	3.85	4.17	4.70

ChatGPT ve asistan hekimlerin 20 vaka senaryosundaki ortalama puanları tıbbi uygunluk, etik duyarlılık ve karar gerekçelendirme başlıklarında tablolaştırılmıştır.

SB-018

Hypericum perforatum ve ondansetron'un HaCaT keratinosit hücrelerinde proliferasyon ve yara iyileşmesi üzerindeki etkilerinin 5-HT$_3$ reseptörü aracılığıyla incelenmesi

Cem Öz[1], İrem Nida Turanalp[2], Emine Öz[3]
[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı
[2]Darıca İlçe Sağlık Müdürlüğü
[3]Türev OSGB

Giriş-Amaç:

Hypericum L.'nin dünyada en sık bilinen türü olan ve sarı kantaron olarak da bilinen Hypericum perforatumun; antidepresan, antimikrobiyal ve antienflamatuar ve yara iyileşmesinde etkili özelliklerinin olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Hypericum perforatumun geleneksel tıp uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Hypericum perforatum'un santral sinir sistemindeki etkisinde, serotonin reuptake inhibisyonu yoluyla gerçekleştirdiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra son yıllarda yara iyileşmesinde etkili olduğu gösterilen yolaklardan biri ise serotonerjik sistemdir. Serotonin, monoamin yapıda, santral sinir sisteminde yoğun olarak bulunan bir nörotransmitterdir. Serotonin, yara iyileşmesi sırasında plateletlerin yoğun granüllerinden salınarak vazokonstrüksiyona yol açar ve hemostazın sağlanmasına katkıda bulunur. Serotonerjik sistemin yara iyileşmesindeki etkisi daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Serotonin fibroblast ve keratinosit proliferasyonuna katkıda bulunmaktadır. 5HT1 ve 5HT2 reseptörlerinin yara iyileşmesine aracılık ettiğine dair bulgular bulunmaktadır. Fakat bir iyon kanalı olan 5HT3 reseptörü ile ilgili henüz yara iyileşmesi ile ilgili literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ondansetron ise etkisini 5HT3 antagonizması üzerinden göstermektedir. Ondansetron, bulantı ve kusmanın ampirik tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardan biridir. Klinik kullanımda, kemoterapi ve radyasyon ilişkili bulantı, kusma, postperatif bulantı kusma ve endikasyon dışı olarak gebelikteki bulantı kusmanın tedavisinde kullanılır. Sık görülen yan etkileri arasında baş ağrısı, yorgunluk, kuru ağız ve konstipasyondur. Bu projede Hypericum perforatum'un yara iyileşmesi üzerindeki etkisinin serotonerjik sistem ile ilişkisi, 5HT3 reseptörlerinin ondansetron aracılı inhibisyonu yoluyla araştırılması amaçlanmıştır

Gereç-Yöntem:

Araştırmada HaCaT keratinosit hücre hattı kullanılmış, hücre canlılık ve proliferasyonunu ölçek için xcelligence sistemi ve MTT testi kullanılmıştır ve in vitro çizik testi ile yara iyileşmesi modeli oluşturulmuştur. Xcelligence RTCA, gerçek zamanlı proliferasyon ölçümüne olanak sağlayan bir sistemdir. MTT ise hücre canlılığını ölçen ve deneysel sistemlerde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Deney grupları olarak öncelikle Hypericım perfaratum ekstresinin ardışık dozları (1-10 µg/mL) ve ondansetronun ardışık dozları (0.5–5 µM) ölçülmüştür. Hypericum perforatum ekstresinin optimum dozu saptandıktan sonra ondansetronun ardışık dozları ile HaCaT hücre hattına uygulanarak hücre canlılık testleri tekrarlanmıştır. İn vitro çizik testi hücre göçünü değerlendirmek için yara iyileşmesi araştırmalarında olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bu testte hücre hattına keskin kenarlı bir aletle mekanik olarak bir çizik oluşturulur. İn vitro çizik testinde hücrelere H. perforatum ekstresi ve ondansetronun ardışık dozları eklenerek hücre göçü test edilmiştir. H. perforatumun optimum dozu ile ondansetronun ardışık dozları birlikte verilerek, 5HT3 reseptör inhibisyonunun H. perforatum ekstresinin etkisinin üzerinde yaptığı değişiklik in vitro çizik testinde gözlenmiştir.

Bulgular:

Ondansetron'un farklı konsantrasyonlarının (0.5 µM, 1 µM, 2 µM ve 5 µM) HaCaT hücrelerinin büyüme eğrileri üzerindeki etkisi belirlenmiştir. Ondansetronun artan dozlarının in vitro çizik testinde hücre proliferasyonu ve hücre canlılığı üzerinde belirgin bir düşüşe yol açtığı bulunmuştur. Hypericum perforatum standardize ekstresinin 0 µg/mL, DMSO kontrol, 1 µg/mL, 2.5 µg/mL, 5 µg/mL ve 10 µg/mL konsantrasyonları kullanılmış ve düşük konsantrasyonlarının hücre çoğalması üzerine olumlu etkileri olduğu yüksek konsantrasyonlarının ise tam tersi etkiler ortaya çıkardığı saptanmıştır. Hypericum perforatumun hücre proliferasyonu üzerinde en etkili olduğu dozu ile artan dozlarda ondansetron dozları birlikte verilerek, hücre proliferasyonu ölçüldüğünde ise tek başına ondansetron deneylerinde olduğu gibi hücre canlılığını artan dozlarda daha fazla baskıladığı gösterilmiştir. Hücre canlılığı testini doğrulamak için MTT testi yapılmış ve ondansetronun bu testte hücre canlılığı üzerine belirgin artırıcı etkisi gözlenmiştir. Hypericum da tek başına MTT testinde değerlendirildiğinde hücre canlılığını artırdığı gözlemlenmiştir. İki madde birlikte verildiğinde ise belirli dozlarda hücre canlılığını artırdığı MTT testinde gösterilmiştir. İn vitro yara iyileşmesi testlerinde hücrelerin hareketliliği ve oluşturulan boşluğun hücreler tarafından

kapanma süresi değerlendirilmiş ve bu süre yara iyileşmesinin bir ölçütü olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma:

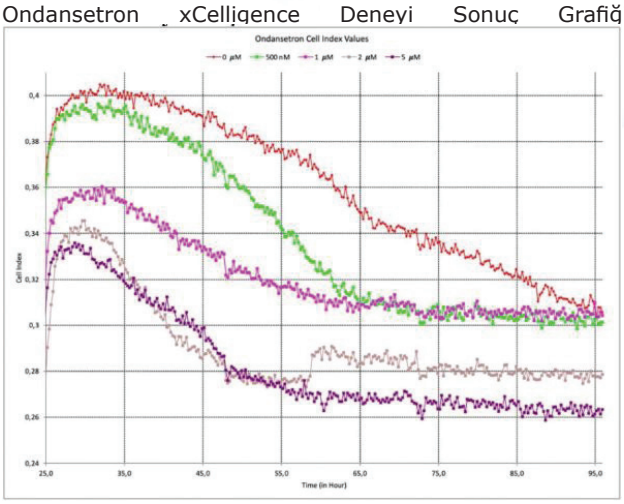
Bu çalışma, ondansetronun HaCaT hücre hattındaki proliferasyon üzerinde doz-bağımlı bir inhibisyon etkisi olduğunu göstermiştir. Düşük dozlarda (0.5–1 µM), minimal proliferasyon baskılanması yüksek doz (5 µM) belirgin sitotoksisite ($p<0.01$) oluştuğu gözlenmiştir. Hypericum perforatum ekstresinin proliferatif etkili olduğu gösterilmiştir. H. perforatum ekstresinin optimal dozu (2.5 µg/mL) belirlenmiştir. H. perforatumun optimal dozunun MTT'de %112 canlılık artışına yol açtığı ve yüksek dozunun (10 µg/mL) hücre canlılığında hafif inhibisyon yaptığı gösterilmiştir. Kombine tedavi sonuçlarına bakıldığında H. perforatum ekstresi + düşük Ondansetron dozunun (0.5 µM), MTT testinde 24 saatte hücre canlılık artışı (~%124) yaptığı gösterilmiştir. H. perforatum ekstresinin + yüksek ondansetron (5 µM), XCelligence'da proliferasyonun baskılandığı gösterilmiştir. İn vitro yara iyileşmesi deneyinde H. perforatum ekstresinin hücre göçüni hızlandırdığı gösterilmiştir. Ondansetronun yara kapanmasını geciktirdiği gösterilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre ondansetronun yüksek dozdaki anti-proliferatif etkisi, 5-HT$_3$'ün yara iyileşmesinde inhibe edici bir rolü olabileceğini düşündürmektedir. Kemoterapi hastalarında ve postoperatif ondansetron kullanımında, yara iyileşmesini yavaşlatabileceği çıkarımı yapılabilir fakat bunun kanıtlanması için ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır. H. perforatum ekstresinin düşük dozlarda adjuvan tedavi olarak kullanılması değerlendirilebilir. Literatürde de benzer şekilde, ondansetronun 5-HT$_3$ reseptör antagonisti olarak hücre proliferasyonu üzerindeki etkileri çeşitli biyolojik mekanizmalarla ilişkilendirilmektedir. Yüksek dozlarda ondansetronun hücre ölümünü tetikleyen en önemli mekanizmalardan biri mitokondriyal disfonksiyon olabilir. Mitokondriyal disfonksiyon, hücrelerde enerji metabolizmasını bozarak proliferasyonu durdurabilir.

Sonuç:

Ondansetronun yara iyileşmesi ve doku rejenerasyonu üzerindeki etkileri daha detaylı araştırılmalıdır. Bu çalışma, ondansetronun yüksek dozlarda kullanımıyla hücre canlılığını önemli ölçüde baskıladığını ortaya koymuş olup, aynı etkinin farklı hücre hatlarında ve koşullarda araştırılması gelecekteki çalışmaların konusunu olabilir. Bu bulgular, serotonerjik sistemin doku rejenerasyonundaki rolüne yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HaCaT hücreleri, 5-HT$_3$ reseptörü, Hypericum perforatum, ondansetron, yara iyileşmesi

Ondansetron xCelligence Deneyi Sonuç Grafiği



SB-020

Sentinel Lenf Nodu Biyopsisinde Kullanılan Metilen Mavisi, Patent Mavisi Ve İndosiyanin Yeşilinin Advers Etki Olarak Cilt Nekrozuyla İlişkisinin İncelenmesi

Hayri Ahmet Burak Nurşen, Mehmet Dadacı, Betül Şahin
necmettin erbakan üniversitesi tıp fakültesi, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi ana bilim dalı, Konya

Giriş

Sentinel lenf nodu, metastatik hücrelerin ilk ulaştığı lenf nodu olarak tanımlanmakta ve meme kanserinde lenfatik yayılımın değerlendirilmesinde standart yöntem haline gelmiştir. Bu işlem, izleyici bir madde enjeksiyonu sonrası lenf nodunun tespit edilmesine dayanır (Giammarile ve ark., 2022). Günümüzde meme başı koruyucu mastektomi birçok merkezde rutin uygulanmakta olup, mastektomi sonrasında eş zamanlı implant ile rekonstrüksiyon mümkündür. Prepektoral implant yerleşimi için mastektomi deri fleplerinin yeterli kanlanması önemlidir ve bu durumda aselüler dermal matriks destek olarak kullanılabilir (Colwell ve ark., 2020).

SLNB'de kullanılan metilen mavisi, patent mavisi ve indosiyanin yeşili gibi boyaların cilt üzerindeki etkileri farklıdır. Metilen mavisi, belirgin cilt reaksiyonlarına neden olabilir. Lee ve arkadaşlarının çalışmasında 35 memenin değerlendirildiği vakaların 6'sında cilt reaksiyonu, 5'inde ise nekroz gelişmiştir (Lee ve ark., 2014). Patent mavisiyle ilgili cilt nekrozu bildirimi ise literatürde yalnızca bir olgu sunumu ile sınırlıdır (Jaffer ve ark., 2008). İndosiyanin yeşili ile cilt nekrozu arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Materyal Metod

Deney Necmettin Erbakan Üniversitesi KONÜDAM Deneysel Tıp Uygulama ve Araştırma Merkezi Laboratuvarı'nda uygulandı. Necmettin Erbakan University Ethics Board of Animal Experiment (NEU HADYEK 2024-08). Deneyde ağırlıkları 250-300g arasında değişkenlik gösteren 32 adet dişi 2-5 aylık Wistar Albino cinsi ratlar kullanıldı. Ratlar deney başlamadan önce ve başladıktan sonrasında standart yaşama koşulları altında bakıldı. Deney her grupta 8'er adet rat olacak şekilde toplam 4 grup oluşturularak işlemler gerçekleştirildi. Mcfarlane flep planlandı. Grup 1 kontrol grubu olarak planlandı, Mcfarlane flep eleve

edildikten sonra ek bir girişim yapılmadan yerine iade edildi. Grup 2'de flebin distal ucuna 5mg/ml derişimde 2cc indosiyanin yeşili enjekte edildi. Grup 3'te flebin distal ucuna %1'lik 2cc patent mavisi enjekte edildi. Grup 4'te flebin %1'lik 2cc metilen mavisi enjekte edildi. Flepler orijinal yerlerine iade edildi. Ratlar 14 gün takip edildikten sonra deney sonlandırıldı. Deney sonunda tüm ratlar standart olarak fotoğraflandı. Fotoğraflardan adobe acrobat pro yardımıyla nekroz alanları tek tek ölçülerek not edildi. Daha sonrasında flepler histopatolojik incelemeye gönderildi. Gruplar kontrol grubuyla tek tek mann Whitney u testi tüm grupların karşılaştırılması için kruskal Wallis testi istatiksel analizlerde kullanıldı.

Bulgular

Tüm gruplardaki ratların hepsinde dorsal flepte nekroz olduğu görüldü. Gruplar karşılaştırıldığında ortalama nekroz alanının, Grup 4 (Metilen mavisi grubu) hariç birbirine yakın değerlerde olduğu görüldü. Standart sapmaların her grup için değişken olduğu görüldü. Tüm gruplara bakıldığında minimum nekroz alanının 514 mm2 ile Grup 3'te (Patent mavisi grubu) olduğu, maksimum nekroz alanının 1955 mm2 ile Grup 4'te (Metilen mavisi grubu) olduğu görüldü. Grup 1'in (Kontrol grubu) ortalama nekroz alanı 1152,5 mm2 olarak ölçüldü. Standart sapmalara bakıldığında kontrol grubundaki bireyler arasında nekroz alanı açısından büyük farklar gözlemlenmedi. Bu durum, dokularda meydana gelen nekrozun büyük ölçüde benzer seviyelerde gerçekleştiğini ve doğal süreçler çerçevesinde önemli bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Grup 2'ye (ICG grubu) baktığımızda, bu grup nekroz alanı açısından kontrol grubuna yakın sonuçlar vermiştir. Grup 3'te (Patent Mavisi grubu) nekroz alanı ortalaması 1066,25 mm² olarak bulunmuştur. Grup 4 (Metilen mavisi grubu) hem nekroz alanı açısından diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek değerler sundu. Elde edilen verilere göre, Grup 4'te nekroz alanı ortalaması 1524,25 mm² ile nekrozun en yüksek ölçüldüğü grup oldu.Kruskal-Wallis varyans analizi sonucunda nekroz alanları için p değeri 0,036 olarak bulundu. Kruskal-Wallis testi bulguları, enjekte edilen maddeler arasında hem nekroz alanı açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Özellikle Grup 4'ün (Metilen Mavisi grubunun), diğer gruplara kıyasla daha yüksek nekroz değerlerine sahip olması istatiksel olarak anlamlı olarak bulundu. Grupların kendi arasında yapılan karşılaştırmada Grup 1 (kontrol grubu) ile Grup 2 (ICG grubu) arasında nekroz alanında (p=0,753) anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Grup 1 (kontrol grubu) ile Grup 3 (Patent mavisi grubu) arasında nekroz alanında (p=0,753) anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Grup 1 (kontrol grubu) ve Grup 4 (metilen mavisi grubu) karşılaştırıldığında nekroz alanı p=0,005 olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Grup 2 (ICG grubu) ve Grup 3 (Patent mavisi grubu) karşılaştırıldığında nekroz alanı ve nekroz yüzdesi açısından p=0,6 olup anlamlı fark görülmedi. Grup 2 (ICG grubu) ve Grup 4 (metilen mavisi grubu) karşılaştırıldığında nekroz alanı açısından p=0,021 olup her iki grup arasında nekroz açısından anlamlı fark olduğunu göstermektedir. Grup 3 (patent mavisi grubu) ile Grup 4 (metilen mavisi grubu) karşılaştırıldığında ise nekroz alanı için p=0,059 olarak bulundu.

Tartışma

Mastektomi sonrası cilt nekrozu, rekonstrüktif cerrahlar açısından önemli bir sorundur. Nekroz; kötü yara iyileşmesi, implant kaybı, estetik bozulma, ek operasyonlar, artan maliyet ve adjuvan tedavide gecikmeye neden olabilir. Ayrıca yaşam kalitesini düşürerek hasta memnuniyetini olumsuz etkiler (Sue GR ve ark., 2017).

SLNB'de yaygın olarak metilen mavisi, patent mavisi ve indosiyanin yeşili (ICG) kullanılır. Patent mavisi ve metilen mavisinin ciltte reaksiyon oluşturabileceği bildirilmiştir; bu etki metilen mavisinde daha belirgindir (Massanat NJ ve ark., 2006). Literatürde metilen mavisinin cilt nekrozu ile ilişkili olduğu çok sayıda çalışmada belirtilmiştir. Örneğin Lee JH ve arkadaşlarının çalışmasında 35 memenin 6'sında metilen mavisine bağlı cilt reaksiyonu, bunların 5'inde ise cilt nekrozu tespit edilmiştir (Lee JH ve ark., 2014). Patent mavisinin cilt nekrozuna yol açtığını belirten literatür ise sınırlıdır; yalnızca bir olgu sunumu bu etkiyi bildirmiştir (Jaffer U ve ark., 2008). İndosiyanin yeşiline bağlı nekroz bildirimi ise mevcut değildir (Reinhart MB ve ark., 2016).

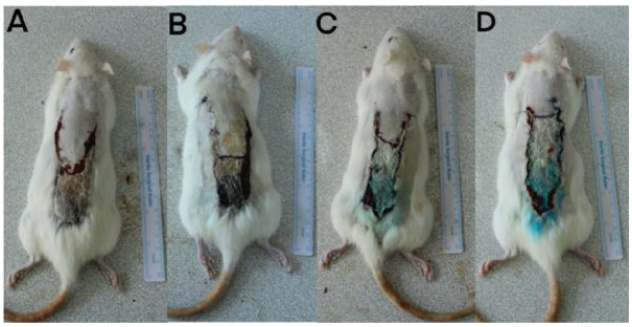
Çalışmada patent mavisi grubundaki ratlar arasında nekroz alanları açısından belirgin farklar gözlenmiş, bazı ratlarda nekroz alanı düşükken bazılarında geniş olduğu saptanmıştır. Bu, patent mavisinin nekroz üzerindeki etkisinin öngörülemez olabileceğini düşündürmektedir. Metilen mavisi nekroza en çok sebep veren boya maddesi olarak bulundu bu durum ciltte görülecek advers etkiler açısından boya maddesi seçilirken gözönünde bulundurulmalıdır.

İndosiyanin yeşili, floresan özellikleriyle lenf nodlarının hassas bir şekilde tespitine olanak sağlar ve düşük toksisite profili ile SLNB'de güvenli bir seçenek olarak öne çıkar (Reinhart MB ve ark., 2016).

Sonuç olarak, metilen mavisi toksik etkileri nedeniyle cilt nekrozu riskini artırırken, patent mavisi etkiler açısından daha değişken sonuçlar göstermiştir. İndosiyanin yeşili ise minimal yan etkileriyle en güvenli boya olarak değerlendirilmiştir. SLNB sırasında kullanılacak boya maddesinin seçiminde, hastanın doku hassasiyeti ve cerrahi planlama dikkate alınmalı, komplikasyon riski en düşük olan ajan tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: SLNB, NEKROZ, FLEP

Her gruptan nekroz örnekleri



Her gruptan bir rat fotoğrafı ve nekrozlar görülmekte. A: Grup 1(Kontrol) B: Grup 2 (ICG) C: Grup 3 (Patent Mavisi) D: Grup 4 (Metilen Mavisi)

GRUPLARA GÖRE NEKROZ ALANLARI

	MİNİMUM	MAKSİMUM	ORTALAMA	STANDART SAPMA
GRUP (KONTROL)	900	1358	1152,5	146,0
GRUP 2 (ICG)	917	1558	1161,7	241,1
GRUP 3 (PATENT MAVİSİ)	514	1629	1066,2	460,0
GRUP 4 (METİLEN MAVİSİ)	1237	1955	1524,2	276,3

Gruplara göre nekroz alanlarının minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri

SB-021

Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Ven Onarımsız Gerçekleştirilen Replantasyon Sonrası Deneysel Sıçan Modelindeki Etkileri

Melikhan Tatar[1], Mehmet Dadacı[1], Abdullah Arslan[2]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Uygulama Merkezi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Kliniği, Konya

Hiperbarik oksijen tedavisinin (HBOT) replantasyon başarısı üzerindeki etkisi, yalnızca dokulara sunulan oksijenin artırılmasıyla sınırlı kalmamakta; aynı zamanda inflamasyonun baskılanması, ödemin azaltılması, neoanjiyogenezin desteklenmesi ve reperfüzyon hasarının önlenmesi gibi çeşitli fizyopatolojik mekanizmalarla da ilişkilidir. Bu tedavi, özellikle kritik dönemde sağladığı destek ile yapılan çalışmalarda flep veya replante dokunun sağkalımını belirgin biçimde etkileyebilmektedir. Klinik uygulamada parmak replantasyonları sonrası HBOT yaygın ve standart bir prosedür olmamakla birlikte, uygulama protokolleri merkezler arasında değişiklik göstermektedir. Özellikle distal parmak uç replantasyonları gibi venöz anastomozun mümkün olmadığı olgularda HBOT'nin etkileri hâlâ tam olarak netleştirilememiştir.

HBOT'nin replantasyon süreçlerine katkısını değerlendiren deneysel çalışmalar literatürde sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada kullanılan model ve protokol; hem doku yaşamsallığını objektif olarak değerlendirme imkânı sunması hem de HBOT'nin süre ve basınca bağlı etkilerini karşılaştırma yönünden öncü nitelik taşımaktadır. Ayrıca elde edilen bulgular, replantasyon sonrası tedavi algoritmalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilecek potansiyele sahiptir.

Sıçan kuyruğu replantasyon modeli hem mikrocerrahi eğitimine olanak tanıması hem de distal parmak replantasyonlarına yapısal ve teknik olarak benzerlik göstermesi nedeniyle ideal bir deneysel platform sunmaktadır. Bu çalışmada, venöz anastomoz uygulanmadan gerçekleştirilen replantasyon senaryosunda HBOT'nin replante dokuya sağlayabileceği katkı araştırıldı.

Toplamda 40 sıçan rastgele dört gruba ayrıldı. Kontrol grubuna HBOT uygulanmazken, diğer üç gruba sırasıyla şu protokoller uygulandı: Günde 1 kez, 90 dakika, 2.5 ATA, günde 2 kez, 90 dakika, 2.5 ATA, günde 1 kez, 30 dakika, 2.5 ATA

Tüm replantasyon işlemlerinde yalnızca arteriyel anastomoz gerçekleştirildi; venöz onarım uygulanmadı. Kuyruk stabilizasyonu ise tendon onarımı ile sağlandı. Replante edilen kuyruk segmentlerinin viabilitesi 7 gün boyunca günlük olarak makroskobik gözlemlerle değerlendirildi; sağ kalım ve total nekroz varlığı kaydedildi.

İstatistiksel analiz sonucunda 7. gün sonunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p = 0.644$). Ancak 4. gün değerlendirmesinde, HBOT uygulanan grupların kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek sağkalım oranlarına sahip olduğu saptandı ($p = 0.009$). Özellikle 4. günde 2.5 ATA, 90 dakikalık tedavi uygulanan gruplarda %100 sağkalım elde edildi. Buna karşılık, 2.5 ATA basınçta yalnızca 30 dakika tedavi alan grupta sağkalım %50'ye düştü ve bu grupta self-mutilasyon (kendine zarar verme) davranışları gözlemlendi.

Ancak, 4. günden itibaren çalışma sonuna kadar gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamış olması; deneysel sıçan modelleri ile insan uygulamaları arasında medikal tedaviye gösterilen özen, klinik takip süreçleri, hasta iş birliği, hastanede kalış süresince öz bakım düzeyi ve uygulanan tedavi protokollerine uyum açısından belirgin farklılıkların bulunmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda, sıçanlara postoperatif dönemde herhangi bir antikoagülan veya anti agregan tedavi desteği verilmedi. Bu durum, deneysel hayvan modelleri ile insanlardaki klinik sonuçların doğrudan karşılaştırılmasını kısıtlayan temel faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca, sıçanların HBOT uygulanabilmesi için bireysel hiperbarik tanklara alınmaları, deney süresince tekli kafeslerde izole edilmeleri ve replante edilen kuyruk segmentlerine zarar vermelerini önlemek amacıyla kullanılan servikal kolar (boyunluk) ve plastik atellerin hayvanlar üzerinde oluşturduğu stresi arttırarak hayvanlarda davranışsal değişikliklere yol açtığı gözlemlendi. Özellikle bazı sıçanların atel materyalini kemirerek çıkardıkları ve replante kuyruk bölgelerine zarar verdikleri saptandı.

Bu bulgular doğrultusunda; HBOT'nin replantasyon sonrası erken dönemde (ilk 4 gün) replante doku sağkalımını olumlu etkilediği görülmekte, bu etkinin sürdürülebilirliği için tedavinin uygun farmakolojik ajanlarla (örneğin antikoagülan/anti agregan tedaviler) kombine bir şekilde desteklenmesi gerektiği sonucuna varılabilir.

Bununla birlikte, günlük 90 dakika 1 kez ve 2 kez 2.5 ATA hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) uygulanan gruplarda başarı oranı 7. gün sonunda %70 (7/10) düzeyine ulaştı.

Çalışmanın sınırlılıkları arasında histopatolojik değerlendirmeye yer verilmemesi, örneklem hacminin nispeten küçük olması ve canlılık değerlendirmesinde yalnızca makroskobik kriterlerin kullanılması sayılabilir. Ancak tüm bu sınırlılıklara rağmen elde edilen bulgular, HBOT' nin replantasyon cerrahisinde potansiyel bir tamamlayıcı tedavi aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak bu deneysel çalışma; aynı basınç, farklı süre protokollerinde uygulanan HBOT' nin sıçan kuyruğu replantasyon modelinde replante doku sağkalımını olumlu yönde etkileyebileceğini gösterir. En iyi sonuçlar günde 1 kez ve 2 kez 90 dakikalık 2.5 ATA basınçtaki protokolde elde edilirken; buna karşılık erken dönemde HBOT uygulanmaması ve kısa süreli HBOT uygulamasının olumsuz etkiler doğurabileceği anlaşıldı. Bu bulgular, HBOT' nin özellikle venöz anastomozun mümkün olmadığı distal parmak ucu gibi replantasyon olgularında, post operatif replante dokunun viabilitesini artıran destekleyici bir tedavi olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: hiperbarik oksijen, iskemi, rat kuyruk, replantasyon, venöz yetmezlik

Resim 1.



Üst sıradaki görüntü, hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) uygulanmayan kontrol grubuna ait deneğin preoperatif ve postoperatif 7. gün sonunda replante kuyruk bölgesinin makroskobik görünümünü.Alt sıradaki görüntü ise, postoperatif olarak günde 1 kez, 90 dakika süresince 2.5 ATA HBOT uygulanan deneğin preoperatif ve postoperatif 7. gün sonunda replante kuyruk bölgesinin makroskobik görünümü

Tablo 1.

Denek Numarası Günler	1.Gün	2.Gün	3.Gün	4.Gün	5.Gün	6.Gün	7.Gün
1-1	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
1-2	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz
1-3	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
1-4	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
1-5	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz
1-6	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
1-7	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz
1-8	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz
1-9	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz
1-10	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
2-1	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz
2-2	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz
2-3	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz	Nekroz
2-4	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
2-5	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz
2-6	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz
2-7	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
2-8	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
2-9	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
2-10	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
3-1	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
3-2	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz
3-3	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
3-4	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
3-5	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
3-6	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
3-7	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz
3-8	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz
3-9	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
3-10	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-1	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz
4-2	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz
4-3	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-4	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-5	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-6	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-7	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-8	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-9	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam
4-10	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Sağlam	Nekroz	Nekroz	Nekroz

Deneklerin postoperatif 7 gün boyunca günlük olarak gözlemlenen replante kuyruk segmentlerinin canlılık durumu.

SB-022

Sıçanlarda Kapsül Oluşumu Yardımıyla Damar Elde Edilmesi

Ömer Saraç[1], Mehmet Bayramiçli[1], Betül Karademir Yılmaz[2], Ali Şahin[2], Feriha Ercan[3], Nur Özkeçeci[3]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç

Hasarlı damarların onarımı veya replase edilmesi kalp damar cerrahisi ile birlikte plastik cerrahi ve ortopedi gibi çeşitli cerrahi disiplinlerin de ilgi alanında olan önemli bir konudur. Önemli arteriyel yapıların hasar sonucu hedef organlara kan iletemedikleri durumlarda bu görevi üstlenecek çeşitli damar greftleri kullanılır. Bu çalışma, doku mühendisliği tekniklerini kullanarak otolog bir vasküler greft alternatifi geliştirmeyi amaçlamaktadır. Silikon kateter etrafında kapsül oluşumunu takiben gerçekleştirilen endotel hücre tohumlamasının, greft biyouyumluluğunu ve fonksiyonunu artırmadaki potansiyeli araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmada, 24 Sprague Dawley sıçanı rastgele üç deney grubuna ayrılmıştır. Tüm gruplarda bilateral silikon blok implantasyonu gerçekleştirilmiştir. Altı hafta sonra sağ taraftaki silikonlar çıkarılmış ve grup 1'e sadece endotel tohumlama, grup 2'ye hyaluronik asit jel ile birlikte endotel tohumlama, grup 3'e hyaluronik asit jel ve eksozom ile birlikte endotel tohumlama işlemi yapılmıştır.Her sıçanın sol tarafı kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir. Endotelizasyon, anjiogenez ve inflamasyon oranları histolojik analizler ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

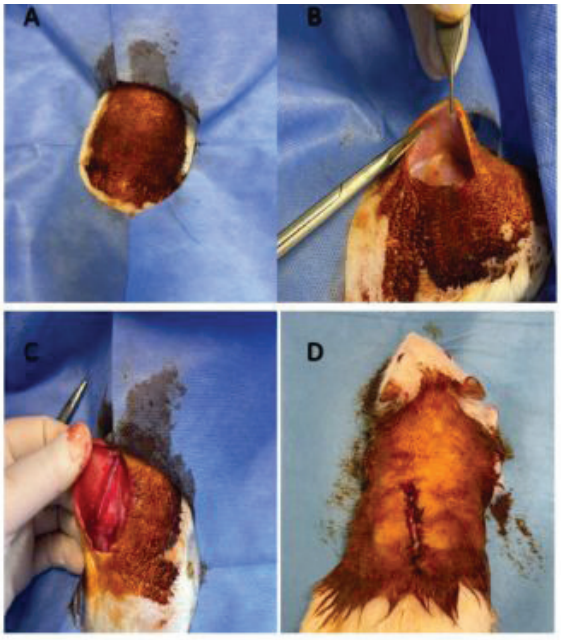
Hyaluronik asit jel ve eksozom ile birlikte endotel tohumlama işlemi yapılan 3.grupta diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede artmış endotelizasyon ve anjiogenez saptanmıştır. Endotelizasyon, ışık ve elektron mikroskobisinde gösterilmiştir.

Sonuç

Bu çalışma; endotelyal hücre tohumlama, hyaluronik asit ve eksozom temelli desteklerle biyomühendislik ile üretilmiş otolog vasküler greftlerin potansiyelini ortaya koymaktadır. Bulgular, bu kombinasyonun endotelizasyonu artırarak tromboz riskini azalttığını göstermektedir. Daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte, bu sonuçlar biyomühendislik ile üretilmiş damar greftlerinin geliştirilmesi için sağlam bir temel oluşturmakta ve bu yaklaşımın vasküler cerrahi sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Eksozom, Endotel Hücre Tohumlama, Hyalüronik Asit, Otolog Vasküler Greft, Silikon Kapsül Modeli

Cerrahi öncesi hazırlık ve cerrahi



Cerrahi öncesi hazırlık ve cerrahi. Batikon ile antisepsinin sağlanması (A). Pannikulus karnosus kası altında silikon blok için poş oluşturulması (B). Oluşturulan poşa silikonların yerleştirilmesi, kaudal ve kranial uçların süturlerle sabitlenmesi (C). İnsizyonun süturasyonu (D).

SB-023

Simvastatin jel formunun tavşan kıkırdak blok halindeki greft viabilitesine etkisi: Deneysel çalışma

Mutluhan Temizsoy[1], Bülent Saçak[2]
[1]Op. Dr. Mutluhan Temizsoy; Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Eskişehir
[2]Prof. Dr. Bülent Saçak; Acıbadem Ataşehir Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç:

Kıkırdak greftler plastik cerrahide birçok ameliyatta yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak greftlerde değişen oranlarda rezorbsiyon gerçekleşebilmektedir. Kıkırdak greft yaşayabilirliğini arttırmak adına literatürde birçok çalışma bulunsa da pratik uygulamalarda genel olarak kabul görmüş bir yaklaşım bulunmamaktadır. Simvastatin, klinik kullanımda anti-hiperlipidemik ilaç grubunda yer alan bir ilaçtır. Simvastatinin antihiperlipidemik etkilerinin yanı sıra ratlarda anjiogenezi tetiklediğini, kemik iyileşmesini arttırdığı ve inflamasyonu azalttığı gösteren yayınlar mevcuttur.

Bu çalışmanın öncelikli amacı; simvastatinin in vivo uygulanabilen jel formatının geliştirilmesi, ikincil amacı simvastatinin jel formunun kıkırdak blok greftler üzeinde sağ kalım etkisinin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem:

Çalışma in vivo ve in vitro olmak üzere iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. İn vitro aşamada operasyon esnasında alınan kıkırdaklardan elde edilen kondroblastlar, Chondrocyte Growth Medium, DMEM (Dulbecco Eagle's

minimal essential medium) ve RPMI 1640 (Roswell Park Memorial Institute Medium 1640) içinde 72 h ± 24 h 37±1 C, %5 CO2 ortamında çoğaltıldı; konfluensi (hücrelerin yaklaşarak dokulaşma iletişimi başlatması) faz-kontrast invert (Leica DMI 1500X) mikroskop takip edildi. Dokulaşma tamamlandıktan sonra, simvastatin ile ilgili çalışmalar başlanıldı. Simvastatin içeren doku içi infüzyon sıvı formülasyonlar hazırlanıldı. Simvastatin uygulama dozunu belirlemek üzere, kondrosit üzerindeki sitotoksisite veya irrtasyon analizleri yapılıldı. Buna göre, % 1, 1.5, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 oranlarıyla toksisite ve/veya irritasyon testleri yapılarak, simvastatinin non-irritan spektrumu belirlenildi. Bu çalışmalar, OECD 439 (Organisation for Economic Co-operation and Development) Test protokolüne göre gerçekleştirildi.

Simvastatinin jel formatı üretilmesi amacı ile bir beher içinde bitkisel gliserin tartılıp (0.5 gr) üzerine hidroksi etil selüloz polimeri (0.8 gr) eklenildi. İkinci beherde pentilen glikol (30 gr) ile simvastatin (0.75) çözüldü ve su (17.2 gr) eklendi. 2000-3000 rpm (revolutions per minute) dönüş hızında mekanik karıştırıcı ve homojenizator yardımı ile ürün karıştırıldı.

İn vivo kısmında her grupta 4 "Yeni Zellanda" cinsi erkek tavşan olacak şekilde, üç grup planlandı. Tavşanların paraskapular bölgelerinde oluşturlan cilt altı ceplere kulaklarından deperikondrize edilerek alınan 2×1 cm boyutunda kıkırdak greftler kontrol grubunda direk olarak, plesebo grubunda simvastatin içermeyen jel ile birlikte, simvastatin grubunda ise simvastatin içeren 1 cc jel sürülerek yerleştirildi (Resim). Deney grubundaki jeller %1.5 simvastatin içermektedir. Deneklerin yarısı dördüncü haftanın sonunda, diğer yarısı ise on ikinci haftanın sonunda sakrifiye edilerek kıkırdak greftleri alındı. Periferal kıkırdak hücre proliferasyonu, vaskularizasyon, inflamasyon, fibrosizbve kemik metaplazisi değerlerine bakıldı.

Verilerin analizleri Kruskal-Wallis testini takiben Dunn'ın çoklu karşılaştırma testi ile gerçekleştirildi ve P<0,05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Çalışmanın in vitro kısmında elde etmiş olduğumuz veriler ışığında %1.5 konsantrasyon değerinden sonra kondroblastlarda viabilite azalması tespit edilmiştir.

Tavşan kıkırdak greftleri makroskopik ve mikroskobik olarak değerlendirildi. Kontrol grubu tavşanlarda 1 ve 3. ay sonunda alınan kıkırdak greftlerin subdermal bölgede çevre dokuya yapışık olduğu ve yapısal bütünlüğünün bozulmadığı görüldü. Buna karşın plasebo ve simvastatin gruplarında ise her iki dönemde alınan kontrol örneklerinde kıkırdak greftlerin kısmen rezorbe olduğu, alıcı sahada fibrosiz ve bazı deneklerde lokalize enfeksiyon ve abse formasyonlarının olduğu görüldü.

Kontrol grubundan 4 hafta ve 12 hafta sonucunda alınan örneklerde ciddi düzeyde periferal kıkırdak hücre proliferasyonu, sağlıklı kıkırdak hücreleri izlenirken, plesebo ve deney grubunda buna rastlanılmadı.

Kondrosit nükleus sayısı, kartilaj matriks kromazisi ve periferal proliferasyon kontrol grubunda; inflamasyon, vaskularizasyon ve fibrosiz oluşumu ise plasebo ve simvastatin grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Plasebo ve deney gruplarında yoğun inflamatuar hücre infiltrasyonu ve vaskülarizasyon izlenirken bu bulgulara kontrol gruplarında rastlanılmadı.

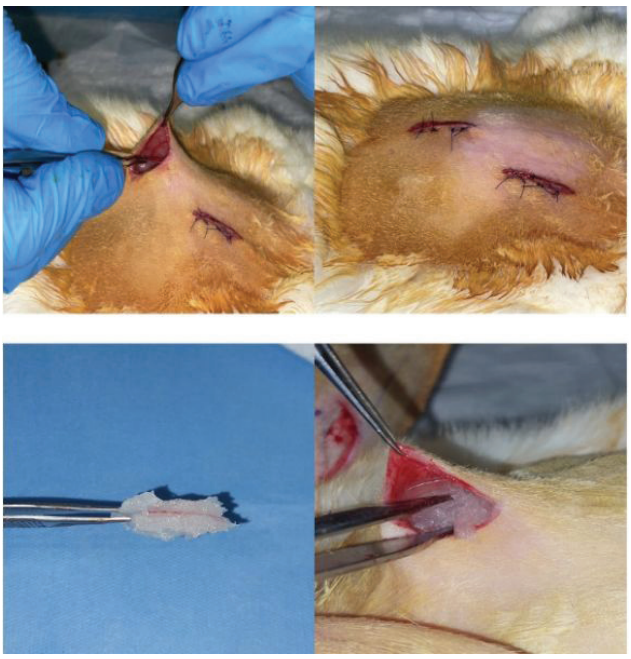
Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamızda, simvastatinin jel formatının kıkırdak grefti sağ kalımı üzerine olan etkisi incelendi. Literatürde yer alan çalışmalar ile bizim çalışmamız sonuçları arasında bazı benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Bu çalışmada simvastatin inflamasyonu, vaskularizasyonu ve fibrosizi arttırdığı sonucu çıkmıştır. Ancak literatür bulguları simvastatinin inflamasyonu azalattığı ve vaskularizayonu arttırdığı yönündedir. Bununla birlikte çalışmamızdaki bu değişikliklerin simvastatinin kendi etkisi ile değil de enfeksiyona sekonder olarak meydana gelen değişiklikler olduğu düşünülmektedir. Plasebo ve deney gruplarında kıkırdak greftlerinin tamamen rezorbsiyona uğraması enfeksiyon, jelin kıkırdak grefti çevresinde inlamasyonu tetiklemesi ya da jel tabakanın kıkırdak greft çevresinde difüzyonu engelleyerek greft beslenmesine engel olabilmesi nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir. Sebep bunlardan biri ya da kümülatif etkisi olabilir.

Simvastatinin jel formunun kıkırdak sağ kalımına etkisini değerlendirecek çalışma yapılmamış olup bu çalışma bundan sonra bu konuda yapılacak çalışmalar için fikir verici bir çalışma niteliğindedir.

Anahtar Kelimeler: Kıkırdak, kıkırdak grefti, kıkırdak grefti sağ kalımı, simvastatin, simvastatin jel formu

Resim



İnterskapular bölgede, subkutan planda oluşturulan cebe kıkırdak greftinin yerleştirilmesi (üst solda); alıcı alanın primer suture edilmesi (üst sağda); simvastatin ve plasebo grubu deneklerde kıkırdak greftlerin jel ile birlikte ceplere yerleştirilmesi (altta) gösterilmektedir.

SB-024

Tavşan Fasyokutanöz Serbest Flep Modelinde Uzaktan İnterstisyel Doku Glukoz Ölçüm Sistemleri ile Venöz ve Arteriyel Oklüzyonun İzlenmesi

Oğuzhan Eroğlu, Mustafa Canberk Gürbüz, Alperen Aras, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonnstrüktif ve Estetik Cerrahi anabilim dalı,Kocaeli

Giriş

Serbest doku transferlerinde, vasküler oklüzyonun erken dönemde tespiti için yakın postoperatif izlem gereklidir. Bu çalışmanın amacı, kontrollü venöz ve arteriyel oklüzyon ile interstisyel doku glukoz düzeylerindeki değişim arasındaki ilişkiyi, uzaktan glukoz takip cihazı kullanarak değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma, uygun anestezi altında yedi tavşan üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmada, torakodorsal arterden çıkan deri perforatörleri tarafından beslenen perforatör flebi kullanıldı. Fleplerdeki interstisyel glukoz düzeyleri, transkütan bir sensör aracılığıyla sürekli olarak izlendi. Değerler cihazın telefon uygulaması üzerinden not edildi. Oklüzyon öncesindeki bazal glukoz düzeyleri bir gün önceden kaydedildi ve ardından hem venöz hem de arteriyel oklüzyon sırasında izlem yapıldı. Damar oklüzyonunu tespit etmeye yönelik kriterler, interstisyel glukoz konsantrasyonundaki değişikliklere göre belirlendi. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi kullanılarak, bağımlı grup karşılaştırmaları Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılarak yapıldı, p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

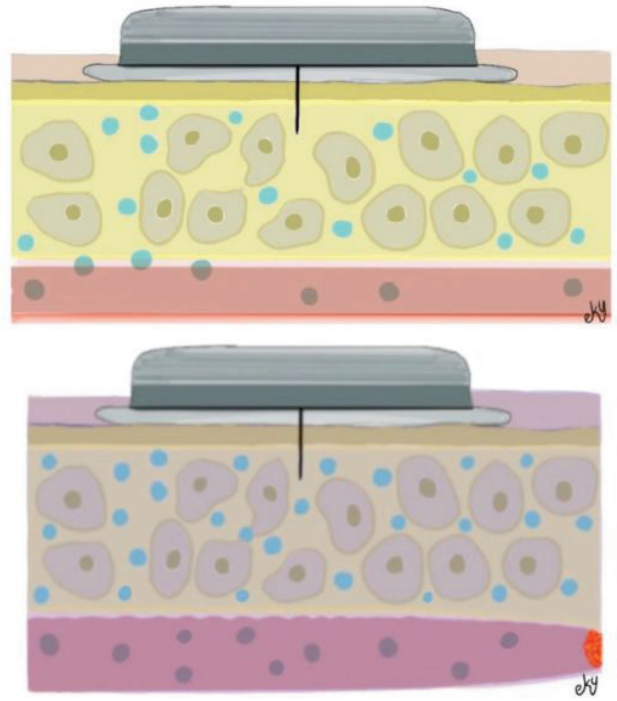
Venöz oklüzyon, interstisyel glukoz düzeylerinde anlamlı bir artışa yol açtı. Venöz oklüzyonun 15. dakikasında, oklüde fleplerdeki glukoz düzeyleri bazal değerlere göre anlamlı olarak yüksekti (p = 0.018). Venöz klempin kaldırılması sonrasında gözlenen venöz dekonjesyon, interstisyel glukoz düzeylerinde anlamlı bir düşüşle ilişkiliydi. Dekonjesyonun 30. dakikasında, glukoz düzeyleri oklüzyon dönemine kıyasla anlamlı derecede düşüktü (p = 0.028). Buna karşılık, arteriyel oklüzyon interstisyel glukoz düzeylerinde hızlı bir azalmaya neden oldu. Arteriyel oklüzyonun 15. dakikasında, oklüde fleplerdeki glukoz düzeyleri bazal değerlere kıyasla anlamlı ölçüde daha düşüktü (p = 0.018).

Sonuç

İnterstisyel glukoz izlemi, serbest doku transferlerinde damar tıkanıklığının saptanmasında güvenilir bir yöntemdir. Bu teknoloji, serbest fleplerde damar bütünlüğünün postoperatif takibi için hızlı, invaziv olmayan ve ekonomik bir yaklaşım sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: interstisyel doku glukozu, vasküler oklüzyon, tavşanda serbest flep modeli

transkütan glukometre ile vazoklüzif duruma göre doku glukozunun ölçülmesi



vasküler oklüzyon ile interstisyel glukozun değişimi

vasküler oklüzyon sonucu flepte venöz yetersizlik gelişince intestisyel doku glukozu artmaya başlar.

SB-025

Bazal Hücreli Karsinom ve Skuamöz Hücreli Karsinomların Eksizyonunda Cerrahi Marjinlerinin Makroskopik, Mikroskopik ve Patolojik Sınır Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Özgür Agdoğan[1], Ayşegül İsal Arslan[2]
[1]*Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Tekirdağ*
[2]*Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Patoloji Kliniği*

Bazal Hücreli Karsinom ve Skuamöz Hücreli Karsinomların Eksizyonunda Cerrahi Marjinlerinin Makroskopik, Mikroskopik ve Patolojik Sınır Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Amaç:

Bazal hücreli karsinom (BHCK) ve skuamöz hücreli karsinomların (SHCK) cerrahi tedavisinde önemli olan noktalardan biri tümör hücreleri içermeyen yeterli mesafede cerrahi sınır elde etmektir. Güvenli sınırın cerrah tarafından belirlenen ölçüm mü yoksa çeşitli işlemlerden geçen dokunun histopatolojik incelemesi sırasında patolog tarafından belirlenen ölçüm mü olduğuna dair bir netlik söz konusu değildir. Plastik cerrahide primer kontraksiyon kavramı olup; tam kalınlıktaki cilt greftleri ilk alındıkları esnada uğradıkları kontraksiyondan dolayı oldukça küçülürler. Cerrahi sınır, bizim belirlediğimiz cerrahi marjinden daha küçük hale gelir. Bu çalışmanın yapılmasındaki amaç eksizyon öncesi belirlenen cerrahi sınırın eksizyon sonrası 1. saat, formalin fiksasyonu sonrası

24. saat ve mikroskopbik inceleme sonrası dokunun boyutlarındaki cerrahi sınır değişimini değerlendirmektir. Literatürde bir fikir birliği olmamakla birlikte bu konuda az ve yetersiz çalışma mevcuttur.

Hastalar ve Yöntemler:

Bu çalışmamız NKÜ girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu tarafından 2019.85.06.06 protokol numarası ile Temmuz 2019 tarihinde onaylanmıştır. Tanı konulmuş yüz bölgesindeki BHCK ve SHCK' ların makroskopik olarak dermoskop ile tümör sınırı ve cerrahi marjini belirlendi. Bu şekilde her örneğin rezeksiyon öncesi, rezeksiyon sonrası 1. saatte, %10 formalin fiksasyonu ile 24. saatte ve patolojik mikroskobik inceleme sonrası ölçümleri ve ortalama değerleri alındı. Yüz bölgesindeki BHCK' lar ve SHCK' lar ayrı ayrı değerlendirildi. Ortalama değişim ölçümleri ve ortalama yüzde değişimlerinin istatistiksel analizleri yapıldı.

Bulgular:

Tablo 1' de ameliyat öncesi cerrahi sınır, eksizyondan 1 saat sonra cerrahi sınır (formalinle fiksasyondan önce), formalin fiksasyonu 24 saat sonra cerrahi sınır ve patolojik subklinik cerrahi sınır değişkenlerin karşılaştırmaları gösterildi. Şekil 1' de ameliyat öncesi ortalama cerrahi sınır, eksizyondan 1 saat sonra cerrahi sınır, formalin fiksasyonu 24 saat sonar cerrahi sınır ve patolojik subklinik cerrahi sınır karşılaştırmaları gösterilmektedir. BHCK ve SHCK gruplarında; preop cerrahi sınır, 1. saat formol dışında cerrahi sınır, 24. saat formol içinde cerrahi sınır ve patolojik subklinik cerrahi sınır ölçümleri arasında en az bir grubun diğerlerinden farklı olduğu görülmüştür ($p=0,000$). Alt grup karşılaştırmalarına göre de tüm alt grupların biri birinden farklı olduğu söylenebilir ($p<0,001$).

BHCK grubunda; son aşama olan patolojik subklinik cerrahi sınır ortalaması 1,43 mm olup, başlangıç olan 5 mm preoperatif cerrahi sınıra göre % 71' lik bir küçülme olduğu sonucuna varılmıştır. SHCK grubunda; son aşama olan patolojik subklinik cerrahi sınır ortalaması 0,95 mm olup, başlangıç olan 4 mm preoperatif cerrahi sınıra göre % 76' lık bir küçülme olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer SHCK grubunda; son aşama olan patolojik subklinik cerrahi sınır ortalaması 2,30 mm olup, başlangıç olan 10 mm preoperatif cerrahi sınıra göre % 77' lik bir küçülme olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç:

Çalışmamızda yüz ve boyundaki BHCK' leri ve SHCK' lerinin rezeksiyonu, %10' luk formalin fiksasyonu ve devam eden histopatolojik inceleme sonucunda cerrahi sınır mesafesini ne şekilde etkilediğine bakılmıştır. Eksize edilen lezyonların patolojik incelemeye kadar geçen her aşamada anlamlı bir şekilde büzüşmeye uğradığı görülmüştür. İlk belirlenen cerrahi sınır güvenliğinin çok çok altında bir güvenli cerrahi sınır ile sonuçlandığını gördük. Ciltteki primer kontraksiyon kavramından yola çıkarak eksize edilen cilt kanserlerinin cerrahi sonrası daha belirgin olarak tam kat eksize edilmesinden dolayı kontraksiyona uğradığı görülmüştür. Dermatopatoloğun rapor etmiş olduğu cerrahi sınırın aslında gerçekte ne anlam ifade ettiğine açıklık getirmiş olduk. Dermatopatoloğun raporu cerraha ve hastaya karar aşamasında yetersiz cerrahi sınır güvenliği yorumuna, tekrar bir cerrahi girişim gerektirebilir yanılgısına yol açabilir. Bu durum hasta için ek bir operasyon veya rekonstrüksiyon seçeneği, ek maliyetler ve morbiditelere neden olabilir. Bu da güvenli cerrahi sınır konusunda ek bazı sorunlar doğurabilmektedir. Yaptığımız çalışma ile bu sorunlara açılık getirerek belirsizliklere yüz rekonstrüksizyonun zor olduğu bir bölgede klinik bazda bir açıklık kazandırmış olduk.

Kaynaklar:

1.Dyalram D, Caldroney S, Heath J. Margin analysis cutaneous malignancy of the head and neck. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 29 (2017) 341–353.

2.Baddour HM, Magliocca KR, Chen AY. The Importance of Margins in Head and Neck Cancer. Journal of Surgical Oncology 2016;113:248–255.

3.Gökoğlu Ö, Polat K, Aydın E, Uysal İÖ, Doğan M, Özen ÖI. Formalin fiksasyonu sonrası dil örneklerinde cerrahi sınır küçülmesinin değerlendirilmesi. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2014;24(1):30-37.

4.Weinstein MC, MD, Brodell RT, Bordeaux J, Honda K. The Art and Science of Surgical Margins for the Dermatopathologist. Am J Dermatopathol Volume 34, Number 7, October 2012.

5.Asadi AK, Alam M, Goldberg LH, Peterson R, Silapunt S, Jih MH. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. J Am Acad Dermatol 2005;53:464–8.

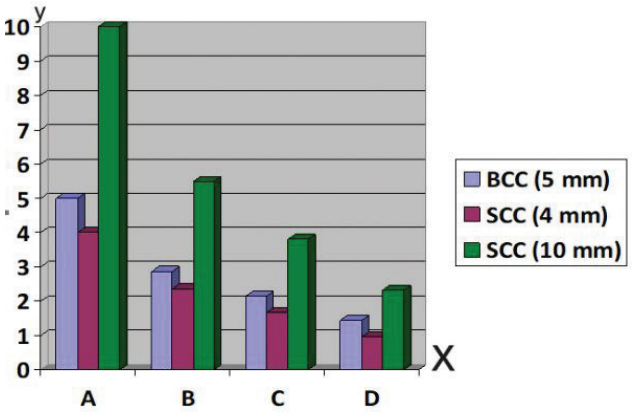
6.Egemen O, Bingöl D, Orman Ç, Sayilgan AT, Özkaya Ö, Akan M. Quantification of the Surgical Margin Shrinkage in Lip Cancer: Determining the Relation Between the Surgical and Histopathologic Margins. J Craniofac Surg 2014;25: 2152–2155.

7.Dauendorffer JN, Bastuji-Garin S, Guéro S, et al. Shrinkage of skin excision specimens: formalin fixation is not the culprit. Br J Dermatol 2009;160:810–814.

8.Yeap BH, Muniandy S, Lee SK, et al. Specimen shrinkage and its influence on margin assessment in breast cancer. Asian J Surg 2007;30:183–187.

Anahtar Kelimeler: cilt kanseri, primer kontraksiyon, cerrahi sınır, eksizyon sonrası sınır, mikroskobik sınır

resim 1



Resim 1: Ameliyat öncesi ortalama cerrahi sınır, eksizyondan 1 saat sonra cerrahi sınır, formalin fiksasyonunda 24 saat sonrası cerrahi sınır ve patolojik subklinik cerrahi sınır karşılaştırmaları gösterilmektedir

Tablo 1

grup	Değişkenler	Median (IQR)	p
BCC	Ameliyat öncesi cerrahi sınır	5,00 (0,00)	<0,001#
BCC	Eksizyondan 1 saat sonra cerrahi sınır	3,00 (1,00)a1	<0,001#
BCC	Formalin içinde 24 saat sonra cerrahi sınır	2,00 (1,00)b1,d1	<0,001#
BCC	Patolojik subklinik cerrahi sınır	1,00 (1,00)c1,e1,f1	<0,001#
SCC	Ameliyat öncesi cerrahi sınır	10,00 (6,00)	<0,001#
SCC	Eksizyondan 1 saat sonra cerrahi sınır	5,00 (2,75)a1	<0,001#
SCC	Formalin içinde 24 saat sonra cerrahi sınır	3,00 (2,00)b1,d1	<0,001#
SCC	Patolojik subklinik cerrahi sınır	2,00 (2,00)c1,e1,f1	<0,001#

Tablo 1. Ameliyat öncesi cerrahi sınır, eksizyondan 1 saat sonra cerrahi sınır (formalinle fiksasyondan önce), formalin fiksasyonunda 24 saat sonra cerrahi sınır ve patolojik subklinik cerrahi sınır dahil değişkenlerin karşılaştırmaları. #Friedman testi, aAmeliyat öncesi cerrahi sınır - 1. saatte cerrahi sınır, aAmeliyat öncesi cerrahi sınır - Formalinde 24. saatte cerrahi sınır, aAmeliyat öncesi cerrahi sınır - Patolojik subklinik cerrahi sınır, d1. saatte cerrahi sınır - Formalinde 24. saatte cerrahi sınır, e1. saatte cerrahi sınır - Patolojik subklinik cerrahi sınır, f24. saatte formalinde cerrahi sınır - Patolojik subklinik cerrahi sınır karşılaştırmaları, Wilcoxon testi, p<0,001 istatistiksel olarak anlamlı.

SB-026

Klinik Muayene, AI (Artificial intelligence) Analizi ve Histopatoloji: Deri Tümörlerinde Tanısal Uyumunun Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Doğan Can Sökmen, Hakan Fahri Soylu,
Nesrin Karakaya, Recep Okan Üstün, Habib Ekinci
Mersin Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Klinik Muayene, AI (Artificial intelligence) Analizi ve Histopatoloji: Deri Tümörlerinde Tanısal Uyumunun Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Asistan Dr. Doğan Can SÖKMEN, Asistan Dr.Hakan Fahri SOYLU Asistan Dr. Nesrin KARAKAYA, Asistan Dr. Habib EKİNCİ

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Deri tümörleri plastik cerrahide sık karşılaşılan bir anomali olması nedeniyle çalışmamızda deri tümörlerinin preoperatif değerlendirilmesi sırasında dermatolojinin klinik değerlendirmesi ile fotoğrafların yapay zeka ile değerlendirilmesi karşılaştırılarak; yapılan biyopsilerin sonucunda, preop dermatolojik değerlendirme ile preop yapay zekayla lezyon değerlendirilmesinin patoloji sonuçları ile korelasyonu karşılaştırılmaktadır.

Materyal-Metod: Bu çalışmada, tamamı kliniğimizde retrospektif olarak toplanmış ve histopatolojik tanısı mevcut olan toplam 176 adet dermato-patolojik lezyonun tarafımızca aynı şartlarda ve aynı standartlarda çekilen fotoğrafı kullanılmıştır. Her bir olgu için dermatoloji kliniği tarafından dermatoskop cihazı ile belirlenen ön tanı ile histopatolojik kesin tanı kaydedilmiştir. Lezyonlar; skuamöz hücreli karsinom (SCC), bazal hücreli karsinom (BCC), melanom, nevüs ve diğer olmak üzere beş ana tanı kategorisinde sınıflandırılmıştır.

Modelin eğitimi ve kalibrasyonu için, International Skin Imaging Collaboration (ISIC) arşivinden temin edilen, histopatolojik olarak doğrulanmış toplam 6.437 adet klinik yakın çekim cilt lezyonu görseli kullanılmıştır. Bu görüntüler, her sınıfın örnekleme oranını koruyacak şekilde stratifiye edilerek %80 eğitim (n=5.149) ve %20 doğrulama (n=1.288) alt kümelerine randomize biçimde ayrılmıştır. Görsel sınıflandırma görevinde, güncel ve yüksek performanslı bir evrişimli sinir ağı mimarisi olan ConvNeXt-V2 Base modeli tercih edilmiştir.

Modelin, ISIC verileri üzerinde eğitilmesine ek olarak, klinik uygulamaya adaptasyonunu güçlendirmek amacıyla, kliniğimizden elde edilen 35 adet lezyon görüntüsü domain adaptasyonu sürecine dahil edilmiştir. Geriye kalan 141 görüntü, modelin genel performansını değerlendirmek amacıyla test aşamasında kullanılmıştır. Bu dağılım da sınıf dengesi gözetilerek randomize biçimde gerçekleştirilmiştir (yaklaşık %20 domain adaptasyonu, %80 test verisi).

Modelin sınıflandırma başarımı, dermatoloji uzmanlarının ön tanıları ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Dermatoloji uzmanlarının ön tanıya dayalı doğruluk oranı %79,4 olarak hesaplanırken, geliştirilen derin öğrenme tabanlı yapay zeka modelinin aynı veri seti üzerindeki doğruluk oranı %76 olarak tespit edilmiştir.

Tartışma: Bu çalışmada, deri tümörlerinin tanısında klinik muayene, yapay zeka (YZ) destekli lezyon analizi ve histopatolojik inceleme sonuçları karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular, dermatoloji uzmanlarının klinik ön tanı doğruluk oranının (%79,4) geliştirilen derin öğrenme tabanlı modelin doğruluk oranından (%76) bir miktar daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, deneyimli klinisyenlerin hasta değerlendirmesinde yalnızca görsel özellikleri değil, lezyonun lokalizasyonu, hastanın yaşı, anamnez ve risk faktörleri gibi ek klinik bilgileri de tanı sürecine dahil etmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bununla birlikte, yapay zeka modelinin yalnızca görsel verilere dayalı olarak, klinisyenlere yakın düzeyde doğruluk oranı elde etmesi dikkate değerdir. Bu sonuç, derin öğrenme tabanlı sistemlerin klinik karar destek aracı olarak potansiyelini ortaya koymaktadır. Özellikle nadir görülen lezyon tiplerinin tanısında modelin başarımının artırılması için daha dengeli ve geniş veri setleri ile eğitilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Domain adaptasyonu süreci, modelin gerçek klinik ortam verilerine kısmen uyum sağlamasına olanak tanımış olsa da, ek klinik değişkenlerin (lezyon süresi, semptomlar, hastanın sistemik hastalık öyküsü vb.) entegre edilmemesi, modelin tanısal doğruluk kapasitesini sınırlamış olabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, multimodal veri (klinik fotoğraf + dermoskopik görüntü + klinik bilgiler) kullanımı ile tanısal başarının artırılması mümkündür.

Literatürde, deri lezyonlarının sınıflandırılmasında yapay zeka sistemlerinin performansının bazı durumlarda deneyimli dermatologların seviyesine yaklaştığı, ancak bu tür sistemlerin tek başına tanı aracı olarak değil, klinisyenlerin karar süreçlerini destekleyici bir yardımcı sistem olarak değerlendirilmesi daha uygun görünmektedir. Özellikle periferde dermatoloji uzmanı erişiminin kısıtlı olduğu bölgelerde, bu tür teknolojiler erken tanı ve yönlendirme açısından önemli katkılar sağlayabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma, yapay zeka destekli deri lezyonu analiz sistemlerinin klinik muayeneye yakın düzeyde doğruluk sunabildiğini, ancak mevcut haliyle tek başına tanı koyma aracı olarak kullanılmasının sınırlı olduğunu göstermektedir. Geliştirilecek hibrit yaklaşımlar ve daha zengin veri setleri ile bu sistemlerin tanısal değerinin artırılması, dermatolojik onkoloji alanında önemli bir ilerleme sağlayabilir. İlerleyen süreçte klinik ön tanıda daha başarılı sonuçlar elde edebilmek için yeni çalışmalarımız da olacaktır.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, deri tümörleri, dermatoskop

SB-027

Yapay Zeka ile Multidisipliner Tümör Konseyi Kararlarının Karşılaştırmalı Analizi: Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Örneği

Murat Doğuş Çerikan, Burak Tunahan Ekincikli, Mehmet Can Kırbaş, Furkan Tok, Sabri Öztürk
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş

Multidisipliner tümör konseyleri (MTK), farklı uzmanlık alanlarından klinisyenlerin bir araya gelerek hastaya özgü tanı, tedavi ve takip planları oluşturduğu çalışma gruplarıdır ve yaygın olarak onkolojik hasta yönetiminde altın standart olarak kabul edilmektedir [1]. Bununla birlikte, bu konseylerin yönetiminin zaman, çaba ve yüksek düzeyde koordinasyon gerektirdiği gibi insan faktörüne bağlı olarak değişiklikler barındırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle son yıllarda, yapay zeka tabanlı klinik karar destek sistemleri, onkoloji gibi kritik ve multidisipliner yaklaşımların kilit taşı olduğu alanlarda tamamlayıcı bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır. GPT-4, Gemini, DeepSeek gibi büyük dil modelleri (LLM), doğal dil işleme yetenekleri sayesinde daha öncesinde bilgisayar sistemlerine girişi imkansız görülen kompleks klinik veri ve bulguları analiz ederek uluslararası rehberlere dayalı kararlar sunabilmekte ve karar süreçlerine ciddi katkıda bulunabilmektedir [2]. Bu çalışmada amaç, Şişli Hamidiye Etfal Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği pratiğinde sık karşılaşılan malign deri tümörlerinde yapay zeka destekli öneriler ile geleneksel MTK kararlarının ne ölçüde örtüştüğünü, hangi alanlarda ayrıştığını ve klinik uygulamaya potansiyel katkılarını değerlendirmektir.

Metot

Bu retrospektif kohort çalışmaya, 2024–2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği'nde opere edilmesini takiben histopatolojik tanısı kesinleşmiş, malign deri tümörleri nedeniyle takip edilen 64 hasta dahil edilmiştir. Vakalar içerisinde 38 skuamöz hücreli karsinom (SCC), 8 bazal hücreli karsinom (BCC), 14 malign melanom (MM), 2 bazoskuamöz karsinom ve 2 dermatofibrosarkom protuberans tanısı yer almaktadır. MTK kararları hasta epikrizlerinden retrospektif olarak elde edilmiştir. Plastik Cerrahi, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Onkoloji, Patoloji alanlarından doktorların dahil olduğu MTK'ye sunulan hasta geçmişi, klinik ve patolojik veriler standardize edilmiş bir formatla ChatGPT'ye sunulmuş, en güncel kılavuzlar kullanılarak önerilerde bulunması istenmiştir. Elde edilen öneriler; birincil tedavi planlaması, cerrahi sınırların belirlenmesi, adjuvan tedavi endikasyonları, takip protokolleri açısından MTK kararları ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Cohen's kappa, McNemar ve Fisher's exact testleri kullanılmıştır.

Bulgular

Yapay zeka ile MTK kararları arasında genel uyum oranı %85.4 olarak bulunmuştur. Vaka tiplerine göre uyum oranı bazal hücreli karsinomda %100, skuamöz hücreli karsinomda %83.3, malign melanomda ise %75 olarak bulunmuştur. Cerrahi sınır belirleme açısından yapay zeka ortalama 1.5 cm güvenli sınır önerirken, MTK 1.2 cm önermiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.02). Rekonstrüksiyon tercihlerinde MTK lokal flep yöntemlerini daha çok tercih ederken (%62.5), YZ serbest flep önerilerine daha fazla yer vermiştir. (%45.8). Radyoterapi önerisi yapay zeka tarafından daha yüksek sıklıkta yapılırken kemoterapi önerileri de benzer şekilde yapay zeka lehine daha fazlaydı. Melanom vakalarında ise immünoterapi kararlarında tam uyum saptanmıştır. Takip sıklığında, MTK ortalama altı aylık kontroller önerirken, yapay zeka üç aylık rutin kontrolleri uygun görmüştür.

Tartışma

Yapay zeka destekli sistemler, özellikle düşük riskli ve protokolize edilmiş vakalarda yüksek düzeyde karar uyumu sunarak, standartlaşmış hasta yönetimi açısından güçlü bir potansiyel ortaya koymuştur [3]. Çeşitli çalışmalarda, yapay zeka bazlı sistemler tarafından önerilen yaklaşımların, kanser yönetimi konusunda uzman ekiplerce verilen kararlarla yüksek düzeyde uyumlu olduğu görülmüştür [4]. Bununla beraber, özellikle melanom gibi yönetimi güç, kompleks hastalıklarda, insan deneyimine dayalı kararların ön plana çıktığı görülmektedir. Yapay zekanın önerdiği sık takip ve daha geniş cerrahi sınırlar, standart algoritmalara uygun olmakla birlikte, her hasta için maliyet, etkinlik ve klinik uygulanabilirlik açısından değerlendirilmelidir. [5] Ayrıca sosyoekonomik faktörler, hasta tercihleri ve semptomatik değişkenlikler gibi bireysel unsurlar, yalnızca klinik tecrübe ile değer kazanabilecek nitelikler taşımaktadır. Bununla birlikte, yapay zeka sistemlerinin özellikle periferik merkezlerde uzman eksikliğini dengeleme, eğitim süreçlerine katkı sağlama ve ikinci görüş alma mekanizmalarında zaman kazandırma açısından ciddi potansiyeli olduğu söylenebilir. Klinik uygulamalarda bu sistemlerin, karar verici bir yapıdan ziyade destekleyici ve hızlandırıcı bir rol üstlenmesi gerektiği düşünülmektedir. [6] Gelecekte geliştirilecek hibrit karar modelleri, insan tecrübesi ile yapay zekanın harmanlandığı, daha güvenilir ve hasta odaklı karar süreçlerine zemin hazırlayabilir.

Sonuç

Sonuç olarak, ChatGPT gibi GPT-4 tabanlı yapay zeka sistemleri, multidisipliner tümör konseylerinin kararlarını destekleyecek düzeyde yüksek uyum oranları sergilemekte ve özellikle standart vakalarda klinik süreçleri optimize etme potansiyeline sahiptir. Ancak karmaşık ve bireyselleştirmeye ihtiyaç duyan klinik durumlarda, konsey kararlarının bütüncül yaklaşımı halen vazgeçilmezdir. Bu doğrultuda, yapay zeka sistemlerinin yardımcı bir karar destek mekanizması olarak değerlendirilmesi, eğitim, ikinci görüş ve kırsal bölgelerde hizmet eşitliği açısından önemli katkılar sağlayabilir. Daha büyük örneklemli, çok merkezli, prospektif çalışmalara ve uzun dönem sağkalım analizlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynakça

[1] Winters, David A., et al. "The cancer multidisciplinary team meeting: in need of change? History, challenges and future perspectives." BJU international 128.3 (2021): 271-279.

[2] Yang, Rui, et al. "Large language models in health care: Development, applications, and challenges." Health Care Science 2.4 (2023): 255-263.

[3] Briganti, Giovanni, and Olivier Le Moine. "Artificial intelligence in medicine: today and tomorrow." Frontiers in medicine 7 (2020): 509744.

[4] Kim, Min-Seok, et al. "Artificial intelligence and lung cancer treatment decision: agreement with recommendation of multidisciplinary tumor board." Translational Lung Cancer Research 9.3 (2020): 507.

[5] Khalifa, Mohamed, Mona Albadawy, and Usman Iqbal. "RETRACTED: Advancing clinical decision support: The role of artificial intelligence across six domains." (2024): 100142.

[6] Garcia-Vidal, Carolina, et al. "Artificial intelligence to support clinical decision-making processes." EBioMedicine 46 (2019): 27-29.

Anahtar Kelimeler: ChatGPT, deri kanseri, multidisipliner tümör konseyi, yapay zeka

SB-028

Malign Melanomda İzole Hematojen Disseminasyon:Olası Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Ahmet Biçer, Ayberk Şahin, Melih Dur,
Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Zeyyat Cüneyt Özek,
Tahir Gürler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş

Kutanöz melanom hematojen ve lenfatik yayılım potansiyeline sahiptir. Yayılım paternlerini açıklamak için 3 farklı model önerilmiştir: Kademeli yayılım modeli, eş zamanlı yayılma modeli ve diferansiyel yayılım modeli. Son dönemde yapılan çalışmalar bu modellerden en geçerli olanın diferansiyel yayılım modeli olduğunu desteklemektedir. Diferansiyel yayılım modelinde tüm melanomların metastaz yapma yeteneğine sahip olmadığı, metastaz yapabilenlerin ise büyük ölçüde kan ve lenfatik sistem yoluyla yayıldığı, geriye kalan tümörlerin ise bölgesel lenf düğümlerine veya uzak bölgelere kan dolaşımı aracılığı ile yayıldığı savunulur. Lenf nodlarında okült veya aşikar tutulum olmadan meydana gelen metastazlar tanımlanmış olan diferansiyel yayılım modeli ile açıklanabilmektedir. Literatürde bir çok çalışma melanomun hematojen ve lenfatik metastaz açısından risk faktörlerini belirlemiştir ve bu çalışmaların bazılarında bu faktörlerin birbirlerinden farklı olduğu belirtilmiştir.Hastalarda hematojen ya da lenfatik metastaz gelişim riskini tayin edebilmek, sentinel lenf nodu biyopsisi gibi prosedürlerden görülecek faydayı ve tedavi planlamasını etkileyebilecek potansiyele sahiptir.

Materyal&Metot

Çalışmaya 2015 ve 2020 yılları arasında Ege Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde malign melanom sebebiyle ameliyat edilmiş olan hastalar retrospektif olarak dahil edildi. Hastalarda okült lenfatik metastaz, sentinel lenf nodu metastazı olarak; aşikar lenf nodu metastazı ise klinik veya radyolojik olarak metastaz ile uyumlu lenf nodu varlığı olarak ele alındı. Aşikar ve/veya okült lenf nodu metastazı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Takiplerinde izole olarak hematojen metastaz meydana gelmiş olan hastalar, metastazın gözlenmediği hastalar ile parametrik ve non-parametrik testler kullanılarak istatistiki olarak karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmada toplamda 148 hasta yer almaktaydı. Hastaların 81'i erkek 67'si kadındı. Hastaların tanı sırasındaki yaş dağılımı minimum 11 maksimum 85'ti ve yaş ortalaması 55.65'di.Primer tümör hastaların 34 tanesinde baş boyun bölgesinde, 26 tanesinde üst ekstremitede, 44 tanesinde gövdede ve 44 tanesinde alt ekstremitede lokalizeydi. Hastaların 65 tanesinde tümör alt tipi yüzeyel yayılan malign melanom, 15 tanesinde nodüler malign melanom, 10 tanesinde lentigo malign melanom, 18 tanesinde akral lentijinöz malign melanom ve 40 tanesinde sınıflandırılamayan tipte malign melanom idi. 20 hastada izole hematojen metastaz tespit edilmişken, 128 hastada metastaz tespit edilmedi. Baş boyun hastalarının 7 tanesinde, üst ekstremite hastalarının 3 tanesinde, gövde hastalarının 6 tanesinde ve alt ekstremite hastalarının 4 tanesinde izole hematojen metastaz tespit edildi. Hematojen metastaz varlığı ile alt tip arasındaki ilişki incelendiğinde; Yüzeyel yayılan malign melanom hastalarının 9 tanesinde, nodüler melanom hastalarının 2 tanesinde, lentigo malgin melanom hastalarının 1 tanesinde, akral lentiginöz malign melanom hastalarının 4 tanesinde ve sınıflandırılamayan malign melanom hastalarının 4 tanesinde hematojen metastaz tespit edildi. Hematojen metastaz tespit edilen grupta breslow için medyan değer 2,48 (+-2,29) iken metastaz tespit edilmeyen grupta medyan değer 2,70 (+-1,86) idi. Toplamda 97 hastada ülserasyon görülmezken, 51 hastada ülserasyon mevcuttu ve metastaz tespit edilen hastaların 11 tanesinde ülser vardı. Hematojen yayılım yerlerine göre; santral sinir sistemi tutulumu olan 6, akciğer tutulumu olan 8, gastrointestinal sistem tutulumu olan 2 ve kemik tutulumu olan 4 hasta mevcuttu. Hastalarda tanı sırasındaki yaş, cinsiyet, primer tümör lokalizasyonu, tümör alt tipi, tümör kalınlığı (breslow) ve ülser varlığı verilerin dağılımına göre parametrik ve non parametrik testler kullanılarak izole hematojen metastaz varlığı ile istatistiki olarak karşılaştırıldı. Çalışılan risk faktörlerinden hiç biri ile izole hematojen metastaz varlığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p >0,05).

Tartışma ve Sonuç

Melanomun hematojen ve lenfatik metastaz potansiyelini belirleyen faktörler henüz bilinmemektedir. Literatürde bazı çalışmalarda hastalığın metastatik yayılımının birbiri ile kesişen ve birbirinden farklı noktalarına dikkat çekilmiş ve bu durum tümörlerin intrensek biyolojik heterojenitesine bağlanmıştır. Hastalığın histopatolojik özellikleri ve hastaların demografik özellikleri üzerinden rekürrensi ve sağkalımı analiz eden bir çok çalışma mevcut olmasına rağmen metastaz yollarının her biriyle ilişkili faktörler çok az sayıda çalışmada tanımlanabilmiştir. Hastaların önemli bir kısmında lenfatik ve hematojen metastazlar birlikte görünse de bazı çalışmalarda bu metastaz yolları için farklı risk faktörleri tanımlanmıştır.

2019 yılında Calomarde ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada tümör kalınlığı, regresyon, BRAF ve TERT mutasyonları hematojen metastaz açısından risk faktörü olarak bildirilmişken aynı çalışmada lenfatik metastaz açısından risk faktörleri; yaş, tümör kalınlığı, lokalizasyon ve vasküler invazyon olarak bildirilmiştir.2022 tarihli bir başka çalışmada hematojen metastaz açısından risk faktörleri tümör kalınlığı ve ülserasyon, lenfatik metastaz açısından risk faktörleri ise sadece tümör kalınlığı olarak bildirilmiştir.

Bu çalışmada, kliniğimizde izlenen,takiplerinde okült ya da aşikâr lenf nodu tutulumu olmaksızın izole hematojen metastaz gelişen hastalar değerlendirilmiş ve olası risk faktörleri açısından istatistiksel analiz yapılmıştır. Çalışma sonucunda incelenen risk faktörleri ile izole hematojen metastaz varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun örneklem büyüklüğünün sınırlı olmasından kaynaklandığını düşünmekte ve konuya dair daha büyük örneklem grupları ile daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Malign melanom, metastaz, hematojen, lenfatik, risk faktörü

SB-029

Fitzpatrick deri tipi ile bazal hücreli karsinomun histolojik alt tipi ve lokalizasyonu arasındaki ilişki: Retrospektif bir gözlemsel analiz

Muhammed Furkan Görücü, Ahmet Faruk Yücel
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş: Bazal hücreli karsinom (BHK), tüm deri maligniteleri arasında en sık görülen tip olup insidansı giderek artmaktadır. Klinik olarak genellikle yavaş seyirli olmakla birlikte, histopatolojik alt tipleri ve anatomik lokalizasyonuna bağlı olarak agresif davranış gösterebilmektedir. Burun ve periorbital gibi kozmetik ve işlevsel açıdan kritik bölgelerde

yerleşen, ayrıca infiltratif ve mikronodüler gibi agresif alt tipler, cerrahi sınır pozitifliği ve rekürrens açısından daha yüksek risk taşımaktadır.

Fitzpatrick deri tipi, güneşe karşı cilt yanıtını ve pigmentasyon özelliklerini sınıflandıran yaygın bir sistemdir. Daha açık fototiplerde ultraviyole duyarlılığın yüksek olması nedeniyle deri kanserleriyle ilişkisi sıkça araştırılmıştır. Ancak Fitzpatrick sınıflamasının BHK'un histopatolojik alt tipleri ve lokalizasyonuyla ilişkisini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Amaç: Bu çalışmada, retrospektif olarak takip edilen BHK olgularında Fitzpatrick deri tipi ile tümörün histolojik alt tipi ve anatomik yerleşim bölgesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi ve bu konuda literatüre gözlemsel veriler sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada kliniğimizde 2024–2025 yılları arasında eksize edilen BHK olguları retrospektif olarak incelendi. Analiz birimi lezyon olarak alındı; aynı hastaya ait birden fazla lezyon bağımsız satır olarak değerlendirildi. Fitzpatrick deri tipi, hasta fotoğrafları retrospektif olarak incelenerek tek araştırmacı tarafından fenotipik özellikler (ten rengi, saç-göz rengi, oliv alt ton varlığı) temel alınarak tahmini şekilde sınıflandırıldı.Sınıflamada fototipler üç ana grupta değerlendirildi:

Açık tip: Tip I–II

Orta tip: Tip III–IV

Koyu tip: Tip V–VI

Fototipi belirlenemeyen olgular "bilinmiyor" olarak kaydedildi ve analizlerden dışlandı.

Histolojik alt tipler agresif (infiltratif, mikronodüler, morfeaform/sklerozan, Bazoskuamöz) ve non-agresif (nodüler, yüzeyel) olarak gruplandı. Lokalizasyonlar ise "orta yüz (burun, periorbital, nazolabial, göz kapağı)" ve "diğer" olarak sınıflandırıldı. İstatistiksel analizlerde Ki-kare ve Fisher exact testleri kullanıldı.

Bulgular: Toplam n=64 lezyon analiz edildi (Açık Tip:15; Orta Tip:49).

Alt tip dağılımı: Açık tip grupta agresif alt tip oranı %47 (7/15), orta tip grupta %29 (14/49) bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.22), ancak açık tip grupta daha yüksek agresiflik eğilimi gözlendi.

Lokalizasyon: Açık tip grupta lezyonların %50'si orta yüz bölgesinde, orta tip grupta %42'si orta yüz bölgesindeydi (p=0.77). Lokalizasyon açısından anlamlı fark bulunmadı.

Tartışma: Bu çalışmada Fitzpatrick deri tipi ile bazal hücreli karsinomun (BHK) histopatolojik alt tipleri ve anatomik lokalizasyonu arasındaki olası ilişkiler incelendi. Sonuçlarımız, literatürde nadiren ele alınmış bir konuyu ortaya koymaktadır.

Açık tip hastalarda agresif alt tip oranı neredeyse yarıya yakın bulunmuştur. Bu eğilim istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamış olsa da, küçük örneklem nedeniyle sınırlı kalan bu bulgu literatüre katkısı olan yeni bir gözlem niteliği taşımaktadır. Orta tip grupta agresif alt tip oranı daha düşük izlenmiştir. Lokalizasyon açısından Açık tip ve Orta tip grupları arasında belirgin fark bulunmamıştır; ancak açık tip grubundaki olguların yarısının orta yüz bölgesinde yerleşmiş olması dikkate değerdir.

Daha önceki çalışmalar, Fitzpatrick fototipinin esas olarak cilt kanseri riskini belirlemede kullanıldığını, ancak tümörün histolojik davranışı ile ilişkisine dair verilerin kısıtlı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle çalışmamız, Fitzpatrick deri tipinin yalnızca risk belirteci değil, aynı zamanda tümör biyolojisi ile ilişkili potansiyel bir parametre olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı, retrospektif tasarım ve sınırlı sayıda Açık tip grup hastanın bulunmasıdır. Ayrıca Fitzpatrick sınıflaması fotoğraflar üzerinden tek araştırmacı tarafından yapıldığı için gözlemciler arası uyum değerlendirilememiştir. Bununla birlikte, bu yöntem retrospektif koşullarda uygulanabilir ve pratik bir çözüm sağlamıştır.

Sonuç: Açık tip hastalarda agresif alt tip oranının daha yüksek izlenmesi, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da klinik açıdan önemlidir ve literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Bu bulgu, Fitzpatrick deri tipinin BHK biyolojisi ile ilişkisi olabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş serilerle yapılacak ileri çalışmalar, deri tipi ve tümör davranışı arasındaki bu potansiyel ilişkinin daha net ortaya konmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anatomik lokalizasyon, Bazal hücreli karsinom, Fitzpatrick deri tipi, Histopatolojik alt tip

Tablo 1

Fitzpatrick grubuna göre Alt tip ve Lokalizasyon dağılımı

	('Alt tip', 'Agresif')	('Alt tip', 'Non-agresif')	('Lokalizasyon', 'Diğer')	('Lokalizasyon', 'Orta yüz')
Açık tip	7 (46.7%)	8 (53.3%)	8 (50.0%)	8 (50.0%)
Orta tip	14 (28.6%)	35 (71.4%)	29 (58.0%)	21 (42.0%)

SB-030

İnfiltratif Bazal Hücreli Karsinomların Yönetimi: Klinik ve Histopatolojik Bir İnceleme

Alper Geyik, Esra Aydın, Ahmet Armağan Eraslan, Ali Mert Usta, Merve Terzi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç:

İnfiltratif bazal hücreli karsinom (BCC), lokal agresif davranışı, sinsi yayılım paterni ve cerrahi sınır pozitifliği eğilimi ile dikkat çeken, bazal hücreli karsinomun yüksek riskli alt tiplerinden biridir. Bu çalışma, kliniğimizde infiltratif BCC tanısı almış olguların klinik, patolojik ve cerrahi özelliklerini değerlendirerek; tanı uyumsuzlukları, frozen kesit analizinin rolü ve nüks ile ilişkili faktörleri ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem:

2008–2015 yılları arasında DEÜTF Plastik Cerrahi Kliniği'nde opere edilen, preoperatif veya postoperatif olarak infiltratif BCC tanısı konmuş toplam 24 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, sigara kullanımı, eşlik eden hastalıklar, lezyon lokalizasyonu, ilk biyopsi ve eksizyon sonrası patoloji raporları, cerrahi sınır durumu, frozen kesit uygulaması, komplikasyonlar ve nüksler incelendi. Veriler SPSS v25.0 ile analiz edildi, $p<0.05$ anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 24 hastanın 15'i erkek (%62.5), 9'u kadındı (%37.5). Median yaş 70.5 olarak belirlendi. Hastaların %45.3'ü aktif sigara kullanıcısıydı. Komplikasyon

oranı %25 olup, bu hastaların yarısında sigara öyküsü mevcuttu; ancak istatistiksel anlamlılık gözlenmedi (p>0.05). Frozen kesit uygulanan hastalarda postoperatif sınır pozitifliği %60 oranında saptanırken, frozen yapılmayan hastalarda bu oran %6.6 idi; ancak frozen tetkikinin cerrahi sınır güvenliği açısından anlamlı fark yaratmadığı görüldü. Tanı sürecinde, ilk biyopsi tanısı ile eksizyon sonrası patolojik tanı arasında üçte bir oranında uyumsuzluk saptandı. Bu tanı uyumsuzluğu, yetersiz cerrahi sınır ve artmış nüks riski ile ilişkili bulundu. Nüks oranı %21.8 olup, özellikle ilk biyopside infiltratif tipin tanımlanmadığı olgularda daha sık nüks izlendi. Frozen çalışılmayan ve yüksek riskli anatomik bölgelerde yer alan lezyonlarda sınır pozitifliği daha yüksek oranda saptandı. Nazal, kulak ve medial kantus gibi bölgelerde cerrahi sınırların anatomik sınırlamalar nedeniyle yeterli marjla sağlanmasının zor olduğu gözlendi.

Tartışma:

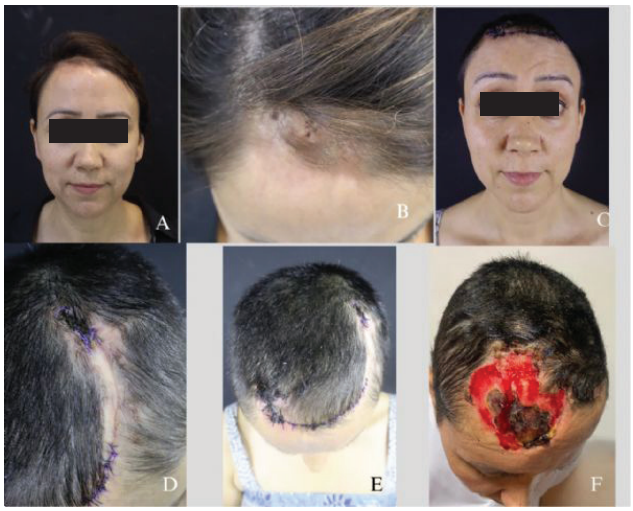
İnfiltratif BCC'nin mikroskopik olarak düzensiz, dar bazaloid uzantılarla yayılım göstermesi, klinik sınırların belirlenmesini güçleştirmektedir. Bu özellik, ilk biyopside tanı hatalarına ve cerrahi planlamada yetersizliğe yol açabilir. Bu çalışmada, tanı uyumsuzluğu ile nüks arasında anlamlı ilişki tespit edilmesi, tanının ilk aşamada doğru konmasının önemini vurgulamaktadır. Frozen kesit, intraoperatif sınır kontrolünde pratik bir yöntem olsa da, çalışmamızda sınır pozitifliğini anlamlı düzeyde azaltmadığı görülmüştür. Ancak, frozen uygulanmayan vakalarda sınır pozitifliği ve reoperasyon gereksiniminin daha sık izlendiği göz önüne alındığında, bu yöntemin özellikle riskli bölgelerde kullanılması önerilmektedir.

Sonuç:

İnfiltratif BCC, tanı ve tedavi sürecinde özgün zorluklar barındıran, nüks riski yüksek bir tümör tipidir. Tanı isabetinin artırılması, cerrahi sınırların dikkatli planlanması ve özellikle kompleks anatomik bölgelerde frozen kesit analizinin rutinleştirilmesi, tedavi başarısını ve hasta konforunu artırabilir. Bu çalışma, infiltratif BCC yönetiminde tanı doğruluğu, intraoperatif değerlendirme ve bireyselleştirilmiş cerrahi yaklaşımın birlikte ele alınmasının klinik başarıyı olumlu etkileyebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfiltratif bazal hücreli karsinom, frozen inceleme, cerrahi sınır, nüks bcc

Görsel 1



Frontal bölgede uzun dönemde nüks izlenen bir hastanın tedavi süreci

SB-031

Bazal Hücreli Karsinomda Histopatolojik Sınır Genişliği ile birlikte Rekürrensi Etkileyen Parametrelerin Değerlendirilmesi

Emrah Kağan Yaşar, Batuhan Polat, Mustafa Canberk Gürbüz, Erdem Ervar, Ceyhun Uzun, Murat Şahin Aalagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kocaeli

Giriş:

Bazal hücreli karsinom (BHK), tüm deri kanserlerinin yaklaşık %80'ini oluşturan en yaygın malignitedir. Tedavide altın standart, cerrahi eksizyon ile tümörün tamamen çıkarılmasıdır. Düşük riskli lezyonlar için genellikle 4 mm'lik bir cerrahi sınır önerilse de, özellikle yüz gibi estetik ve fonksiyonel açıdan kritik alanlarda bu sınırın sağlanması her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, histopatolojik sınırın rekürrens ile ilişkisi giderek daha fazla önem kazanmakta, özellikle düşük riskli hastalarda daha dar cerrahi sınırların yeterliliği tartışılmaktadır. Bu çalışmamızda amacımız hastalarda gereksiz komorbidite yaratabilecek cerrahi marjlardan ve ek iş gücü oluşturabilecek temiz sınırlı reeksizyon vakalarının gerçek ihtiyacını belirlemektir.

Gereç-Yöntem:

Bu retrospektif çalışmada, 2017–2024 yılları arasında kliniğimizde cerrahi olarak eksize edilen ve histopatolojik tanısı BHK olan 658 lezyonun verileri incelendi. Hastaların yaşı, tümörün anatomik lokalizasyonu, histolojik alt tipi, primer tümör çapı, cerrahi sınır genişliği, histopatolojik olarak tümörsüz marj mesafesi ve rekürrens durumu değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde Mann–Whitney U ve ki-kare testleri kullanıldı; p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 658 hastanın ortalama yaşı 68,8 ± 12,3 yıl olup, %89,3'ünde tümör baş-boyun bölgesinde yerleşmişti. En sık görülen histolojik alt tip %60,2 ile solid/nodüler iken, %9,4 infiltratif ve %9,1 yüzeyel yayılan tiplerdi. Ortalama primer tümör çapı 12,5 mm, cerrahi sınır genişliği 4,77 mm, ve tümörsüz marj mesafesi 2,66 mm olarak ölçüldü. Rekürrens oranı %6,7 idi. Rekürrens gelişen olgularda tümör çapı anlamlı şekilde daha büyük, tümörsüz temiz histopatolojik sınır ise daha dardı. 1 mm cerrahi marj ile takip edilen hastalarda tümör rekürrensi, 2 mm temiz sınır ile takip edilen vakalara göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p<0,05). Mikronodüler ve infiltratif alt tiplerde rekürrens oranı anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0,05). Baş-boyun yerleşimli lezyonlarda rekürrens %7,3 iken bu oran gövdede %1,9 olarak bulundu. Baş-boyun yerleşimli lezyonlarda rekürrens oranı diğer anatomik bölgelere kıyasla daha yüksekti. Bu bulgular, histopatolojik sınırı <=1 mm olan olgularda rekürrens oranı (%12,5) literatürde bildirilen %10-17'lik rekürrens oranı ile uyumlu olup, 2–3 mm cerrahi marj genişliğinin düşük riskli olgularda kabul edilebilir bir güvenlik sınırı sağlayabileceğini desteklemektedir.

Sonuç:

Histopatolojik olarak >2 mm tümörsüz sınırın sağlandığı düşük riskli ve iyi sınırlanmış BHK lezyonlarında rekürrens oranı düşüktür ve ek cerrahi işlem gereksinimi azaltılabilir. Ancak <=1 mm sınır kalan olgular re-eksizyon açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Öte yandan bizim vakalarımızda BHK alt tipinin rekürrens açısından anlamlı farklılık göstermemesi kötü subtiplerde cerrahi marjı daha geniş tutma veya temiz sınırları genişletmek amacıyla reeksizyon operasyonu gerçekleştirme ihtiyacına gerek olmadığını göstermektedir. Bu veriler, bireyselleştirilmiş tedavi planlamasında histopatolojik sınır ölçümünün

önemini ortaya koymakta ve estetik-fonksiyonel açıdan sınırlı bölgelerde daha konservatif yaklaşımların güvenliğini desteklemektedir.

Kaynakça:

1.Thomson J, Hogan S, Leonardi-Bee J, Williams HC, Bath-Hextall FJ. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Nov 17;11(11):CD003412. doi: 10.1002/14651858.CD003412.pub3. PMID: 33202063; PMCID: PMC8164471.

2.Strom TJ, Caudell JJ, Harrison LB. Management of BCC and SCC of the Head and Neck. Cancer Control. 2016 Jul;23(3):220-7. doi: 10.1177/107327481602300305. PMID: 27556662.

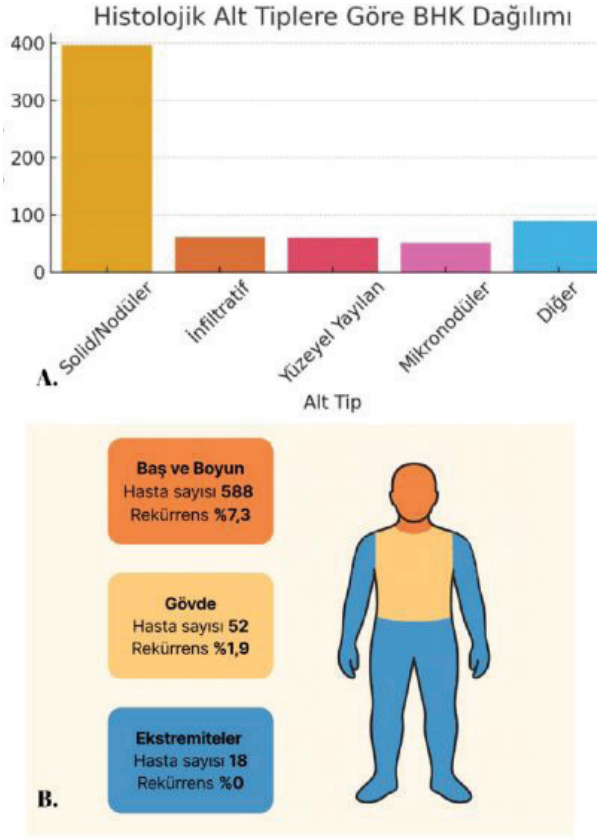
3. Yan F, Schmalbach CE. Updates in the Management of Advanced Nonmelanoma Skin Cancer. Surg Oncol Clin N Am. 2024 Oct;33(4):723-733. doi: 10.1016/j.soc.2024.04.006. Epub 2024 Jun 5. PMID: 39244290.

4.Nguyen TH, Ho DQ. Nonmelanoma skin cancer. Curr Treat Options Oncol. 2002 Jun;3(3):193-203. doi: 10.1007/s11864-002-0009-0. PMID: 12057065.

5.Cohen PR, Schulze KE, Nelson BR. Basal cell carcinoma with mixed histology: a possible pathogenesis for recurrent skin cancer. Dermatol Surg. 2006 Apr;32(4):542-51. doi: 10.1111/j.1524-4725.2006.32110.x. PMID: 16681663.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli Karsinom, anatomik lokalizasyon, histoloji alt tip, tümör çapı, sınır genişliği, rekürrens

Histolojik Alt Tiplere Göre Bazal Hücreli Karsinom Dağılımı ve Anatomik Lokalizasyonlara Göre Rekürrens Oranlarını Gösteren Resim



A.Histolojik Alt Tiplere Göre Bazal Hücreli Karsinom Dağılımı
B.Anatomik Lokalizasyonlara Göre Rekürrens Oranları

SB-032

Hidradenitis Suppurativada Cerrahi Sonuçlar, Nüksü Etkileyen Faktörler ve Nadir Malignite Gelişimi: 3 Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Abdulah Yavuz, Merdan Serin, Hikmet Can Doğruel, Ragıp Ruhat Balık, Cem Yılmaz, Fatma Kilvan Cançi, Muhammed Mustafa Demirok, Deniz Arjen Baran, Haydar Perdeci, Dilara Sabur
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Hidradenitis suppurativa (HS), özellikle intertriginöz bölgeleri tutan kronik, tekrarlayıcı ve ağrılı bir inflamatuvar deri hastalığıdır Tedavi algoritması içinde medikal tedavilere dirençli veya ileri evre olgularda cerrahi yaklaşımlar öne çıkar

Amaç:

Bu çalışmada hidradenitis suppurativa (HS) nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda tercih edilen cerrahi tekniklerin etkinliği, komplikasyon ve nüks oranları ile nadiren gözlenen malignite gelişimi retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem:

2021–2024 yılları arasında kliniğimizde HS tanısıyla opere edilen 42 hasta ve 57 cerrahi girişim retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, Hurley evresi, cerrahi yöntem, nüks durumu (aynı veya farklı anatomik bölgede), komplikasyonlar, VAC kullanımı, yatış süresi ve histopatoloji sonuçları analiz edildi. Nüks, 12 ay içinde apse/fistül oluşumu ile tanımlandı. Sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için Ki-kare testi uygulandı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular:

Hastaların %78.6'sı erkek, %21.4'ü kadındı. Ortalama yaş 37.9 ± 10.8 yıl idi. %45'i fazla kilolu (BMI >25), %66.7'si aktif sigara içicisiydi. Hastaların %78.9'u Hurley Evre III'tü. %28.6'sında pilonidal sinüs öyküsü mevcuttu. Ortalama defekt alanı 96.8 cm^2 idi.

Cerrahi teknik ve yatış süresi: Aksiller yerleşimli hastalarda en sık Limberg flebi (%64.7), gluteal yerleşimlilerde STSG (%50.0) tercih edildi. Gluteal hastalarda ortalama yatış süresi 13.5 gün, aksiller olgularda ise 2.4 gündü ($p=0.0177$). VAC tedavisi 4 hastada (%7.0) uygulandı; hepsi gluteal yerleşimliydi.

Aynı bölge nüksü:

Limberg flebi uygulanan hastalarda aynı bölge nüks oranı %10.3, primer sütürasyonda %5.9 olarak belirlendi. Rotasyon flebi uygulanan tek hastada nüks %100 idi. STSG, TDAP ve transpozisyon fleplerinde hiç nüks izlenmedi. Sigara kullanımı ile aynı bölge nüksü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p=0.028$). BMI açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0.692$).

Farklı bölge nüksü: Cerrahi teknikler ve demografik değişkenler (sigara $p=0.686$, BMI $p=0.463$, yaş $p=0.474$, cinsiyet $p=0.826$) ile farklı bölge nüksü arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu bulgular, hidradenitis suppurativa'nın multifokal doğasını ve kronik inflamasyonun sistemik etkilerini yansıtmaktadır.

Komplikasyonlar:

8 hastada (%13.8) komplikasyon gelişti. Bunlardan yalnızca biri majör (total flep nekrozu) idi. Komplikasyonlar ile yaş ($p=0.918$), BMI ($p=0.621$), cinsiyet ($p=0.826$) ve sigara kullanımı ($p=0.686$) arasında istatistiksel fark bulunmadı.

Histopatolojik Raporların İncelenmesi:

Çalışmamızda yer alan 42 hastadan birinde (%2.38), histopatolojik inceleme sonucu malignite (skuamöz hücreli karsinom, SCC) saptanmıştır Hasta 66 yaşında erkek, Hurley evre III, gluteal yerleşimli, 25 paket/yıl sigara içicisi ve diyabet hastasıydı. Hastalığın süresi 6 yıl idi. Hidradenitis suppurativa'nın kronik inflamatuar yapısı, özellikle uzun süreli ve tedaviye dirençli olgularda malign dönüşüm riskini artırabilmektedir. Bu nedenle, cerrahi olarak çıkarılan dokuların mutlaka histopatolojik değerlendirmeye tabi tutulması ve malignite yönünden incelenmesi önerilmektedir.

Tartışma:

Bu çalışmada, ileri evre HS olgularının cerrahi tedaviye yönlendirildiği, çoğunun Hurley evre III'te yer aldığı gözlemlenmiştir. Pilonidal sinüs birlikteliği %28.6 olarak saptanmış olup bu oran, UreñaPaniego et al. (2023) ve Wark et al. (2023) çalışmalarında bildirilen oranlarla paralellik göstermektedir [6,7].Bu hastaların daha ağır seyirli, erken başlangıçlı ve ileri evre HS ile ilişkilendiği vurgulanmıştır. Bu birlikteliğin SCC gelişen hastada da bulunması, olası bir fenotipik belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Yatış süresinin gluteal yerleşimli olgularda anlamlı şekilde uzun olması (p=0.0177), literatürde Alharbi et al. (2012) ve Maghsoudi et al. (2018) tarafından bildirilen sonuçlarla uyumludur [8,9]. VAC tedavisinin sadece gluteal ve geniş defektli olgularda uygulanmış olması da Shealinna Ge et al. (2018) ve Stumpfe et al. (2022) gibi çalışmalarla örtüşmektedir [12,13]. Bu yöntem, greft başarısını artırarak iyileşme sürecini kısaltmıştır.

Aynı bölge nüksü açısından elde ettiğimiz %10.3'lük oran, Nweze et al. (2018) ve Harrison & Mudge (1987) gibi serilerle benzerlik göstermektedir [14,15]. Sigara kullanımının nüks ile anlamlı ilişkili bulunması (p=0.028) ve BMI ile ilişki göstermemesi (p=0.692), Shams & Sayed (2025) derlemesiyle tutarlıdır [17].

Komplikasyon oranı (%13.8), Tang et al. (2022) tarafından yapılan meta-analizde bildirilen %11.1'lik oranla yakın olup, cerrahi teknik ve hasta profiline göre değişebilmektedir [16]. Literatürde obezite ve diyabetin komplikasyon riskini artırdığı bildirilse de, bu çalışmada istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

Malignite gelişimi, Martora et al. (2025) ve Gierek et al. (2023) sistematik derlemelerinde %0.5–4.6 arasında bildirilmektedir [18,19]. Bu çalışmadaki oran (%2.38) bu aralığa uygundur. SCC saptanan hastanın ileri yaş, gluteal yerleşim, uzun süreli hastalık, sigara ve diyabet gibi risk faktörlerini taşıması, malignite riski açısından dikkat çekicidir. Literatürde bildirilen SCC vakalarının %94.6'sının gluteal/perianal bölgede ve %97.2'sinin Hurley evre III olması, bulgumuzu desteklemektedir.

Sonuç:

Cerrahi tedavi, ileri evre HS olgularında etkili bir seçenektir. Cerrahi teknik, aynı bölge nüks oranlarını belirgin şekilde etkileyebilir. Gluteal yerleşimli HS olguları, aksiller olgulara göre daha karmaşık seyretmekte ve daha uzun yatış süresi ile VAC gereksinimi göstermektedir. Sigara kullanımı, lokal nüks açısından anlamlı bir risk faktörüdür (p=0.028). HS'ye bağlı malignite riski göz ardı edilmemeli; eksize edilen dokular rutin olarak histopatolojik değerlendirmeye gönderilmelidir. Bulgular, geniş örneklemli prospektif çalışmalarda desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: cerrahi, hidradenitis suppurativa, malignite, nüks, skuamöz hücreli karsinom

66 E, gluteal bölgede 6 yıldır var olan lezyonlarının hidradenit tanısıyla eksizyonu yapılıp histopatolojik incelemede skuamöz hücreli kanser saptanan hastamızın preop ve perop görüntüleri



Cerrahi Tekniklere Göre Aynı Bölge Nüks Oranları

Cerrahi Teknik	Hasta Sayısı	Aynı Bölge Nüks (n)	Nüks Oranı (%)
Limberg Flep	29	3	10.3%
Primer Sütürasyon	17	1	5,9%
STSG	4	0	0%
Diğer Flepler	4	1	%25

SB-033

Dermatoloji Konsültasyonu ile Gelen Hastalarda Ön Tanı ve Kesin Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması

Ahmet Tuncer Taşçı, İbrahim Uğur Budak,
Mehmet Hanifi Başim, Volkan Özel, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Plastik cerrahi, vücut yapısının yeniden yapılandırılması veya estetik amaçlı olarak değiştirilmesi süreçlerini içerirken, dermatoloji ise cilt hastalıkları ve bozukluklarının tanı ve tedavi edilmesinde uzmanlaşmıştır. Bu iki disiplin arasında yapılan konsültasyonlar, hastaların doğru tanı ve tedavi süreçlerini elde etmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sayede malignite şüphesi ile plastik cerrahi konsültasyonlarına yönlendirilen hastalar daha erken tespit edilerek erken dönemde müdahale edilebilmektedir. Ön tanı ve kesin tanı arasındaki ilişki, özellikle multidisipliner yaklaşımın etkinliğini değerlendirmek amacıyla dikkate alınmalıdır. Özellikle cilt lezyonları, tümörleri, nevüsler, ülserler ve kronik yaralar gibi durumlarda dermatolojinin yönlendirmesiyle plastik cerrahiye konsülte edilir. Ancak dermatoloji kliniğinin koyduğu ön tanıların ne kadarının plastik cerrahi veya histopatolojik değerlendirme ile doğrulandığı literatürde sınırlı olarak değerlendirilmiştir (1).

Bu çalışmanın amacı, dermatolojiden plastik cerrahiye yönlendirilen hastalardaki ön tanı ile kesin tanı (klinik, cerrahi veya patolojik) arasındaki uyumu araştırmak; böylece branşlar arası tanı doğruluğunu ve gerekirse eğitime yönelik geri bildirimleri değerlendirmektir.

Materyal-Metod:

Çalışma tipi: Retrospektif/kesitsel çalışma şeklindedir.

Kapsam: 15/10/2023-08/04/2025 tarihleri arasında dermatoloji tarafından plastik cerrahiye konsülte edilen 100 hastayı kapsamaktadır. Veri kaynağı olarak hastane bilgi sistemi, patoloji sonuçları, klinik notlar baz alınmıştır.

Kriterler:

Dahil etme: Dermatoloji tarafından yönlendirilmiş ve plastik cerrahi değerlendirmesi ile işlem yapılan hastalardır.

Dışlama: Eksik kayıt, hastanın takipsiz kalması, işlem yapılmaması durumlarıdır.

Değerlendirilecek değişkenler: Yaş, cinsiyet-Dermatoloji ön tanısı-Plastik cerrahi klinik tanısı-Histopatolojik tanı (varsa)-Tanılar arası uyum: (Tam uyum, kısmi uyum, farklı tanı)

Çalışmada, dermatologların koyduğu ön tanılar ile plastik cerrahlar tarafından onaylanan kesin tanılar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Veriler, istatistiksel analiz için SPSS yazılımı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ki-kare testi ile ön tanı ve kesin tanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelenmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen toplam 100 hastanın yaş ortalaması 41,6 ± 15,2 yıl idi (dağılım: 18–77 yaş). Hastaların %60'ı kadın (n=60), %40'ı erkekti (n=40).

Tanı Uyumu:

•Ön tanı ve kesin tanı uyumlu olan hasta sayısı: 68 (%68)

•Ön tanı ve kesin tanısı farklı olan hasta sayısı: 32 (%32)

Tanı Uyumsuzluğu ile İlişkili Faktörler:

•En sık tanı uyumsuzluğu, yüzeyel yumuşak doku lezyonları olan lipom ve epidermal kist ayrımında görüldü.

•Dermatolojik olarak "malign şüpheli" olarak değerlendirilen 15 hastadan 8'inde histopatolojik inceleme sonucunda benign tanılar konuldu.

Patoloji Bulguları:Eksizyon sonrası histopatolojik değerlendirme tüm olgularda yapıldı.

En yüksek tanı uyumu nedbe dokusu ve epidermal kistlerde görülürken, en düşük uyum malignite şüphesi olan olgularda saptandı.

Tartışma:

Sonuçlar, dermatoloji ve plastik cerrahi arasındaki konsültasyon sürecinin, hastaların tedavi süreçlerini hızlandırabilmek için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (2). Ön tanıların çoğunlukla doğru bir şekilde konulmasına rağmen, kesin tanının kesinleşmesi bazen uzayabilmektedir. İki uzmanlık alanı arasında sağlıklı bir iletişim, yanlış tanı oranlarını azaltabilir ve tedavi süreçlerini optimize edebilir. Eğitim amaçlı bu bulgular dermatoloji ve plastik cerrahi asistanlarına geri bildirim için kullanılabilir.

Dermoskopi (derinin yüzeyel mikroskopik incelemesi) başlıca derideki koyu renkli lekelere tanı koymak amacıyla kullanılan bir dermatolojik muayene yöntemidir. Cilt problemlerini teşhis etmede derinin mümkün olan en iyi görüntüsünü incelemek için, kuvvetli büyütme sistemleri olduğu ve polarize ışığın kullanıldığı sistemlerdir.

Dermoskopi, nevüsleri büyüterek, yüzeyde çıplak gözle görülemeyen detayları doğru bir şekilde görmek için kullanılır. Dermoskopi ile fotoğraflanarak kaydedilen nevüsler, zamanla eski kayıtlarla kıyaslanabilir; böylece, kanser oluşumu öncesi ufak bir değişiklik bile tespit edilebilir, riskli bir değişiklik varsa bunu erkenden tedavi edebilme şansı doğmaktadır. Şüpheli lezyonlarda bir sonraki adım kanseri ekarte etmek veya doğrulamak için bir biyopsi yapılmasıdır.

Mohs cerrahisi (Mohs mikrografik cerrahisi olarak da bilinir), yüksek riskli cilt kanserini çıkarmak için tümörün tamamının çıkarılması için körlemesine geniş güvenlik sınırları kullanmak yerine, dar güvenlik sınırları kullanılarak mikroskop eşliğinde görerek kademeli eksizyonlar kullanılan bir yöntemdir. Çok hassastır. Tümörün görünen kısmından ve etrafındaki deri hücrelerinden başlayarak tümörü katmanlar halinde eksize etmeyi sağlamaktadır. Ardından, kenarlar ve derin kenarlar mikroskop altında incelenir. Cilt kanseri kenarlardan herhangi birine (kenarlara) yayılırsa, cerrah pozitif bölgelerden daha fazla doku çıkaracak ve yeni örneği mikroskop altında inceleyecektir. Bu işlem, tüm kanser çıkarılana kadar devam eder.

Eğer cilt kanserinin yayılma riski söz konusu olursa bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR) veya pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi görüntüleme testleri istenebilmektedir. Bu testler, kanserin vücudun diğer bölgelerine yayılıp yayılmadığını değerlendirmek için kullanılır.

Sonuç:

Plastik cerrahlar ve dermatologlar arasındaki işbirliği, hastaların tedavi edilme süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır. Ön tanı ve kesin tanılar arasındaki farklar, bu disiplinler arasındaki iletişimin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (3). Bu çalışma, sağlık hizmetlerinde daha verimli bir işbirliği sağlanması açısından değerli veriler sunmaktadır. Histopatolojik tanıların rutine dahil edilmesi ve multidisipliner yaklaşımın güçlendirilmesi önerilmektedir.

Referanslar:

1-Smith, J. & Brown, T. (2020). Interdisciplinary Approaches in Aesthetic Medicine. Journal of Plastic Surgery, 45(4), 233-240.

2-Garcia, R. et al. (2021). Bridging Dermatology and Plastic Surgery: The Importance of Collaboration. Dermatologic Clinics, 39(2), 123-135.

3-O'Neill, A. (2019). Diagnosing Skin Conditions: A Dermatologist's Guide for Plastic Surgeons. Aesthetic Surgery Journal, 39(7), 841-848.

Anahtar Kelimeler: Plastik Cerrahi, Dermatoloji, Konsültasyon, Ön Tanı, Kesin Tanı, Hastalar

Deri Kanseri



Ön tanı, kesin tanı karşılaştırılması

1	Ön Tanı	Hasta Sayısı	Uyumlu Tanı(n/%)	Uyumsuz Tanı(n/%)	En Sık Alternatif, Kesin Tanı
2	Epidermal kist	30	24(%80)	6(%20)	Lipom(n=4), Granülom(n=2)
3	Lipom	18	11(%61)	7(%39)	Epidermal kist,nörofibrom
4	Şüpheli malign lezyon	15	7(%47)	8(%53)	Benign Nevüs,Skuamöz karsinom
5	Yara nedbesi/ Skar	12	11(%92)	1(%8)	Keloid
6	Nörofibrom şüphesi	10	5(%50)	5(%50)	Lipom,Fasiyal bant
7	Diğer	15	10(%67)	5(%33)	Kist,Dermal fibrozis

SB-036

Malign Melanom Hastalarında Sentinel Lenf Nodu İşaretlemesi Zamanlamasının Çıkartılan Lenf Nodu Sayısı ile Olan İlişkisinin İncelenmesi: Klinik Deneyimlerimiz

Ahmet Biçer, Kenan Yiğit Yarar, Ayberk Şahin, Yiğit Özer Tiftikçioğlu, Zeyyat Cüneyt Özek, Tahir Gürler
Ege Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB), malign melanom hastalarında tümörün lenfatik yayılımını değerlendirmede altın standart yöntemlerden biridir. Bu çalışmada, SLNB öncesinde yapılan radyonükleer işaretlemenin zamanlamasının, operasyon sırasında çıkarılan sentinel lenf nodu sayısına olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 2020–2025 yılları arasında Ege Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda malign melanom tanısı ile SLNB uygulanan ve patoloji sonucu negatif olarak değerlendirilen 204 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 105'i erkek, 99'u kadındı. İşaretleme zamanına göre hastalar iki gruba ayrıldı: operasyon ile aynı gün işaretleme yapılan grup (n=117) ve operasyondan bir gün önce işaretleme yapılan grup (n=87). Operasyon sırasında çıkarılan sentinel lenf nodu sayıları kaydedildi ve gruplar arası fark Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Aynı gün işaretleme yapılan grupta çıkarılan sentinel lenf nodu sayısı ortalama 3,44±2,34 iken, bir gün önce işaretleme yapılan grupta bu sayı 2,91±2,22 idi. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda iki grup arasındaki fark anlamlı bulundu (U=4232, Z=-2,104, p=0,035). Buna göre, işaretlemenin operasyon günü yapılması çıkarılan sentinel lenf nodu sayısını artırmaktadır.

Sonuç: Malign melanom hastalarında sentinel lenf nodu işaretlemesi ile cerrahi işlem arasındaki zamanlama, operasyon sırasında elde edilen lenf nodu sayısını etkilemektedir. Bulgularımız, aynı gün yapılan işaretlemenin cerrahi etkinliği artırabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda daha geniş örneklemli, prospektif ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: malign melanom, sentinel lenf nodu biyopsisi, radyonükleer işaretleme

SB-037

Modifiye Kessler ve Double Kessler Tekniklerinin Zon 2 Fleksor Tendon Tamirinde Komplikasyon ve Fonksiyonel Sonuçlar Açısından Retrospektif Değerlendirilmesi

Ömer Faruk Akpınar[1], Sema Güven[1], Fatma Merih Akpınar[2], Tuna Taşcan[1], Hayri Ömer Berköz[1]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Fleksor tendon yaralanmaları, el cerrahisinin en önemli ve en zorlu konularından biridir. Özellikle Zone 2 bölgesi, hem flexor digitorum superficialis (FDS) hem de flexor digitorum profundus (FDP) tendonlarının dar bir fibroosseöz tünelden geçtiği ve pulley mekanizmasıyla sıkı ilişkili olduğu için ve cerrahi sonrası komplikasyon riskinin en yüksek olduğu bölge olarak kabul edilmektedir. Bu bölgede yapılan tendon onarımlarında, en sık karşılaşılan sorunlar arasında adezyon gelişimi, tendon kopması, eklem sertliği ve fonksiyonel kayıp yer almaktadır.

Cerrahi onarım tekniklerinin temel hedefi, tendon uçları arasında güçlü bir temas sağlayarak erken dönemde güvenli mobilizasyonu mümkün kılmak ve tendonun gliding fonksiyonunu korumaktır. Bu amaçla geliştirilen yöntemler arasında Modifiye Kessler (2-strand) ve Double Kessler (4-strand) teknikleri, günümüzde en sık kullanılan iki yöntemdir. Modifiye Kessler tekniği basitliği ve düşük dikiş hacmiyle öne çıkarken, sınırlı çekme dayanımı nedeniyle erken aktif mobilizasyona kısıtlı izin vermektedir. Double Kessler tekniği ise daha yüksek dayanım sağlayarak avantaj sunmakta, ancak artan dikiş hacmi adezyon riskini artırabilmektedir. Literatürde, 4-strand ve üzeri tekniklerin fonksiyonel iyileşme açısından daha üstün sonuçlar verdiğini gösteren çok sayıda sistematik derleme ve randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Ancak aynı rehabilitasyon protokolü altında 2-strand ve 4-strand tekniklerin doğrudan karşılaştırıldığı klinik çalışmalar sınırlıdır.

Yöntem

Bu retrospektif çalışma, 2021–2024 yılları arasında kliniğimizde Zone 2 fleksor tendon yaralanması nedeniyle opere edilen 40 hastayı kapsamaktadır. Çalışmaya 18 yaş üzeri, Modifiye Kessler(MK) veya Double Kessler(DK) tekniklerinden biriyle onarılmış ve cerrahi sonrası en az 12 hafta düzenli takip edilen olgular dahil edilmiştir. Eşlik eden kemik, sinir, damar yaralanması veya tendon grefti gerektiren olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

Tüm cerrahiler aynı ekip tarafından, standart cerrahi tekniklerle uygulanmıştır.Postoperatif dönemde tüm hastalara aynı Modifiye Duran protokolü uygulanmış, erken pasif hareketlerden başlayarak haftalara göre ilerleyen aktif fleksiyon ve güçlendirme egzersizleri standart program dahilinde yürütülmüştür. Rehabilitasyon süreci, deneyimli tek bir fizyoterapist tarafından birebir takip edilerek protokolün homojenliği sağlanmıştır.

Değerlendirmelerde Modified Strickland skoru, DASH anketi, VAS ağrı skorları (istirahat, egzersiz, gece) ve el kavrama kuvveti kullanılmıştır. VAS değerlendirmeleri 1., 6. ve 12. haftalarda; DASH ve Modified Strickland skorları ise 6. ve 12. haftalarda, standardize edilmiş klinik koşullarda yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 20'si Modifiye Kessler (MK), 20'si Double Kessler (DK) tekniğiyle opere edilen toplam 40 hasta dahil edilmiştir. Gruplar yaş, cinsiyet, dominant el, yaralanan parmak sayısı ve yaralanma mekanizması açısından benzer özellik göstermiştir. Ortalama yaş MK grubunda 33,2 ± 9,7 yıl, DK grubunda ise 35,1 ± 8,2 yıl olarak bulunmuştur. Yaralanmaların en sık nedeni cam kesisi olup, çoğunlukla dominant elde meydana gelmiştir. Cerrahi müdahale süreleri incelendiğinde en sık uygulama zamanı travmadan sonraki 24–72 saat aralığı olmuş, gruplar arasında anlamlı fark izlenmemiştir. Tüm hastalarda Modifiye Duran protokolüne yüksek uyum sağlanmıştır.

Fonksiyonel değerlendirmelerde, Modified Strickland skorları her iki grupta da 6. ve 12. haftalarda anlamlı artış göstermiştir ($p<0,001$). DK grubunda ortalama skorlar daha yüksek bulunmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (6. hafta: $p=0,365$; 12. hafta: $p=0,210$). Benzer şekilde DASH skorları her iki grupta da anlamlı azalma göstermiştir ($p<0,001$) ve DK grubunda daha düşük ortalama değerler elde edilmiştir; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

VAS ile değerlendirilen ağrı skorları tüm zaman noktalarında anlamlı düşüş göstermiştir ($p<0,001$). Sadece 1. hafta istirahat ağrısında MK grubunun DK grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek skor bildirdiği gözlenmiştir ($p=0,022$). Egzersiz ve gece ağrısı açısından ise anlamlı fark saptanmamıştır. El kavrama gücü, 12. haftada her iki grupta da artmış (MK: 26,7 ± 5,4 kg; DK: 30,2 ± 6,1 kg) olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,145$).

Ek analizlerde, yaş ile egzersiz sırasındaki ağrı düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0,406$; $p=0,009$). Diğer demografik ve klinik değişkenler ile fonksiyonel sonuçlar arasında anlamlı ilişki izlenmemiştir.

Komplikasyonlar açısından, ciddi komplikasyon oranı düşük bulunmuştur.DK grubunda bir hastada dirençli adezyona bağlı PIP kontraktürü gelişmiş ve fizik tedavi sonrası PIP ekleminde 30°'lik kontraktür kalmıştır. MK grubunda üç parmağı aynı seansta onarılan bir hastada, 6. haftada travma sonrası tüm parmaklarda rüptür geliştiği saptanmıştır.MK grubunda bir hasta, şehir dışına taşınması nedeniyle 6. haftadan sonra takiplere devam edememiştir. Bunun dışında yüzeyel yara iyileşmesi gecikmesi ve sınırlı adezyon gibi minör sorunlar gözlenmiş, ancak rehabilitasyon ile başarıyla yönetilmiştir.

Genel olarak her iki teknik de güvenli ve tatmin edici sonuçlar sağlamış; DK tekniği ortalama değerler açısından daha iyi sonuçlar vermesine rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark yalnızca erken dönemde istirahat ağrısında gözlenmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada Zone 2 fleksor tendon yaralanmalarında kullanılan Modifiye Kessler (2-strand) ve Double Kessler (4-strand) teknikleri, aynı cerrahi ekip ve standart rehabilitasyon protokolü altında karşılaştırılmıştır. Bulgularımız her iki tekniğin de tatmin edici fonksiyonel iyileşme sağladığını, ancak Double Kessler tekniğinin yalnızca erken dönemde istirahat ağrısında istatistiksel olarak anlamlı bir üstünlük sunduğunu göstermiştir. Strickland ve DASH skorları ile kavrama gücünde Double Kessler lehine daha yüksek ortalama değerler elde edilse de, bu farklar uzun dönemde anlamlı bulunmamıştır.

Literatürle karşılaştırıldığında sonuçlarımız büyük ölçüde uyumludur. Xu ve ark. (2023) ve Tang ve ark. (2022), 4-strand onarımların biyomekanik olarak daha güçlü olduğunu ve erken mobilizasyona izin verdiğini vurgulamış; Heydari ve ark. (2023) ise fonksiyonel sonuçlarda 4- ve 6-strand teknikler arasında belirgin fark bulmamıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde, Double Kessler daha yüksek ortalama sonuçlar vermiş ancak istatistiksel üstünlük göstermemiştir. Bu bulgu, cerrahi teknik kadar rehabilitasyon protokolünün de iyileşme sürecinde belirleyici olduğunu desteklemektedir.

Komplikasyon oranları düşük olup, yalnızca bir DK hastasında dirençli adezyona bağlı PIP kontraktürü, bir MK hastasında ise travma sonrası çoklu rüptür saptanmıştır. Dy ve ark. (2012)'nin meta-analizinde bildirilen yüksek rüptür oranlarına kıyasla, serimizde cerrahiye bağlı kopma görülmemesi cerrahi ve rehabilitasyon standardizasyonunun önemini göstermektedir. Öte yandan, DK grubunda adezyon gelişimi literatürde vurgulanan potansiyel bir dezavantajın klinik yansımasıdır.

Çalışmamızın güçlü yönleri arasında cerrahilerin tek merkezde aynı ekip tarafından gerçekleştirilmesi ve rehabilitasyonun deneyimli tek bir fizyoterapist tarafından yürütülmesi yer almaktadır. Ancak retrospektif tasarım, sınırlı örneklem ve kısa takip süresi kısıtlılıklarımızı oluşturmaktadır.

Sonuç

Zone 2 fleksor tendon yaralanmalarında hem Modifiye Kessler hem de Double Kessler teknikleri standart rehabilitasyon eşliğinde güvenli ve tatmin edici sonuçlar sağlamaktadır. Double Kessler tekniği erken dönemde daha iyi fonksiyonel kazanım, düşük ağrı ve güçlü kavrama avantajı sunarken, uzun dönem üstünlüğü istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Komplikasyon oranları düşük olup, rüptür travmaya bağlı, adezyon ve kontraktür ise sınırlı sayıda izlenmiş ve konservatif yöntemlerle yönetilmiştir. Bulgular, cerrahi başarının tekniğin yanı sıra rehabilitasyon standardizasyonuna da güçlü biçimde bağlı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Double Kessler, Fleksor tendon onarımı, Fonksiyonel değerlendirme, Modifiye Kessler, Zone 2 yaralanmaları

Strickland, DASH, VAS haftalara göre değerleri

Strickland	DK	MK	*Test değeri	p
	Ort±ss	Ort±ss		
6.Hafta	51,85±16,33	46±23,42	0,916	0,365
12.Hafta	73,7±13,29	67,15±18,69	1,277	0,210
Fark (12H-6H)	21,85±14,63	21,15±15,76	0,146	0,885
*p (Değişim (12H-6H))	<0,001*	<0,001*		

DASH	DK	MK	*Test değeri	p
	Ort±ss	Ort±ss		
6.Hafta	28,6±15	34,1±15,8	-1,129	0,266
12.Hafta	11,35±10,98	14,6±12,36	-0,879	0,385
Fark (12H-6H)	-17,25±11,07	-19,5±13,82	0,568	0,573
*p (Değişim (12H-6H))	<0,001*	<0,001*		

VAS istirahat	DK	MK	*Test değeri	p
	Ort±ss	Ort±ss		
1.Hafta	2,8±2,61	4,95±3,05	-2,395	0,022*
6.Hafta	2,15±2,37	1,4±1,9	1,104	0,277
12.Hafta	0,05±0,22	0,45±1,23	-1,426	0,169

SB-038

Çoklu Parmak Pulpa Defektlerinin Rekonstrüksiyonu İçin Sindaktilize SUPBRA Flebi

Furkan Özdoğan, Mustafa Katırcı, Erkan Yanıkoğlu, Simay Erşahin, Yakup Karabağlı, Aydan Ayşe Köse
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş

Travmatik parmak yaralanmalarında birincil amaç, erken yara örtüsü sağlamak, tendonlar için yeterli kayma yüzeyi sağlamak ve duyusal iyileşmeyi en üst düzeye çıkarırken kontraktürü önlemektir. Bu amaçla geliştirilen lokal fleplerin çoğu boyut olarak sınırlıdır ve donör bölge morbiditesiyle ilişkilidir. İnterpole flepler hasta konforunu önemli ölçüde etkiler ve iki aşamalı prosedürler gerektirir. Serbest flepler ise arterlerin feda edilmesini gerektirmektedir. Sonuç olarak, ana vasküler yapıları koruyan serbest flep seçeneklerine artan bir ihtiyaç vardır. Radyal arterin yüzeyel dalı temel alınarak geliştirilen SUPBRA flebi, bu bağlamda değerli bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda serbest SUPBRA flebi üçüncü ve dördüncü distal falanksların açıkta kalan tendonunu ve kemiğini örtecek şekilde transfer edildi ve rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Son yıllarda dijital pulpa rekonstrüksiyonu için giderek daha popüler hale gelmesine rağmen, çoklu parmak ucu amputasyonlarında kullanımı sınırlı sayıda bildirilmiştir. Bu nedenle çalışmamız, klinik ve cerrahi yaklaşım açılarından literatüre katkı sağlayacaktır.

Olgu Sunumu

58 yaşında erkek hasta, sağ el ezilme yaralanması sonrası üçüncü ve dördüncü parmaklarda pulpa kaybı ve üçüncü parmakta fleksör digitorum profundus (FDP) tendonu ve dördüncü parmakta distal falanks tuft ekspozisyonu ile başvurdu. Amputatlar mevcut değildi. Fizik muayenede tendon hareketleri sağlam, dijital sinir dağılımları boyunca normal duyu ve etkilenen parmaklarda yeterli perfüzyon mevcuttu. Palmar tarafta, Dupuytren hastalığı ile uyumlu, yaklaşık 4 × 1 cm boyutlarında, üçüncü parmağı tutan ve metakarpofalangeal (MCP) ekleme kadar uzanan fibröz bir kordon mevcuttu. Hastanın kronik hepatit B, diabetes mellitus ve 50 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı.

Ameliyat genel anestezi altında gerçekleştirildi. Yaralı parmaklar önce debride edildi, radial arterin yüzeyel palmar dalının (SUPBRA) yerini belirlemek için Doppler ultrason kullanıldı SUPBRA flebinin aksiyel damarını ve deri altı venlerini içerecek şekilde 5*2 cm'lik eliptik şekilli flep tasarlandı. SUPBRA'nın eksplorasyonu ve diseksiyonundan sonra, flep ada flebi şeklinde eleve edildi. Ardından flep, üçüncü ve dördüncü distal falanksların açıkta kalan tendonunu ve kemiğini örtecek şekilde serbest flep şeklinde transfer edildi. Sinir koaptasyonu gerçekleştirilmedi, çünkü girişim için anastomoz bölgesinde yapılan manipülasyon, flepte arteriyel akışın azalmasına neden oldu. Ayrıca, anastomotik gerginliğin artmasını önlemek için Dupuytren kontraktürü tedavi edilmeden bırakıldı.

Post-operatif bakımda asetilsalisilik asit (100 mg/gün), enoksaparin sodyum (6x2500IU/gün), kalsiyum dobesilat (1000 mg/gün) ve dekstran-40 (500 mg/gün) kullanıldı. Hasta yatak istirahatinde tutuldu, uzuv immobilizasyonu, lokal ısıtma ve fleksiyon ateli uygulandı. Sıvı alımı 3000 mL/gün'ün üzerinde tutuldu ve flep perfüzyonu saatte bir izlenerek sık pansuman değişiklikleri yapıldı. Bölünmeden önce, flebi 3. ve 4. parmaklar arasında manuel olarak sıkıştırarak mekanik bir geciktirme prosedürü denendi. Ancak, uygulanan klempin ağırlığı flebin alttaki neovaskülarize yataktan kendiliğinden ayrılmasına yol açtı. Sonuç olarak, geciktirmeden vazgeçildi ve cerrahi olarak doğrudan bölünme gerçekleştirildi. Bölünmenin ardından her iki parmakta yeterli perfüzyon görüldü. Hastanede kalış süresi 27 gündü. DIP ve PIP eklem fleksiyonu sırasıyla 20° ve 70° idi. Başlangıç Strickland skoru 28.6 idi ve bu da kötü dereceye bir sonucu gösteriyordu. Statik iki nokta ayrımı 3. parmakta 4 mm ve 4. parmakta 3 mm ölçüldü. Ancak erken dönem olduğu için bulgular klinik olarak anlamlı kabul edilmemiştir. Taburcu olduktan sonra hastaya fizik tedavi programı uygulandı. Ameliyat sonrası birinci ayda D3 DİP fleksiyonu 45°, PİP fleksiyonu 85°, Strickland skoru 65.7 orta derece; D4 DİP fleksiyonu 40°, PİP fleksiyonu 85°, Strickland skoru 60 orta derece olup ilerleme görüldü.

Tartışma

SUPBRA flebi ilk olarak 1993 yılında Omokawa ve arkadaşları tarafından kadavra çalışmalarıyla tanımlanmış, aynı yıl Kamei ve arkadaşları tarafından klinik uygulaması gerçekleştirilmiştir. Daha sonra Sakai ve arkadaşları, biri sindaktilizasyon içeren dokuz olguluk bir seri yayımlamış; 2009 yılında Lee ve arkadaşları 11 olguluk bir seri sunmuştur. Bu çalışmalarda flep, horizontal olarak distal volar bilek kıvrımından tasarlanmıştır.

SUPBRA, skafoid tüberkülün ulnar tarafından seyreder ve yüzeyel ile derin dallara ayrılır. 2015 yılında Zheng ve arkadaşlarının, başparmak rekonstrüksiyonunda derin dalı ters akımlı ada flebi olarak kullanmasının ardından vertikal flep tasarımları dikkat çekmeye başlamıştır.

Duyusal innervasyon açısından; Omokawa yüzeyel radial siniri (SBRN), Kamei lateral antebrachial kutanöz siniri (LACN) ve Sakai ise median sinirin palmar kutanöz dalını (PCBMN) belirtmiştir. Lee ve arkadaşları ise SBRN ve LACN'nin birbirine çok yakın ve operasyon sırasında ayrımının güç olduğunu, her ikisinin de flebe dahil olabileceğini belirtmiştir. Horizontal tasarımlarda, Lee flebini Sakai'nin tasarımına göre daha radial yerleştirerek bu sinirlerden birini flebe dahil edebilmiştir. Bu sinirlerin innervasyon alanlarının çakışması sayesinde duyusal kaybın azaltılabileceği belirtilmiştir. Buna karşın, PCBMN'in dahil edilmesi durumunda bileğin merkezinde hissizlik gelişebileceği ve bunun daha az tolere edilebilir olduğu belirtilmiştir. Duyusal flep oluşturulurken nöroma oluşumunu engellemek için proksimal sinir uçlarının çevre kaslara nörotize edilmesi önerilmektedir.

Flep tasarımının horizontalden vertikale kaymasıyla birlikte medial antebrachial kutanöz sinirin (MACN) flebe dahil olma olasılığı artmaktadır. Vakamızda karşılaştığımız sinirin, yukarıda bahsi geçen iki sinirden biri olduğunu düşünmekle birlikte, intraoperatif ayrım yapılamamıştır. Vakamızda sinir koaptasyonu yapmadan operasyonu sonlandırdık. Post-op erken dönem ve 1. ay statik iki nokta ayrımı D3 için 4 mm, D4 için 3 mm ve bu, önceki çalışmalardaki ortalama iki nokta ayrımı olan 6-10 mm'den daha iyidir. Ancak postoperatif 1. aydan önce bakılan sonuçlar klinik olarak anlamlı değerlendirilmemiştir

Çalışmamızdaki kaldırılan flebin boyutu 2,5x3 cm idi Mabvuure ve ark. tarafından bildirilen 1,2-3,1 × 3-6 cm'lik ortalama flep boyutuna benzerdi. Postoperatif 1 ay takip yapıldı. SUPBRA'mız daha önceki anatomik çalışmalara benzer şekilde radiyal arterden skafoid tüberkülün 1-2 cm proksimalinde dallanmakta idi ve çapı 1,6 mm arasında olup tanımlanmış ortalama çaplara benzer idi.

SUPBRA serbest fleplerin dezavantajları arasında mikrocerrahi tekniklere ihtiyaç duyulması ve uzun operasyon süreleri bulunmaktadır. SUPBRA serbest flebi son zamanların popüler fleplerinden biri olmasına ve avantajının erken mobilizasyona izin vermesi olmasına rağmen, çalışmamızda edinilmiş sindaktili oluşturarak erken postoperatif mobilizasyonu tersine çevirmiş, işe dönüş süresini uzatmış olabilir. Ayrıca geciktirme işlemi sırasında flebi boğmak için kullandığımız klempin ağırlığının flebi ayırması geciktirmenin zor olduğunu göstermektedir Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri de takip süresinin nispeten kısa olmasıdır. Ancak, çalışmamızda, önceki çalışmalarda belirtilen defekt yeri, boyutlar, sağkalım, donör saha kapanması, nöral koaptasyon detayları, statik

ve/veya hareketli iki nokta ayrımı gibi bir çok toplama kriterleri hakkında bilgi vererek gelecekteki çalışmalar için bir kaynak olmayı amaçladık.

Sonuç

SUBRA flebi, tek bir operasyon alanı ve ana damar yapılarının korunması avantajlarıyla, el rekonstrüksiyonu için ince, esnek ve güvenilir bir kılsız deri çözümü sunmaktadır. Genellikle parmak ucu amputasyonlarında kullanılsa da, birden fazla bitişik parmağı içeren defektlerde kullanımına dair raporlar sınırlıdır. Bu vaka, bu tür karmaşık rekonstrüksiyonlarda kullanımını destekleyen giderek artan literatüre katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: pulpa, sindaktilize, supbra

Sindaktilize SUPBRA Flebi



1. Görsel: Yaralanma sonrası sol el 3. ve 4. parmak pulpa defekti 2. Görsel: Sindaktilize serbest SUPBRA Flebi 3. Görsel: Ayırma sonrası post-op 1. ay

SB-039
Üst Ekstremite Rekonstrüksiyonlarında Lokorejyonel Perforatör Flep Kullanımı

Semih Bağhaki, Batu Özlüşen, Fadile Aydoğan, Refia Melike Taşlıpınar, Eren Kervancıoğlu, Merve Hürmüz
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Departmanı, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Giriş:

Perforatör flepler, yumuşak doku defektlerinin rekontrüksiyonunda önemli bir seçenek haline gelmiştir. Bu teknik her ne kadar alt ekstremite rekonstrüksiyonlarında giderek daha sık uygulanıyor olsa da, üst ekstremitedeki kullanımlarına ait veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, merkezimizde 2022–2025 yılları arasında üst ekstremitenin farklı topografilerdeki defektlerine uygulanan lokorejyonel perforatör fleplerin sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem:

Çalışmamızda kliniğimizde 2022 Eylül ile 2025 Haziran tarihleri arasında perforatör flep ile rekonstrüksiyon uygulanan üst ekstremite defektleri retrospektif olarak sunulmaktadır. Elektronik hasta kayıtları aracılığıyla hastaların demografik verileri, etiyoloji, defekt lokalizasyonu, kullanılan flep türleri, komplikasyonlar, ek cerrahi ve komorbidite verileri analiz edildi.

Bulgular:

Eylül 2022 ile Haziran 2025 tarihleri arasında toplamda 12 hastaya 13 perforatör flep ile rekonstrüksiyon uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 60 (40-77), %58'i erkek, %42'si kadındı. Uygulanan fleplerin 6'sı klasik perforatör flep, 4'ü perforatör pervane flep, 3'ü ise free-style perforatör flep olarak sınıflandırıldı. Üç olguda radial arter perforatör flebi, iki olguda distal ulnar arter perforatör flebi, iki olguda ulnar arter perforatör pervane flebi, iki olguda freestyle radial arter perforatör flebi, bir olguda dorsal metakarpal arter perforatör pervane flebi, bir olguda lateral kol perforatör pervane flebi, bir olguda posterior interosseus perforatör flebi, bir olguda ise freestyle ulnar arter perforatör flebi uygulandı. Defekt lokalizasyonu en sık ön kol (%66), ardından el (%25) ve fossa cubitalis (%9) olarak belirlendi. Etiyolojik olarak, hastaların %50'sinde malign tümör (malign melanom, nöroendokrin karsinom ve bazal hücreli karsinom), %25'inde benign lezyonlar (granülasyon dokusu ve keratoakantom) ve %25'inde travmatik nedenler (apse ve ülserasyon) saptandı. Tüm fleplerde tam iyileşme sağlandı ve flep başarı oranı %100 olarak kaydedildi. Herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma:

Perforatör fleplerin, özellikle pervane varyantlarının, üst ekstremite rekonstrüksiyonunda güvenli biçimde kullanılabileceğini gösteren çalışma sayısı sınırlıdır. Bizim serimizde, 90°-180° döndürülen pervane flepler dahil olmak üzere hiçbir flep kaybı yaşanmamıştır. Dikkatli cerrahi diseksiyon, uygun hasta seçimi ve perforatörün preoperatif değerlendirilmesi flep başarısı için önem arz etmektedir. Üst ekstremite rekonstrüksiyonunda perforatör fleplerin en büyük avantajı zaten düşük hacimde ve fonksiyonel olarak özelleşmiş kas kitlelerinin olduğu bu bölgede kas kaybına yol açmamasıdır. Bununla birlikte, pervane fleplerde damar bükülmesine bağlı dolaşım bozuklukları teorik bir risk olarak literatürde sıkça tartışılmıştır. Serimizde herhangi bir komplikasyon ya da ek cerrahi gözlenmemiştir. Dolayısıyla, bu flepler üst ekstremite yumuşak doku rekonstrüksiyonunda bir yandan güvenli ve estetik bir seçenek sunarken diğer yandan operasyon süre ve maliyetini azaltabilmektedir. Çalışmamız özellikle perforatör pervane fleplerin güvenli kullanımına dair şüpheleri azaltabilecek nitelikte veriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lokorejiyonel Perforatör Flep, Üst Ekstremite Rekonstrüksiyonu, Yumuşak Doku Defektleri

Hasta ve Cerrahi Detaylar

Hasta Numarası	Yaş	Cinsiyet	Defekt Lokalizasyonu	Tip	Patoloji	Flep	Flep Başarısı	Komplikasyon	Ek Cerrahiler	Sigara	Diyabet	Hipertansiyon	Koroner Arter Hastalığı	Periferik Arter Hastalığı
Hasta 1	67	Erkek	El	Malign	Nöroendokrin Karsinom	Ulnar Arter Perforatör Pervane Flebi	1	0	0	0	1	1	1	1
Hasta 2	47	Kadın	El	Travma	Ülserasyon ve Apse	Dorsal Metakarpal Arter Perforatör Pervane Flebi	1	0	0	0	1	1	1	1
Hasta 3	77	Kadın	Ön Kol	Benign	Keratoakantom	1)Free-style Ulnar Arter Perforatör Flep 2)Free-style Radial Arter Perforatör Flep	1	0	0	1	0	1	1	0
Hasta 4	70	Erkek	Ön Kol	Malign	Malign Melanom	Ulnar Arter Perforatör Pervane Flebi	1	0	0	0	1	0	0	0
Hasta 5	77	Kadın	Fossa Cubitalis	Travma	Ülserasyon ve Apse	Lateral Kol Perforatör Pervane Flebi	1	0	0	1	0	1	1	0
Hasta 6	73	Erkek	Ön Kol	Malign	Malign Melanom	Radial Arter Perforatör Flebi	1	0	0	0	0	0	0	0
Hasta 7	71	Erkek	El	Malign	Bazal Hücreli Karsinom	Distal Ulnar Arter Perforatör Flebi	1	0	0	0	1	1	0	0
Hasta 8	53	Erkek	Ön Kol	Travma	Ülserasyon ve Apse	Radial Arter Perforatör Flebi	1	0	0	0	0	0	0	0
Hasta 9	52	Erkek	Ön Kol	Benign	Granülasyon Dokusu	Free-style Radial Arter Perforatör Flebi	1	0	0	0	0	0	0	0
Hasta 10	50	Kadın	Ön Kol	Benign	Kompaund Nevüs	Radial Arter Perforatör Flebi	1	0	0	0	1	1	0	0
Hasta 11	40	Erkek	Ön Kol	Malign	Malign Melanom	Posterior Interosseus Perforator Flebi	1	0	0	0	0	0	0	0
Hasta 12	45	Kadın	Ön Kol	Malign	Malign Melanom	Distal Ulnar Arter Perforatör Flebi	1	0	0	0	0	0	0	0

SB-040

Elde Kitle Nedeniyle Başvuran Pediatrik Hastalarda Tedavi Yaklaşımlarımız:

Mahmut Can Karatoprak, Aslı Odabaşı, Feryal Tunç, Muhammed Altuğ, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Giriş:

Pediatrik yaş grubunda elde ortaya çıkan kitleler, klinik prezentasyon, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları açısından erişkinlerden belirgin farklılıklar gösterir. Çocuk hastalarda kitlelerin genellikle ağrısız, yavaş büyüyen ve iyi huylu olması, tanı sürecini geciktirebilir (1). Ancak bazı olgularda hızlı büyüme, fonksiyon kaybı veya kozmetik kaygılar nedeniyle cerrahi müdahale gerekebilmektedir. Bu bağlamda, çocuk hastalarda el bölgesinde karşılaşılan kitlelere yönelik sistematik ve dikkatli bir yaklaşım, doğru tanı ve etkili tedavi açısından büyük önem taşır.

Amaç-Yöntem:

Bu çalışmada, kliniğimizde takip ve tedavi edilen pediatrik el kitlelerine yaklaşımımızı, cerrahi endikasyonlarımızı ve sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.01.01.2023 – 01.04.2025 tarihleri arasında el bölgesinde kitle tanısıyla kliniğimizde başvuran 0–18 yaş arası hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik bilgileri, kitle tipi, görüntüleme yöntemleri, uygulanan tedavi ve patoloji sonuçları incelendi.

Bulgular:

Toplamda 45 pediatrik hasta(25 erkek, 20 kadın) değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 8.8 yıl idi (min:6 ay, max:17 yaş). En sık görülen kitleler sırasıyla ganglion kistleri, lipomlar ve vasküler malformasyonlardı. Hiçbir hastada birden fazla kitle yoktu. 9 kitlenin parmaklarda, 20 kitlenin el dorsalinde, 16 kitlenin avuç içinde yerleştiği gözlendi. Görüntülemede en sık kullanılan yöntem ultrasonografi, ardından MRI idi. Hastaların usg sonucunda vaskülarite kodlanıyorsa eğer renkli doppler usg veya ileri inceleme açısında mrı tetkikleriyle beraber radyoloji görüşüyle birlikte multidisipliner yaklaşmayı tercih ettik. 35 hastaya cerrahi eksizyon uygulandı. Patoloji sonuçları ile klinik ön tanılar büyük ölçüde uyumluydu. Patoloji sonuçları şu şekildeydi: 18 hasta piyojenik granülom, 13 hasta ganglion kisti, 9 hasta lipom, 4 hasta hemanjiom, 1 hasta ostekondrom. Cerrahi sonrası bir hastada parmakta uyuşukluk, iki hastada hematom, 1 hasta da yara yeri dehisansı gözlendi.Cerrahi sonrası komplikasyon oranı düşüktü ve nüks yalnızca 5 hastada gözlendi.

Tartışma:

Pediatrik hastalarda elde kitleler, tanı ve yönetim açısından dikkatli değerlendirme gerektiren lezyonlardır. Bu olguların çoğu benign karakterde olmakla birlikte, bazı durumlarda maligniteyi dışlamaya yönelik tanısal süreçlerin titizlikle yürütülmesi gerekir. Çocukluk çağında, özellikle iletişim sınırlılıkları nedeniyle semptomların göz ardı edilmesi ya da lezyonların geç fark edilmesi sık rastlanan bir durumdur. Bu nedenle, küçük ve asemptomatik kitlelerin bile multidisipliner bir bakış açısıyla değerlendirilmesi önemlidir.

Görüntüleme yöntemleri, cerrahi kararın şekillenmesinde temel belirleyicilerdendir. Yüksek çözünürlüklü ultrasonografi (USG), pediatrik hasta popülasyonunda non-invaziv, hızlı ve radyasyon içermeyen bir yöntem olarak ilk tercihtir. Ancak, derin yerleşimli ya da kompleks anatomik ilişkili kitlelerde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de tercih edilmelidir. MRG, hem yumuşak doku ayrımını hassas biçimde sağlar hem de potansiyel malignite göstergeleri açısından değerli bilgiler sunar. Cerrahi endikasyonlar konusunda tek tip bir algoritma belirlemek zordur. Klinik kararda; lezyonun büyüme hızı, fonksiyonel kısıtlılık oluşturup oluşturmadığı, lokal invazyon bulguları ve aile beklentileri birlikte göz önünde bulundurulmalıdır. Malignite şüphesi, sinir ya da tendon basısı, enfeksiyon veya hızla büyüme eğilimi cerrahi için başlıca göstergelerdir.

Sonuç:

Pediatrik elde kitlelerin tanısında iyi bir fizik muayene, uygun görüntüleme ve multidisipliner yaklaşım büyük önem taşır. Her lezyon cerrahi gerektirmemekle birlikte, seçilmiş vakalarda cerrahi tedavi güvenli ve etkilidir (1-2). Deneyimli ellerde yapılan cerrahi eksizyon, düşük komplikasyon oranları ve yüksek hasta memnuniyeti ile başarılı sonuçlar vermektedir.

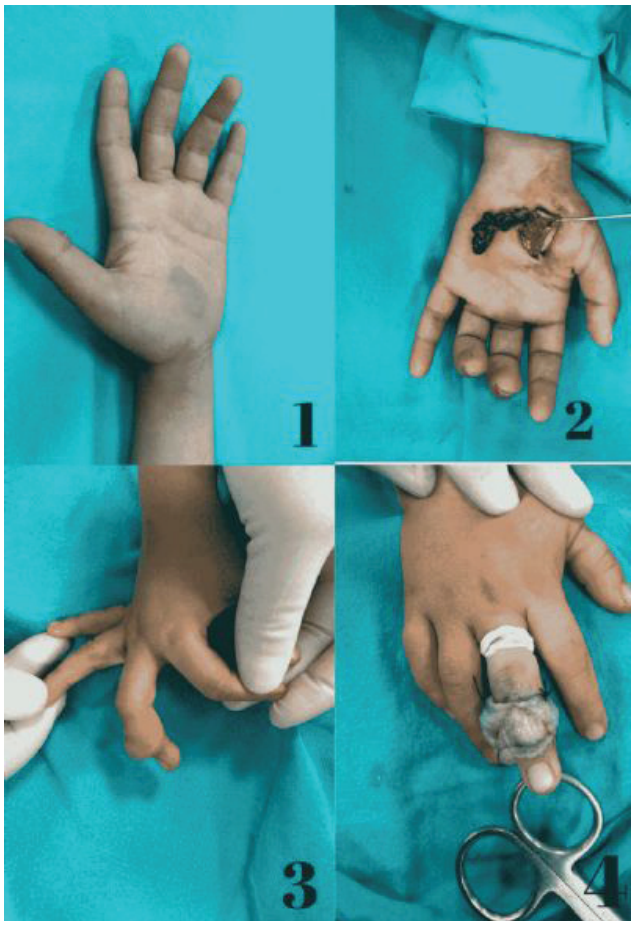
Referanslar:

1- Clinics in Plastic Surgery, 40(3), 399–412.

2- Plastic and Reconstructive Surgery, 126(4), 1403–1411.

Anahtar Kelimeler: El, Kitle, Pediatrik

Pediatrik elde kitle



1- Hemanjiomu olan hastanın pre-op. görüntüleri
2-Hemanjiomu olan hastanın intra-op. görüntüleri
3-Tendon kılıf tümörü olan hastanın pre-op. görüntüleri
4-Tendon kılıf tümörü olan hastanın intra-op.görüntüleri

SB-041

Ayak Polidaktilileri: Basitten Komplekse Cerrahi Teknikler

Ömer Faruk Dilek, Ozan Er, Egehan Güngörmez, Kamuran Zeynep Sevim
1Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç

Ayak polidaktilisi, pediatrik alt ekstremite cerrahisinin en sık görülen konjenital anomalilerinden biri olup, preaksiyalden postaksiyale kadar geniş anatomik varyasyonlar gösterebilmektedir. Sadece dermal komponent içeren basit vakalardan kemik tendon birlikteliği gösterebilen ve bununla birlikte sindaktilinin de eşlik ettiği kompleks vakalara dek uzanan geniş bir spektrumda incelenebilmektedir. Sıklığına rağmen, özellikle estetik sonuçlar, fonksiyonun korunması ve uzun dönem deformite gelişiminin önlenmesi açısından en uygun cerrahi yöntem konusunda literatürde net bir fikir birliği bulunmamaktadır.[1] Bu çalışmada bir çok polidaktili düzeltilmesi vakası uzun dönem sonuçları ile birlikte paylaşılmış ve özellikle litaratürde cerrahi teknik tanımlaması olmayan kompleks polidaktililerin yönetimindeki cerrahi teknik ve tecrübelerimiz paylaşılmıştır.

Materyal ve Metod

2021-2025 yılları arasında kliniğimizde ayak polidaktilisi nedeniyle ameliyat edilen 36 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların %61'i erkek (n=22), %39'u kız (n=14) bireylerdir. Ameliyat yaşı ortalaması 18 ay (6-27 ay) idi. Polidaktililer lokalizasyonlarına göre preaksiyal (n=16), santral (n=5) veya postaksiyal (n=17) olarak, tiplerine göre ise basit(n=22) ve kompleks (n=14) olarak sınıflandırıldı. Basit tipteki vakalara basit parmak amputasyonu(n=5), metatarsal kontur düzeltmesi ile birlikte tam ray rezeksiyonu (n=6) ve lokal yumuşak dokunun rekonstrüksiyonu ile birlikte kama eksizyon teknikleri(n=11) uygulanırken kompleks vakalara (n=14) ise polidaktilinin tipi, mahiyeti ve korunması planlanan parmaklara göre her vakaya ayrı bir cerrahi planlama yapıldı (Resim 1a). Örneğin, sindaktili eşlik eden vakalarda (n=11) dorsal deri flebi planlaması tek bir parmağın tamamına örtecek büyüklükte yapılarak greft uygulamasının sadece bir parmak ile sınırlandırılması amaçlandı. Böylelikle deri örtümü için her iki parmakta birden fazla sayıda ve küçük ebatta greftler kullanmak yerine tek bir parmakta tek bir büyük ebatta greft uygulaması yapılarak komplikasyon riskinin azaltılması hedeflendi. Bununla birlikte deformitenin mahiyetine göre tenoplasti(n=8) ve artroplastiler (n=7) de eklendi (Resim 1b). En az 6 ay takip süresi olan hastalarda POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale) skoru ile skar kalitesi değerlendirmesi ve rezidüel deformite değerlendirildi.[2]

Bulgular ve Tartışma

Basit tipteki vakalarda 5 hastada enfeksiyona bağlı sütur açılması izlendi. Pansuman ile takip edilerek sekonder iyileşme izlendi. Basit tipte amputasyon yapılan 2 hastada parmakta şekil bozukluğu izlendi. Kompleks olgularda 1 hastada enfeksiyona bağlı parsiyel greft kaybı izlendi. Antibiyoterapi ve pansuman ile takip edilerek sekonder iyileşme izlendi. Bulgularımız, basit amputasyonun teknik olarak kolay ve hızlı olmasına rağmen özellikle postaksiyal olgularda daha yüksek rezidüel deformite ve daha zayıf kozmetik sonuçlarla ilişkili olduğunu gösterdi. Metatarsal kontur düzeltmesi ile yapılan ray rezeksiyonu, daha iyi parmak hizalanması sağlamış, parmak açılma deformitesini ve rezidüel çıkıntıyı azaltmış ancak daha uzun ameliyat süresi ve cerrahi zorluklar getirmiştir. Hafif iskelet tutulumu olan olgularda ise kama eksizyonu ve lokal doku rekonstrüksiyonu daha iyi estetik sonuçları vermiş ve basit

tipteki vakalar arasında en yüksek bulunmuştur. Tendon ve eklem komponenti içeren kompleks olgulara yönelik yapılan tenoplasti ve artroplasti işlemleri ile daha fonksiyonel sonuçlar elde edilmesi ile birlikte tatmin skorları oldukça yüksek bulunmuş olup rezidüel deformite izlenme oranı düşüktür. Kompleks vakalarda hasta bazlı cerrahi planlama postoperatif sonuçlara doğrudan etki etmiştir. Sindaktilinin eşlik ettiği hiçbir vakada web daralması gözlenmemiştir. POSAS skoru üzerinden bir değerlendirme yapıldığında; basit parmak amputasyonu yapılan hastalarda ortalama 38,2, metatarsal kontur düzeltilmesi ile tam ray rezeksiyonu yapılan hastalarda ortalama 34,7, lokal yumuşak doku rekonstrüksiyonu ile birlikte kama eksizyonu yapılan hastalarda ortalama 26,9, kompleks polidaktili hastaları olan çalışma grubumuzda ise ortalama 25.7 olarak izlendi. Düşük POSAS skoru skar izinin ve kalitesinin normal cilde yakın olduğunu gösterdiği için [2] kompleks vakalarda yapılan hasta bazlı yaklaşım ile normal cilt kalitesine yakın bir sonuç izlendiği görülmüştür. Tüm gruplarda, 2 yaşından önce yapılan cerrahilerde skar olgunlaşmasının daha iyi olduğu ve yürüme fonksiyonlarının daha hızlı normalize olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç

Ayak polidaktilisinin cerrahi tedavisinde yaklaşım; polidaktilinin tipi, kemik tutulumu ve estetik beklentilere göre bireysel olarak değişmektedir.[3] Basit amputasyon bazı olgularda yeterli olmakla birlikte deformite riski diğer yöntemlere göre daha yüksektir.[4,5] Ray rezeksiyonu, daha kompleks duplikasyonlarda daha dengeli yapısal sonuçlar sağlamaktadır. Hafif vakalarda kama eksizyonu kozmetik açıdan avantajlı bir seçenek sunmaktadır. [3] Erken cerrahi girişim hem fonksiyonel hem de estetik açıdan daha iyi sonuçlar sağlamaktadır. Özellikle kompleks vakalarda hastanın deformitesine uygun bireysel planlama ile yaklaşmak gereklidir. Aynı zamanda sindaktili komponenti de içeren daha komplike cerrahi işlemler gerektiren polisindaktili vakalarında da hasta bazlı yaklaşım fonksiyonel olarak daha anlamlı sonuçlar ortaya koymaktadır. Anatomik özelliklere göre kişiselleştirilmiş cerrahi planlama, uzun dönem fonksiyonel sonuçları ve hasta-ebeveyn memnuniyetini artırmaktadır.

Kaynakça:

1. Ohashi M, Fujita A, Yoshimura M, et al. Operative technique and management of central foot polydactyly. JPRAS Open. 2022;31:94-100. doi:10.1016/j.jpra.2022.01.008

2. Carrière ME, Mokkink LB, Tyack Z, et al. Development of the Patient Scale of the Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS) 3.0: a qualitative study. Qual Life Res. 2023;32(2):583-592. doi:10.1007/s11136-022-03244-6

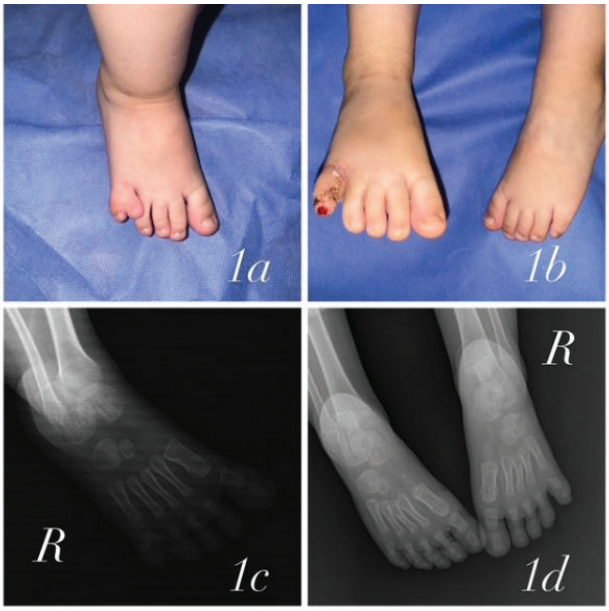
3. Galois L, Delagoutte JP, Mainard D. Polydactyly of the foot: review of 40 cases. Acta Orthop Belg. 2002;68(4):376-381.

4. Ogino T, Ishii S, Ohno H, Takahata S. Central polydactyly of the foot: surgical technique and results. J Pediatr Orthop. 2014;34(3):314-319. doi:10.1097/BPO.0000000000000100

5. Chen SH, Lee YH, Chou YC, et al. Surgical management of central polydactyly of the foot: case series and literature review. JPRAS Open. 2022;33:156-162. doi:10.1016/j.jpra.2022.04.002

Anahtar Kelimeler: polidaktili, konjenital ayak deformiteleri, POSAS

Resim 1



1a: Kompleks tipte polidaktili ayrılması, pre-operatif fotoğrafı 1b: Kompleks tipte polidaktili ayrılması, post-operatif fotoğrafı 1c: Kompleks tipte polidaktili ayrılması, pre-operatif direkt grafisi 1d: Kompleks tipte polidaktili ayrılması, post-operatif direkt grafisi

SB-042

El Bölgesi Volar Defektlerinde Lokal Perforatör Flep Kullanımı

Emrah Kağan Yaşar[1], Atakan Şahiner[1], Ceyhun Uzun[1], Murat Şahin Alagöz[1], Özgür Çakır[2]
[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Perforatör flepler, geleneksel fleplerin yanında mikrocerrahide önemli bir alternatif haline geldiler. Vücudun çeşitli bölgelerinde meydana gelen defektlerin rekonstrüksiyonunda yaygın olarak kullanılan perforatör fleplerin daha az morbidite oluşturması ve defekte spesifik tasarlanabilmeleri tercih edilmelerinde başlıca nedenlerdendir. [1] Bunlara ek olarak, dokunun benzer dokuyla onarımı hem görsel hem de fonksiyonel açıdan rekonstrüksiyonun temel amaçlarından biri olmakla birlikte, perforatör flepler bu noktada önemli avantaj sağlamaktadır.

Perforatör damarların anatomisini bilmek defekte yakın, doku uyumunu arttıran ve ana damar sakrifikasyonu gerektirmeyen fleplerin tasarlanmasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle perforatör damarların lokalizasyonu ve seyrini ortaya koymak amacıyla çeşitli anatomik çalışmalar yapılmıştır.[2] Bu çalışmalar sayesinde el gibi donor saha bakımından zayıf vücut bölgelerinden de defekt için ideal perforatör fleplerin uygulanması mümkündür.

Materyal-Metod: El bölgesi volar yüzde elektrik yanığına bağlı açık yaranın kapatılması ve kontraktür açılması gibi nedenlerle opere edilen yaşları 11 ila 60 arasından değişen 5 hastada lokal perforatör flep uygulanmıştır. 2 hastada

defekt 1. web aralığında bulunurken, 1 hastada distal hipotenarda, 1 hastada midpalmar bölgede ve 1 hastada 1. parmak fleksör zone 2' de bulunmaktaydı. Bütün hastalarda defektin rekonstruksiyonu için palmar bölgede, defekte yakın bulunan perforatör damar temel alınarak oluşturulan flepler tercih edilmiştir. Özellikle yanık gibi etiyolojisinde ciddi yaralanma bulunan hastalarda anatomik yapılarda harabiyet ve perforatör damarlarda kalıcı hasar sıklıkla meydana gelmektedir. Bu hastalarda perforatör damarlarda travmaya bağlı meydana gelebilen olası hasarı ekarte edebilmek ve defekte en yakın sağlıklı perforatörün işaretlenmesi için Renkli Doppler Ultrasonografi operasyon öncesinde kullanılmıştır [3].

Cerrahi Teknik: Cerrahi işlem sırasında daha önce Renkli Doppler Ultrasonografi ile işaretlenen defekte yakın sağlıklı perforatör damar pivot nokta olacak şekilde, defektin boyutlarına ve rotasyon arkına uygun flep dizayn edilir. Donor sahanın primer sutürasyon ile kapatılması amaçlanmaktadır. Bu nedenle donor sahanın genişliği "pinch" testi ile kontrol edilir. Kas fasyası üzerinden yapılan diseksiyon sırasında perforatör damar görülür fakat venöz dönüşü engellememek adına skeletonize edilmez. Perforatör damarın serbestlenmesinin ardından flep sınırlarından ayrılır. Flebin defekte uygun rotasyon arkı sağlandıktan sonra, adaptasyonu sağlanır.

Vaka Örneği:Bilinen herhangi bir ek hastalığı olmayan 34 yaşındaki erkek hasta, iş yerinde elektrik yanığına maruz kalmasından iki hafta sonra başvurdu. Fizik muayenede sol başparmağın proksimal falanks düzeyinde 2 x 3 cm'lik kemik ekspoze açık yara tespit edildi. Dokunun rekonstrüksiyonu için defekte en yakın perforatörün yeri Renkli Doppler Ultrasonografi yardımıyla işaretlendi ve donör saha morbiditesini en aza indirmek için tenar kabarıklık donör saha olarak seçildi. 1.5 x 4.5 cm boyutunda flep, uygun rotasyon arkı sağlandıktan sonra defekte adapte edildi. Operasyon sonrasında yara iyileşmesine katkı sağlamak adına 1 hafta kısa kol atel uygulandı. 2. haftada süturler alındı.

Sonuç: Postoperatif takipte 3:1 oranında kaldırılan fleplerde arteriyel veya venöz dolaşım problemi görülmedi. Sadece 1 hastada 4:1 oranında kaldırılan flep distalinde 1x1 cm'lik bir alanda yüzeyel nekroz saptandı. Debridman sonrası kol medialinden alınan FTSG ile onarım yapıldı. Hastaların motor veya duyusal fonksiyonlarında herhangi bir azalma saptanmadı.

Tartışma: El, vücutta travmaya en yatkın bölgelerden biridir ve kavrama, tutma gibi kendine özgü işlevlere sahiptir. Bu bölgede kemik, tendon veya damar gibi yapıların açığa çıktığı yaralanmalarla sıklıklı karşılaşabilmekteyiz. El bölgesindeki onarımlarda greft, biyomateryaller gibi çeşitli alternatifler olsa da özellikle bu hayati yapıların açığa çıktığı durumlarda, kendi beslenmesi olan dokularla onarım önem arz etmektedir.

Elin rekonstrüktif cerrahisindeki temel amaçlardan biri, el fonksiyonunu korumaktır. Bu hedefe ulaşırken, doku uyumunu artırmak için benzer dokuların kullanılması ve majör damar feda edilmesi gibi donör saha morbiditesinden kaçınılması da diğer önemli hedeflerdir. Eldeki birbirine bağlı zengin kutanöz perforatörler sayesinde, damar beslenmesi perforatörler aracılığıyla sağlanan intrinsik el fleplerinin kullanımı, güvenli lokal fleplerin tasarlanmasında popüler hale gelmiştir[4]. Bu fleplerin başarısı, tasarlanan flebe yeterli damarlanmayı sağlayacak perforatör damarların dâhil edilmesi ve uygun rotasyon arkı sağlayarak gergin olmayan bir onarıma bağlıdır. Elin perforatör anatomisinin bilmek, defekte uygun konum ve boyutta flepler tasarlamasına, minimum morbidite ile maksimum cerrahi fayda sağlamasına olanak tanır. Rotasyon, ilerletme ve ada flepleri gibi lokal fleplerin yanı sıra defekte göre şekillendirilen serbest flepler de güvenli bir şekilde uygulanabilir. Bu çalışmada 3:1 oranında uygulanan perforatör temelli ada fleplerinde herhangi bir arteryel ve venöz yetmezlik ile karşılaşılmamıştır. 4: 1 oranında uygulanan perforatör flep distalinde ise yüzeyel nekroz saptanmıştır. El bölgesindeki perforatörlerin anjiyozom alanları ile ilgili ileri çalışmalarla bu flepleri daha güvenli bir şekilde uygulamak mümkün olacaktır.

Referanslar

1- Prasetyono TOH, Menna C. Cutaneous Perforators and Their Clinical Implications on Intrinsic Hand Flaps: A Systematic Review. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022 Apr 22;10(4). doi: 10.1097/GOX.0000000000004154.

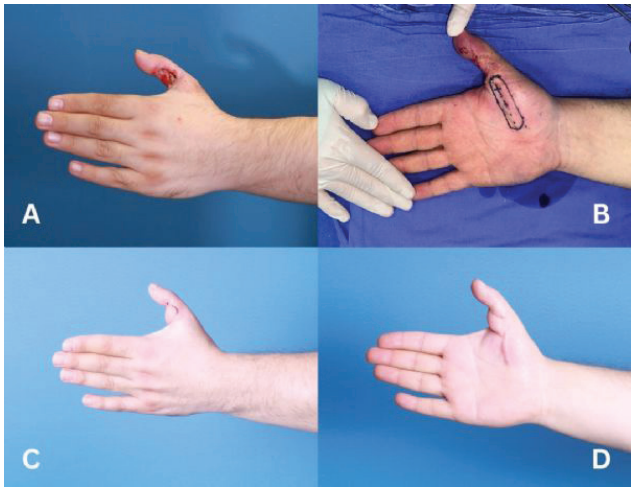
2- Alagoz S,Uysal A, Sahiner A, Tuccar E, Orbay H, Comert, A, Tekdemir I, Uzun C, Yilmaz M, Cinar B, HAND PERFORATORS: AN ANATOMICAL STUDY. Plastic and Reconstructive Surgery ():10.1097/PRS.0000000000012063, March 14, 2025. | DOI: 10.1097/PRS.0000000000012063

3-Chim H, Nichols DS, Chopan M. Ultrasound for Perforator Mapping and Flap Design in the Hand and Upper Extremity. J Hand Surg Am. 2023 Jun;48(6):595-601. doi: 10.1016/j.jhsa.2022.12.003.

4- Akita S, Kuroki T, Yoshimoto S, Rikihisa N, Satoh K. Reconstruction of a fingertip with a thenar perforator island flap. J Plast Surg Hand Surg. 2011 Dec;45(6):294-9. doi: 10.3109/2000656X.2011.634549.

Anahtar Kelimeler: El cerrahisi, Perforatör flep, Lokal flep, Yanık, Kontraktür

Vaka örneği



Perforatör flep kullanılarak yanık sonrası defektin rekonstrüksiyonu. A: Sol başparmağın proksimal falanksında yaklaşık 2×3 cm boyutlarında, kemiğin açıkta olduğu bir açık yara. B: Doppler ultrason kullanılarak en yakın perforatörün tespiti ve flep tasarımının işaretlenmesi. C-D: Ameliyat sonrası ikinci ayda çekilen fotoğraflar.

Perforatör flep ile onarım yapılan hastalar

Hasta	Cinsiyet	Yaş	Defekt Bölgesi	Donor Saha	Flep Boyutu	Komplikasyon
1	E	60	1. Web aralığı	2. Web aralığı	1*3 cm	Yok
2	K	23	Distal hipotenar bölge	Proksimal hipotenar bölge	1*4 cm	Flep distalinde yüzeysel nekroz
3	E	11	Midpalmar bölge	Midpalmar bölge	2*3 cm	Yok
4	E	35	1. Parmak fleksör zone 2	Tenar bölge	1.5*4.5 cm	Yok
5	E	22	1. Web aralığı	Tenar bölge	1.5*4.5 cm	Yok

Perforatör flep ile onarım yapılan hastalar

SB-043
El Parmak Dorsal Defektlerinde Rekonstrüksiyon Çeşitleri

Ali Haydar Cinbaş, Volkan Özel, Mahmut Can Karatoprak, Bilal Çakır, Serkan Erbatur

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

El parmaklarının dorsal yüzeyindeki defektler, el travmalarının yaklaşık %15-20' sinde görülmektedir. Bu defektler sıklıkla iş kazaları, yanıklar, enfeksiyonlar ve malign tümör rezeksiyonları sonrası ortaya çıkar [1,2]. Parmakların dorsal yüzü tendon, kemik ve sinir yapıları açısından oldukça kompleks olduğundan, bu bölgede oluşan kayıplar hem fonksiyonel hem de estetik yönden ciddi sorunlara neden olabilir. Türkiye' de yapılan ulusal el cerrahisi istatistiklerine göre, el yaralanmalarının %18' i parmak dorsal yüzey rekonstrüksiyonunu gerektirmektedir [3]. Özellikle endüstriyel kazalara bağlı yaralanmaların artması, bu tür rekonstrüksiyonlara olan ihtiyacı giderek arttırmaktadır. Defektlerin büyüklüğü genellikle 1 cm^2 ile 10 cm^2 arasında değişmekte olup, derinliği arttıkça komplikasyon riski ve fonksiyon kaybı da paralel şekilde artış göstermektedir. Plastik cerrahinin temel amacı, parmak hareketliliğini, duyu bütünlüğünü ve kozmetik görünümü koruyarak olabildiğince normal anatomik yapıyı yeniden sağlamaktır. Bu hedef doğrultusunda lokal, uzak ve mikrovasküler serbest flepler gibi çeşitli rekonstrüksiyon teknikleri geliştirilmiştir.

Yöntem

Bu çalışma, 05.03.2022–05.03.2024 yılları arasında kliniğimizde el parmak dorsal defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulanan farklı flep yöntemlerini retrospektif olarak değerlendirmektedir. Çalışmaya 19 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 37,4 yaş olup (22–61 yaş aralığı), 14' ü erkek (%73,7), 5' i kadındır (%26,3). Tüm hastalarda defekt boyutu, derinliği, lokalizasyonu, kullanılan flep tipi, operasyon süresi, erken ve geç komplikasyonlar ile fonksiyonel estetik sonuçlar analiz edilmiştir.

Flep Tipleri ve Dağılımları:

- FDMA (First Dorsal Metakarpal Arter) Flebi: 7 hastada kullanılmıştır (%36,8). Özellikle başparmak distalinde volar ve dorsal yüzde ve işaret parmak arasındaki duyusal alanlarda, orta büyüklükteki defektler için uygundur [4].
- Groin Flep: 5 hastada uygulanmıştır (%26,3). Geniş yüzeyli ve derin defektlerde kullanılmış; cerrahi süresi uzun olmasına rağmen komplikasyon oranı düşüktür [5].
- Reverse Cross Finger Flebi: 3 hastada tercih edilmiştir (%15,8). Tendon ve kemik ekspozisyonu olan hastalarda komşu parmak dokusundan alınan bu flep ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir [4].
- Quaba Flebi: 2 hastada uygulanmıştır (%10,5). Küçük parmak proksimalinde yerleşimli ve yüzeyel defektlerde kullanılmış, donör alan morbiditesi minimal bulunmuştur [4].
- Reverse Radial Ön Kol Flebi: 2 hastada (%10,6) radiyal arter temelli pediküllü bu flepgeniş fakat ince doku gerektiren defekt için kullanılmıştır [5].

Tüm ameliyatlar genel veya rejyonel anestezi altında gerçekleştirilmiş olup, cerrahi öncesi doppler ultrasonografi ve BT anjio ile vasküler haritalama yapılmıştır. Flep inserte edilmesi sonrası viabilite düzenli aralıklarla kontrol edilmiş, gerekli durumlarda revizyon uygulanmıştır.

Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 3,6 gün olarak kaydedilmiştir. Komplikasyon oranı %10,5 olup, yalnızca 2 hastada parsiyel nekroz ve yüzeyel enfeksiyon gelişmiştir. Genel flep sağkalım oranı %94,7 olarak bulunmuştur. Tüm hastalarda postoperatif dönemde erken rehabilitasyon protokolü uygulanmış ve fonksiyonel geri dönüşler 6 hafta içerisinde başlamıştır.

Bulgular ve Tartışma

Lokal fleplerin sağkalım oranı literatürde %85–95 arasında değişirken, serbest fleplerin bu oranı %90' ın üzerindedir [4,5]. FDMA ve reverse cross finger flepleri lokal olarak sık tercih edilen seçenekler arasında olup, özellikle hızlı uygulama süresi ve minimal komplikasyon riski ile öne çıkmaktadır. Quaba flebi ise küçük defektlerde estetik açıdan avantajlı bir yöntemdir. Groin gibi uzak flepler, özellikle büyük doku kayıplarında altın standart olmasa da etkili çözümler sunar. Groin flebin dezavantajları arasında hareketsiz kalma süresi ve estetik açıdan kalın doku transferi yer alsa da, mikrovasküler anastomoza ihtiyaç duymaması nedeniyle tercih edilebilir. Hastaların çoğunda estetik görünümden çok fonksiyonel sonuçlar ön planda tutulmuş; el kavrama gücü, parmak fleksiyon/ekstansiyon açısı ve duyu geri kazanımı açısından değerlendirme yapılmıştır. 3 aylık takiplerde, hastaların 15' inde fonksiyonel tatmin düzeyinin yüksek olduğu, 12' sinde ise kozmetik sonuçların hasta memnuniyetiyle örtüştüğü saptanmıştır.

Sonuç

El parmak dorsal defektlerinin onarımı, defektin büyüklüğü, derinliği ve yerleşimine göre değişiklik gösterir. 2022–2024 yılları arasında yapılan 19 vakalık serimizde en sık tercih edilen flep FDMA (%36,8) olurken, komplikasyon oranı düşük, sağkalım oranı ise yüksektir (%94,7). Mikrocerrahi tekniklerin gelişimi ve rehabilitasyon protokollerinin erken başlatılması, fonksiyonel iyileşme sürecini hızlandırmıştır. Doğru hasta seçimi, uygun flep planlaması ve multidisipliner yaklaşım, başarılı bir rekonstrüksiyonun temel taşlarını oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. Kose O, Yucel A. Reconstruction of dorsal finger defects: A review of surgical options. Hand Surg. 2019;24(3):345-352.

2. Chen HC, Tang YB. Free flaps for dorsal finger reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010;126(6):205e-214e.

3. Turkish National Hand Surgery Data Report, 2021.

4. Ozcelik IB, Aköz T. Local flaps in finger reconstruction. J Hand Surg Eur Vol. 2014;39(5):486-494.

5. Wei FC, Mardini S. Free-style free flaps. Plast Reconstr Surg. 2004;114(4):910-916.

Anahtar Kelimeler: quaba, reverse cross finger, groin, reverse radyal ön kol

rekonstrüksiyon çeşitleri



reverse radiyal ön kol fdma groin flep reverse cross-finger flep

SB-044

Pediatrik Mallet Finger Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Mehmet Oğuz, Gökçe Yıldıran, Hande Akdeniz, Zekeriya Tosun

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

Giriş

Mallet finger, parmak ucunun şekil bozukluğu gösterdiği ve etkilenen distal interfalangeal (DİP) eklemin distal falanksı aktif olarak ekstansiyona getirememesiyle karakterize edilen, parmak ucunun fleksiyon pozisyonda kaldığı bir durumdur.Bu tür bir yaralanma, basit bir tendon kopması şeklinde ya da kemik avulsiyonuna bağlı olarak gelişen bir durum şeklinde sınıflandırılabilir.Pediatrik yaş grubunda mallet yaralanmaları, erişkinlere kıyasla daha az görülmektedir.Çocuklarda, terminal tendonun distal falanksın dorsal tabanına yapışma bölgesine kıyasla, fizisin göreceli zayıflığı nedeniyle mallet kırıklarına yatkınlık söz konusudur.

Amaç

Mallet finger pediatrik yaş grubunda nadir görülmekle birlikte, tedavi yaklaşımı ve fonksiyonel sonuçları erişkinlerden farklılık gösterebilir. Bu çalışmada pediatrik mallet finger olgularında uygulanan cerrahi yöntemler, radyolojik açı değişiklikleri ve klinik sonuçlar retrospektif olarak değerlendirildi.

Materyal ve Metod

2010–2025 yılları arasında mallet finger tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan 20 pediatrik hasta incelendi. Çekilen direk grafiler üzerinden distal falanks uzun aksı ile midfalanks uzun aksı arasındaki açı preoperatif ve postoperatif BT/RTG görüntülerinde ölçüldü ve istatistiksel olarak karşılaştırıldı. K tel çekilme süresi kaydedildi.

Bulgular

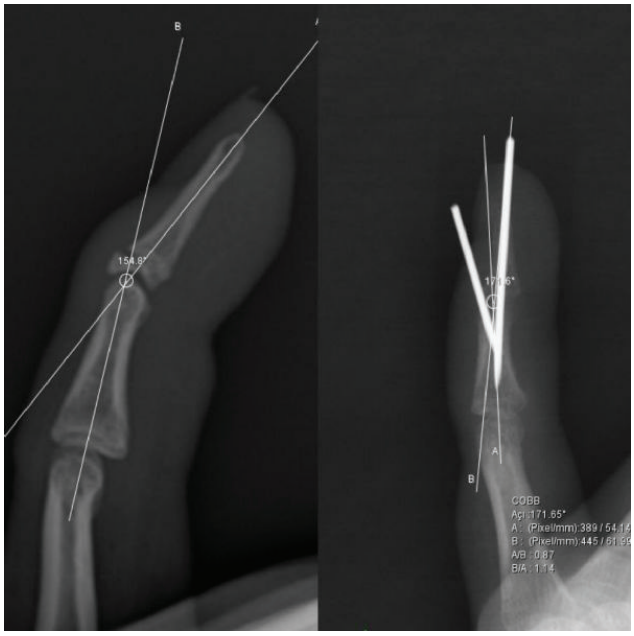
K tellerinin çekilme süresi ortalama 39,85 gün olarak bulundu. Preoperatif açı ortalaması 21,4°, postoperatif açı ortalaması ise 10,4° idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tartışma ve Sonuç

Tendinöz ya da kemik kaynaklı mallet yaralanmaları yetişkinlerde yaygın olmakla birlikte, çocuklarda daha az görülür.Bu yaralanmalarda hem cerrahi hem de cerrahi olmayan tedavilerle mükemmel klinik sonuçlar elde edilmektedir. Pek çok yazar mallet finger yaralanmalarında konservatif tedaviyi savunmaktadır ve karşılaştırmalı çalışmalar, atelleme ile K-teli fiksasyonu arasında işlevsel açıdan klinik olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Ancak, atel kullanımına bağlı uzun süreli rahatsızlık, uyum sorunlarına yol açabilir ve bu da konservatif tedavi planının başarısı için hastaların tedaviye iyi bir şekilde uymasının önemini ortaya koyar. Bu durum özellikle pediatrik hasta grubunda daha da önemli olabilir. Pediatrik mallet finger olgularında cerrahi tedavi ile radyolojik açı değerlerinde anlamlı düzelme sağlanmıştır. Özellikle ekstansiyon blok pinleme ve retrograt K teli kombinasyonunun güvenilir bir yöntem olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: cerrahi, k-tel, mallet finger, pediatrik

Resim 1



Distal falanks uzun aksı ile midfalanks uzun aksı arasındaki preoperatif ve postoperatif açı

SB-045

Üst Ekstremitede Tendon Transferi Gerektiren Olguların Etiyolojik Dağılımı: 20 Yıllık Retrospektif Analiz

Arda Saltaş[1], Fethiye Damla Menkü Özdemir[2], Galip Gencay Üstün[1], Hakan Uzun[1]
[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara
[2]Özel Güven Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç:

Tendon transferi, periferik sinir, kas veya kas-tendon ünitesine ait fonksiyonel kayıpların geri kazanılmasında uzun yıllardır etkinliği kanıtlanmış, fizyolojik prensiplere dayanan bir cerrahi yaklaşımdır. Özellikle motor innervasyonu bozulmuş ancak kas kitlesi korunmuş segmentlerde, fonksiyonel restorasyon sağlama açısından vazgeçilmezdir. Üst ekstremite, günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde temel rol oynadığından burada kazanılan her fonksiyonel birim hastanın yaşam kalitesine doğrudan etki eder. Bu çalışmanın amacı üst ekstremitede tendon transferi uygulanan olgularda etiyolojik dağılımı ortaya koymak, transfer kaslarının seçim algoritmasını ve buna bağlı cerrahi yükleri analiz ederek literatürle karşılaştırmalı bir perspektif sunmaktır.

Yöntem:

Ocak 2003 – Haziran 2024 tarihleri arasında kliniğimizde üst ekstremite disfonksiyonu nedeniyle tendon transferi uygulanan olgular retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların demografik bilgileri, klinik tanıları, cerrahi raporları ve takip formları değerlendirildi. Aynı hastaya yapılan farklı zamanlı cerrahiler dahil edilerek toplam cerrahi yük hesaplandı. Transfer edilen kas türleri, cerrahi zamanlamaları ve anatomik bölgeleri kaydedildi. Etiyolojik sınıflandırma beş grupta toplandı: obstetrik, dejeneratif, nörojenik, travmatik ve nöromüsküler. Alt ekstremite transferleri ve eksik veri içeren kayıtlar dışlandı.

Bulgular:

Çalışmaya toplam 197 olgu dahil edildi ve bu olgulara ait 458 tendon transferi cerrahisi analiz edildi. Ortalama yaş 14.7 yıl olup cinsiyet dağılımı %57 erkek ve %43 kadındı. Olgu başına ortalama cerrahi sayısı 2.32 idi. En sık etiyolojik neden 158 olgu (%80.2) ile obstetrik brakiyal pleksus paralizisi (OBPP) idi. OBPP grubunda ortalama cerrahi sayısı 2.57 idi ve bu grup en yüksek cerrahi tekrar oranına sahipti. OBPP olgularında en sık transfer edilen kaslar latissimus dorsi ve teres major olup, bu kaslar özellikle omuz abdüksiyonu ve dış rotasyon kazanımı amacıyla kullanıldı. Aynı hastada omuz, dirsek ve el bileğine yönelik ardışık cerrahiler yapıldığı saptandı. Ortalama cerrahi yaşı 4.3 yıl olan OBPP grubunda erken cerrahi müdahale eğilimi gözlendi.

Erişkin yaş grubunda daha heterojen bir etiyolojik dağılım izlendi. Dejeneratif nedenlerle tendon transferi uygulanan 17 olguda ortalama cerrahi sayısı 1.12 idi. Bu grupta genellikle ekstansör mekanizma kayıpları dikkat çekti ve ECRL-EPL transferleri gibi distal rekonstrüksiyonlar tercih edildi. Nörojenik (n=9, %4.6) ve travmatik (n=8, %4.1) olgularda cerrahi ortalamaları sırasıyla 1.44 ve 1.62 olarak belirlendi. Nöromüsküler nedenlerle cerrahi uygulanan 5 olguda ortalama cerrahi sayısı 1.40 idi. Erişkin olgularda sıklıkla pronator teres, palmaris longus ve flexor digitorum superficialis gibi ön kol kaslarının kullanıldığı gözlendi. Özellikle radial sinir felçlerinde klasik transferler uygulandı. Anatomik olarak en fazla müdahale edilen segment el bileği ve dirsek eklemleri idi. Transferin yalnızca motor kazanç değil, aynı zamanda postür düzeltici amaçla da yapıldığı bazı olgularda kaydedildi.

Sonuç:

Üst ekstremitede tendon transferi, motor disfonksiyonu olan olgularda fonksiyonel iyileşme sağlamada yüksek etkinliğe sahip cerrahi bir yöntemdir. OBPP olguları, hem en sık karşılaşılan etiyoloji hem de en yoğun cerrahi girişim gerektiren grup olarak dikkat çekmektedir. OBPP'ye erken yaşta yapılan çok aşamalı ve segmental rekonstrüksiyon yaklaşımı, literatürde bildirilen başarılı fonksiyonel sonuçlarla uyumludur[1]. Buna karşın erişkin yaş grubunda daha sınırlı cerrahi gereksinim ve tek seanslık müdahale ile fonksiyonel kazanç elde edildiği gözlenmiştir. Transfer edilen kasın seçimi hastanın etiyolojisine, yaşına ve fonksiyonel hedeflerine göre şekillenmekte sonuçların başarısında bu değişkenler belirleyici olmaktadır. Çalışmamız, 20 yıllık geniş bir hasta serisini temel alarak, üst ekstremite tendon transferlerinde etiyolojiye bağlı cerrahi stratejilerin ve yükün belirlenmesine katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tendon transferi, brakiyal pleksus, rekonstrüktif cerrahi

SB-046

Üst Ekstremite Allotransplantasyonu Araştırmalarının Bibliyometrik Analizi ve Görselleştirilmesi (1998–2025)

Özgün Kılıç[1], Abbas Bayatlı[2], Çağrı A. Uysal[2], Mehmet Haberal[3]
[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.
[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D.

Amaç: Üst ekstremite allotransplantasyonu (UEA), yirmi yılı aşkın bir süredir evrim geçiren kompleks bir rekonstrüktif prosedürdür, ancak bugüne kadar bu konuyla ilgili literatürü ele alan bibliyometrik bir inceleme henüz yapılmamıştır. Bu çalışma, araştırma çıktılarını karakterize etmek, etkili katkıları belirlemek ve tematik eğilimleri ve işbirliği ağlarını aydınlatmak amacıyla ÜEA yayınlarına (1998–2025) ilişkin kapsamlı bir bibliyometrik analiz sunmaktadır.

Araç ve Yöntem: Web of Science Core Collection (1998–Mayıs 2025) üzerinde yapılan sistematik bir tarama ile ÜEA'ya odaklanan tüm İngilizce yayınlar tespit edilmiştir. Dahil edilenler, PRISMA kılavuzlarına göre orijinal makaleler, olgu sunumları/serileri ve bağlantılı çalışmalarla (incelemeler, editör yazıları, özetler hariç) sınırlandırılmıştır. Toplamda 529 ilgili belge elde edilmiştir. Bibliyometrik analiz (R, Bibliometrix) yöntemi kullanılarak yayın ve atıf metrikleri ölçülmüş, ortak yazarlık, ortak atıf, anahtar kelime çakışması ve uluslararası ortaklık modelleri tespit edilmiş ve haritalandırılmıştır

Bulgular: Tarama sonucunda 123 farklı dergide yayınlanmış ve 8464 özgün referansa atıfta bulunmuş toplam 529 ÜEA yayını tespit edilmiştir. 2236 özgün yazar (makale başına ortalama 7,8 kişi) ve yayınların %23'ünde uluslararası yazar ortaklığı tespit edilmiştir. Yıllık çıktı sayısı 2011'de zirveye ulaşmış, 2010'larda sabit bir seyir izlemiş ve 2020'den sonra ise hafif bir düşüş göstermiştir. Dört temel dergi – Transplantation Proceedings, Transplantation, Plastic and Reconstructive Surgery, Microsurgery – literatürün üçte birinden fazlasını oluşturmaktadır. Küçük ancak üretken bir yazar grubu (ör. Brandacher, Lee, Schneeberger) ve kuruluşlar (ör. Innsbruck Tıp Üniversitesi, Pittsburgh Üniversitesi) bilimsel üretimi domine etmiştir. En çok atıf alan yayın (Dubernard ve ark. 1999) 548 atıf almış ve bu

da erken dönemdeki mihenk taşı niteliğindeki olguların alan üzerindeki kalıcı etkisini yansıtmıştır. Anahtar kelime ölçümleri ve tematik haritalamalar, immünosupresyon, rejeksiyon/tolerans ve greft sağkalımının merkezi araştırma temaları olduğunu gösterirken, uzun vadeli sonuçlar, uluslararası kayıt iştirakleri ve rehabilitasyon konularına giderek daha fazla odaklanıldığı tespit edilmiştir. Etkileşim analizi, Amerika Birleşik Devletleri'nin Avrupa'nın önemli merkezleriyle (Fransa, Avusturya) bağlantılı birincil merkez olduğunu ortaya koyarken, Asya'nın katkıları artmakta olup diğer bölgeler ise yeterince temsil edilmemiştir.

Tartışma ve Sonuç: ÜEA araştırmaları, konsantre yazar kadrosu ve çekirdek yayın organlarıyla öne çıkan, olgun ve çok disiplinli bir alan haline gelmiştir. Erken dönemdeki öncü çalışmalar alıntılara büyük ölçüde etki etmeye devam etmekte, ancak son dönemdeki çıktılar tematik kaymalara ve potansiyel bir duraklama dönemine işaret etmektedir. Bu bibliyometrik inceleme, güçlü okyanus ötesi işbirliklerini ortaya koyarken, küresel katılımdaki boşlukları da gün ışığına çıkarmaktadır. Alanın istikrarlı bir şekilde ilerlemesi için, daha geniş uluslararası katılım, standartlaştırılmış veri bildirimi ve fonksiyonel ve psikososyal incelemelere ağırlık verilmesi faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: vaskülerize kompozit allotransplantasyon, transplantasyon, üst ekstremite allotransplantasyonu

Anahtar Kelime Bulutu



Sistematik tarama ile elde edilen üst ekstremite allotransplantasyonu konulu makalelerin anahtar kelimelerini içeren sözcük bulutu

SB-047

Diz Bölgesi Defektlerinin Serbest Flep ile Onarımında Lateral Sirkumfleks Femoral Arter Desendan Dalının Alıcı Damar Olarak Kullanılması

Muhittin Döndü, Ömer Enes Taymaz,
Ayhan Işık Erdal
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ

Diz çevresindeki yumuşak doku defektleri sık görülen durumlardır ve genellikle onkolojik rezeksiyonlar, travmalar, osteomyelit ve tekrarlayan artroskopik cerrahi girişimler sonucu sonucunda ortaya çıkabilir. Bu yumuşak doku kayıplarının onarımında; bölgesel veya uzak cilt-kas flepleri ve serbest doku transferi gibi çeşitli rekonstrüktif seçenekler kullanılmaktadır. Ancak yumuşak doku defektinin boyutu, lokal vasküler yapıların durumu ve hastaya özgü değişkenler nedeniyle, tüm olgulara uygulanabilir, evrensel olarak kabul görmüş standart bir rekonstrüksiyon yöntemi henüz tanımlanamamıştır. Bununla birlikte, serbest flep uygulamaları, diz çevresindeki yaygın ve ciddi yumuşak doku kayıplarının onarımı için ideal bir seçenek olarak kabul edilmektedir.

Diz bölgesine uygulanan serbest doku transferinde alıcı damar olarak geleneksel tercih genellikle popliteal arter ile tibial ve peroneal dalları olmuştur, ancak defekt etiyolojisine bağlı olarak bu damarların travmaya maruz kalması ya da travma bölgesine yakın olması, onkolojik rezeksiyon sınırlarına dahil edilmesi ve bazı durumlarda hasta pozisyonlamasının zor olması gibi nedenler sonucunda çeşitli farklı alıcı damar seçenekleri ortaya konulmuştur.

Olguların retrospektif analizinin yapıldığı bu çalışmanın amacı diz bölgesindeki kompleks yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda alıcı damar seçeneklerinden biri olan lateral sirkümfleks femoral arterin desendan dalının (LCFA) kullanımının etkinliğini değerlendirmektir.

HASTALAR VE YÖNTEM

Ocak 2015 ve Nisan 2025 tarihleri arasında kliniğimizde alt ekstremite doku defekti onarımında serbest flep kullanılarak opere edilen hastalar retrospektif olarak tarandı. 148 hasta tespit edildi. Dahil edilme kriterleri, verilerine arşiv sistemi üzerinden erişilebilen, defekti diz çevresinde yerleşen, alıcı damar olarak LCFA desendan dalı kullanılan hastalar olarak belirlendi. Bu kriterleri karşılayan 7 hasta çalışmaya dahil edildi.

Hastaların demografik özelleri, defekt boyutu ve etiyolojisi, takip süresi, tercih edilen serbest flep seçeneği, majör veya minör komplikasyonların gelişimi, hastaların komorbiditeleri, arşiv verilerinden ve hastaların takiplerindeki fotoğraflarından retrospektif olarak analiz edildi.

Majör komplikasyonlar total flep kaybı, anastomoz revizyonu ihtiyacı veya farklı alıcı damar ihtiyacı gereksinimi olarak belirlendi. Minör komplikasyonlar ise parsiyel flep kaybı, hematom, seroma gelişmesi, yara yeri ayrışması olarak belirlendi.

CERRAHİ TEKNİK

Rektus femoris ve vastus lateralis kasları arasında LCFA inen dalı bulundu. Alıcı damar daha sonra diseke edilerek serbestlendi ve mikrocerrahi anastomoz uygun akım olacak seviyeden damar klemplendi ve hazırlık sonrası uç uca anastomoz için alıcı damar olarak kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 7 hastanın ortalama yaşı 39,28 (12-57) bulundu. Hastaların 5'i erkek, 2'si kadındı. Hastaların etkilenen ekstremitelerine bakıldığında 3'ü (%43,85) sol,

4'ü (%56,15) sağ taraftı. Kullanılan serbest flep tercihinin hastaların 4'inde (%56,15) latissimus dorsi kas deri flebi (L/D), 3'ünde (%43,85) anterolateral uyluk flebi (ALT) olduğu tespit edildi. Defekt etiyolojisinde 4 (%57,14) hastada malign tümör eksizyonu, 1 (%14,28) hastada trafik kazası, 1 (%14,28) hastada ateşli silah yaralanması, 1 hastada (%14,28) ise kronik protez enfeksiyonu olduğu görüldü. Defekt boyutlarına bakıldığında en küçük defekt 10x7 cm boyutlarında iken en geniş defekt 20x15 cm boyutların olduğu saptandı (Tablo 1).

Hastaların flep cerrahisi sonrası ortalama hastanede yatış süresi 3 hafta, mobilizasyon zamanın ise operasyondan sonra 1 hafta olduğu tespit edildi. Ortalama takip süresi 18 ay (6-34 ay) olarak saptanmıştır. Hastaların hiçbirinde majör komplikasyon görülmedi. 1 (%14,28) hastanın takibinde postoperatif ilk 3 günde venöz konjesyon geliştiği ve konservatif tedaviler ile konjesyonun çözüldüğü saptandı.

Kronik protez enfeksiyonu ve ateşlik silah yaralanması nedeniyle opere edilen hastaların takiplerinde yara yeri enfeksiyonu geliştiği, etkene yönelik olarak antibiyoterapi aldığı gözlendi ve bu sebeple yatış süresinin ortalamadan uzun olduğu tespit edildi (51 gün, 37 gün). Ayrıca bu 2 (%28,57) hastada yara yeri ayrışması gerçekleştiği ve basit sütürasyon ile primer olarak tedavi edildiği görüldü. L/D flep tercih edilen 1 hastanın (%14,28) takiplerinde flep distalinde parsiyel flep geliştiği, lokal flep ile onarıldığı tespit edildi. Hastalardan 1'inde (%14,28) ALT donör alanında hematom gelişimi üzerine cerrahi drenaj işlemi yapıldığı görüldü.

Hastaların komorbidite durumları değerlendirildiğinde 4 (%57,14) hastada hipertansiyon, 3 (%42,85) hastada diabetis mellitus (sadece 1'inde insülin gereksinimi mevcuttu), 1 (%14,28) hastada astım, 1 (%14,28) hastada hipotiroidi, 1 (%14,28) hastada kalp yetmezliği, 1 (%14,28) hastada ise operasyon tarihinde liposarkom akciğer metastazı mevcut olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA

Diz çevresinde geniş malign tümör eksizyonları, yüksek enerjili travmalar gibi defekt etiyolojisine ve daha önceki girişimlere bağlı olarak sıklıkla kullanılan geniküler arteriyel ağ zarar görebilmekte ve alışılmış bu alıcı damarlar kullanılamamaktadır. Bu hastalarda, defekt bölgesinden uzakta alternatif alıcı damar hazırlığı ihtiyacı doğmaktadır.

LCFA desendan dalı, sahip olduğu avantajlar nedeniyle önemli bir seçenek olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun nedenleri olarak; genellikle diz çevresindeki travma bölgesinin dışında yer alır ve bu nedenle ezilme yaralanmasından korunur. Anatomik konumu sabittir ve güvenilirdir, uç uca mikrocerrahi anastomoz için damar çapları oldukça uyumludur. Diz onarımında tercih edilen serbest fleplerin çoğu hasta pozisyonunu değiştirmeye gerek kalmadan uygulanabilir, iki ekip olarak çalışabilmeye izin verdiğinden flebin alınması aynı anda gerçekleştirilebilir, bu da operasyon süresini kısaltabilir. Proksimal yerleşimi sayesinde gelecekte yapılacak ortopedik girişimlerde flep pedikülünün zarar görme olasılığı düşüktür.

Literatürde, LCFA'nın alıcı damar olarak kullanımının, ek pozisyonlama gerektirmemesi sayesinde common femoral ve geniküler arterlere göre ameliyat süresini kısaltıcı etkisi olduğu bildirilmiştir. Ayrıca litaratürde osteomyelitli hastalarda yapılan çalışmalarda defekt merkezinin patellanın üzerinde olduğu hastalarda bu damarın kullanımını öneren yayınlar mevcuttur.

Yapılan vasküler çalışmalarda LCFA inen dalının tek başına beslediği dokuların az olması ve alt ekstremite distalinin dolaşımında, bölgede bulunan anterior, posterior tibial veya popliteal arter kadar görevi bulunması nedeniyle feda edilebilir bir damar olarak nitelendirilmiştir. Bu nedenle uç yan anastomoz ihtiyacı da ortaya çıkmamaktadır. Çalışma kapsamında incelenen hastaların tamamında uç-uca anastomozlar gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmalarda uç yan anastomozlara göre uç uca anastomozların daha güvenli olduğu ve zorluk seviyesi daha düşük olan bir anastomoz biçimi olması nedeniyle deneyimsiz cerrahlar tarafından da güvenle kullanılabileceği görülmektedir.

Bu çalışmadaki olgularda pediküllü ters akımlı ALT veya gastroknemius kas flebi yerine serbest flep tercih edilmesinin başlıca nedeni, onkolojik rezeksiyonlar, kronik enfeksiyöz inflamasyon ve tekrarlayan cerrahi girişimler sonucunda geniküler arteriyel ağın zarar görmesi ve bunun sonucunda ters akımlı propeller ALT flebine yeterli kan akımının sağlanamamasıdır. Gastroknemius kas flebi ise, hem alt ekstremitede ek komorbidite oluşturma riski taşıması hem de mevcut doku defektinin genişliği karşısında yetersiz hacimde doku sağlaması nedeniyle uygun bir seçenek olarak değerlendirilmemiştir.

SONUÇ

LCFA'nın desendan dalı diz çevresi yumuşak doku rekonstrüksiyonları için güvenilirliği, cerrahi uygulama kolaylığı ve anastomoz uygunluğu nedeniyle güvenilir bir alıcı arter olarak kullanılabilir. Bu damarlar özellikle geniş ve kompleks diz yumuşak doku defektlerinin serbest fleple onarımında uygun alıcı damar seçeneklerinden biri olarak hizmet eder.

Anahtar kelimeler: diz bölgesi defekti, serbest doku transferi, lateral sirkumfleks femoral arter

Doku Defekti özellikleri ve Cerrahi Detayları.

Hastalar	Defekt lokasyonu	Kullanılan flep	Defekt etiyolojisi	Yapılan anastomoz (arter - ven)	Defekt boyutu (cm)	Majör komplikasyon	Minör komplikasyon
1	Sol Diz Anterioru	Latissimus dorsi	Sinovial Sarkom Eksizyonu	1 - 1	20x8	ø	Flep Distalinde Parsiyel Flep Kaybı
2	Sağ Diz Anterioru	Latissimus dorsi	Pleomorfik Sarkom Eksizyonu	1 - 1	10x7	ø	ø
3	Sol Diz Laterali	Anterolateral uyluk flebi (ALT)	Ateşli Silah Yaralanması	1 - 1	15x10	ø	Yara Yeri Ayrışması, Yara Yeri Enfeksiyonu
4	Sağ Diz Semisirküler	Latissimus dorsi	Kronik Yara Zemininden Gelişen SCC	1 - 2	20x10	ø	Konservatif Tedaviye İle Yönetilen Venöz Konjesyon
5	Sol Diz Anterioru	Latissimus dorsi	Trafik Kazası	1 - 1	15x8	ø	ø
6	Sağ Diz ve Uyluk Laterali	Anterolateral uyluk flebi (ALT)	Kronik Protez Enfeksiyonu	1 - 2	14x7	ø	Yara Yeri Ayrışması, Yara Yeri Enfeksiyonu
7	Sağ Diz Laterali	Anterolateral uyluk flebi (ALT)	Liposarkom Eksizyonu	1 - 2	20x15	ø	ALT Donör Alanında Hematom

Tablo 1: Doku Defekti özellikleri ve Cerrahi Detayları.

SB-048

El ve Ön Kol Defektlerinde PİA Flebi ile Rekonstrüksiyon Deneyimlerimizde Venöz Anastomozun Flep Sağkalımı Üzerine Etkisi

Murat Taş, Ege Temür, Furkan Çeştepe,
Oğuzhan Gürel, Mehmet Ali Şahin
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü - İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ

Elin yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu, enfeksiyon riskini azaltmak, erken mobilizasyona olanak tanımak, hastanede kalış süresini kısaltmak ve böylece iyi bir fonksiyonel sonuç elde etmek amacıyla erken dönemde, tek cerrahi aşamada onarım yapılmalıdır. Tendon, kemik

ve eklemler gibi yapılar açıkta kalmakta ve çoğu zaman sekonder rekonstrüksiyon ihtiyacı doğmaktadır. [1,2]

Posterior interosseöz arter (PİA) bazlı septokütanöz adacık flebi ile el dorsal ve palmar alan, el bileği ve ön koldaki yumuşak doku defektlerinin sekonder rekonstrüksiyonlarında bütüncül bir rekonstrüksiyon sağlanır. Bu flebin en önemli dezavantajı, flebin venöz ağının hasarlanması sonucu oluşan venöz yetmezliktir. Bu flebin standart tekniğinde mikrocerrahi gerekmemektedir. Fakat en sık komplikasyonlarından biri venöz yetmezlik olduğu için ven anastomozu modifikasyonu yapılması çok faydalı olup venöz yetmezlik riskini azaltacaktır. [3]

Bu çalışma, PİA flebinin el ve önkol defektlerinin rekonstrüksiyonu sırasında kullanılırken yapılan venöz anastomozun flep sağkalımı üzerine etkisini belirlemeye çalışmaktadır. PİA flebi, 1 yıllık bir süre boyunca el ve distal ön koldaki 12 olgunun rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır.

Bu olgulardan 4'ünde ek olarak venöz anastomoz yapılmıştır.

YÖNTEM

Ameliyat öncesi planlamada Doppler analizi zorunlu hale getirilmiştir. Flep kaldırılmadan önce anterior interosseöz arter (AİA) ile PİA arasındaki anastomozu belirlemeye yönelik bir girişimde bulunulmamıştır çünkü bu yapı ameliyat öncesinde Doppler ile saptanmış ve böylece flep kaldırma işlemi doğrudan başlatılarak turnike süresi kısaltılmıştır. Cerrahi teknik, fleple birlikte büyük miktarda fasyanın ve cilt altı dokusunun da dahil edilmesini içerecek şekilde geliştirilmiştir. 4 hastaya yapılan ven anastomozu modifikasyonunda cilt adasının fasyayla beraber kaldırılması esnasında proksimal tarafta cilt altı venler korunur. Defekt sahasındaki olası venlerin yerine göre uygun olduğu görülen biri proksimale diseke edilerek flebin cilt adası ile beraber kaldırılır. Flep defekt alanına taşındıktan sonra mikroskop altında ven anastomozu yapılır.Böylece venöz anastomoz yapılan fleplerin viabilitesinin artmasının, venöz konjesyon riskinin azalmasının ve düşük komplikasyon oranının nedeni açıklanabilir.

BULGULAR

Hastalar 50 ile 75 yaşları arasındadır. Hastalarda erkek dominansı mevcuttur (9/12). Defektlerin en yaygın nedeni karsinomlar iken (8/12) en sık defekt bölgesi el dorsal alandır (7/12).

En büyük flep 11 x 7 cm, en küçük flep ise 4 x 3 cm olarak ölçülmüştür.

İki komplikasyon gözlemlenmiştir: 3 olguda venöz konjesyona bağlı kısmi flep kaybı ve 1 olguda yara yeri dehisansı meydana gelmiştir.Venöz anastomoz yapılan hastaların herhangi birinde venöz yetmezlik gelişmemiş ve buna bağlı hiçbir komplikasyon görülmemiştir. Flep donör sahası 4 vakada kısmi kalınlıkta deri grefti ile, 8 vakada ise primer kapanmıştır.

SONUÇ

PİA flebi, hem dorsal hem de palmar el defektlerinin kapatılmasında çok yönlü bir fleptir. Standart tekniğe ek olarak yapılan venöz anastomoz modifiskasyonu, venöz konjesyon ve kısmi/tam flep kayıplarını önlemede etkilidir. PİA flebinin en sık komplikasyonlarından biri olan venöz yetmezlik riskini azaltması, sık takip gerektirmemesi venöz anastomoz modifikasyonunun avantajlarından iken, sahaya mikroskop çekilmesi gerekmesi ve ameliyat süresinde yarattığı uzama bu yöntemin dezavantajlarındandır.

KAYNAKÇA

1. Zancolli EA, Angrigiani C. Posterior interosseous island forearm flap: a new donor area. J Hand Surg Br. 1988;13(2):130-135. DOI: 10.1016/0266-7681(88)90121-0

2. Penteado CV, Masquelet AC, Chevrel JP. The anatomic basis of the fasciocutaneous flap of the posterior interosseous artery. Surg Radiol Anat. 1986;8(3):209-215. DOI: 10.1007/BF02425069

3. Ren J, Lu L, Gao F. The use of the posterior interosseous artery flap and anterolateral thigh flap for post-traumatic soft tissue reconstruction of the hand. Medicine (Baltimore). 2021;100(26):e26517. DOI: 10.1097/MD.0000000000026517

Anahtar Kelimeler: Posterior İnterosseöz Arter Flep, Pediküllü Flep, Ön Kol, Venöz Anastamoz

SB-049

Uzmanlık tezlerinden bilimsel makalelere: Plastik cerrahide yolculuk

Mert Can Rador, Çağla Çiçek
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Uzmanlık tezlerinden bilimsel makalelere: Plastik cerrahide yolculuk

Giriş

Türkiye'de tıpta uzmanlık eğitiminin zorunlu bileşenlerinden biri uzmanlık tezinin hazırlanması ve savunulmasıdır. Bu çalışma, Türkiye'deki plastik cerrahi asistan tezlerinin yayınlanma oranlarını belirlemeyi ve bilimsel yayına dönüşüm sürecini etkileyen temel faktörleri ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Amaç

Bu süreçteki zorluk ve fırsatları vurgulayarak, gelecekteki asistanlara akademik yolculuklarında rehberlik etmek; akademisyenlere tez danışmanlıklarında somut sonuçlar sunmak hedeflenmiştir. Bu çalışma plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi tezlerinin akademik seyrini değerlendiren ilk araştırmadır.

Çalışma Tasarımı

Bu araştırma, 2008-2021 yılları arasında sunulan plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanlık tezlerinin özelliklerini ve yayın sonuçlarını inceleyen retrospektif, tanımlayıcı bir bibliyometrik analizdir.

Materyal ve Metot

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi veritabanında 2008-2021 yılları arasında sunulan plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi tezleri incelendi. Birinci aşamada her tezin yayın durumu, yazar cinsiyeti, yazıldığı kurum, tez danışmanının unvanı, konusu, çalışma türü, tartışma bölümünün uzunluğu ve kaynak sayısı kaydedildi. İkinci aşamada yayına dönüşenlerin; dili, dergi kapsamı, açık erişim olma durumu, etki faktörü (impact factor), derginin indeksi, tez yazarının isim listesindeki sırası, yazar sayısı, yayın anındaki tez yazarının akademik unvanı, atıf sayısı ve tez savunmasından yayına kadar geçen süre açısından değerlendirildi.

Bulgular

Toplam 660 tez incelendi. Genel yayın oranı %40,5 olup, yayınların %75,65'i beş yıl içinde yayına dönüştürüldüğü izlendi. Yayınların %68,5'i SCIE kapsamında dizinlenen dergilerde yer aldı. Deneysel çalışmalar, klinik çalışmalara kıyasla daha yüksek yayın oranına ve SCIE dergilerde yayın olma oranına sahip olduğu izlendi. Tez danışmanının akademik ünvanı yükseldikçe; tez yazarının yayında birinci isim olma oranının daha yüksek olduğu izlendi. Tez yazarının çalıştığı kurumun ise; tezin yayın olma oranını etkilemediği izlenmiştir

Sonuç

Tezin uzunluğu, konusu veya kurumu fark etmeksizin, asistan ve tez danışmanının sürece gösterdiği özveri,

çalışmanın akademik değerini belirleyen temel unsur olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bilimsel, makale, tez

Yıllara Göre Tez Yayın Oranlarındaki Eğilim



Çalışma Tasarımı ile Yayın Durumu Arasındaki İlişki

Yayın Durumu	Retrospektif Klinik Çalışmalar, n (%)	Prospektif Klinik Çalışmalar, n (%)	Deneysel Çalışmalar, n (%)	Kadavra Çalışmaları, n (%)	p-değeri
Yayınlanmış	33 (27,73)	14 (38,88)	217 (43,22)	3 (100)	
Yayınlanmamış	86 (72,27)	22 (61,12)	285 (56,78)	0 (0)	
Toplam	119	36	502	3	0.003

Not: Değerler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

SB-050

Estetik Cerrahi Konsültasyonlarında Yapay Zeka Destekli Genişletilmiş Dil Modellerinin Zamana Bağlı Tutarlılığının Değerlendirilmesi ve Farklı Klinik Alanlardaki Performanslarının Karşılaştırılması

Tuncay Barış[1], Münür Selçuk Kendir[1], Muaz Zuhurlu[2]
[1]Acıbadem Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul
[2]Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Sakarya

Amaç:

Yapay zekanın (YZ) sağlık hizmetlerine entegre edilmesi tanısal görüntüleme, tıp eğitimi ve hasta iletişimi gibi birçok alanda devrim yaratmıştır. Son yıllarda plastik cerrahi alanında da, klinik uygulamalarda YZ teknolojilerinin potansiyeli keşfedilmiştir. Bu teknolojiler arasında, genişletilmiş dil modelleri (GDM) hasta danışmanlıklarında, tıbbi kayıtlarda ve hasta öyküsüne dayalı ön tanı koymada yardımcı olma potansiyeline sahip güçlü araçlar olarak ortaya çıkmıştır. Şimdiye kadar plastik cerrahi alanında GDM'lerin kullanımına dair bazı çalışmalar literatürde yer alsa da bu çalışmalar yalnızca GDM'lerin belirli bir zamandaki performanslarını değerlendirmiştir. GDM'lerin tıp alanındaki klinik uygulamada kullanımından önce değerlendirilmesi gereken en önemli yönlerinden biri zamansal tutarlılıklarıdır. Literatürde plastik cerrahi alanında zamansal tutarlılığı araştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışma; Gemini, Claude ve ChatGPT-4 olmak üzere üç büyük dil modelinden herhangi birinin belirli vaka senaryolarında diğerlerine üstünlük gösterip göstermediğini belirlemeyi; bu modellerin komplike ve komplike olmayan vakaları yanıtlarken verdikleri yanıtların zaman içinde tutarlı olup olmadığını araştırmayı; GDM'lerin preoperatif uyarılar, postoperatif bakım, bütünsel yaklaşım, algoritmik yaklaşım ve cerrahi planlama yaklaşımları arasındaki farkları incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:

Çalışma Aralık 2024 ile Şubat 2025 tarihleri arasında yürütüldü. Estetik cerrahi alanından 24 farklı vaka senaryosu seçilerek GDM'lere danışılması planlandı. Bu klinik senaryolar yazarlar tarafından daha önce değerlendirilmiş hastalara dayanarak hazırlandı. 24 sorunun 12'si komplike vakaları, diğer 12'si ise komplike olmayan vakaları içermekteydi.

Çalışmada Gemini 1.5 Pro, Claude 3.5 Sonnet ve ChatGPT-4o modelleri değerlendirildi. Her model veri toplama sırasında kendi platformu üzerinden en güncel sürümüne erişilerek kullanıldı. Tüm vaka senaryoları ve standart komutlar aynı plastik cerrahi uzmanı tarafından, İngilizce dilinde manuel olarak girildi. Her vaka senaryosu standart bir metin formatında ve yeni bir sohbet sekmesinde sunularak veri girişinde standart sağlandı. Soru sorulmadan hemen önce şu standart komut girildi: "Bir soru sormak istiyorum. Soru estetik cerrahiyle ilgili bir vaka hakkında. Deneyimli bir plastik cerrahi uzmanı gibi vakaya yaklaşmanı ve düşünmeni istiyorum. Ve soruyu en uygun şekilde yanıtla." Daha sonra sorular soruldu. Yanıtlar analiz için kaydedildi.

Vaka senaryoları zamansal tutarlılığı değerlendirmek amacıyla GDM'lere üç farklı zaman noktasında (T1, T2, T3) danışıldı. Bu zaman noktaları arasındaki aralık, GDM'lerin algoritmalarında olası güncellemeleri veya değişiklikleri dikkate almak amacıyla standart olarak iki hafta şeklindeydi.

GDM'ler tarafından üretilen yanıtlar 3 farklı plastik cerrahi uzmanı tarafından kör olarak değerlendirildi. Değerlendiriciler yanıtların hangi GDM'den ve hangi zaman noktasından alındığından habersizdi. Değerlendirmeler birbirinden habersiz şekilde bireysel olarak gerçekleştirildi. Her değerlendirici yanıtların genel kalitesini 5 puanlık Likert ölçeğinde puanlayarak değerlendirdi. Ek olarak değerlendiricilerden, her bir yanıtı beş farklı klinik alan üzerinden puanlamaları istendi: Preoperatif Uyarılar, Postoperatif Bakım, Bütünsel Yaklaşım, Algoritmik Yaklaşım, Cerrahi Planlama.

Farklı zaman noktalarında cerrahlar tarafından verilen puanlar, GDM'lerin zamansal olarak tutarlı olup olmadığını analiz etmek için zamana bağlı biçimde değerlendirildi. Klinik alanlardaki puanlar, GDM'lerin bu alanlarda birbirlerine karşı üstünlük gösterip göstermediğini değerlendirmek için kullanıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

Elde edilen verilerin istatistiksel anlamlılığı SPSS 27.00 (IBM, Armonk, NY, USA) programı kullanılarak analiz edildi. GDM'lerin genel performanslarını karşılaştırmak için Wilcoxon testleri kullanıldı. Komplike ve komplike olmayan vakalar arasındaki GDM performans farklarını değerlendirmek için bağımsız örneklem t-testi uygulandı. GDM'lerin yanıtlarının üç zaman noktası (T1, T2, T3) arasındaki zamansal tutarlılığını değerlendirmek için tekrarlı ölçümler ANOVA testi kullanıldı. Farklı klinik alanlardaki performansları analiz etmek için tek yönlü ANOVA kullanıldı. P değeri 0,05'ten küçük olan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Üç GDM'nin genel performansları tüm vaka senaryolarındaki ortalama puanlarına göre değerlendirildi.

ChatGPT-4 tüm klinik alanlar ve vaka türlerinde 4,92 ortalama puan elde ederek, modeller arasında tutarlı şekilde en yüksek genel performansı gösterdi. Gemini 1.5 Pro 3,62'lik orta düzeyde bir ortalama puan ile onu takip etti. Claude 3.5 Sonnet ise 3,21 ortalama puanla en düşük sonucu aldı. İstatistiksel analizle en iyi yanıtları veren modelin ChatGPT olduğu, en kötü yanıtları verenin ise Claude olduğu görüldü ($p < 0,05$).

GDM'lerin performansları komplike ve komplike olmayan vakalar için ayrı ayrı analiz edildi. ChatGPT-4 komplike vakalarda ortalama 4,87, komplike olmayan vakalarda ise ortalama 4,96 puan aldı ($p > 0,05$). Gemini 1.5 Pro komplike vakalarda ortalama 3,83; komplike olmayan vakalarda ise 3,41 puan aldı ($p < 0,05$). Benzer şekilde Claude 3.5 Sonnet komplike vakalarda ortalama 3,53; komplike olmayan vakalarda ise 2,89 puan aldı ($p < 0,05$). Bu bulgular ChatGPT-4'ün her iki vaka türünde eşit derecede iyi performans gösterdiğini; diğer modellerin ise vakanın komplike olmasına daha fazla duyarlı olduğu ve de özellikle komplike olmayan senaryolarda daha düşük performans sergilediğini ortaya koydu.

Zamansal tutarlılık her bir GDM'nin üç zaman noktasındaki puanlarının karşılaştırılmasıyla değerlendirildi. Komplike vakalar için ChatGPT-4 T1'de 4,97, T2'de 4,97 ve T3'te 4,83 ortalama puan aldı. Benzer şekilde komplike olmayan vakalar için ChatGPT-4 T1'de 4,91, T2'de 4,97 ve T3'te 4,86 ortalama puan aldı. ChatGPT-4 hem komplike hem komplike olmayan vakalarda zaman içinde tutarlılık gösterdi ($p > 0,05$). Gemini 1.5 Pro özellikle komplike vakalarda zaman içinde tutarlı bir seyir izledi, T1: 3,86, T2: 3,61, T3: 3,81. Ancak komplike olmayan vakalarda puanlarda bazı dalgalanmaları gözlendi: T1: 3,44, T2: 3,28, T3: 3,72. Bu varyasyonlar komplike olmayan vakalar için istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$), ancak komplike vakalar için anlamlı değildi ($p > 0,05$). Claude 3.5 Sonnet en büyük zamansal değişkenliği gösterdi. Komplike vakalarda puanları zaman içinde önemli dalgalanmalar gösterdi (T1: 3,39, T2: 3,75, T3: 3,08; $p < 0,05$).Benzer şekilde komplike olmayan vakalarda da T3 zaman noktasında belirgin bir düşüş gözlendi (T1: 3,08, T2: 3,39, T3: 2,58; $p < 0,05$). Bu sonuçlar Claude 3.5 Sonnet'in zaman içinde tutarsız performans gösterdiğini işaret etti (Şekil 1).

ChatGPT-4 bütünsel yaklaşım alanında 4,9 ortalama puanla, preoperatif uyarılarda 4,8 puanla, postoperatif bakım alanında 4,6 puanlar, algoritmik yaklaşımda 4,7 puanla ve cerrahi planlamada 4,6 puanla tüm alanlarda en yüksek performansa sahip model oldu ($p<0,05$) (Tablo 1).

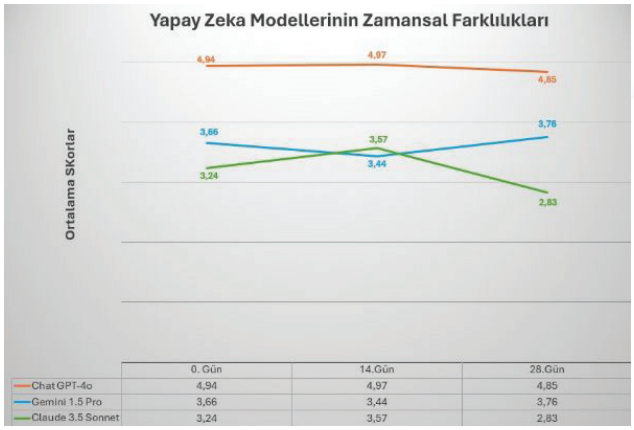
Sonuç:

Bu çalışma ChatGPT-4'ün estetik cerrahi senaryolarında doğruluk, güvenilirlik ve zamansal tutarlılık açısından Gemini 1.5 Pro ve Claude 3.5 Sonnet'e kıyasla tutarlı şekilde daha iyi performans gösterdiğini ortaya koydu.

Bu bulgular GDM'lerin cerrahi karar verme süreçlerini desteklemek için potansiyel taşıdığını fakat modellerin tutarlılığı ve gerçek dünyada uygulanabilirliği açısından geliştirilmesi gereken alanları bulunduğunu göstermektedir. Gelecekteki araştırmalar GDM kapasitesini geliştirerek güvenilirliklerini artırmalı ve klinik uygulamalara sorunsuz şekilde entegrasyonlarını sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Estetik Cerrahi, Genişletilmiş Dil Modelleri, Yapay Zeka

Şekil1



Tablo 1

Klinik Alan	Chat GPT-4	Gemini 1.5 Pro	Claude 3.5 Sonnet
Preoperatif Uyarılar	4.8±0.05	3.5±0.15	3.1±0.15
Postoperatif Bakım	4.6±0.07	3.2±0.20	2.7±0.07
Bütünsel Yaklaşım	4.9±0.10	3.4±0.16	3.2±0.14
Algoritmik Yaklaşım	4.7±0.12	4.1±0.18	4.4±0.27
Cerrahi Planlama	4.6±0.16	3.8±0.13	3.5±0.20

SB-051

2-3. İnterkostal Arter Perforatör Disseksiyonu ve Würringer Septumu Korunarak (Dual Pedikül) Süperomedial Pedikül Bazlı Meme Küçültme Tekniği

Nazım Aydemir, Oğuz Sertkaya,
Ahmet Mert Tanyeri, Bayram Berkan Toker,
Recep Okan Üstün, Göktekin Tenekeci
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Mersin

2-3. İnterkostal Arter Perforatör Diseksiyonu ve Würinger Septumu Korunarak (Dual Pedikülllü) Superomedial Pedikül bazlı Meme Küçültme Tekniği

Giriş: Meme küçültme cerrahisinde, meme başı-areola kompleksinin (NAC) güvenli bir şekilde taşınması, uzun dönem meme projeksiyonunun korunması ve estetik konturun sağlanması açısından pedikül seçimi kritik öneme sahiptir. Literatürde farklı pedikül teknikleri tanımlanmış olsa da, süperomedial pedikül yöntemi, güvenilir kanlanma ve duyusal innervasyonu koruma özellikleri ile ön planda değerlendirilmektedir. Süperomedial pedikül, internal mammarian arterin perforatör dallarından sağlanan güçlü vaskülarizasyonu sayesinde, geniş rezeksiyonlarda dahi NAC'ın güvenle transpoze edilmesine olanak tanır. Pedikülün kısa ve sağlam bir tabana sahip olması, meme şekillendirme sırasında daha iyi projeksiyon elde edilmesini ve üst kutup dolgunluğunun uzun süre korunmasını sağlar. Ayrıca bu teknik, lateral ve inferior dokulardan daha agresif rezeksiyona imkân tanıyarak memenin daha projektil bir görünüme kavuşmasına katkıda bulunur. Süperomedial pedikül yaklaşımı, büyük hacimli ve pitotik memelerde bile estetik olarak tatmin edici sonuçlar verebilmektedir. Bu çalışmada 2-3. İnterkostal arter perforatörlerini disseke edilerek tamamen serbestleştirilmesi ve Würinger septumunu koruyarak NAC dolaşımını korunması ile NAC'ın

istenilen oranda taşınmasını sağlayan klinik çalışmamızdan bahsedeceğiz.

Yöntem: Mayıs 2022- Mayıs 2025 tarihleri arasında opere edilen 36 hasta retrospektif olarak incelendi. Standart wise pattern süperomedial pedikül tekniğine uygun olarak planlanan hastalarda wuringer septumu korunacak şekilde diseksiyon pektoral kas fasyasına kadar gerçekleştirildikten sonra, memenin inferomedial, inferior, inferolateral kısımlarından ve aksiller kuyruktan meme dokusu rezeke edildi, ardından superomedial pedikülün dermal bağlantısı medial pillar bölgesinden pedikül boyunca insize edildi, 2-3. İnterkostal arter perforatörleri bu bölgede yağ doku veya meme dokusunun içerisinde bulunduktan sonra zedelenmeden etraf dokulardan serbestlendi. Daha sonra 2-3.interkostal arter perforatörleri ve Wuringer septumunun dual olarak beslemiş olduğu NAC, laterale doğru rotate edilerek yeni pozisyonuna tespit edilerek yeni meme şekli verilir. Bu şekilde lateral dolgunluk bölgesine gerektiği kadar müdahale edilerek meme tabanı ayrıca daraltılabilir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 36 hasta arasından, 2 hastada T bölgesinde dehissens nedeniyle resütürasyon yapıldı. 1 hastada hematom gelişti. Bottoming-out deformitesiyle karşılaşılmadı. Parsiyel veya total NAC nekroz komplikasyonuna rastlanmamıştır. Revizyon cerrahisine ihtiyaç duyulan hasta yoktur. Tartışma: Bauermeister ve arkadaşları tarafından yayınlanan metaanaliz çalışmasında, 938 hastada klasik süperomedial pedikül ile yapılan meme küçültme operasyonlarında %3 oranında NAC parsiyel nekrozu görülmüş. A. Uslu 185 hastada yapılan çalışmasında %2.7 oranında parsiyel NAC nekroz oranı tespit etmiştir. Literatürde klasik süperomedial teknikle meme küçültmede NAC nekroz oranı %3-%10 arasında olup gigantomasti olan hastalarda %6-10 arasında değişmektedir. Kliniğimizde uyguladığımız teknikte septal 2-3. İnterkostal perforatörleri ve septal perforatörlerinin dikkatli diseksiyonu ile NAC dolaşımı görülerek korunmuş ve NAC nekrozunun önüne geçilmiştir. Ayrıca meme perforatörlerini görerek koruduğumuzdan dolayı memenin şekillendirmesi için gerekli eksizyonlar büyük memelerde bile güvenli bir şekilde yapılmıştır. Bu teknik superomedial pedikülün dermal pedikülünün korunduğu diğer tekniklere kıyasla daha rahat rotasyon arkı sağlanması açısından da önemli olup superiordaki pedikül tabanının da gerektiği hastalarda daraltılmasına olanak tanımaktadır.

Sonuç: Meme küçültme ameliyatlarında meme her zaman istenilen hacimde küçültülememektedir. Bu teknik ile 2.3. interkostal arter perforatör disseksiyonu ile NAC'ı çevre dokulardan ayırarak, NAC vaskülarizasyonunu büyük oranda koruduğumuzdan dolayı rezeksiyon sonrası kalan memenin daha rahat ve serbest olarak şekillendirilebileceğini düşünüyoruz. Yöntem, memenin tabanının daraltılmasında etkin bir tetkik olup; masif hipertrofilerde, lateral dolgunluğu olan memelerde ve aşırı sarkık memelerde inferior pedikül tekniğine kıyasla daha az "bottoming-out" riski ve daha iyi üst kutup projeksiyonu sunmuştur. Tekniğimizde literatüre kıyasla daha az komplikasyon görülmüş, NAC nekrozu vakasına rastlanmamıştır. Sonuç olarak çalışmamız, bölgedeki nörovasküler anatominin iyi bilinmesi ve hassas diseksiyon teknikleri sayesinde, NAC dolaşımının korunup güvenli bir şekilde eksizyonlar yapılabileceğini, hem iyi estetik sonuçlar elde edilebileceği hem de olası komplikasyonların sıklığının önemli ölçüde azaltılabileceğini göstermiştir.

Kaynakça:

1. Adam J. Bauermeister Reduction mammaplasty with superomedial pedicle technique: A literature review and retrospective analysis of 938 consecutive breast reductions. JPRAS March 2019

2. Boschert MT, Barone CM, Puckett CL. Outcome Analysis of reduction mammaplasty. Plast Reconstr Surg 1996;98(3):451–4.

3. Landau AG, Hudson DA. Choosing the superomedial pedicle for reduction mammaplasty in gigantomastia. Plast Reconstr Surg 2008;121(3):735–9

4. A. Uslu Breast Reduction Using the Superomedial Pedicle- and Septal Perforator-Based Technique: Our Clinical Experience Aesth Plast Surg (2019) 43:27–35
Anahtar Kelimeler: Süperomedial Pedikül, İnterkostal arter perforatör, Würinger septum

SB-052

Otolog deri grefti ile rekonstrüksiyon sonrası pansuman tercihi ve bireysel faktörlerin komplikasyonlar ile ilişkisinin incelenmesi

Doğukan Şen, Servet Elçin Alpat, Savaş Serel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Ankara

Giriş

Otolog deri grefti uygulamaları, rekonstrüktif cerrahide sıklıkla kullanılan etkili yöntemlerdir. Greftin başarıyla tutunması, uygulama tekniği kadar postoperatif bakım süreciyle de yakından ilişkilidir. Bu süreçte tercih edilen pansuman yöntemleri, greftin stabilizasyonu, enfeksiyon kontrolü ve yara iyileşmesi üzerinde doğrudan etkilidir. Bu çalışmada, kliniğimizde otolog deri grefti uygulanan hastalarda tercih edilen pansuman türleri ile gelişen komplikasyonlar arasındaki ilişki retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gerekçe ve Yöntem

Otolog deri greftlerinin postoperatif sürecinde hastaların bireysel özellikleri ve uygulanan pansuman yöntemleri, greftin tutunma başarısını ve yara iyileşmesini önemli ölçüde etkileyebilir. Ancak hangi pansuman yönteminin ne tür greft ile hangi özelliklere sahip hasta grubunda daha düşük komplikasyon oranı ile seyrettiğine dair veriler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, tüm bu faktörlerin komplikasyon gelişimi üzerindeki etkilerini değerlendirmek ve greft sonrası hasta yönetiminde rehberlik edecek objektif veriler sunmaktır.

Bu retrospektif çalışmada, Eylül 2024 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda çeşitli etyolojik nedenlerle otolog deri grefti (kısmi veya tam kalınlıkta) uygulanan 87 hasta incelendi. Hastalara uygulanan tie-over veya vakum destekli kapama (VAC) olacak şekilde postoperatif pansuman yöntemleri ile komplikasyon gelişimi arasındaki ilişki değerlendirildi. Veriler hasta dosyalarından ve elektronik kayıt sisteminden elde edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, greft tipi, greft uygulama bölgesi, sigara kullanımı, ek hastalık varlığı ve kanama diyatezi gibi pansumana ek olarak ele alınan değişkenlerle komplikasyon gelişimi arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak analiz edildi. Hastaların postoperatif takiplerinde greftlerdeki değişimler incelenmiş, komplikasyon sonrası revizyon operasyonları yapılan hastaların ilk greft operasyonu çalışmada baz alınmıştır. Bazı hastaların uzun dönem takiplerinde greftte tam iyileşme olsa bile erken dönemde gelişen komplikasyonların verisini elde etmek amacıyla komplikasyon şeklinde not edilmiştir.

Ayrıca çalışmada tam kat deri greftlerinin (FTSG) büyük çoğunluğuna tie-over pansuman yapılmış olsa bile kısmi-

tam kat deri grefti ayrımı yapılmaksızın tüm greft tipleri çalışmaya dahil edilmiştir.

Sigara içimi açısından ise 30 yılı aşkın süredir ex-smoker olan hastalar sigara içmemekte olarak raporlanmıştır.

Bulgular

Bu çalışmaya Eylül 2024 – Temmuz 2025 tarihleri arasında otolog deri grefti uygulanan toplam 87 hasta dahil edildi. Olguların %47.1'ine (n=41) kısmi kalınlıkta deri grefti (STSG), %52.9'una (n=46) tam kalınlıkta deri grefti (FTSG) uygulandı.

Toplamda 22 hastada (%32,2) greftle ilgili komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlar arasında en sık karşılaşılanlar dehisans, parsiyel ve total lizis, greft ayrışması ve greftin yatağa tam adaptasyon sağlayamamasıydı.

Komplikasyon oranı STSG uygulanan hastalarda %39 (n=16) iken, FTSG uygulananlarda %21.7 (n=10) olarak tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı sınıra yakındı (p=0.10).

VAC pansuman uygulanan hastalarda komplikasyon oranı %62,5 (n=10/16) olarak saptanırken, Tie-over pansuman uygulanan hastalarda bu oran %20,3 (n=14/69) idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.0016; Odds Ratio: 6.55).

Komplikasyon oranı greft alanı <25 cm² olan hastalarda %26,7, >50 cm² olanlarda ise %66,7 idi. Alan büyüklüğü arttıkça komplikasyon oranında belirgin bir artış izlendi (p=0.09, anlamlı sınıra yakın).

Sigara Kullanımı

Sigara içen hastalarda komplikasyon oranı %43,8, içmeyenlerde ise %25,7 idi.

Özellikle dehisans ve greft nekrozu gibi bilinen komplikasyonların artışı sigara içenlerin lehineydi.

ASA veya ASA+düşük molekül ağırlıklı heparin gibi antiplatelet/antikoagülan tedavi alan hastalarda komplikasyon oranı %33,3, bu tür tedavi almayanlarda ise %28,3 idi. Aradaki fark anlamlı değildi (p=1.00).

Ek hastalığı bulunan hastalarda komplikasyon oranı %36,6, olmayanlarda %26,7 olarak hesaplandı (p=0.59). En sık eşlik eden hastalıklar hipertansiyon ve diabetes mellitus idi.

<40 yaş grubunda komplikasyon oranı %29,6, >=40 yaş grubunda ise %33,3 olarak bulundu. Yaş ile komplikasyon arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0.57).

Tartışma

Otolog deri grefti sonrası komplikasyon gelişimi, cerrahi teknik kadar postoperatif bakım süreciyle de ilişkilidir. Bununla birlikte komplikasyonları etkileyen faktörlerin analizi, cerrahi başarı açısından önemli bilgiler sunmaktadır. Bu çalışmada STSG'nin FTSG'ye kıyasla daha yüksek komplikasyon oranıyla ilişkili olduğu görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı sınırda seyretmiş (p=0.10) olsa da, daha derin greft alanları içeren STSG uygulamalarında pansuman tipi ve yara kontrolü daha dikkatli planlanmalıdır.

Greft alanının büyüklüğü ile komplikasyon oranı arasında da dikkat çekici bir korelasyon izlenmiştir. Bu durum, cerrahi planlamada alan boyutunun komplikasyon riski ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir

En dikkat çekici bulgu, VAC pansuman yönteminin Tie-over'a kıyasla komplikasyon riskini anlamlı düzeyde artırmasıdır. p=0.0016 ile elde edilen bu sonuç, VAC pansumanın her olguda rutin kullanılmaması gerektiğini ve uygun endikasyonlara sınırlı kalınması gerektiğini göstermektedir. VAC süresinin uzaması ve daha geniş greft alanlarında tercih edilmesi, komplikasyon oranını artırıcı bir faktör olabilir.

Literatürde VAC pansumanın deri greftlerinin tutunma oranlarını artırdığı, enfeksiyon oranlarını azalttığı ve hastanede yatış süresini kısalttığı yönünde bulgular mevcuttur. Ayrıca tie-over pansumana nazaran erişilebilirliği kısıtlı ve zahmetli olmasına rağmen yara çevresindeki ödemi azaltması, sekresyonu uzaklaştırması ve greftin alıcı yatağa daha iyi temas etmesini sağlaması bu avantajlarıdır.

Tarafımızca VAC ile pansuman endikasyon çerçevesinde uygulanmakta olup bu çalışmada VAC ile takip edilen hastalarda bariz komplikasyon artışının; hastaların aktif sigara içimi, greft yapılan alanda aktif tümör varlığı, uygulanan vücut bölgesinin görece daha mobil olması (akral bölge) ve hastaların uyumsuzluğu (ileri yaş) gibi nedenlerle ilişkili olduğu kanaatindeyiz. Çalışmanın retrospektif tasarımı ve sınırlı hasta sayısı, ileri düzey çıkarımlar için prospektif, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Sonuç

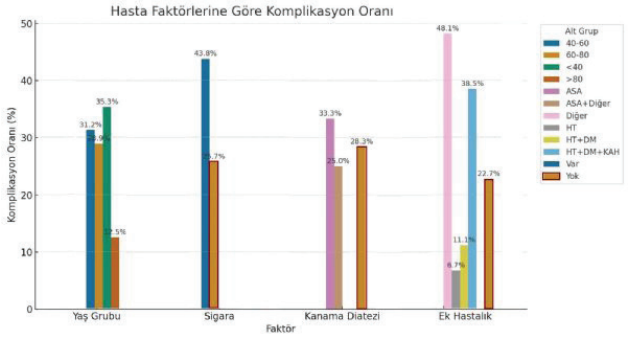
Otolog deri grefti sonrası uygulanan pansuman yöntemleri, komplikasyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada, otolog deri grefti sonrası komplikasyon gelişiminde en etkili faktörlerin greft tipi, greft alanı büyüklüğü ve uygulanan pansuman yöntemi olduğu bulunmuştur. VAC pansuman uygulanan hastalarda komplikasyon gelişme riski, Tie-over'a göre 6.5 kat daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

VAC pansumanın komplikasyon riskini artırabileceği göz önünde bulundurularak, endikasyonlara dikkatle karar verilmelidir.

Komplikasyon gelişimi sadece pansuman tipine değil, aynı zamanda bulgular kısmında istatistiksel olarak belirtilen hasta ve greft özelliklerine de bağlıdır. Ayrıca bireysel risk faktörleri göz önünde bulundurularak kişiye özgü pansuman planlaması yapılması, greft başarısını optimize etmek açısından klinik olarak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Faktörler, Greft, İyileşme, Komplikasyon, Pansuman, VAC

Parametrelere göre komplikasyon ilişkisi



Parametrelere göre komplikasyon ilişkisi

SB-053

Cerrahi asistanlarının eğitiminde fırsat eşitliği için etkili bir yaklaşım: Kafa kamerası videolarının eğitsel etkisi

Onur Hasret Yurtsever, Umut Tuncel, Ayhan Sönmez
Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş

Cerrahi eğitim, teorik bilginin pratiğe dönüştüğü uygulama temelli bir süreçtir. Özellikle eğitimin ilk yıllarındaki asistanlar için operasyonel deneyim kazanmak, mesleki gelişim ve özgüven açısından kritik öneme sahiptir. Ancak ÖSYM verilerine göre son 5 yılda Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi branşında açılan 1400'den fazla TUS kontenjanı, yoğun klinik işleyiş, ameliyatlara sınırlı katılım ve vaka çeşitliliğine ulaşma güçlüğü, bu deneyimin edinilmesini zorlaştırmaktadır. Gelişen teknolojiler, bu eğitim açığını kapatmak üzere alternatif yöntemler sunmaktadır. Kafa kamerası teknolojisi, cerrahın bakış açısından yüksek çözünürlüklü video kayıtları sunarak, özellikle asistan doktorların operasyonları eş zamanlı ya da sonradan izleyebilmesine olanak tanır. Bu çalışmada, cerrahi eğitimin ilk yıllarında olan asistanların bu video kayıtlarından nasıl faydalandıkları ve eğitsel katkının düzeyi incelenmiştir.

Materyal ve Metot

Çalışma, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 1. ve 2. yılındaki Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi asistan doktorları arasında gerçekleştirilmiştir. Klinikte son 6 aylık süre içerisinde eğitim için uygun görülen cerrahi operasyonlar, kafa kamerası ile hem canlı yayın olarak hem de sonradan izlenilmek üzere kayıt altına alınarak asistan doktorlar ile paylaşılmıştır. Operasyon görüntülerinin eğitsel etkinliğini değerlendirmek üzere katılımcılara çevrimiçi ortamda hazırlanan 16 soruluk bir anket sunulmuştur. Anket, 16 asistanın katılımı ile uygulanmıştır. Çoktan seçmeli ve 5'li Likert ölçekli olarak hazırlanan sorular; kafa kamerası ile çekilen videoları izleme durumu, izleme sıklığı, görüntü kalitesi, kamera açısının uygunluğu, eğitimsel katkı, eğitim dışı katkı ve genel memnuniyet düzeyleri gibi başlıkları kapsamıştır. Ayrıca açık uçlu sorularla asistanların önerileri de toplanmıştır. Veriler Microsoft Excel ile analiz edilerek yüzdelik dağılım ve ortalamalar hesaplanmış, sonuçlar tablo ile desteklenmiştir.

Bulgular

Katılımcıların %93.8'i kafa kamerası kayıtlarını izlediğini belirtmiştir. İzleme sıklığı açısından %43.8'i ayda 1–2 kez, %37.5'i ayda birden az, %12.5'i haftada 1 kez, %6,2'si ise haftada 1'den fazla sıklıkla bu videoları izlemektedir. Birden fazla seçimin sunulduğu görüntülerin izlenme yoluna verilen cevaplar şu şekildedir: Sonradan izleme: 81.2%, Canlı yayın: 68.8%, Depolama cihazları: 43.8%, Toplantı/Sunum: 6.2%. Görüntü kalitesi %50 oranında yeterli, %43.8 oranında kısmen yeterli olarak değerlendirilmiştir. Kamera açısı için %50'si yeterli, +%37.5'i kısmen yeterli demiştir. Katılımcıların %93.8'i bu yöntemin cerrahi eğitimde kalıcı hale getirilmesini önemli bulmakta, %100'ü ise eğitim dışı alanlarda da (örneğin bilimsel sunum, vaka tartışması) bu kayıtların fayda sağladığını düşünmektedir. Özellikle rinoplasti, maksillofasiyal travma, meme rekonstrüksiyonu ve flep cerrahisi gibi operasyonlar izlenmiştir. Likert ölçeği ile hazırlanan sorular ve ortalama skorları Tablo-1'de özetlenmiştir. Açık uçlu sorularda önerilen geliştirmeler arasında video kalitesinin artırılması, kamera kafa sabitleme aparatının ergonomik özellikte olup konforunun artırılması ve görüntülerdeki önemli anların işaretlenmesi gibi fikirler öne çıkmıştır.

Sonuç ve Tartışma

Çalışmanın bulguları, kafa kamerası videolarının cerrahi eğitimi destekleyici etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Bu kayıtlar, özellikle eğitimin başındaki asistanlara operasyonel süreçleri gözlemleme ve öğrenme şansı tanımaktadır. Gerçek zamanlı izleme ile birlikte sonradan tekrar izlenebilme olanağı, öğrenme sürecinin sürekliliğini sağlamaktadır. Görsel ve işitsel olarak zengin içerik sunması sayesinde cerrahın düşünme biçimi, anatomiye yaklaşımı ve teknik detaylar etkili biçimde izlenebilmektedir. Ayrıca kayıtların eğitim dışı bilimsel sunumlarda kullanılabilir olması, bu yöntemin çok yönlü bir araç olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte video kalitesi, görüntünün kafa hareketleri ile ortaya çıkan odak probleminin azaltılıp stabilitesinin arttırılması ve görüntü netliği gibi teknik iyileştirmeler ile eğitim verimliliği daha da artırılabilir. Kafa kamerası ile gerçekleştirilen kayıt uygulaması, cerrahi eğitimde önemli bir boşluğu doldurmakta ve eğitimde fırsat eşitliğini desteklemektedir. Bu teknolojinin sistematik biçimde cerrahi eğitim modüllerine entegre edilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi eğitimi, fırsat eşitliği, kafa kamerası

Resim-Kafa Kamerası Kullanımı



1-Kafa kamerası ile kayıt alınan operasyon sahasındaki yerleşim düzeni

2-Kafa Kamerasının görünümü

3-Operasyonun canlı yayın olarak klinik servisinden takibi

Tablo-1

Soru Başlığı	Ortalama Puan
Sık girilmeyen vakaların görülme şansı	4.81
Cerrahi akışın anlaşılması	4.56
Teknik öğrenme	4.44
Gözlemleyerek öğrenme	4.19
Bilgi düzeyinin eşitlenmesine katkı	4.12
Cerrahi anatomi bilgisinin pekişmesi	3.88
Teorik/sınav hazırlığına katkı	3.88

Kafa Kamerası Eğitsel Katkı Soruları Ortalama Likert Skorları (1:Hiç Katılmıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum)

SB-054

Çocuk Ve Ergenlerde Travmatik El Yaralanmalarına Eşlik Eden Psikiyatrik Belirtiler

Sevgi Sarıhan, Oğuz Kağan Koçak, Hande Akdeniz, Gökçe Yıldıran, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı,Konya

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ve ergenlerde el yaralanmaları sık görülmekte ve bu yaralanmalar çoğunlukla kazalara bağlı olsa da, bazı olgular kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olabilmektedir. Bu nedenle, travmatik el yaralanmaları yalnızca cerrahi açıdan değil, psikiyatrik açıdan da önem taşır. Bu çalışmada amacımız, el cerrahisi kliniğimize başvuran çocuk ve ergenlerde anksiyete, depresyon ve dürtüsellik düzeylerini değerlendirmek ve elde edilen sonuçları tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Prospektif tasarlanan çalışmaya Nisan–Ağustos 2025 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi El Cerrahisi Kliniği'ne başvuran ve cerrahi tedavi uygulanan, 6–18 yaş aralığında toplam 22 hasta çalışmaya dahil edildi.

Yaş, cinsiyet, travma etiyolojisi kaydedildi.

Psikiyatrik değerlendirme:

• RCADS (Revised Child Anxiety and Depression Scale): sosyal fobi, panik bozukluk, majör depresyon, ayrılma anksiyetesi, yaygın anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluğu değerlendirmek amacıyla uygulandı. Her madde 0–3 puan aralığında derecelendirildi ve yaş/cinsiyet normlarına göre T skorları elde edildi. T < 65: normal, T >= 65: riskli aralık, T >= 70: klinik düzey.

• BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale): dikkatsel, motor ve planlama dürtüselliği boyutlarını içeren 9 sorudan oluşan ölçek uygulandı. Puanlar 3–12 aralığında olup, yüksek skorlar yüksek dürtüselliği göstermektedir.

Değerlendirmeler postoperatif 1. günde, tek cerrah tarafından ve hasta ile birebir görüşme şeklinde yapıldı.

6 yaş altı/18 yaş üstü, izole kemik fraktürü, acil serviste müdahale edilip taburcu edilen hastalar çalışma dışında tutuldu.

BULGULAR

El, el bilek ve ön kol kesilerine bağlı opere edilen, yaş ortalaması 13,8 olan 22 hasta (18 erkek, 4 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 13.81 olarak hesaplandı. Çalışmaya 18 erkek ve 4 kadın dahil edildi.

Yaralanma nedenleri arasında cam kesisi, bıçak kesisi, iş makinesi, jilet kesisi ve crush yaralanmaları (zincir, kapı, demir sıkışması) yer aldı. Bunlardan on yedisi kaza (ikisi iş kazası), dördü şiddet ve kavga, biri suicid nedenli idi.

BIS-11 sonuçları:

Dikkatsel dürtüsellik ortalaması: 6.45

Motor dürtüsellik ortalaması: 6.40

Planlama dürtüselliği ortalaması: 6.59 olarak bulundu.

Üç hastada tüm alanlarda ortalamanın üzerinde dürtüsellik saptandı. Bu hastaların travma nedenleri: intihar amaçlı jilet kesisi, iş kazası ve ev içi bıçak kesisi idi.

RCADS sonuçları:

Sosyal fobi: Klinik düzeyde anlamlı vaka saptanmadı.

Panik bozukluk: 1 hasta riskli, 2 hasta klinik düzeyde anlamlı.

Majör depresyon: 5 hasta riskli aralıkta.

Ayrılma anksiyetesi: 2 hasta klinik, 1 hasta riskli.

Yaygın anksiyete: 1 hasta riskli.

Obsesif kompulsif bozukluk: 1 hasta klinik, 1 hasta riskli.

TARTIŞMA – SONUÇ

Çocuk ve ergenlerde el yaralanmaları genellikle kazalara bağlı gelişse de, bir kısmı kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir. Çalışmamızda intihar amaçlı kesi ile başvuran bir olgunun bulunması, bu yaş grubunda travmatik el yaralanmalarının yalnızca cerrahi açıdan değil, aynı zamanda psikiyatrik açıdan da değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu çalışma, çocuk ve ergenlerde el yaralanmalarının yalnızca fiziksel değil, psikiyatrik açıdan da dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

BIS-11 sonuçları, genel olarak orta düzeyde dürtüsellik olduğunu, ancak yüksek dürtüsellik puanlarının daha ciddi travmalar (intihar girişimi, iş kazası) ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, literatürde dürtüsellik ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

RCADS değerlendirmesi, özellikle majör depresyon ve ayrılma anksiyetesi alanlarında anlamlı bulgular ortaya koymuştur. Depresyonun riskli grupta yüksek oranda saptanması, travmatik olayların depresif semptomları tetikleyebileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak çocuk ve ergenlerde travmatik el yaralanmaları, sadece cerrahi bir sorun değil, aynı zamanda psikiyatrik bir değerlendirme gerektiren durumdur. Erken dönemde uygulanacak psikiyatrik tarama ve danışmanlık hizmetleri, tekrarlayan travmaların önlenmesi ve psikososyal iyilik halinin korunması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete,depresyon, el kesileri, çocuk ve ergenler

Literatür:

1- Piqueras JA, Martín-Vivar M, Sandin B, San Luis C, Pineda D. The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. J Affect Disord. 2017 Aug 15;218:153-169.

2- Jiang Y, Yu H, Zheng Q, Zhu Y, Qin Q, Zhang J, Cui R, Wu W, Wu C, Li T, Ji C, Jiao D, Wang W. Effects of decision making and impulsivity on the addictive features of non-suicidal self-injury behaviors in adolescents with depressive disorder. BMC Psychiatry. 2024 Oct 18;24(1):708.

3- Zhao F, Jin Y, Ding J, Yang L. Clinical features and influencing factors of adolescent major depressive disorder with suicidal and self-injurious behaviour. Braz J Psychiatry. 2024;46:e20243613.

Anahtar Kelimeler: , Anksiyete, depresyon, el kesileri, çocuk ve ergenler

SB-055

Lipödem Hastalarında Güç Destekli ve Geleneksel Liposuction Sonrası Postoperatif Ağrının Karşılaştırılması: Prospektif Bir Klinik Çalışma Erken Dönem Sonuçlarımız

Mehmet Demir, Çağlar Yılmaz, İrem Okay Taşçan, Emre Savacı, Anıl Demiröz
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Liposuction lipödem hastalarında ağrı kontrolü, şişliğin azaltılması, mobilite artışı ve genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından etkili bir cerrahi yöntem olarak öne çıkmaktadır [1]. Literatürde, güç destekli ve su yardımlı liposuction gibi daha yeni teknolojilerinin daha az postoperatif ağrıya neden olduğu bildirilmiştir [1,4].

Bununla birlikte, yalnızca lipödem tanısı almış hasta popülasyonunda farklı liposakşın tekniklerinin postoperatif ağrıya etkisini doğrudan karşılaştıran prospektif klinik çalışmalar literatürde sınırlıdır. Bu çalışma, lipödemli hastalarda uygulanan geleneksel ve güç destekli tekniklerinin postoperatif ağrı düzeyine etkilerini karşılaştırarak optimal cerrahi yöntemin belirlenmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Ekim 2024 – Temmuz 2025 tarihleri arasında yürütülen bu prospektif klinik çalışmada, alt ekstremite lipödem tanısı almış 14 kadın hasta, uygulanan liposuction tekniğine göre güç yardımlı (n=7) ve geleneksel (n=7) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Uygulama sırasında kullanılan tümesan solüsyon miktarı, toplam aspirasyon hacmi, intraoperatif analjezi yönetimi ve varsa turnike süresi gibi intraoperatif veriler sistematik olarak kaydedildi.

Postoperatif dönemde ağrı düzeyi, VAS (0 = hiç ağrı yok, 10 = dayanılmaz ağrı) kullanılarak postoperatif 1., 6., 24. saatler ile 2., 3. ve 7. günlerde değerlendirildi. Ayrıca analjezik kullanım miktarı ve süresi değerlendirildi. Tüm hastalara standart olarak oral Arveles 25 mg tablet reçete edildi. Kullanım sıklığı ve süresi, hasta beyanları ve reçete kayıtlarına dayanarak kaydedildi.

Tüm parametreler gruplar arasında istatiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular

1.Demografik Veriler

Gruplar arasında demografik veriler açısından anlamlı fark yoktu. Gruplar arasında infiltrasyon hacmi ve aspirasyon miktarı açısından da anlamlı fark saptanmadı.

2.Ağrı Değerlendirmesi

Preoperatif VAS skorları incelendiğinde, PAL grubunda ortalama değer 3.71 ± 2.14, SAL grubunda ise 6.43 ± 0.98 olarak saptandı. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p = 0.017).

Postoperatif döneme ait VAS skorları incelendiğinde, PAL grubunda ağrı düzeyleri SAL grubuna kıyasla genel olarak daha düşük seyretti. Ancak, postoperatif ölçüm zamanlarında elde edilen grup farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı.

(1. saat: p = 0.473; 6. saat: p = 0.272; 1. gün: p = 0.429; 2. gün: p = 0.303; 3. gün: p = 0.599; 7. gün: p = 0.784).

Grup içi karşılaştırmalarda, PAL grubunda preoperatif döneme kıyasla postoperatif 7. günde ortalama 2.14 puanlık azalma gözlendi ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p = 0.042). SAL grubunda da benzer şekilde anlamlı bir azalma görüldü (p = 0.016).

İki grubun postoperatif 7. gün skorları karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (p = 0.784).

Bu bulgulara göre, PAL tekniği uygulanan hastalarda hem preoperatif hem de postoperatif süreçte daha düşük ağrı düzeyleri gözlendi. Ancak, postoperatif ağrı düzeylerindeki azalma her iki grupta da benzer olup, PAL ve SAL grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır; bu da liposuctionun uygulanan yönteme bakılmaksızın lipödemde ağrıyı azalttığını göstermektedir.

3.Analjezik Gereksinimi

PAL grubundaki hastalarda günlük ortalama analjezik kullanımı 1.29 ± 0.76 tablet, kullanım süresi ise 2.57 ± 1.13 gün olarak belirlendi. SAL grubunda ise bu değerler sırasıyla 1.43 ± 0.53 tablet/gün ve 5.57 ± 2.51 gün olarak saptandı. Gruplar arası istatistiksel karşılaştırmada, günlük analjezik kullanım dozu açısından anlamlı bir fark gözlenmedi (p = 0.830). Ancak kullanım süresi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p = 0.036).

Tartışma

Bu çalışma, yalnızca lipödem tanısı almış güç destekli liposuction ve geleneksel liposuction tekniklerinin postoperatif ağrı üzerindeki etkilerini doğrudan karşılaştıran nadir prospektif klinik serilerden biridir.Literatürde, güç yardımlı liposuction gibi dokuya daha az travma uygulayan yöntemlerin çevre dokulara zarar vermeden çalıştığı, inflamatuar süreci sınırlandırdığı ve bu sayede postoperatif ağrıyı azalttığı belirtilmiştir [1,3,6].

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, PAL uygulanan hastalarda tüm zaman noktalarında SAL grubuna kıyasla daha düşük ağrı skorları izlendi; özellikle 3. ve 7. günlerde farkın klinik olarak anlamlı bir eğilim gösterdiği gözlendi. Ancak bu farklar istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Yine de, daha kısa süreli analjezik kullanımı ve düşük ağrı skorları, PAL tekniğinin postoperatif ağrı kontrolü açısından avantajlı olabileceğini düşündürmektedir [5, 11].

Bu bulgular, iki tekniğin karşılaştırıldığı çalışmalarda bildirilen verilerle benzerlik göstermektedir; söz konusu araştırmalarda da güç yardımlı liposuction uygulanan hastalarda ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir [1]. Ayrıca mekanik destekli sistemlerin cerrahın kas-iskelet yükünü azalttığı ve cerrahi süreci kısalttığı da ifade edilmiştir [6].

Cerrahi sonrası ağrının, yalnızca hasta konforu değil, aynı zamanda erken mobilizasyon, komplikasyonların önlenmesi, analjezik gereksinimi ve yaşam kalitesi gibi faktörler üzerinde etkili olduğu iyi bilinmektedir [2,8]. Bu nedenle, tercih edilen cerrahi yöntemin postoperatif ağrı profiline etkisi, cerrahi karar verme sürecinde dikkate alınması gereken önemli bir parametredir.

Sonuç

Bu çalışma PAL tekniğinin postoperatif dönemde daha düşük ağrı skoru ve analjezik gereksinimi ile seyrettiğini göstermiştir. Bu teknik hem hasta memnuniyetini artırmak hem de cerraha daha konforlu bir operasyon ortamı sunmak açısından avantajlı olabilir. Ancak bu sonuçların daha geniş örneklemli, randomize ve uzun dönem takipli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Kaynakça:

1) Aksoy H, Karadag AS, Wollina U. Causeandmanagementoflipedema-associatedpain. DermatolTher.2021 Jan;34(1):e14364. doi: 10.1111/dth.14364. Epub 2020 Oct 12. PMID: 33001552.

2)FijanyAJ,FordAL,AssiPE,HungYC,MontorfanoL,MubangRN,KaragozH.Comparingthesafetyandeffectivenessof different liposuction techniques for lipedema. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2024 Oct;97:256-267. doi: 10.1016/j.bjps.2024.07.038. Epub 2024 Jul 31. PMID: 39173577

3)AhmadJ,EavesFF3rd,RohrichRJ,KenkelJM.TheAmerican SocietyforAestheticPlasticSurgery(ASAPS)survey: current trends in liposuction. Aesthet Surg J. 2011 Feb;31(2):214-24. doi: 10.1177/1090820X10395508. PMID: 21317119

4)CollinsPS,MoyerKE.Evidence-BasedPracticeinLiposuction.AnnPlastSurg.2018Jun;80(6SSuppl6):S403-S405. doi: 10.1097/SAP.0000000000001325. PMID: 29369106.

5)AracoA,GravanteG,AracoF,DeloguD,CervelliV. Comparisonofpowerwater--assistedandtraditionalliposuction:a prospective randomized trial of postoperative pain. Aesthetic Plast Surg. 2007 May-Jun;31(3):259-65. doi: 10.1007/s00266-006-0186-5. PMID: 17380360.

6)ScuderiN,PaoliniG,GrippaudoFR,TennaSComparativeevaluationoftraditional,ultrasonic,andpneumaticassisted lipoplasty: analysis of local and systemic effects, efficacy, and costs of these methods. Aesthetic Plast Surg. 2000 Nov- Dec;24(6):395-400. doi: 10.1007/s002660010066. PMID: 11246425.

7)Dadras, M., Mallinger, P. J., Corterier, C. C., Theodosiadi, S., & Ghods, M. (2017). Liposuction in the treatment of lipedema: a longitudinal study. Archives of plastic surgery, 44(04), 324-331.

8)Amato, A. C., Amato, J. L., & Benitti, D. (2024). Efficacy of liposuction in the treatment of lipedema: a meta-analysis. Cureus, 16(2).

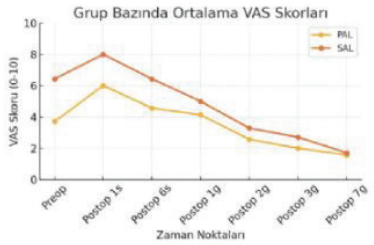
9)Bejar-Chapa, M., Rossi, N., King, N., Hussey, M. R., Winograd, J. M., & Guastaldi, F. P. (2024). Liposuction as a treatment for lipedema: a scoping review. Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open, 12(7), e5952.

10)Hoffmann, J., Stepniewski, A., Lehmann, W., & Jäckle, K. (2024). A retrospective cohort study: Waterjet-assisted liposuction reduces inflammation but increases the risk of hypokalemia in patients with lipoedema. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 99, 468-474.

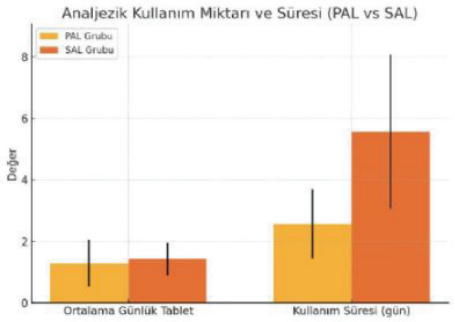
11)Herbst, K. L., Hansen, E. A., Salinas, L. M. C., Wright, T. F., Larson, E. E., & Schwartz, J. S. (2021). Survey outcomes of lipedema reduction surgery in the United States. Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open, 9(4), e3553.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Liposuction, Lipödem

Postoperatif ağrı ve analjezik grafiği



PAL ve SAL gruplarının zaman içinde ortalama VAS skorlarının karşılaştırılması.



Postoperatif ağrı ve analjezik grafiği

Hasta Bazında Ağrı Değişimi

Teknik	Preop	Postop 7. Gün.	Hasta Δ	P Değeri
PAL	7	1	6	0.001
SAL	7	1	6	0.001
PAL	5	1	4	0.352
SAL	6	2	4	0.352
SAL	7	3	4	0.352
SAL	8	1	7	0.001
SAL	6	1	5	0.019
SAL	5	1	4	0.352
PAL	0	0	0	0
SAL	6	3	3	0.482
PAL	3	2	1	0.001
PAL	4	2	2	0.03
PAL	4	4	0	0.0
PAL	3	1	2	0.03

Hasta Bazında Ağrı Değişimi

SB-056

"Bariatrik-olmayan Pannikülektomilerde Perioperatif GLP-1 Reseptör Agonist Kullanımı ve Cerrahi Sonuçlar: 10 Yıllık Retrospektif Bir Analiz"

Zachary Koenig, Sydney Rashid, Gerlad Hobbs, H. Şafak Uygur
West Virginia University, Division of Plastic, Reconstructive and Hand Surgery

Giriş: Glukagon benzeri peptid-1 reseptör agonistleri (GLP1ra), metabolik faydaları ve potansiyel yara iyileştirici özellikleri nedeniyle tip 2 diyabet ve obezite için giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Metabolik faydalara ek olarak, GLP1ra yara iyileşmesini etkileyebilecek etkiler gösterir. Klinik öncesi modeller kronik yara iyileşmesinde olumlu etkilerini göstermiştir, ancak akut cerrahi yaralar üzerindeki etkileri belirsizliğini korumaktadır. Doku kalitesini değiştirme ve yan etkilerin belirginleşmesi görülebilir. Elektif plastik cerrahi prosedürlerinde GLP1ra'nın kesilmesi veya devam ettirilmesi ile ilgili genel kabul görmüş kılavuzlar bulunmamaktadır. Bu bilgi boşluğu, estetik ve rekonstrüktif alanları kapsayan bir prosedür olan pannikülektomi için özellikle önemlidir. Pannikülektomi, genellikle büyük kilo kaybıyla ilişkilendirilse de, metabolik sendromlu veya obezite dışı hastalarda giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır. Bu hastaların çoğu GLP1ra adayıdır veya şu anda GLP1ra kullanmaktadır. Bu prosedürler, özellikle komorbiditeleri olan ve yağ dokusu yapısı değişmiş hastalarda doku iyileşmesi üzerinde önemli talepler doğurmaktadır. Bunun ötesinde, GLP1ra tedavisi gören hastalar genellikle hem tıbbi hem de cerrahi yollarla vücut dönüşümü arayışında olan yüksek motivasyonlu bir alt grubu temsil etmektedir. İyileşme, yara iyileşmesi ve estetik sonuç beklentileri geleneksel pannikülektomi hastalarından farklı olabilir. Metabolik belirteçlerdeki iyileşmelere rağmen, GLP1ra tedavisinde kalori ve protein alımının azalması, beslenme durumunda ince bozulmalara yol açabilir; bu da ameliyat sonrası iyileşmeyi standart laboratuvar değerlerinin tam olarak yakalayamadığı şekillerde etkileyebilir. GLP1ra'nın yaygın olarak benimsenmesine ve plastik cerrahi ile artan ilgisine rağmen, perioperatif etkilerini değerlendiren uzmanlık alanına özgü veri eksikliği vardır. Bunu değerlendirmek için, ameliyat öncesi GLP1ra kullanımının cerrahi sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere bariatrik olmayan ve pannikülektomi geçiren hastaların 10 yıllık retrospektif analizini gerçekleştirdik. GLP1ra'nın genel komplikasyon oranlarını artırmasa da, akut postoperatif dönemde benzersiz yara iyileşme dinamikleri ile ilişkili olabileceğini varsaydık. Bu çalışmada, bariatrik neden dışı pannikülektomi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonlar ve GLP1ra ile ilişkili yan etkiler incelenmiştir.

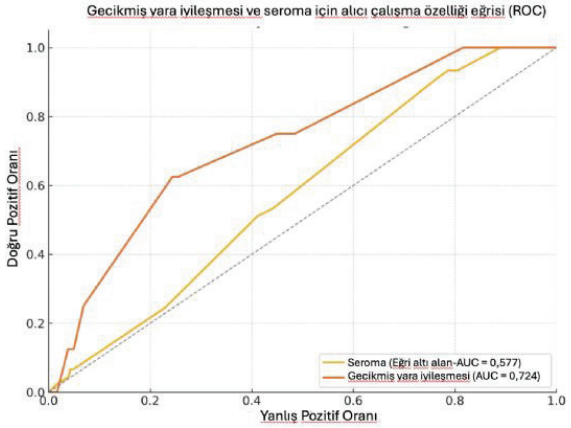
Yöntemler: 81 GLP1ra kullanan ve 292 kullanmayan dahil olmak üzere 373 pannikülektomi hastasının (Ocak 2013-Ocak 2023) retrospektif bir incelemesi yapılmıştır. Önceden bariatrik cerrahi geçirmiş veya eş zamanlı fıtık onarımı yapılmış hastalar, yara iyileşmesi sonuçlarını etkileyebilecek yama (mesh) yerleştirme ve değişen doku planları nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm hastalar en az bir yıl süre ile takip edilmiştir. Temel demografik bilgiler, beslenme belirteçleri ve GLP1ra tedavi süreleri kaydedilmiştir. Enfeksiyon, yara açılması (dehisens), gecikmiş yara iyileşmesi, hipertrofik skar, keloid gelişimi, seroma, hematom ve derin ven trombozu/akciğer embolisi komplikasyonları incelenmiştir. Komplikasyonlar ve yan etkiler karşılaştırılırken lojistik regresyon yapılmıştır.

Sonuçlar: GLP1ra kullanıcıları daha yüksek tip 2 diyabet (%55,6'ya karşı %29,5, P=0,01), hipertansiyon (%69,1'e karşı %52,7, P=0,04) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%17,3'e karşı %6,5, P=0,02) oranlarının yanı sıra yüksek prealbümin (22,8±6,6'ya karşı 20,4 ± 7,7 mg/dL, P=0,030) oranlarına sahipti. Analizler GLP1ra kullananlarda daha fazla gecikmiş yara iyileşmesi (%18,5'e karşı %7,5, P=0,0066) ancak daha düşük seroma insidansı (%4,9'a karşı %14,0, P=0,032) göstermiştir. Bu farklılıklar çok değişkenli regresyonda da devam etmiştir. Enfeksiyon, yağ nekrozu, hematom veya GLP1ra ile ilişkili gastrointestinal yan etkiler açısından anlamlı farklılıklar kaydedilmemiştir (Tablo 1, Şekil 1)

Tartışma: Çalışmanın yapıldığı popülasyon aşırı yüksek obezite, tip 2 diyabet ve diğer obeziteye bağlı komorbidite oranları göz önüne alındığında, GLP1ra etkilerini incelemek için ideal bir popülasyonu temsil etmektedir. Bölge popülasyonunun cerrahi riskin en yüksek olduğu hastaları yansıtması, bir yıllık takip sürelerinin dahil edilmesiyle hem erken hem de orta vadeli komplikasyonların değerlendirilebilmesi çalışmanın gücünü artırmaktadır. Cerrahi kilo kaybı yerine farmakolojik kilo kaybının etkilerini izole etmek için özellikle bariatrik olmayan pannikülektomi hastalarını hedefleyerek GLP1ra'nın tek başına etkilerini daha iyi değerlendirebildik. Analizimizde çok değişkenli regresyon ile komorbidite değişkenlerini kontrol etmeye çalıştık, ancak kalıntı karışıklığa neden olan faktörler devam etmiş olabileceğinden komorbidite yüküne göre cerrahi riski sınıflandırmak için tasarlanmış prospektif çalışmalar gerekmektedir. GLP1ra kronik yara bakımında umut vaat etse de, kullanımı akut cerrahi yara iyileşmesinde gecikme artışı ancak daha az seroma ile korelasyon göstermiştir. Genel olarak, bu bulgular perioperatif güvenliklerini desteklemekle birlikte, potansiyel yara iyileşmesi gecikmeleri için dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: glp-1 reseptör agonistleri, pannikülektomi, yara iyileşmesi

Gecikmiş Yara İyileşmesi ve Seroma için Alıcı Çalışma Özelliği (ROC) eğrisi



Çalışmadaki Panniküléktomi Komplikasyonları

Komplikasyonlar	Toplam hasta popülasyonu (N = 373)	GLP1ra var (n = 81)	GLP1ra yok (n = 292)	P-değeri	Çok değişkenli regresyon (Tahmini risk oranı, %95 Güven Aralığı)
Yüzeysel enfeksiyon (sadece antibiyotik ile tedavi)	% 4 (15)	% 4,9 (4)	% 3,8 (11)	0,75	1,33 (%95 GA: 0,41 - 4,28)
Derin enfeksiyon (yeniden ameliyat gerektiren)	% 4 (15)	% 2,5 (2)	%4,5 (13)	0,54	0,54 (%95 GA: 0,12 - 2,46)
Yara açılması	% 2,1 (8)	% 1,2 (1)	% 2,4 (7)	1	0,51 (%95 GA: 0,06-4,20)
Gecikmiş yara iyileşmesi	% 9,9 (37)	% 18,5 (15)	% 7,5 (22)	0,0066	2,79 (%95 GA: 1,37-5,67)
Hipertrofik yara izi/ Keloid	% 4 (15)	% 3,7 (3)	% 4,1 (12)	1	0,90 (%95 GA: 0,25-3,26)
Seroma	% 12,1 (45)	% 4,9 (4)	% 14 (41)	0,032	0,32 (95% GA: 0.11–0.92)
Hematom	% 3,2 (12)	% 4,9 (4)	% 2,7 (8)	0,30	1,84 (95% GA: 0.54–6.29)
Derin ven trombozu/ Pulmoner emboli	1,9% (7)	% 2,5 (2)	% 1,7 (5)	0,65	1,45 (95 % GA: 0.28 - 7.63)

SB-057

Makromasti Hastalarında Baş Ağrısı Prevalansı ve Redüksiyon Mammoplasti Sonrası Düzelme

Bilgen Can, Meryem Baydemir, Emrah Işıktekin
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Balıkesir

Giriş:

Birçok çalışma, makromasti sonrası boyun, sırt ve omuz ağrısının azalabileceğini bildirmiştir. Ancak, yalnızca bir çalışma makromasti ve baş ağrıları arasındaki ilişkiyi özel olarak incelemiştir.Kerrigan ve ark. makromastili hastalarda şu 7 semptomu tanımlamıştır: sırt ağrısı, boyun ağrısı, omuz ağrısı, kol ağrısı, kolda uyuşma, memelerin altında döküntü ve sütyen askısı izleri. Ek olarak hastalarda akciğer kapasitesinde azalma, vertebralarda açısal değişiklikler, psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesinde bozulma da gösterilmiştir.

Baş ağrısı, makromastili hastalarda oldukça yaygın bir klinik durumdur; ancak literatürde yalnızca 1 çalışma bu ilişkiyi özel olarak incelemiştir. 2010 yılında Ducic ve ark. tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada makromastili hastalarda baş ağrısı oranı %69 bulunmuş, ancak bu hastaların yalnızca %48'i meme küçültme ameliyatından sonra baş ağrısından kurtulmuştur. Ducic ve ark., baş ağrısının makromasti tanı kriterlerine eklenmesi gerektiğini öne sürmüştür.

Amaç:

Bu çalışmada, kliniğimizden alınan bir örneklem incelenerek makromastili hastalarda baş ağrısı sıklığının belirlenmesi ve hastaların meme küçültme ameliyatı sonrası çıkarılan meme dokusuna bağlı olarak baş ağrısında rahatlama yaşayıp yaşamadıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler:

Bu çalışma retrospektif bir analiz olarak gerçekleştirildi ve Ocak 2014 – Ekim 2018 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen makromasti hastalarına anket uygulandı. Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Çalışma süresince semptomatik makromasti nedeniyle 456 hastaya redüksiyon mamoplasti uygulandı. Tüm hastalardan yazılı aydınlatılmış onam alındı.

Dışlama kriterleri: Çalışmaya katılmayı reddedenler, 18 yaş altı ve 60 yaş üstü olanlar, migren veya başka ek hastalık tanısı olanlar, postoperatif süresi 6 aydan kısa olanlar, BKİ >25 kg/m² olanlar ve tıbbi kaydı bulunmayanlar. Bu kriterlerin uygulanmasının ardından 100 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bu hastalar aranarak özel hazırlanmış bir anket uygulandı Öncelikle cerrahi öncesinde baş ağrısı yaşayıp yaşamadıkları soruldu. Haftada birkaç kez veya daha sık baş ağrısı yaşayanlar "baş ağrısı olan" hasta olarak kabul edildi. Bu hastalara, cerrahi sonrası baş ağrılarında rahatlama yaşayıp yaşamadıkları soruldu. Şiddet veya sıklıkta azalma ya da ilaç kullanımında azalma bildiren hastalar "postoperatif baş ağrısı rahatlaması olan" olarak değerlendirildi. Son olarak, ameliyattan memnuniyetleri, aynı şikayetleri olan kişilere bu ameliyatı tavsiye edip etmeyecekleri sorularak değerlendirildi. "Evet" yanıtı verenler ameliyattan memnun olarak kabul edildi.

Elde edilen bilgiler bilgisayara aktarılarak analiz edildi. Makromastili hastalarda preoperatif baş ağrısı sıklığı ve postoperatif baş ağrısı rahatlaması ile çıkarılan meme dokusu miktarı arasındaki ilişki incelendi.

İstatistiksel analizler SPSS 17.0 ile yapıldı. Değişkenlerin normal dağılımı histogramlar ve Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma (SD), medyan, minimum ve maksimum değerlerle sunuldu. İkili gruplar Pearson ki-kare ve Fisher kesin testi ile karşılaştırıldı. 1500 gram <= ve >1500 gram doku çıkarılan hastalar arasında parametrik olmayan değişkenler Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 100 hastanın yaşları 22–60 yıl arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 42,81 ± 9,90 yıl idi. Ortalama BKİ 21,95 ± 1,93 kg/m² (aralık 18–25) idi. Çıkarılan doku miktarı 850–3400 g arasında değişmekte olup ortalama 1778,40 ± 689,29 g idi. Ortalama takip süresi 1,92 ± 0,77 yıl (6 ay–4 yıl aralığında) idi

Majör komplikasyon (hematom, apse, meme başı-areola kompleksinin total/parsiyel kaybı) görülmedi. Altı hastada (%6) yara ayrışması gelişti, konservatif tedavi ile iyileşti. On iki hastada (%12) hipertrofik skar için silikon sheet uygulandı. İki hastada (%2) ağrılı yağ nekrozu nedeniyle ikinci operasyon gerekti ve başarılı şekilde çıkarıldı. Yeniden ameliyat gerektiren tek komplikasyon yağ nekrozu idi. Tüm hastalar ameliyattan memnun olduklarını ve aynı şikayetleri olan kişilere tavsiye edeceklerini bildirdi.

Makromastili hastalarda baş ağrısı sıklığı %29 olarak bulundu. Baş ağrısı olanların %65,52'si cerrahi sonrası rahatlama bildirdi. >1500 g doku çıkarılanlarda rahatlama oranı %90,48 iken, <=1500 g çıkarılanlarda %0 idi (P < 0,001).Tüm baş ağrısı rahatlaması yaşayan hastalarda çıkarılan doku miktarı >1500 g idi.

Tartışma:

Kerrigan ve ark. tarafından tanımlanan semptomların çoğunun makromasti ile doğrudan ilişkisi objektif ölçümlerle kanıtlanmıştır. Chao ve ark. makromastinin özellikle posterior boyun ve sırt kaslarında negatif gerilime yol açtığını ve cerrahiden sonraki 6 ay içinde bu kasların gücünde artış olduğunu göstermiştir.

Başka bir çalışmada, servikal MR görüntüleme ile makromastili hastalarda spinal değişiklikler gösterilmiş ve

eklenen her kilogram meme ağırlığı ile servikal dejeneratif değişikliklerin 2,7 kat arttığı rapor edilmiştir. Findikcioğlu ve ark. farklı meme cup ölçülerine sahip hastalarda torasik kifoz ve lomber lordoz açılarını karşılaştırmış ve D cup hastalarda bu açıların anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir.

Uzun süreli gerilim ve mekanik stres bu kaslarda inflamatuvar mediatör artışı ve dolaşım azalmasına yol açar. Tekrarlayan nosiseptör uyarımı santral sinir sisteminde hipereksitabiliteye neden olarak baş ağrısına yol açabilir. Makromastili hastalarda da sürekli ağırlık etkisi bu mekanizmayla baş ağrısına yol açabilir.

Baş ağrısının birçok alt tipi vardır. Bizim çalışmamızda migren hastaları dışlanmış olup, saptanan baş ağrıları gerilim tipi baş ağrılarıdır. Genel popülasyonda gerilim tipi baş ağrısı %2–3 oranında görülürken, çalışmamızda makromastili hastalarda bu oran %29 bulunmuştur.

Çalışmamızda baş ağrısı düzelmesi %65,52 oranında saptandı. Baş ağrısı rahatlaması bildiren tüm hastalarda >1500 g doku çıkarılmıştı. <=1500 g çıkarılanlarda hiç rahatlama olmamıştı. Bu bulgu, çıkarılan meme dokusu miktarı arttıkça miyofasyal gerginlik ve buna bağlı baş ağrısının azaldığını düşündürmektedir.

Literatürde meme dokusu miktarı ile ağrı düzelmesi arasında çelişkili sonuçlar vardır.. Strong ve Hall-Findlay ise rezeke edilen doku miktarı ile semptomatik rahatlama arasında ilişki saptamamış, ancak baş ağrısı türleri arasında ayrım yapılmamıştır. Bizim çalışmamızda migren dışlandığı için sonuçlarımız gerilim tipi baş ağrılarına özgüdür ve çıkarılan doku miktarının bu tür baş ağrılarında önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Daha fazla meme dokusu çıkarılmasının mekanik yükü azaltarak miyofasyal gerginliği ve buna bağlı ağrıyı azalttığını düşünüyoruz. Ancak her kadın meme ağırlığından farklı şekilde etkilenir.Dolayısıyla etki derecesi kişiden kişiye değişebilir.

Genel olarak, redüksiyon mamoplasti ile ilgili çalışmalar baş ağrısı olan hastaların yaklaşık %50'sinde fayda sağladığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise çıkarılan doku miktarı ile bu faydanın ilişkili olduğu bulundu.

Çalışmamızın kısıtlılığı retrospektif olmasıdır. Ayrıca yalnızca miyofasyal gerginlik kaynaklı baş ağrılarını açıklamaktadır. Ancak gerilim tipi baş ağrısı multifaktöryel olup, psikojenik faktörler ve stres de rol oynamaktadır. Postoperatif dönemde psikolojik iyileşme ve yaşam kalitesindeki artış da baş ağrısı düzelmesine katkıda bulunabilir. Daha objektif sonuçlar için prospektif çalışmalar gereklidir.

Sonuç:

Makromastili hastalarda baş ağrısı sıklığı artmaktadır. Hastaların yarısından fazlası redüksiyon mamoplasti sonrası baş ağrılarında düzelme bildirmiştir. Çalışmamızda bu düzelmenin çıkarılan meme dokusu miktarı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle meme küçültme ameliyatı planlanan hastalarda preoperatif baş ağrısı mutlaka sorgulanmalı ve baş ağrısı olanlarda daha fazla doku çıkarılması göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: baş ağrısı, meme dokusu miktarı, meme hipertrofisi, redüksiyon mammoplasti

SB-058

Sakral Bölge Dekübit Ülser Rekonstrüksiyonunda Perforatör Flepler ile Fasyokutan ve Myokutanöz Fleplerin Karşılaştırılması

Saruhan Mahmutoğlu[1], Egehan Güngörmez[1], Murat Taş[1], Ozan Er[1], Betül Nur Balcı[2], Kamuran Zeynep Sevim[1]
[1]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*
[2]*Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Giriş

Bası yaraları; özellikle mobilizasyonu kısıtlı, spinal kord yaralanmalı veya kronik bakım ihtiyacı olan hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Sakral bölge, bu yaraların en sık görüldüğü anatomik alanlardan biridir. Yaş ortalamasının dünya çapında her geçen gün yükselmesi ve buna bağlı olarak yoğun bakımda uzun süre yatan hasta sayısındaki artış ve kronik hastalıkların yaygınlaşmasıyla birlikte bası yaralarının görülme sıklığı belirgin şekilde artmıştır. Bu durum, rekonstrüktif cerrahlara hem klinik hem de teknik açıdan önemli bir yük getirmektedir. Günümüzde sakral dekübit ülser onarımlarında farklı flep seçenekleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada da kullanılan farklı flep seçeneklerinin birbirleriyle kıyaslanması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod

Bu çalışmaya 2020-2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğine evre III ve IV sakral bölge bası yarası sebebi ile başvurmuş ve interne edilerek opere edilmiş toplam 68 hasta retrospektif olarak taranarak çalışmaya dahil edildi. Opere edilen hastaların %34,8'i perforatör flap ile (n=19), %51,4'ü fasiyokutanöz flap ile (n=35), %20,5'i ise myokutanöz flap ile (n=14) onarıldı. Çalışmaya dahil edilen hastalar flep başarısı, komplikasyonlar ve iyileşme süresi açısından değerlendirildi.

Bulgular

Bu çalışmaya dahil edilen 68 hastanın %48,6'sı kadın (n=33) %51,4'ü ise erkek (n=35) idi. Hastaların yaş ortalaması 57,2 (19-97) olarak saptandı. Çalışmaya dahil edilen hastalarda fasiyokutan ve myokutanöz flep ile onarılan hastaların hiçbirinde flep başarısızlığı görülmezken, perforatör flep ile onarılan 19 hastanın %15,7'sinde flep kaybı görüldü (n=3). Komplikasyon açısından bakıldığında en sık karşılaşılan komplikasyon yara yeri ayrışması idi. Fasiyokutanöz flep ile onarılan hastaların %22,8 inde (n=8), myokutanöz flep ile onarılan hastaların %21,4 ünde (n=3) yara yeri ayrışması görüldü ve bu iki grup arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) saptanmadı. Perforatör flep ile onarılan hastaların ise %10,5'inde yara yeri ayrışması saptandı (n=2) ve diğer iki gruba kıyasla anlamlı olarak ($p<0,05$) daha düşük bir oran bulundu. İyileşme süresi açısından bakıldığında ise perforatör fleplerde ortalama iyileşme süresi 32±9 gün, fasiyokutanöz fleplerde 55±14 gün ve myokutanöz fleplerde ise ortalama iyileşme süresi 53±15 gün olarak saptandı ve perforatör fleplerin iyileşme süresi anlamlı derecede ($p<0,05$) daha kısa bulundu.

Sonuç ve Tartışma

Sakral bölge dekübit ülserlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan flep yöntemlerinin seçiminde, hastaya özel faktörlerin ve cerrahi hedeflerin dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular, perforatör temelli fleplerin, daha düşük komplikasyon oranları, daha hızlı postoperatif iyileşme ile fasyokutan ve myokutanöz fleplere göre belirgin avantajlar sunduğunu

ortaya koymuştur. Özellikle ana kas yapılarını koruması ve minimal invaziv yaklaşım sağlaması sayesinde, perforatör flepler hem fonksiyonel hem de estetik açıdan tatmin edici sonuçlar vermektedir. Bununla birlikte, myokutanöz flepler, özellikle tekrarlayan ülserlerde veya yoğun doku kaybı olan hastalarda hâlen vazgeçilmez bir seçenek olmayı sürdürmektedir. Fasyokutan flepler ise, basit olgular için pratik bir çözüm sunmakla birlikte, komplikasyon oranlarının daha yüksek olması nedeniyle dikkatle seçilmelidir. Sonuç olarak; perforatör flepler, uygun endikasyonla seçilmiş hastalarda sakral dekübit ülser rekonstrüksiyonunda güvenilir ve etkin bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Ancak her flep tekniği kendi içinde avantaj ve sınırlılıklar barındırmakta olup, multidisipliner bir yaklaşım ve hasta bazlı değerlendirme, optimal cerrahi başarı için temel koşuldur.

Kaynakça

1. Blondeel PN, Van Landuyt K, Hamdi M, et al. The "Gent" consensus on perforator flap terminology: preliminary definitions. Plast Reconstr Surg. 2003;112(5):1378- 1383. doi:10.1097/01.PRS.0000085591.75895.D6

2. Kim JT, Lee JW, Kim YH. Perforator flaps in sacral pressure sore reconstruction: Anatomic considerations and clinical experience. Ann Plast Surg. 2010;64(2):155- 160. doi:10.1097/SAP.0b013e3181a35f1f

3. Han SK, Kim WK. The superior gluteal artery perforator flap for coverage of sacral sores. Plast Reconstr Surg. 2001;107(6):1666-1672. doi:10.1097/00006534-200105000-00037

Anahtar Kelimeler: Sakral, perforatör flep, bası yarası, rekonstrüksiyon, myokutanöz flep

SB-059

Üst Göz Kapağı Blefaroplastide Kullanılan Epinefrin ve Traneksamik Asitin Ödem ve Ekimoza Etkisinin İncelenmesi

Ahmet Özgür Alkan, Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ

Üst göz kapağı blefaroplastisi, gerek fonksiyonel gerekse estetik amaçlarla en sık gerçekleştirilen cerrahilerdendir. Deri elastikiyetinin azalması, orbicularis kas tonusunun düşmesi ve orbital yağ dokusunun fıtıklaşması özellikle yaşlı bireylerde görme alanı kısıtlanması gibi sonuçlara yol açar ve yaşam kalitesini düşürür. Bu nedenle plastik cerrahlar tarafından sıklıkla blefaroplasti uygulanmaktadır.

Ancak bu cerrahi, postoperatif dönemde ödem ve ekimoz gibi komplikasyonlar nedeniyle iyileşme sürecini uzatabilir, hasta memnuniyetini düşürebilir ve sosyal yaşama dönüşü geciktirebilir. Bu nedenle cerrahi protokollerde ödem ve ekimozu azaltacak yöntemler araştırılmalıdır.

Epinefrin, lokal anesteziklerle birlikte kullanılan güçlü bir vazokonstriktördür ve intraoperatif kanamayı azaltarak cerraha daha iyi görüş sağlar. Ancak postoperatif vazokonstriksiyonun durmasıyla reaktif hiperemi ve doku inflamasyonu gelişebilir; bu da ödemin artmasına yol açabilir.

TXA, antifibrinolitik etkisiyle plazminojen-plazmin dönüşümünü inhibe eder ve fibrin stabilize ederek kanamayı azaltır. Buna ek olarak antiinflamatuar etkileriyle, dokuda ödem ve ekimozu azaltabilir. 2024–2025 yıllarında yapılan prospektif, randomize kontrollü çalışmalarda; TXA'nın hem intravenöz hem subkütan yolla blefaroplasti sonrası ödem ve ekimozu anlamlı şekilde azalttığı gösterilmiştir.(1) Örneğin Marous ve arkadaşları, 106 hastalık bir kohortta hem IV hem lokal TXA kullanımının 1. ve 7. günlerde ekimoz ve ödem skorlarını önemli ölçüde azalttığını belirtmiştir.(2)

Öte yandan, TXA ile epinefrini kombine eden subkütan uygulamaların intraoperatif kanamayı artırdığını ve postoperatif ödem/ekimoz açısından belirgin avantaj sağlamadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.(3) Dolayısıyla, TXA'nın yalnızca lokal veya sistemik tek başına mi yoksa epinefrinle birlikte mi tercih edilmesi gerektiği klinik açıdan halen tartışmalıdır.

Bu çalışma, 2025 yılında toplamda 20 kişilik iki grupta; epinefrin veya TXA içeren lokal anestezi protokollerinin postoperatif ödem ve ekimoz üzerindeki etkilerini karşılaştırarak, TXA'nın optimizasyonunda klinik pratik için yol gösterici olmayı amaçlamaktadır.

METOT

Çalışma Tasarımı:

2025 yılında, tek merkezde gerçekleştirilen retrospektif ve randomize bu klinik çalışmada toplam 20 hasta yer aldı.

Hasta Seçimi:

Dahil edilme kriterleri:

- 40–70 yaş arası hastalar
- Bilateral dermatoşalazis nedeniyle cerrahi endikasyon
- Sistemik hastalık, gebelik ya da kanama diyatezi bulunmayanlar

Gruplar:

- Grup 1 (n=10): 2% lidokain + 1:100.000 epinefrin solüsyonu
- Grup 2 (n=10): 2% lidokain + 4:1 oranında SF ile sulandırılmış 50 mg/ml TXA

Hastalara bilateral üst göz kapağı blefaroplastisi uygulandı

Değerlendirme Kriterleri:

Postoperatif 1. ve 7. günlerde ödem ve ekimoz şiddeti klinik muayene ve dijital fotoğraf değerlendirmesiyle puanlandırıldı (0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli). Değerlendirmeler iki plastik cerrahi uzmanı tarafından yapıldı.

İstatistiksel Analiz:

SPSS v25 kullanılarak Mann-Whitney U testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapıldı. $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Grup 1'de (epinefrin) postoperatif 1. gün ortalama ödem skoru 1.4, ekimoz skoru 1.2 olarak saptandı. 7. gün ise 0.3 ve 0.1'e kadar geriledi.

Grup 2'de (TXA) ise postoperatif 1. gün ortalama ödem skoru 2.2, ekimoz skoru ise 1.8 olarak gözlemlendi. 7. gün sırasıyla 0.4 ve 0.2 olarak kaydedildi.

İstatistiksel analizde özellikle postoperatif 1. günde epinefrin grubunda ödem ve ekimoz skorları, TXA grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p<0.05$). 7. gün değerlerinde ise her iki grupta da minimal düzeyler gözlendi ve anlamlı fark saptanmadı ($p>0.1$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular, üst göz kapağı blefaroplastisi sırasında lokal anesteziye eklenen epinefrinin, traneksamik aside kıyasla erken dönemde (özellikle postoperatif 1. günde) ödem ve ekimoz gelişimini daha etkin şekilde azalttığını göstermektedir. Bu durum, epinefrinin güçlü vazokonstriktif etkisi sayesinde intraoperatif kanamanın minimumda tutulmasıyla açıklanabilir.

Epinefrin, cerrahi esnasında vazokonstriksiyon sağlayarak çevre dokulara kan sızmasını azaltır ve dokuda hematom

oluşumunu engeller. Bu da postoperatif dönemde ödem ve morlukların daha az gelişmesine yol açar. 1. gün elde edilen istatistiksel anlamlılık, epinefrinin erken dönem etkisinin güçlü olduğunu desteklemektedir.

TXA ise daha çok antifibrinolitik ve antiinflamatuar etkisiyle muhtemelen geç dönemde etkisini göstermekte olup bu çalışmada erken dönemde epinefrin kadar etkin bulunmamıştır. 7. gün değerlerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamış olması, iki maddenin zaman içinde birbirine yakın etkinliğe sahip olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, özellikle erken sosyal hayata dönüş, şişlik ve morlukla ilgili hasta memnuniyetini artırma açısından epinefrin kullanımının avantajlı olduğu görülmektedir.

Önceki çalışmalarda TXA'nın etkinliği gösterilmiş olsa da(4,5), bu çalışma sınırlı örneklem büyüklüğüne rağmen epinefrinin erken dönem etkilerinde TXA'dan daha üstün olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, blefaroplastide protokol tercihlerinde epinefrinin öncelikli değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

SONUÇ

Bu küçük örneklemli çalışmada, epinefrin ile yapılan lokal anestezinin, özellikle postoperatif 1. günde TXA'ya göre daha düşük ödem ve ekimoz ile sonuçlandığı gözlenmiştir. Erken dönem iyileşme süreci açısından epinefrin daha etkili bulunmuştur ($p<0.05$). Bu nedenle, üst göz kapağı blefaroplastisi sırasında epinefrin içeren lokal anestezi solüsyonlarının tercih edilmesi, postoperatif morbiditeyi azaltmak ve hasta memnuniyetini artırmak açısından klinik olarak faydalı olabilir.

Daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak randomize kontrollü çalışmalarda bu bulguların teyit edilmesi gerekmektedir.

REFERANSLAR

1)Vogt AZ, Kivanany PB, De Niear MA, Vrcek IM, Homer NA. The Effect of Intravenous Tranexamic Acid on Postoperative Ecchymoses after Upper Blepharoplasty. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024 Aug 26;12(8):e6089. doi:10.1097/GOX.0000000000006089. PMID:39188959; PMCID:PMC11346880.

2)Marous CL, Farhat OJ, Cefalu M, Rothschild MI, Alapati S, Wladis EJ. Effects of Preoperative Intravenous Versus Subcutaneous Tranexamic Acid on Postoperative Periorbital Ecchymosis and Edema Following Upper Eyelid Blepharoplasty: A Prospective, Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled, Comparative Study. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2024 Sep-Oct 01;40(5):523-532. doi:10.1097/IOP.0000000000002633. Epub 2024 Apr 29. PMID:38687303.

3)Chaichumporn T, Kanokkangsadal P, Sarovath A. Tranexamic Acid Subcutaneously Administered with Epinephrine and Lidocaine in Upper Blepharoplasty: A Randomized Double-Blind Control Trial. Aesthetic Plast Surg. 2024 Aug;48(16):3076-3081. doi:10.1007/s00266-024-04112-z. Epub 2024 May 24. PMID:38789809; PMCID:PMC11339081.

4)Paramo R, Cheng T, Malik A, Fan J, Barmettler A. Effect of Tranexamic Acid on Intra- and Postoperative Bleeding in Eyelid Surgery: A Prospective, Randomized, Multicenter, Double-Masked, Control Trial. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2024 May-Jun 01;40(3):331-335. doi:10.1097/IOP.0000000000002583. Epub 2024 Apr 12. PMID:38624153.

5)Locketz GD, Lozada KN, Bloom JD. Tranexamic Acid in Aesthetic Facial Plastic Surgery: A Systematic Review of Evidence, Applications, and Outcomes. Aesthet Surg J Open Forum. 2020 Jun 14;2(3):ojaa029. doi:10.1093/asjof/ojaa029. PMID: 33791652; PMCID:PMC7671246.

Anahtar Kelimeler: Blefaroplasti, Epinefrin, Ödem, Traneksamik asit

Görseller



A)Postoperatif 1. gün(Epinefrin) B)Postoperatif 7. gün(Epinefrin) C)Postoperatif 1. gün(TXA) D)Postoperatif 7.gün(TXA)

SB-060

Poland Sendromlu Erkek Hastada Endoskopik Latissimus Dorsi Kas Flebi Ve Karşı Meme Liposuction İle Göğüs Duvarı Simetrisinin Sağlanması: Olgu Sunumu

Aytaç Bülent Kuku[1], Gökhan Doğan[1], Muhammet Sayan[2], Serhat Şibar[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Poland Sendromu (PS) sıklıkla tek taraflı pektoral kas ve meme dokusu hipoplazisi veya aplazisi ile seyreden, üst ekstremite ve göğüs duvarı deformitelerinin de eşlik edebileceği doğumsal bir hastalıktır (1). İnsidansı 2-3/100000 olan PS'de hastaların %75'inde sağ taraf etkilenir (1,2). Flep bazlı rekonstrüksiyon, yağ enjeksiyonları ve implant bazlı rekonstrüksiyonlar PS'li erkek hastalarda kullanılabilir (3). Psödojinekomasti meme bezi boyutu normal sınırlarda iken yağ dokusu birikimi nedeni ile meme boyutunun artması olarak tanımlanır.

Şimdiye kadar İngilizce literatürde PS ve karşı tarafta psödojinekomasti birlikteliği bildirilmemiştir. Bu nedenle hem olgumuzu hem de uygulanan tedavi yöntemini literatüre kazandırmayı amaçladık.

Olgu: 23 yaş erkek hasta sol tarafta pektoral kas dolgunluğunun olmaması ve sağ memede lipohipertrofi nedeni ile meydana gelen göğüs duvarı asimetrisi şikayeti ile başvurdu. Vücut kitle indeksi 25.8 olarak tespit edildi. Fizik muayenede pektoral kasın sternal parçasının aplazik olduğu ancak klavikular parçasının mevcut olduğu görüldü, sol taraf nipple areolar kompleksi (NAC) ve meme glandı hipoplazikti, NAC superiora doğru konumlanmıştı. (Resim 1). Tip 1 PS olan hastada manyetik rezonans görüntülemede pektoral kasın sternal parçası tespit edilmedi. Herhangi

bir ekstremite deformitesi olmayan hastada hafif derece pectus carinatum deformitesi mevcuttu.

Cerrahi Teknik: Sol lateral dekübit pozisyonunda 5 cm'lik transvers aksiller insizyonla sol taraf latissimus dorsi (LD) kas diseksiyonuna başlandı. Kasın inferior sınırına posterior aksiller hatta lumbar bölgede 2 cml'lik vertikal insizyonla ulaşıldı ve inferolateralı serbestlendi. İliak kanada yapışma yerinin üstünden diseke edildi. Aksiller insizyondan endoskopik yaklaşım ile kas insersiyosuna kadar diseke edildi, torakodorsal arterin serratus dalı korundu. Ardından sol meme subkütan planda poş oluşturuldu, disseksiyon sırasında lateral torasik arter korundu, hazırlanan kas flebi oluşturulan tünelden geçirilerek poşa yerleştirildi. Pectoralis majör kasının sternal parçasının olmadığı görüldü. Flep superomedialde ve lateralde 2-0 polidioksanon (PDS) dikişler ile fasyaya tespit edildi, sırta 1 adet dren yerleştirildi ve insizyonlar dikildi. Ardından sağ meme inframammarian foldda 1 adet "stab" insizyon ile girildi, 100 cc tümesan infiltrasyonu yapıldı. "Vibration Amplification Sound Energy at Resonance" (VASER) liposuction ile hipertrofik yağ doku aspire edildi. Elde edilen lipoaspirattan sol meme üst dış ve alt iç kadrana 40'ar cc yağ grefti verildi. İnsizyon primer olarak onarıldı. Baskılı pansuman ve korse uygulaması ile operasyon tamamlandı. Hasta postoperatif 2. günde dren çekilerek taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: PS'lu hastaların hekime başvuru nedenleri öncelikle estetik kaygılardır (4). PS tedavisinde genellikle ilk seçenek kas flebi ile rekonstrüksiyondur, flep ile onarım yapılan hastaların çoğunda ise pediküllü LD kas flebi tercih edilmektedir (3). Bu flebin diseksiyonu için PS'li hastalarda klasik cerrahi, robotik cerrahi ve endoskopik teknikler kullanılmaktadır.

Geleneksel cerrahi yöntemle LD kas flebi "harvest"i uzun bir yara izine neden olur ve erkek hastaların bu izi saklamak için sütyen kullanabilme şansı yoktur. Sıklıkla deri adasına da ihtiyaç duyulmayan erkek hastalarda endoskopik teknik yara izinin koltuk altına saklanmasına olanak tanır.

Endoskopik tekniğin; robotik cerrahiye kıyasla daha az sayıda kesi gerektirmesi, düşük maliyet ve kısa ameliyat süresi gibi avantajları mevcuttur.

Literatürde erkek hastalarda oldukça az sayıda endoskopik LD kas flebi ve yağ enjeksiyonu ile göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonu bildirilmiştir. Aynı zamanda yağ grefti verici alanı olarak karşı memenin kullanılması da oldukça nadirdir. Bu olgu sunumunda PS'li bir hastada endoskopik LD kas flebi ile eş zamanlı karşı memeye liposuction ve PS'li tarafa karşı memeden elde edilen yağ greftinin uygulanması ile göğüs ön duvarı asimetrisinin giderilmesi ilk defa olarak sunulmuştur.

Sonuç olarak endoskopik LD kas flebi ile rekonstrüksiyonun PS'li erkek hastalarda nihai başarılı sonuca ulaşmak için kullanılabilecek dikkate değer bir alternatif olduğu kanaatindeyiz.

Kaynakça

[1] Al Faleh K, Al Saadi M, Khalid-Bantuas S. Poland's Syndrome with Absent Limb Anomalies. J Clin Neonatol. 2014 Jan;3(1):44-6. doi: 10.4103/2249-4847.128735. PMID: 24741541; PMCID: PMC3982340.

[2] Frioui S, Khachnaoui F. Poland's syndrome. Pan Afr Med J. 2015 Aug 24;21:294. doi: 10.11604/pamj.2015.21.294.7599. PMID: 26587143; PMCID: PMC4634014.

[3] Grande PK, Mortell T, Chang AE, Krakauer KN, Akhter MF, Nazerali RS, Cheesborough J. Reconstructive techniques for chest and breast deformities in Poland syndrome: An up-to-date systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2025 Feb;101:207-215. doi: 10.1016/j.bjps.2024.12.008. Epub 2024 Dec 30. PMID: 39818015.

[4] Baldelli I, Santi P, Dova L, Cardoni G, Ciliberti R, Franchelli S, Merlo DF, Romanini MV. Body Image Disorders and Surgical Timing in Patients Affected by Poland Syndrome: Data Analysis of 58 Case Studies. Plast Reconstr Surg. 2016 Apr;137(4):1273-1282. doi: 10.1097/PRS.0000000000002018. PMID: 27018681.

Anahtar Kelimeler: Poland Sendromu, Psödojinekomasti, Endoskopik Latissimus Dorsi Kas Flebi

Olgunun Tedavi Öncesi ve Sonrası Fotoğrafları



Resim 1. Cerrahi öncesi, ön ve sol oblik görünüm (A-B); cerrahi sonrası 2. hafta, ön ve sol oblik görünüm (C-D)

SB-061

Cama yumruk ile yaralanmanın anatomik analizi: En sık yaralanan ekstremite zonları ve hasarın fizik muayene ile korelasyonunu inceleyen retrospektif çalışma

Beyzanur Çelebi, Begüm Sena Dışhan, Alperen Kolay, Mustafa Canberk Gürbüz, Ceyhun Uzun, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kocaeli

Giriş: Cama yumruk atma sonrası ön kol ve el yaralanmaları sık karşılaşılan el acili vakalarıdır. Bu vakaların çoğunda kas tendon yaralanmaları ile birlikte keskin cismin nörovasküler yapılara zarar vermesinden şüphelenilir ancak bu durum her zaman fizik muayene bulgusu vermeyebilir. Fizik muayene bulgusu kesin olmasa bile bu vakaların detaylı incelenmesi gerekir. Bu çalışmanın amacı, cama yumruk atma sonrası elin hangi yapılarının daha fazla yaralandığını göstermek,ayrıca hangi bölgelerde fizik muayene bulgusu vermeden yaralanmaların meydana gelebileceğini ortaya koymaktır.

Materyal-Metod: 2015-2025 yılları arasında acil servis üzerinden cama yumruk atma sonrası yaralanan ve el cerrahisine konsülte edilen 246 hasta retrospektif

olarak tarandı. Fizik muayenesi yapılamayan veya değerlendirilemeyen, eksik anamnez alınan ve tedavi red ile merkezimizden ayrılan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Önceki yıllara ait yaralanmalar eksik veriden dolayı taranamadı. Hastalar; cinsiyet, yaş dağılımı, etkilenen fleksör ve ekstansör zonlar, hangi fonksiyonel yapıların hasarlandığı, fizik muayene ile eksplorasyon bulgularının korelasyonu açısından incelendi.

Bulgular: Bu çalışmada cama yumruk atma sonrası ekstremitede kesi/kesileri oluşan 200 hasta retrospektif olarak incelendi. Acil servise başvuran erkek hastaların oranının (137 hasta) kadınlara göre belirgin biçimde yüksek olduğu ortaya kondu ($p < 0.001$). 85 hastada birden fazla zonu etkileyen kesi bulundu. Tüm kesi zonları incelendiğinde fleksör bölge zon 3-5 en sık yaralanan bölge, FCR tendonu en sık yaralan yapı oldu(%47,5). Hasarlanma riski en fazla olan sinirin Median sinir olduğu belirlendi. Fleksör zon 5 yaralanmasına en sık ekstansör zon 6 yaralanması eşlik etti. Ekstansör bölgede en sık etkilenen yapı 3-4. Parmağa ait EDC tendonu oldu(%30). Hasarlanan ve preoperatif fizik muayene bulgusu vermeyen fonksiyonel yapının en sık FCR tendonu olduğu görüldü($p<0.05$, McNemar testi).

Sonuç: Yumrukla oluşan cam kesileri, hareket düzleminin değişkenliğiyle beraber sıklıkla el bileği ve distal önkol bölgesine denk gelir. Çalışmamıza göre fleksör zon bölge yaralanmaları ekstansör bölgelere göre daha sık gözükmektedir. Eksplorasyon öncesi fizik muayene,distal önkol volar bölgede oluşan yaralanmalar için aldatıcı olabilir.Daha geniş hasta gruplarında çoklu fonksiyonel yapı hasarlarının etkileri üzerine çalışmalar yapılması önerilir.

Referanslar:

1)Iconomou TG, Zuker RM, Michelow BJ. Management of major penetrating glass injuries to the upper extremities in children and adolescents. Microsurgery. 1993;14(2):91-6

2)Management and functional outcomes of combined injuries of flexor tendons, nerves, and vessels at the wrist. DOI: 10.1002/micr.20400

3)Subclinical injuries in lacerations to the forearm and hand, 10.1002/bjs.1800790816

Anahtar Kelimeler: cama yumruk atma, el yaralanmaları, tendon

birden fazla zonda kesi oluşan cama yumruk atma yaralanmalarında yaralanma ilişkisi



fleksör zonlar "f1-f5", ekstansör zonlar "e1-e8" olarak belirtilmiştir.En sık birlikte yaralanma gösteren fleksör ve ekstansör zonlar diyaframda gösterilmiştir.Birden fazla olan kesilerde fleksör zon 3 ve 5, ekstansör zon 6 en sık birliktelik göstermiştir.

Etkilenen Yapıların Fizik Muayene İle Korelasyonu

Yapı	Toplam Yaralanma	Fizik Muayene Bulgusu Olmayan	Yalancı Negatiflik Oranı(%)
FCR	95	15	15,8
FDS	80	10	12,5
FDP	80	5	6,25
MEDİAN SİNİR	80	10	12,5

FCR tendon yaralanmaları, çalışmada yer alan 15 hastada eksplorasyon öncesinde yapılan fizik muayene ile normal saptanmış ve yalancı negatiflik oranı en fazla olan yapı yaralanması olmuştur.

SB-062

Tensor Fasya Lata tendon grefti ile tendon rekonstrüksiyonu sonuçlarımız

Mahmut Can Karatoprak, Feryal Tunç, Muhammed Altuğ, Tuba Avcı, Yusuf İnan Nakipoğlu, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Giriş: El yaralanmaları, hastane acil servislerinde tedavi edilen tüm vakaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır ve çeşitli yayınlarda ortalama olarak tüm travma vakalarının yaklaşık %15'ini oluşturduğu düşünülmektedir (1). Ekstansör tendonlar, cildin ve deri altı dokusunun altında yüzeysel olarak yer aldığından dolayı fleksör tendonlara göre yaralanmalara karşı hassastırlar.Ancak anatomisinin doğası gereği ekstansör tendon onarımları teknik olarak fleksör tendon onarımlarından daha az zorlayıcıdır. Tendon yaralanmalarında, primer onarım tercih edilen tedavi yöntemidir. Ancak primer onarımın mümkün olmadığı durumlarda, her birinin kendine göre güçlü ve zayıf yönleri olan tendon transferleri veya tendon greftleri kullanılır. Segmental tendon kaybına neden olan defektif yaralanmalarda, 3 haftadan uzun süren onarımı geciken tendonlarda tendon ucunun yıpranması veya kasın içine doğru çekilmesiyle kontrakte tendonlarda primer onarım mümkün olmayabilir. Bu gibi durumlarda yaygın tendon greftleri arasında palmaris longus, plantaris, ekstansör indicis, ekstansör digiti quinti proprius, 4-5. parmağa giden FDS tendonu ve ayak parmak ekstansör tendonları kullanılabilir (2).

Amaç: Literatürde çokça tendon grefti kullanımı için dönor alan tercih edilmiştir. Ancak her bir dönor bölgenin kendi içinde avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Biz bu çalışmamızda tensor fasya lata tendon greftini ekstansör tendonlara olan doku uyumu, donör saha morbiditesinin az olması, daha uzun ve çok sayıda tendon grefti alınabilmesi nedeniyle ekstansör tendon grefti ihtiyacı bulunan vakalarda kullandık ve uzun dönem sonuçlarını değerlendirildik.

Olgular-Cerrahi teknik:

TFL (Tensor Fasya Lata) tendon grefti, özellikle ortopedik cerrahide, bazı tendon ya da bağ yaralanmalarının onarımında kullanılan bir otogreft türüdür. Tensor fasya lata kası kalçaya abdüksiyon, iç rotasyon ve fleksiyon hareketlerini yaptırır. Aynı zamanda iliotibial bant ile bağlantılıdır ve bu yapı sayesinde dizin stabilitesine katkı sağlar. Tensor fasya lata tendon grefti rotator manşet tamiri, ACL/PCL rekonstrüksiyonu, tendon onarımlarında kullanılabilir (3). 01.01.2024 ile 01.04.2025 tarihleri arasında kliniğimizde 7 erişkin hastada (4 erkek, 3 kadın) tendon defekti nedeniyle tendon grefti ihtiyacı nedeniyle tfl tendon grefti ile onarım yapıldı. 1 hastada fleksör tendonda

diğer 6 hastadaysa ekstansör tendonda defekt vardı. Bu hastaların 6' sında birden fazla tendon onarımına ihtiyaç vardı. Diğer hastada ise Palmaris longus veya plantaris kaslarının rudimenter olması sebebiyle tfl tercih edildi. Tensor fasya lata tendon grefti ile onarım yaptığımız hastalarda tek aşamalı greftleme tercih edildi. Tensor fasya lata tendon greftini alırken 2-3 cm lik ayrı 3-4 adet insizyon açılarak tendon grefti alındı. Hastaların 5' inde el dorsalinde yumuşak doku defekti de olduğundan dolayı flep ile onarım tercih edildi.

Tartışma-Sonuç:

Gecikmiş tendon onarımlarında ya da segmental kayıpların eşlik ettiği tendon yaralanmalarında primer tendon onarımı mümkün olamayabilmektedir. Bu gibi durumlarda tendon grefti olarak tercih edilebilecek birden fazla alan mevcuttur. Palmaris longus tendonu hastada olmayabilir veya rudimenter olabilir.Ayrıca maksimum 13 cm' lik bir uzunluğu sahiptir.Plantaris tendonu ise aynı şekilde rudimenter olabilir ve dönor saha morbiditesi mevcuttur. Ancak plantaris tendonu 35 cm' ye kadar alınabilir (4-5).EIP ve EDM tendonları da kullanılabilir ama onların da dönor saha morbiditesi ve uzunluk olarak yeterli olmaması dezavantajları arasındadır. Tensor fasya lata grefti ise duraplastiden ACL/PCL rekonstrüksiyonuna kadar bir çok alanda kullanılır. Kanama,hematom gibi dönor saha morbiditeleri mevcuttur. Ancak tendon grefti olarak alınabilecek uzunluk diğer alanlara kıyasla çok daha fazladır. Ayrıca ekstansör tendona doku uyumu olarak daha yakındır. Multiple segmental tendon defektlerinde Tfl ' nin iyi bir alternatif olduğunu düşünmekteyiz.

Referanslar:

1-Chung, K. C., & Shauver, M. J. (2009). Epidemiology of upper extremity injuries in the United States: An analysis of the National Electronic Injury Surveillance System (NEISS), 1999–2006. The Journal of Hand Surgery, 34(5), 1028–1035

2-Wolfe, S. W., Hotchkiss, R. N., Pederson, W. C., Kozin, S. H., & Cohen, M. S. (Eds.). (2016). Green's Operative Hand Surgery (7th ed.).

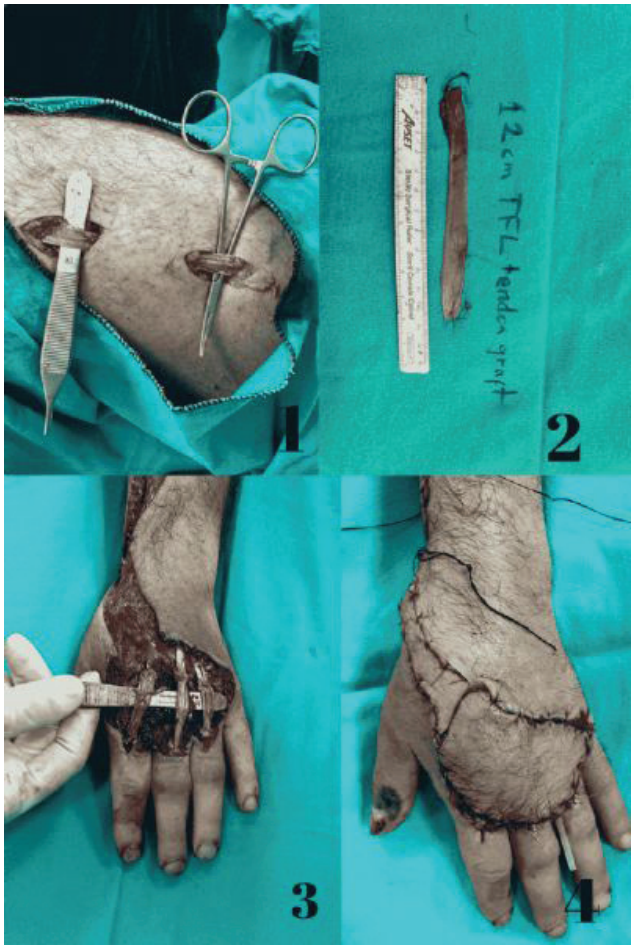
3- Yoo, J. C., Ahn, J. H., & Koh, K. H. (2012). Clinical and radiological results of arthroscopic rotator cuff repair using autologous TFL patch augmentation. American Journal of Sports Medicine, 40(5), 1025–1033.

4- Shim, J. K., Lim, Y. W., & Lee, S. J. (2008). Anatomical considerations of the tensor fascia lata free flap. Microsurgery, 28(3), 191–194

5- Manske, P. R., Lesker, P. A., & Simmons, B. P. (2012). Tendon surgery of the hand.

Anahtar Kelimeler: Tendon, rekonstrüksiyon, greft

Tfl tendon grefti



1-Tfl tendonunun donör alandaki görüntüsü 2-Tfl tendon greftinin alındığı görüntü 3-Tfl tendon greftiyle 2-3-4. parmağa giden ekstansör tendon onarımı 4-Reverse radial ön kol flebiyle rekonstrüksiyonun yapılması

SB-063
El Replantasyonu Deneyimlerimiz:

Mahmut Can Karatoprak, Berk Tahhan,
Mehmet Nesim Güney, Volkan Özel, Servan Dağ, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Giriş:

El replantasyonu, ciddi travmalara bağlı olarak kopan ya da kesilen bir elde fonksiyonların yeniden kazanılmasını amaçlayan karmaşık bir cerrahi prosedürdür. Günümüzde, erken müdahale, mikrocerrahi teknikler ve gelişmiş cerrahi teknolojiler sayesinde, kopmuş ekstremitenin onarımı ve fonksiyonlarının iyileştirilmesi mümkün hale gelmiştir. El replantasyonu, anatomik ve fonksiyonel açıdan kritik bir süreç olup damar, sinir, tendon ve kemik gibi farklı yapıların başarılı bir şekilde onarılmasını gerektirir. Replantasyonun başarısı, cerrahın becerisi, hastanın genel durumu ve müdahale süresinin kısalığı gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Kas dokusunda 2 ila 4 saatlik sıcak iskemi ve 6 ila 8 saatlik soğuk iskemi süresinden sonra geri dönüşümsüz iskemik hasar meydana gelir (1). İskemi

süresi 6 saati aşarsa geçici bir vasküler şant düşünülmelidir (2). Yapılan çalışmalara göre, replantasyon operasyonu amputasyon sonrası 6 saat içinde gerçekleştirildiğinde başarı oranı daha yüksek olmaktadır; bu süre sonrasında ise dokuların iskemiye uğraması, doku nekrozunu ve enfeksiyon riskini artırır (3). El replantasyonundaki bir diğer önemli nokta, postoperatif dönemdeki komplikasyonları ve iyileşme sürecidir.

Olgu:

Kliniğimizde 03.02.2024-25.03.2025 tarihleri arasında opere edilen 3 el replantasyon hastasını değerlendirdik. Hastaların 2' si erkek 1' i kadındı.Hastalar 38-47-55 yaşındaydı. 2' sinde sağ el 1' inde sol el olmak üzere üçünün de amputasyonu el bileği seviyesindeydi.3 hastanında dominant eli amputeydi. 2 hastanın yaralanması iş kazasına diğerinin ise kesici aletle yaralanma sonucu geliştiği gözlendi.Hastaların yaralanmadan sonra merkezimize başvuru süresi ortalama olarak 3 saatti. İş kazasına bağlı gelişen 2 amputasyonda da kemik kısaltılması yapıldı. Ortalama olarak amputasyondan sonra 5. saatte amputatların arteriyel dolaşımı sağlandı.Ardından dorsal onarım fazına geçilerek ekstansör tendonlar ve dorsal venler onarıldı. Sonrasında ise fleksör tendonlar ve volar venler onarıldı. Ardından sinirler onarıldı. Hastaların hiçbirinde damar veya sinir grefti kullanılmadı. Amputatta kas içeriği fazla ise kasların debritmanı yapıldı. Takipler sırasında 1 hastada postoperatif 12. Saatte arteriyel yetmezlik gelişmesi üzerine tekrar operasyona alındı ve arteriyel akımın olmadığı gözlendi. Arter anastomozu açılıp lümen içindeki pıhtılar temizlenerek tekrar anastomoz yapıldı. 1 hastada el dorsalinde nekroz ve enfeksiyon gelişmesi üzerine debridman ve yara bakımı yapılıp ilerleyen dönemlerde kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı.

Tartışma-Sonuç:

El replantasyonlarında başarı oranlarının, amputasyon sonrası geçen iskemi süresi, travmanın tipi (keskin, crush, avülsiyon), mikrocerrahi tekniklerin uygulanabilirliği ve multidisipliner yaklaşım ile doğrudan ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (4). El replantasyonunda sadece dolaşımın sağlanması başarı olarak kabul edilmemelidir. Bunun yanında nöromanın gelişmediği duyusu olan, motor hareketlerin iyi olduğu fonksiyonel bir el replantasyonu başarı olarak kabul edilmelidir.Bizim tecrübelerimize göre eğer amputat crush,defektifse ve kas yükü fazlaysa uygun debridman, kemik kısaltılması ve kas debridmanı fonksiyonel bir el elde etmede kritik rol oynar. Ayrıca erken fizik tedavi protokollerine başlamak bir o kadar önemlidir. Biz hastalarımızı 5. günden itibaren pasif hareketlere başlattık. Daha distalde kas yükünün az olduğu yaralanma tipinin giyotin tarzı olduğu amputasyonlarda daha iyi sonuçlar elde edilebilir. Tüm bunların yanında böyle bir majör travmada hastaya multidisipliner yaklaşılmalı ve ek travma açısından değerlendirilmelidir. Daha proksimal ekstremite amputasyonları mortal seyredebildiği için çok dikkatli olunmalıdır.

Referanslar:

1-Rush RM Jr, Kjorstad R, Starnes BW, et al. Application of the mangled extremity severity score in a combat setting. Mil Med 2007;172:777–81.

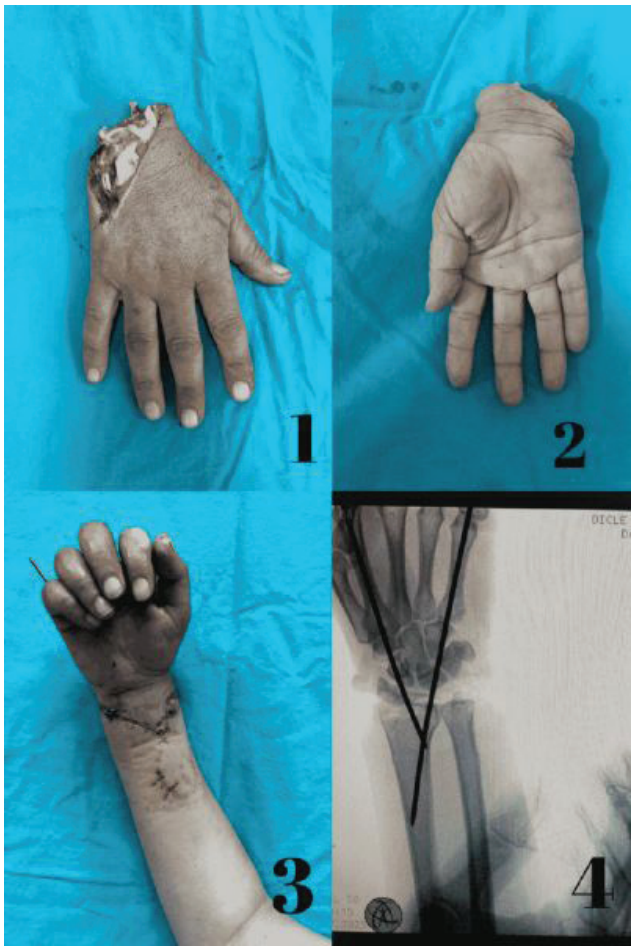
2-Ince B, Dadaci M, Altuntas Z. Use of a Temporary Shunt as a Salvage Technique for Distal Extremity Amputations Requiring Repair by Vessel Grafting during Critical Ischemia. Arch Plast Surg. 2016 Nov;43(6):544-550. doi: 10.5999/aps.2016.43.6.544. Epub 2016 Nov 18. PMID: 27896186; PMCID: PMC5122544.

3-Chakradhar A, Mroueh J, Talbot SG. Ischemia Time in Extremity Allotransplantation: A Comprehensive Review. Hand (N Y). 2024 Nov 19:15589447241287806. doi: 10.1177/15589447241287806. Epub ahead of print. PMID: 39558824; PMCID: PMC11574782.

4-Shaterian A, Rajaii R, Kanack M, Evans GRD, Leis A. Predictors of Digit Survival following Replantation: Quantitative Review and Meta-Analysis. J Hand Microsurg. 2018 Aug;10(2):66-73. doi: 10.1055/s-0038-1626689. Epub 2018 Mar 20. PMID: 30154618; PMCID: PMC6103763.

Anahtar Kelimeler: Arter, El, Replantasyon

el replantasyonu



1-2:Pre-op görüntüler 3: Post-op 3. hafta 4:Hastanın post-op 1. hafta el grafisi

SB-064

Pediatrik izole çoklu metakarp kırıklarının klinik yönetimi: Beş yıllık retrospektif bir analiz

Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
DİCLE ÜNİVERSİTESİ PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI

GİRİŞ:

Pediatrik el kırıkları oldukça yaygındır; çocuklarda acil servis başvurularının %2.3' ünü ve tüm pediatrik kırıkların %15'ini oluşturmaktadır (1). El kırıkları içerisinde falanks kırıkları çocuklarda en sık görülen türdür. En yüksek insidans, 0–4 yaş aralığındaki çocuklarda (100.000' de 207) gözlenmekte olup, bu oran 85 yaş üzeri hariç tüm yaş gruplarından yüksektir (2). Metakarp kırıkları ise pediatrik el kırıklarının %10–39' unu oluşturur ve çoğunlukla 13–16 yaş grubundaki spor yaralanmaları ile ilişkilidir (1, 3). Tekli metakarp kırıkları çoğunlukla konservatif yöntemlerle başarıyla tedavi edilebilirken, iki veya daha fazla metakarp kemiğinin eşzamanlı olarak kırıldığı çoklu metakarp kırıkları, mekanik stabiliteyi bozan, fonksiyonel kayba neden olabilen ve sıklıkla daha agresif müdahale gerektiren kompleks durumlardır (4). Bu kırıklar çocuklarda çoğunlukla düşme, spor travması veya doğrudan darbe sonucu meydana gelmekte ve rotasyonel deformite, açılanma, malunion gibi uzun vadeli komplikasyon riskini beraberinde getirmektedir (5).

Materyal-Metod:

Pediatrik izole çoklu metakarp kırığı nedeniyle 31 Mart 2020 ile 21 Mayıs 2025 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, takip ve tedavi edilen yaşları 2 ile 17 arasında değişen 17' si erkek, 8' i kadın 25 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların 19' unda sağ el 6' sında sol el izole çoklu metakarp kırığı yaralanması vardı. İki metakarp kırığı olan 14 hasta, üç metakarp kırığı olan 8 hasta, 4 metakarp kırığı olan 3 hasta mevcuttu. Başparmak metakarp kırığı olan hastamız yoktu. Akut kompartman sendromu (AKS) gelişen ve fasyotomi açılan 9 hasta vardı. Kırık etiyolojisi olarak; 13 hasta spor aktivitesi ve kavgaya bağlı, 8 hasta el üzerine sert cisim düşme sonrası ve 4 hasta ise el üzerine basit düşme sonucu oluşmuştu.

CERRAHİ Yöntem:

Travma öyküsünün ayrıntıları, fizik muayene, kırığı ve özelliklerini gösterecek doğru radyolojik incelemeler, klinik değerlendirme için gereklidir. Kliniğimizde hastaların değerlendirilmesinde standart olarak posterior-anterior (PA), lateral ve oblik grafiler kullanıldı. Direkt grafilerin yeterli olmadığı, özellikle eklem çevresi yaralanmalarda bilgisayarlı tomografi (BT) kullanıldı. Cerrahi tedavi endikasyonları arasında açılanmalar; >=15° (2.–3. metakarplarda), >20° (4. Metakarpta), >30–40° (5. metakarpta), herhangi bir rotasyonel deformite, instabilite, redüksiyon başarısızlığı ve intraartiküler yer değiştirme ve AKS varlığı yer aldı. AKS tanısı konan 9 hastaya genel anestezi altında el dorsalinden 2. ve 4. web aralığından uygun insizyon ile fasyotomi açılıp redüksiyon sağlandı ve aynı seansta ya da 2-4 gün sonrasında ödemin azalmasına bağlı olarak uygun fiksasyon yapıldı. 2 metakarp kırığı mevcut olan 6 hastanın, kapalı redüksiyon ve atelle takip tedavisi yapıldı. Diğer hastalardan 7' si lokal anestezi ve sedasyon ile kalan 12' si ise genel anestezi altında opere edildi. Rotasyonel deformite bulunmayan; açılanması tolerans sınırlarını aşan spiral ve oblik kırıklarda kapalı redüksiyon sonrası 10 hastaya 1.0–1.6 mm çapında K-tel ile perkütan fiksasyon tercih edildi. Tüm K-teller kırık segmentleri boyunca, stabilite sağlayacak şekilde çapraz veya paralel konfigürasyonda uygulanmıştır. K-teller ortalama 3–5 hafta sonra çekildi. Kapalı yöntemle başarılı redüksiyon sağlanamayan yada fasyotomi açtığımız açık redüksiyon ihtiyacı olan 9 hastaya, intraartiküler veya multifragmenter kırıklarda dorsal longitudinal insizyon ile açık redüksiyon uygulandı. Eklem yüzeyi restore edildikten sonra, kırıklarda 1.3–2.0 mm mini plak ve vida sistemleriyle fiksasyon sağlandı. Postoperatif dönemde kısa süreli atel uygulaması sonrası aktif hareket programına geçildi. Fasyotomi açılan 3 hastanın yara yeri sekonder olarak kapanmış olup 6 hastanın yara yeri ise 10-14. günlerde primer süture edilerek kapatıldı. K-tel uygulanan olgularda immobilizasyon süresi 3–5 hafta ile sınırlandırıldı. Tüm hastalar, pasif ve aktif hareket egzersizleri ile takip edildi. Total Aktif Hareket (TAM) skorları 6. haftadan itibaren değerlendirilmeye başlandı. 3 hastada yüzeyel enfeksiyon topikal antibiyotikle, 2 hastada minimal hareket kısıtlılığı fizik tedaviyle iyileşti.

TARTIŞMA:

Erişkinlerdeki metakarp kırığı tedavi prensiplerinin tamamı çocuklar için geçerli değildir. Büyüyen bir elde mevcut olan yeniden şekillenme potansiyeli ve büyüme bozukluğu riski gibi belirgin farklar vardır. Bulgularımız, pediatrik yaş grubunda çoklu metakarp kırıklarının sıklıkla düşük enerjili travmalar ve spor kaynaklı yaralanmalar sonucu meydana geldiğini, en sık etkilenen kemiklerin ise 4. ve 5. metakarp olduğunu göstermektedir. Metakarpal kırıklarda yönetim stratejisi, kırık sayısı, lokalizasyon, AKS varlığı, açılanma derecesi ve var olan rotasyonel deformitenin varlığına göre değişkenlik göstermektedir. Çoklu kırık olgularında konservatif tedavi sonrası komplikasyon oranlarının tekil kırıklara kıyasla daha yüksek olabileceği bazı yayınlarda bildirilmiştir (6). Erişkinlerin aksine, metakarp kırıklarının çocuklardaki tedavisinde erken hareket genellikle gerekli değildir. İstisnai durumlar (örneğin parmak MCP çıkıkları ve rijit plakla tespit edilen metakarp diafiz kırıkları) dışında, çocuk hastalarda immobilizasyona fazla önem vermek, az vermekten genellikle daha güvenli bir yaklaşımdır.

Sonuç:

El, çocuğun gelişiminde temel bir araçtır. Erken çocukluk döneminden ergenliğe kadar el becerileri; bilişsel gelişim, ince motor fonksiyonlar ve hatta duygusal zekanın gelişiminde önemli rol oynar. Bu beş yıllık retrospektif analiz, pediatrik izole çoklu metakarp kırıklarının klinik yönetiminde konservatif ve cerrahi yaklaşımların etkinliğini değerlendirmiş ve kırık paternine, hastanın yaşına ve eşlik eden deformitelere göre bireyselleştirilmiş tedavi planlarının önemini ortaya koymuştur. Çocuk hastaların yüksek iyileşme potansiyeli ve yeniden şekillenme kapasitesi, erken dönemde uygun müdahalelerle fonksiyonel kaybın minimuma indirilebileceğini ortaya koymuştur. Tedavi başarısında klinik izlem, hasta uyumu ve rehabilitasyon süreçleri kilit rol oynamaktadır. Mevcut bulgular, erken tanı, doğru sınıflama ve sistematik yönetim yaklaşımlarının çocuk hastalarda prognozu anlamlı şekilde iyileştirdiğini güçlü bir şekilde desteklemektedir.

REFERANSLAR:

1- Market M, Bhatt M, Agarwal A, Cheung K. Pediatric Hand Injuries Requiring Closed Reduction at a Tertiary Pediatric Care Center. Hand (N Y). 2021 Mar;16(2):235-240. doi: 10.1177/1558944719850635. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31161799; PMCID: PMC8041417.

2- Naranje SM, Erali RA, Warner WC Jr, Sawyer JR, Kelly DM. Epidemiology of pediatric fractures presenting to emergency departments in the United States. J Pediatr Orthop 2016;36 (04):e45–e48

3-GodfreyJ,CornwallR.Pediatricmetacarpalfractures. InstrCourse Lect 2017;66:437–445

4- CaseAL,HosseinzadehP,BaldwinKD,AbzugJM. Handfracturesin children: when do I need to start thinking about surgery? Instr Course Lect 2019;68:415–426

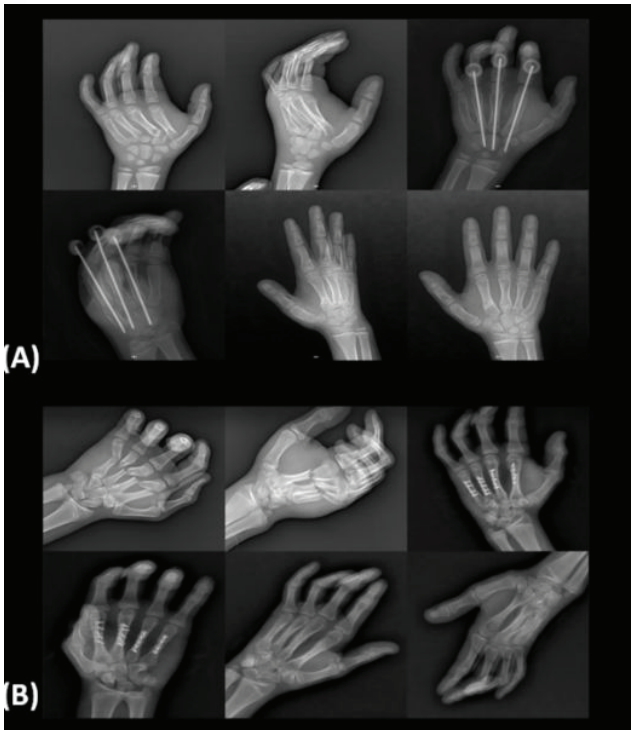
5- Wei S, Forbes D, Hartley RL, Salhi S, Fraulin FOG, Harrop AR, Arneja JS. Pediatric Hand Fracture Outcomes: How Often Do We Need to Operate? Plast Surg (Oakv). 2024

Feb;32(1):86-91. doi: 10.1177/22925503221085076. Epub 2022 Mar 24. PMID: 38433800; PMCID: PMC10902479.

6- Uquilla-Loaiza G, Tupiza-Luna FK, Guerrero-Castillo GS, Izquierdo-Condoy JS. Acute Compartment Syndrome with Multiple Metacarpal Fractures in the Hand of a 5-Year-Old Boy: A Case Report of Successful Resolution with Delayed Primary Closure. J Clin Med. 2025 Feb 16;14(4):1304. doi: 10.3390/jcm14041304. PMID: 40004834; PMCID: PMC11856109.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik el yaralanması, Çoklu metakarp kırıkları, Akut kompartman sendromu, Travma

Metakarp fraktürü olan hastaların preoperatif ve postoperatif fotoğrafları



A- 9 yaş erkek hasta, sol el üzerine taş düşmesi nedeniyle 2.3.4. metakarp fraktürleri mevcut. K- tel ile fiksasyon sağlandı. B- 15 yaş erkek hasta, sağ el üzerine dolap düşmesi nedeniyle 2.3.4.5. metakarp fraktürleri mevcut. Plak vida ile fiksasyonu sağlandı.

SB-066

Dupuytren Kontraktürü Operasyonu Sonrası Geç Dönem Eklem Hareket Açıklığının Değerlendirilmesi

Edanur Gezer[1], Berkalp Berker[2], Ertuğrul Karanfil[1], Şükrü Burak Tönük[3]
[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[3]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Dupuytren hastalığı (DH), el ve parmakları örten yüzeyel palmar fasyada nodülarite, kordlaşma ve ilerleyerek kontraktürlere neden olan benign fibroproliferasyon ile seyreden bir bozukluktur. DH, tüm etnik yapıdaki bireylerde görülebilir. Kuzey Avrupa kökenli beyaz erkeklerde insidans daha yüksektir. İnsidans, aynı zamanda ilerleyen yaşla birlikte tüm etnik gruplarda artar. Kalıtım şekli, değişken penetranslı ve ekspresyonlu otozomal dominant kalıtımdır. Ellerde genellikle bilateral ve ulnar rayları ağırlıkta tutulum olur. En sık tutulum; 4. parmak, 5. parmak, 3. parmak, 1. parmak ve 2. parmak şeklindedir.

Nodül formasyonu, kontraktürsüz kord formasyonu, parmak kontraktürleri ile birlikte matür kordlar şeklinde üç tip kliniği olabilir. Hastalık, operatif ve non-operatif yöntemlerle tedavi edilir. Operatif tedavi endikasyonları genelde; MP eklemde 30 dereceden fazla olan kontraktürler, PIP eklemde bulunan tüm kontraktürler ve Hueston masa üstü testi pozitifliğidir.

Operatif tedavi seçenekleri; açık fasyotomi, sınırlı fasyektomi, radikal fasyektomi ve dermofasyektomidir. Non-operatif tedavi seçenekleri ise steroid enjeksiyonları, kollojenaz enjeksiyonları, perkütanöz aponevrotomi ve yağ greft enjeksiyonlarını içerir.

Kliniğimize başvuran ve operatif endikasyon konan Dupuytren hastalarında, fasyektomi, sınırlı fasyektomi ve radikal fasyektomi uygulanan hastaların karşılaştırmalı postoperatif el fonksiyon sonuçlarını sunuyoruz.

Çalışmamızda, kliniğimizde Dupuytren kontraktürü operasyonu uyguladığımız hastaların geç dönemde eklem açıklığını değerlendirdik. Bu değerlendirme, cerrahi müdahale sonrası elin fonksiyonel durumunu ve iyileşme sürecini anlamak açısından önemlidir. Çalışmaya, parsiyel veya geniş fasyektomi uygulanan ve Z-plasti veya primer sütür ile kapatılan hastalar dahil edildi; greft ile rekonstrüksiyon uygulanan hastalar çalışmaya alınmadı.

Materyal metod

Çalışmaya, 2016–2024 Eylül yılları arasında kliniğimizde Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen 21 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, taraf, dominant el, tutulan parmaklar, kontraktürün başlama yaşı gibi demografik verileri ile meydana gelen komplikasyonlar, nüks ve cerrahi sonrası düzelme miktarı geriye dönük incelendi.

Katılımcıların 3'ü kadın, 18'i erkekti. İki hastanın hem sağ hem sol eli etkilenmişti; 8 hastada sol el, 11 hastada sağ el tutulumu vardı. Tek eli etkilenen hastalardan 11'i lokal anestezi altında, her iki eli etkilenen hastalardan birinin bir eli genel, bir eli lokal anestezi altında, 2 hasta ise blok anestezi altında opere edilmiştir. Geri kalan hastalar genel anestezi altında ameliyat edilmiştir.

Katılımcıların 10'u aktif sigara içicisi, 2'si uzun zaman önce sigarayı bırakmıştı. Bir hastada hem sigara hem alkol kullanımı mevcuttu; diğer hastaların alkol kullanımı yoktu. İki hasta dominant olarak sol elini kullanmaktaydı.

Altı hastada diyabet, bir hastada prediyabet mevcuttu. Bu hastalardan yalnızca birinde izole diyabet bulunmaktaydı; diğer diyabet hastalarında ek sistemik hastalık da vardı.

Araştırma kapsamında, bir aylık atel sonrası fizik tedavi uygulanan ve uygulanmayan, operasyondan sonra en az bir yıl geçmiş hastalar fizik tedavi ve rehabilitasyon anabilim dalı tarafından davet edilerek etkilenen parmakların ve elin hareket kısıtlılığı açısından ölçümleri yapıldı. Ölçümler, eklem hareket açıklığını belirlemek için kullanılan standart bir yöntem olan ROM (range of motion) ile yapıldı. ROM ölçümleri ile hastaların her bir parmağının aktif ve pasif hareket açıklıkları ölçülerek kaydedildi. Grupların ROM verilerinin karşılaştırılması için istatistiksel analiz yapıldı.

Bulgular:

Çalışmaya Dupuytren kontraktürü tanısı almış toplam 21 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 64,2 ± 8,3 yıl, medyan yaşı 64 yıl olup yaş aralığı 45 ile 76 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların 18'i (%85,7) erkek, 3'ü (%14,3) kadındır.

Baskın el olarak hastaların 19'unda (%90,5) sağ el, 2'sinde (%9,5) sol el belirlenmiştir. Sigara kullanımı açısından, 10 hasta (%47,6) aktif içici, 9 hasta (%42,9) hiç içmemiş, 2 hasta (%9,5) ise sigarayı yaklaşık 10 yıl önce bırakmış olarak bildirilmiştir. Alkol kullanımı yalnızca 1 hastada (%4,8) pozitif bulunmuş, diğer tüm hastalar alkol kullanmadığını belirtmiştir.

10 hastada (%47,6) bir veya birden fazla komorbid hastalık mevcuttur. En sık bildirilen eşlik eden hastalık diabetes mellitus (n=3) olup, diğer komorbiditeler arasında KOAH, işitme kaybı, hepatit B enfeksiyonu ve kalp pili taşıma durumu yer almaktadır. Bu hastalar sıklıkla antihipertansif, oral antidiyabetik veya antiplatelet ilaçlar kullanmaktadır.

Hastaların çoğunda her iki elde Dupuytren kontraktürü mevcuttur. En sık etkilenen parmaklar 4. (yüzük) ve 5. (serçe) parmaklar olarak bildirilmiştir. Kontraktürler genellikle metakarpofalangeal (MKF) ve proksimal interfalangeal (PİF) eklemleri birlikte etkilemiştir.

Operasyon öncesi, sonrası ve geç dönemde fonksiyonel değerlendirmeler ile eklem açı ölçümleri yapıldı. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı tarafından fizik tedavi uygulanan ve uygulanmayan hastalar karşılaştırıldı. Fizik tedavi alan hastalarda fonksiyonel sonuçlar arasında anlamlı farklar tespit edildi.

Tartışma:

Dupuytren kontraktürü, palmar fasyanın ilerleyici fibrozisiyle seyreden ve parmaklarda fleksiyon kontraktürüne yol açarak el fonksiyonlarını sınırlayan bir hastalıktır. Bu çalışmada, cerrahiden sonra en az bir yıl geçmiş 21 hastanın eklem hareket açıklığı (ROM) değerlendirildi. Bulgular, genel olarak cerrahi sonrası belirgin hareket artışı sağlandığını, ancak bazı olgularda özellikle proksimal interfalangeal (PİF) eklem seviyesinde kalıcı kısıtlılıkların devam ettiğini göstermektedir.

Katılımcıların çoğunluğunun erkek olması ve en sık 4. ile 5. parmakların etkilenmesi, literatürle uyumludur. PİF ekleminin cerrahiye daha dirençli olduğu, önceki çalışmalarla da örtüşmektedir. Fizik tedavi alan hastalarda daha iyi ROM sonuçları elde edilmiş, bu da postoperatif rehabilitasyonun tedavi başarısındaki önemini vurgulamaktadır. Ayrıca sigara kullanımı ve eşlik eden sistemik hastalıkların iyileşme sürecini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, cerrahi başarı kadar, doğru hasta seçimi, düzenli takip ve fizik tedavi süreci de uzun dönem işlevsellik üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle PİF eklem tutulumuna yönelik daha etkili tedavi protokolleri geliştirilmelidir.

Sonuç:

Bu çalışmada, kliniğimizde Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen hastaların geç dönem eklem hareket açıklıkları değerlendirilmiş ve cerrahi tedavinin uzun dönem fonksiyonel sonuçları incelenmiştir. Elde edilen bulgular, özellikle metakarpofalangeal (MKF) eklemlerde cerrahi sonrası belirgin düzelmeler sağlandığını; ancak proksimal interfalangeal (PİF) eklemler başta olmak üzere bazı olgularda kalıcı hareket kısıtlılıklarının devam edebildiğini göstermektedir.

Fizik tedavi uygulanan hastalarda daha iyi eklem açıklıkları elde edilmesi, postoperatif rehabilitasyonun önemini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, hastaların sigara kullanımı ve eşlik eden sistemik hastalıklarının iyileşme sürecini olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, Dupuytren kontraktürünün cerrahi tedavisi fonksiyonel kazanımlar açısından etkili olsa da, elde edilen sonucun kalıcılığı ve kalitesi; hastanın genel sağlık durumu, eklem tutulum düzeyi, cerrahi teknik ve postoperatif rehabilitasyon gibi çoklu faktörlere bağlıdır. Bu nedenle, tedavi süreci multidisipliner yaklaşımı ve bireyselleştirilmiş hasta yönetimini gerektirmektedir. Daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak ileri çalışmalar, tedavi yaklaşımlarının standardize edilmesine ve özellikle PİF eklem kontraktürlerinde daha etkili çözümler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Dupuytren Kontraktürü, Operasyon Sonrası Geç Dönem, Eklem Hareket Açıklığı

SB-068

Alt Ekstremite Defektlerinde Ters Akımlı Sural Flep Kullanımı Klinik Tecrübelerimiz

Baran İşliyen, Berk Tahhan, Mustafa Köse,
Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Alt ekstremite rekonstrüksiyonu multidisipliner yaklaşımın elzem olduğu bir alandır. Travma, diyabetes mellitus, vasküler patolojiler, tümör cerrahisi sonrası oluşan defektler rekonstrüksiyon nedenleri arasındadır. Travma sonucunda oluşan kompleks kemik ve yumuşak doku hasarları kimi zaman çoklu travması olan hastalarda meydana geldiğinden yönetimi zorlayıcı olabilmektedir. Ekstremite kayıpları hayat kalitesini düşürmesi ve psikososyal problemlere yol açması anlamında kurtarma için gerekli cerrahi müdahale yapılmasını gerekli kılmaktadır. Alt ekstremitede meydana gelen defektlerde kliniğimizde ters akımlı sural flep ile yapılan rekonstrüksiyon tecrübelerimizden bahsedeceğiz.

Gereç-Yöntem:

2015-2025 tarihleri arasında cruris 1/3 distalinde, ayak bileğinde, topukta kemik ve tendon açıklığı bulunan doku defekti nedeniyle opere edilen ve farklı lokalizasyonlarda bulunan defektler için ters akımlı sural flep uygulanan 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların etiyolojisi araç içi ve dışı trafik kazası, ateşli silah yaralanması, iş kazası, yüksekten düşme, malign melanom ve skuzmoz hücreli kanser, dekübit ülser, diyabetik ayak şeklindeydi. Tüm hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 41.5 idi. En küçük hasta 5 yaş en büyük hasta 87 yaşında idi. Hastaların 21 tanesi erkek, 6 tanesi kadındı. Hastaların defekt lokalizasyonları topuk 16, ayak medial malleol 6, lateral malleol 2, ayak anteromediali 3 adet şeklindeydi. Ortalama defekt boyutu 50.2 santimetrekare (cm^2) idi.

Cerrahi yöntem ve Yaklaşım:

Travma, tümör cerrahisi, diyabet, vaskülitler ve venöz yetmezlik gibi vaskülopatiler sonrası ya da enfektif hadiseler sonrasında alt ekstremitede meydana gelen doku defektleri

nedeniyle acile ya da polikliniğe başvurularda geniş bir anamnez ve fiziki muayene yapıldı. Hastaların öz geçmişi, kullandığı ilaçlar, allerjiler, daha önceki operasyonları ve alışkanlıkları sorgulanarak not edildi. Alt ekstremitede bulunan defektin lokalizasyonuna, defektin büyüklüğüne, defektte kemik, tendon ve nörovasküler yapılarda açıklık olup olmamasına, defektin zemininin enfektif ya da granüle olup olmamasına, altta yatan bir osteomyelit bulunup bulunmamasına göre tedavi planlandı. Yaralanmaların kirli olup olmadığı değerlendirildi. Kirli olan yaralanmalarda yara ve doku kültürleri alındı. Kültürler sonuçlanıncaya dek ampirik antibiyoterapi uygulandı ve sonrasında kültür antibiyogram sonuçlarına göre uygun antibiyoterapi düzenlendi. Defektin rekonstrüksiyonunda kapatma öncesinde travma ya da tümör cerrahisine sekonder ise iyi bir kemik stabilizasyonu için gerekli konsültasyonlar yapıldı ve nekrotik ve enfektif dokular debride edildi. Kontrendikasyon olmaması halinde akıntılı ve nekrotik yaraları olan hastalara vakum yardımlı kapama uygulandı. Zeminde nekrotik ve enfektif bulgular olmamasıyla flep cerrahisine başlandı.

Ters akımlı sural flep cruris 1/3 distaldeki, ayak bileği ve ayakta proksimaldeki defektleri kapatmak için tasarlanan fibular arter perforatör tabanlı fasyokutan bir fleptir(1). Operasyon öncesindeki cerrahi prosedürlerin ardından yara yeri debridmanı yapıldı. Defekt boyutu ölçülerek flep defekte uygun tasarlandı. Flebin perforatörleri el doppleri ile işaretlendi. Perforatörler en sık cruris distal posterolateralindedir(2). Flep viabilitesinin yüksek olması için lateral malleolün 5-6 cm proksimalinden pivot noktası planlanır(2). Proksimalden ilk cilt kesisi yapıldı ve derin fasyaya kadar inildi. Diseksiyon ilerletilirken sural sinir bulundu ve proksimalden bağlanarak koterize edildi. Flep defekt alanına inserte edildi. Donör alan primer onarıldı ya da deri grefti ile kapatıldı. Bazı hastalarda flebe cerrahi delay uygulandı.Bazı hastalarda flep defekt alanına inserte edildikten sonra delay uygulandı. Flep delay uygulanan hastalarda postop 2. haftada uygulanmayanlarda 3. haftasında ayrıldı. Postop 6. Aydan sonra flep inceltilmesi için bazı hastalara liposuction uygulandı.

Bulgular:

Toplam 27 hasta opere edildi. Hastaların defektlerinin tamamı ters akımlı sural flep ile rekonstrükte edildi. Ortalama operasyon süresi 70 dk -150 dk arasında olduğu izlendi. 12 hastanın eşlik eden komorbit hastalığı (diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, iskemik inme) bulunmaktaydı. Opere edilen 3 hastada minör komplikasyon(kısmi flep nekrozu), 1 hastada majör komplikasyon(total flep nekrozu) izlendi. Komplikasyon gelişen hasta grubu dışındaki hastaların flepleri 3. haftada ayrıldı. Flepler kısmi olarak donör alanlara iade edildi. Komplikasyon gelişen hastaların flepleri gecikmeli olarak 1 hafta ile 10 gün sonrasında ayrıldı. Kısmi flep nekrozları debridman primer onarım ile total flep nekrozu ise debridman, greft ve rotasyon flebi ile rekonstrükte edildi. Hastalar postop dönemde 7-30 gün arasında serviste yatırılarak takip edildi. Hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi. 3 hasta taburculuk sonrası kontrollere gelmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Ters akımlı sural flep kısa cerrahi süresi, kolay uygulanabilirliği, donör sahanın onarımının kolay olması, donör sahadaki yapıların deri grefti ile olan onarımının fonksiyonu belirgin etkilememesi, defekti yeterli yumuşak doku örtüsüyle onarabilmesi gibi etkenleri avantajları arasındadır. Ters akımlı sural flep için çoğu zaman ikinci bir seans gerekmesi, sural sinir hattında hipoestezi, venöz yetmezliğin sık görülmesi ve ayağın majör arterlerinden birinin feda edilmesi dezavantajları arasındadır(3). Alt ekstremite rekonstrüksiyonu yönetimi oldukça komplike ve zorlayıcı olabilmektedir. Hastanın komorbiditelerinin var olması ve osteomyelitin eşlik etmesi bu anlamda komplikasyonları arttırmaktadır. Defektler deri greftleri, lokal flepler, fasyokutan flepler, kas flepleri ve serbest flepler ile onarılabilmektedir(3). Yapılacak olan cerrahi operasyon doku defektinin özelliklerine, hastaya ait faktörlere ve hastanın beklentisine değişebilmektedir. Ters akımlı sural flep distal alt ekstremitedeki defektler için güvenilir bir seçenek olabilir(4).

Kaynaklar:

1-J Orthop Trauma. 2016 Ağustos;30 Ek 2:S41-2. doi: 10.1097/BOT.0000000000000613.

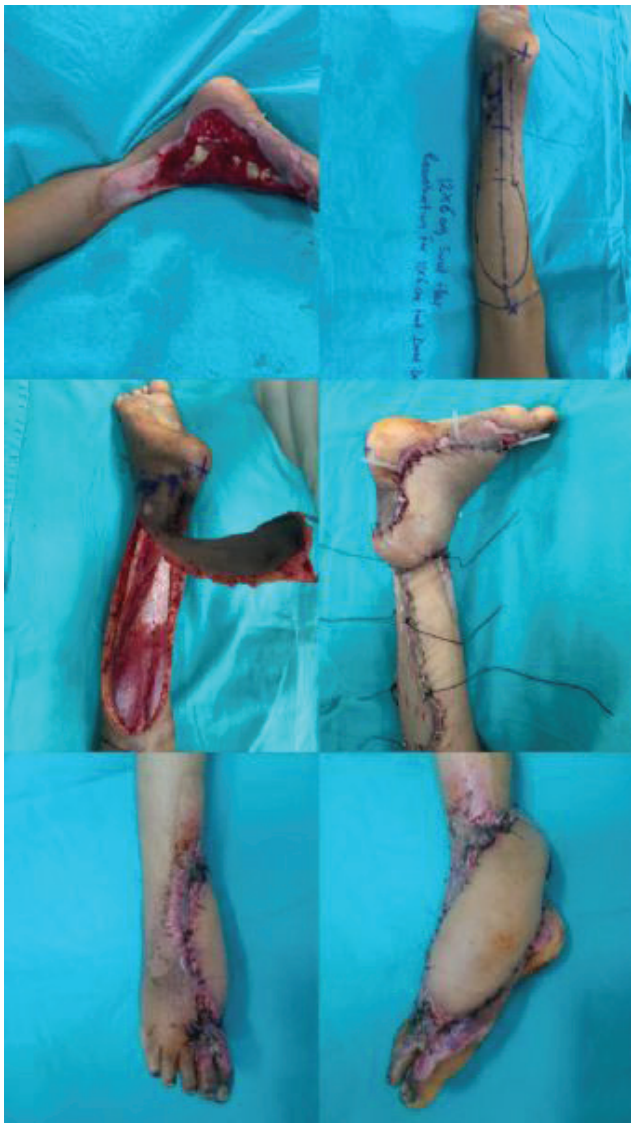
2-Khainga SO, Githae B, Mutiso VM, ve diğerleri. Bacağın alt üçte birlik kısmını kapsayan ters sural ada flebi: dokuz vakalık bir seri. Doğu Afr Med J. 2007;84:38–43.

3-Buluç L, Tosun B, Sen C, ve ark. Ters sural arter flebinin transpozisyonu için modifiye bir teknik. Plast Reconstr Surg. 2006;117:2488–2492.

4-Ann Plast Surg. 2020 Nisan;84(4):463-470. doi: 10.1097/SAP.0000000000002041.PMID: 31688112

Anahtar Kelimeler: Alt Ekstremite, Sural Flep, Ters Akımlı

Sural flep operasyon görüntüleri ve postop 6. hafta



SB-069

Distal tibia osteosarkomu hastalarında onkolojik rezeksiyon sonrasında lokal flepler ve serbest fleplerle rekonstrüksiyonun komplikasyon oranlarının karşılaştırılması

Burak Alan
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş:

Distal tibia osteosarkomu nedeniyle tümör rezeksiyonu sonrası rekonstrüksiyon hem kemik bütünlüğü hem de yumuşak doku kapatılması açısından zorluklar içerir. Bu çalışmada, lokal ve serbest fleple rekonstrüksiyonun komplikasyon oranları karşılaştırıldı.

Yöntem:

Çalışmaya distal tibia osteosarkomu nedeniyle rezeksiyon uygulanan ve rekonstrüksiyon yapılan 6 vaka dahil edildi. 3 hastaya serbest flep ile 3 hastaya lokal flep ile rekonstrüksiyon yapıldı. Tüm hastalar komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Lokal flepler ile rekonstrüksiyon yapılan 1 hastada parsiyel nekroz, 2 hastada ise dehissans gelişti. Olguların tamamamında ikincil cerrahiye ihtiyaç duyuldu. Serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan 1 hastada abse gelişti, debridman sonrasında ikincil cerrahiye ihtiyaç duyuldu.

Sonuç:

Distal tibia osteosarkomu sonrası rekonstrüksiyon ve yumuşak doku kapatmada tek bir yöntem tüm hastalara uygun değildir. Onkolojik rezeksiyon cerrahisi sırasında bir çok kas ve cilt perforatörü zarar görmekte ve bu durum lokal kas, kas-deri veya fasyakutan flepler güvenilirliği düşürmektedir. Cerrahinin planlanmasında serbest flepler teknik olarak daha zor olsa da daha güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Distal tibia ostosarkomu, lokal flep, serbest flep

SB-070

Dupuytren Kontraktürü: 10 Yıllık Retrospektif Bir Çalışma

Umut Dalgıç, Menekşe Kastamoni,
Süleyman Çeçen, Selçuk Akın, Güzin Yeşim Özgenel
Bursa Uludağ Üniversitesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

Dupuytren kontraktürü, ilerleyici benign fibroproliferatif bir hastalık olup elin palmar bölgesi ile parmakların fleksör yüzlerinde anormal kolajen birikimi ile karakterizedir. Bu çalışmada Ocak 2014 – Aralık 2024 yılları arasında kliniğimizde opere edilmiş 257 hasta, hastanemiz elektronik arşivi kullanılarak retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, opere edilen el sayısı, hangi el ve parmakların tutulduğu, yıllara göre opere edilen hasta sayısı, cilt kapatma teknikleri ve eşlik eden morbiditeler açısından tarama yapıldı. 257 hastanın 24'ü bilateral ellerinden opere olurken 5 hasta da nüks nedeniyle ikinci kez opere edildi. Toplam 286 ele Dupuytren cerrahisi uygulanmış oldu. Opere edilen hastaların 196'sı erkek, 61'i kadındı. Erkek hastaların 21'ine bilateral cerrahi uygulanırken 5'ine nüks nedeniyle ikinci kez cerrahi uygulandı. Kadın hastaların 3'üne bilateral cerrahi uygulandı, kadın hastalarda hiç nüks görülmedi. Hastaların ortalama yaşı 60 olarak bulundu (34-83). Opere edilen ellerin %73,4'ünde el+parmak tutulumu birlikte görülürken, %25,8'inde yalnızca el (palmar bölge) tutulumu mevcuttu. El+parmak tutulumu olan hastalarda ise %78,5 oranında tek başına veya diğer parmaklara eşlik edecek şekilde 4.parmağın tutulmuş olduğu görüldü. Bunu %57,6 ile 5.parmak tutulumu takip etti. Opere edilen 286 elin 222'sine ise cilt kapamada z-plasti uygulandı. Bu çalışmada son 11 yılda kliniğimizde Dupuytren kontraktürü nedeniyle opere edilen hastalar risk faktörleri ile birlikte araştırılmış, hastalığın bölgemizdeki görülme prevalansına katkı yapmak amaçlanmışır

Anahtar Kelimeler: Dupuytren kontraktürü, Palmar fibromatozis, açık parsiyel fasyektomi

şekil 1



a-b: Parmak ve palmar el tutulumu c: Multipl z plastilerle cilt kapanışı d-e: Ameliyat sonrası 2. ay.Cilt ve eklem kontraktürleri düzeldi.Hareketler normal

tablo 1

Cilt kapatma teknikleri	Opere edilen hasta sayısı
Primer kapatma	23
Brunner insizyon	36
Z plastiler (n:222)	
Çoklu z plasti (ÇZP)	167
ÇZP + FTSG	1
ÇZP + STSG	1
Bir adet z plasti	28
iki adet z plasti	16
3 adet z plasti	9
Fillet flep	2
FTSG	3

Ameliyat edilen ellerin cilt kapatma tekniklerine göre dağılımı.

SB-071

Mediyal Uyluk Bölgesi Yerleşkeli Masif Lokalize Lenfödemin Cerrahi Tedavisinde Yeni Bir Yaklaşım: Fonksiyonel Eksizyon ve "Kitap-Kapak Flebi" ile Onarım

Okan Mustafa Gürsoy[1], Uzay Cambaz[2], Tahsin Oğuz Acartürk[3]
[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*
[2]*Pittsburgh Üniversitesi, Plastik Cerrahi Departmanı, Pittsburgh, ABD*
[3]*Pittsburgh Üniversitesi, Plastik Cerrahi Departmanı, Pittsburgh, ABD; Dr. TOA Klinik, İzmir, Türkiye*

Giriş

Masif lokalize lenfödem (MLL), çoğunlukla morbid obez bireylerde görülen, lenfatik obstrüksiyona bağlı olarak gelişen, dev yumuşak doku kitleleriyle karakterize nadir fakat ilerleyici bir hastalıktır. En sık medial uyluk, alt abdominal bölge ve kasıkta ortaya çıkar. Hijyen ve mobilite sorunlarına, yaşam kalitesinde bozulmaya ve tekrarlayan enfeksiyonlara neden olur. Konservatif tedavilere, özellikle uzun vadede, sınırlı yanıt verir ve cerrahi eksizyon genellikle tek etkili tedavi seçeneğidir.

Literatürde yaygın olarak kullanılan klasik eliptik eksizyon teknikleri; yüksek doku gerginliği, yara ayrışması ve enfeksiyon gibi komplikasyonlarla ilişkilidir. Bu çalışmada, medial uyluk yerleşimli MLL için yeni bir eksizyon planlaması ve buna eşlik eden onarım yöntemi tanımlanmıştır: Fonksiyonel eksizyon ve posterior uyluk bazlı fasiokütan flep ile "kitap-kapak flebi" onarımı.

Materyal ve Method

Cerrahi Teknik: Medial uyluk bölgesindeki MLL kitlesi, bacaklar abdüksiyonda iken serbest şekilde masaya yerleştirildi. Kitlenin anterior ve medial sınırları eksizyon sahası içinde kalacak şekilde, posterior bölgesi ise uyluk bazlı bir flep olacak biçimde planlandı. Deri insizyonlarından sonra kitle, bimanual "yarma" tekniği ile bacaktan ayrıldı. Derin fasya yerinde bırakılarak kanama kontrolü sağlandı ve nörovasküler yapılarda hasar önlendi.

Oluşan defekt, posterior bazlı flep ile "kitap kapağı" şeklinde kapatıldı. Flep, defekte çok katmanlı olarak dikildi. Eksize edilen dokular histopatolojik olarak değerlendirildi.

Bulgular

Toplamda 11 hastada (7 hastada tek taraflı, 4 hastada bilateral) tek seansta gerilimsiz ve primer kapama sağlandı. Flep nekrozu, yara ayrışması ya da büyük yara komplikasyonları gözlenmedi. Uylukta kontur bozukluğu veya cilt dokusu uyumsuzluğu oluşmadı. Uzun dönem takibinde ameliyat bölgesinde lenfödem nüksü veya anjiyosarkom gelişimi görülmedi.

Sonuç

Fonksiyonel eksizyon ve "kitap-kapak flebi" ile onarım, özellikle medial uyluk bölgesinde gelişen büyük MLL kitlelerinin eksizyonu sonrası kapama için pratik, güvenli ve etkili bir cerrahi seçenektir. Yüksek doku gerginliğine bağlı yara komplikasyonlarını azaltması, sağlam doku kapaması sağlaması ve kontur deformitelerine yol açmaması gibi avantajları sayesinde klasik yöntemlere üstünlük sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fasyokütan flep, fonksiyonel eksizyon, kitap-kapak flebi, masif lokalize lenfödem, obezite

SB-072

Alt Ekstremitenin Fonksiyonel Rekonstrüksiyonunda Serbest Flep Stratejileri

Alperen Aras, Mehmet Taha Coşkun, Mohammed Seyam, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Amaç ve Giriş: Alt ekstremite vücudun hareket kabiliyetini sağlayan temel yapıdır ve basma, ağırlık taşıma, denge koruma gibi fonksiyonlarla günlük aktiviteler için vazgeçilmezdir. Ayağın geniş temas yüzeyi yük dağılımını optimize ederek mobiliteye büyük katkı sağlar. Bu çalışmanın amacı, alt ekstremite defektlerinin rekonstrüksiyonunda optimal fonksiyonel geri kazanım için serbest flep kullanımını değerlendirmektir. Alt ekstremite rekonstrüksiyonu, eşlik eden vasküler yaralanmalardan dolayı bölgesel dokuları kullanılamaz hale getirebilir. Lokal dokuların kullanılabilirliğinin azlığı ve alt ekstremitenin fonksiyonel gerekliliği düşünüldüğünde genellikle uzak bir bölgeden mikrocerrahi yöntemlerle doku aktarımı ihtiyacı gerekebilmektedir.

Materyal-Metod: 2021-2025 yılları arasında alt ekstremite rekonstrüksiyonu için serbest flep ile opere edilen 10 hasta retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, defektin yeri ve sebebi, defektin boyutu, hangi serbest flep tekniğinin kullanıldığı, hangi alıcı damarın tercih edildiği, flebin boyutu, flepte postoperatif dönemde revizyon cerrahisi ihtiyacı gelişip gelişmediği ve donör saha komplikasyonları araştırıldı. Postoperatif süreçte hastalara Alt Ekstremite Fonksiyonel Ölçeği(LEFS) skorlaması yapıldı. Bu skorlama sistemine göre tüm hastalar 0-80 arasında puanlandırıldı. Ortalama LEFS skoru 40 olarak tespit edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama takip süresi 24 aydı. Defektlerin rekonstrüksiyonunda anterolateral uyluk serbest flebi, medial sural arter perforatör serbest flebi, latissimus dorsi myokutanöz serbest flebi, fibula serbest flepleri kullanıldı. Alıcı damarlar olarak anterior tibial arter, posterior tibial arter, lateral sirkumfleks femoral arter ve dorsalis pedis arterleri kullanıldı. Ayrıca 1 hastada alıcı damar olarak karşı bacaktaki posterior tibial arter kullanıldı ve çapraz bacak tekniği uygulandı. Anastomoz yöntemleri olarak uç uca ve uç yan anastomozlar tercih edildi. Mikrocerrahi anastomozlar gerçekleştirilirken çap uyumsuzluğu gözlenmediği için düzenlemeye yönelik müdahalede bulunulmadı. Anterolateral uyluk flebinin ve latissimus dorsi myokutan fleplerinin donör sahaları primer kapatıldı. Medial sural arter perforatör flebinin ve serbest fibula flebinin donör sahası kısmı kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. 1 hastada postop dönemde flepte detaşman izlendi. Detaşman sonra resütürasyon ile onarım tamamlandı. 2 hastada flepte parsiyel nekroz izlendi ve debridman akabinde kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon sağlandı. 1 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti ve antibiyoterapi ile iyileşme sağlandı. Anterolateral uyluk flebi yapılan 3 hastada flep revizyonu olarak debulking cerrahisi ihtiyacı gelişti.

Tartışma ve Sonuç: Alt ekstremite rekonstrüksiyonunun yönetiminde rekonstrüksiyon zamanlaması büyük önem arz etmektedir. Travmatik alt ekstremite yaralanmalarının tedavisinde yaralanmadan sonraki ilk 72 saat erken rekonstrüksiyon olarak altın standart kabul edilse de son bulgular bu ideal sürenin daha da uzatılabileceğini göstermektedir. Özellikle negatif basınçlı yara terapisi olmak üzere yerel yara bakımı alanındaki gelişmeler, alt ekstremite yaralarının başarıyla geçici olarak tedavi edilmesine katkı sağlamıştır. Rekonstrüktif merdiven yararlı bir rehber olabilir ancak bazı durumlarda rekonstrüktif asansör prensibi baz alınarak serbest mikrocerrahi doku transferlerini kullanmak fayda sağlar.

Serbest flep yöntemleri olarak myokütan ve fasyokütan flepler tercih edilebilir. Her flebin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Perforatör flepler donör sahada kas fonksiyon bozukluğuna neden olmazlar. MSAP flebinin donör sahada kas komorbiditesi yaratmaması, ince ve esnek oluşu avantajları olarak söylenebilir. Çok ince kalibreli perforatörlere sahip olabileceğinden zorlu kas içi perforatör diseksiyonu dezavantajlarındandır. ALT flebinin hacimli olmasından dolayı postop dönemde debulking cerrahisi yapılması gerekebilmektedir. SCİP flebinin ince olması, donör saha komorbiditesinin minimal oluşu ve donör saha skarının iç çamaşırı bölgesinde oluşu avantajları olmakla birlikte kısa pedikül uzunluğu, düşük kalibreli damar ile karşılaşılabilmesi üzerine süpermikrocerrahi ihtiyacı gerekebilmesi dezavantajlarındandır. Latissimus dorsi flebinin diseksiyon ve flep kaldırılmasının görece basit ve hızlı oluşu, uzun bir pedikül elde edilebilmesi ve geniş defektleri örtmede kullanılması avantajları olarak bahsedilebilirken fonksiyonel olarak kas kullanılması, donör sahada büyük skar oluşması, kas atrofisi gelişmesi, flep üzerinde greftleme ihtiyacı gelişebilmesi, donör sahada seroma ve yara yeri iyileşme sorunlarının görülebilmesi dezavantajları olarak bahsedilebilir. Geniş yüzey alanını kaplama özelliğinden yararlanılarak degloving tarzı yaralanmalarda kullanılan diğer bir flep çeşidi ise omentum flebidir, latissimus dorsiye alternatif olarak kullanılabilir. Serbest fleplerle alt ekstremite rekonstrüksiyonunda alıcı damarlar olarak anterior posterior tibial, dorsalis pedis, popliteal, medial lateral plantar, peroneal, lateral sirkumfleks femoral ve superficial femoral arterler kullanılabilir. Bununla birlikte alt ekstremitede uygun alıcı damar bulunamazsa damar greftleri ile loop anastomozlar yapılabilir. Bizim de bir vakamızda yaptığımız gibi çapraz bacak flebiyle alıcı damar olarak diğer ekstremite kullanılabilir. Sonuç olarak alt ekstremite rekonstrüksiyonunda yüksek enerjili travmalara bağlı nörovasküler yapıların hasar görebilmesi, lokal dokuların kullanılabilirliğinin azlığı gibi nedenlerle çokça serbest flep kullanımı gerekebilmektedir. Bu fleplerin seçiminde anatomik ve fonksiyonel koşullara göre uygun seçimi yapmak önemlidir.

Kaynakça:

1. The Optimal Timing of Traumatic Lower Extremity Reconstruction: Current Consensus Z-Hye Lee, John T. Stranix, Jaime P. Levine.
2. The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application. North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network J.M Binkley, P W Stratford, S A Lott, D L Riddle.
3. Lower Extremity Reconstruction. Levin LS, Heitmann C.
4. A review of local and regional flaps for distal leg reconstruciton. Parrett BM, Talbot SG, Pribaz JJ, Lee BT.
5. Secondary extremity reconstruction with free perforator fleps for aesthetic purposes. Jeon BJ, Lim SY, Pyon JK.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremite, anterolateral uyluk serbest flebi, medial sural arter perforatör flebi, mikrocerrahi, perforatör flep

Olgu Sunumları



A, B: 32 yaş erkek hasta, tümör cerrahisi sonrası free MSAP flebiyle rekonstrüksiyon öncesi ve sonrasındaki 4.yıl görüntüleri C, D: 21 yaş kadın hasta, tümör cerrahisi sonrası free ALT flebiyle rekonstrüksiyon öncesi ve sonrasındaki 2.yıl görüntüleri E, F: 62 yaş erkek hasta, crush yaralanma sonrası free latissimus dorsi flebiyle rekonstrüksiyon öncesi ve sonrasındaki 2.yıl görüntüleri

Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Etyoloji	Kullanılan Flep	Rekonstrüksiyon Zamanlaması	Takip Süresi	Komplikasyon	LEFS Skoru	Alıcı Damar	Anastomoz Tekniği
1	32	Erkek	Tümör cerrahisi	MSAP	16.ay	48 ay	-	40	PTA	Uç uca
2	21	Kadın	Tümör cerrahisi	ALT	1.ay	24 ay	Flepte detaşman	50	PTA	Uç yan
3	62	Erkek	Crush yaralanma	Latissimus dorsi	1.gün	24 ay	Parsiyel nekroz	14	ATA	Uç uca
4	21	Erkek	Elektrik yanığı	MSAP	60.ay	2 ay	-	22	DPA	Uç uca
5	7	Erkek	Crush yaralanma	ALT	1.ay	24 ay	-	70	ATA	Uç uca
6	39	Erkek	Crush yaralanma	ALT	5.ay	12 ay	-	60	PTA	Uç uca
7	19	Erkek	Crush yaralanma	ALT	3.ay	18 ay	Enfeksiyon	24	PTA	Uç uca
8	27	Erkek	Tümör cerrahisi	ALT	6.ay	24 ay	-	25	ATA	Uç yan
9	80	Kadın	Ateşli silah yaralanması	Fibula	3.ay	48 ay	-	55	ATA	Uç uca
10	23	Erkek	Tümör cerrahisi	Latissimus Dorsi	9.ay	15 ay	Parsiyel nekroz	40	LCFA	Uç uca

MSAP: Medial Sural Arter Perforatör ALT: Anterolateral Uyluk PTA: Posterior Tibial Arter ATA: Anterior Tibial Arter DPA: Dorsalis Pedis Arteri LCFA: Lateral Sirkumfleks Femoral Arter

SB-073

Yarık Dudak Damak Hastalarında Serbest Flep ile Damak Fistülü Onarımında Karşılaşılan Cerrahi Zorluklar ve Yönetimi

Kerem Dokuzluoğlu, Şeyda Güray
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Dudak damak yarıklı hastalarda tekrarlayan damak fistülleri, daha önce uygulanan çok sayıda rekonstrüksiyon girişimine rağmen tedavisi güç sorunlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde serbest flep ile yapılan onarımlarda karşılaşılan cerrahi teknik zorlukları ve zorlukları aşmakta kullanılan yöntemler değerlendirildi.

Materyal-Metod: 2019–2025 yılları arasında kliniğimizde serbest fleplerle damak fistülleri onarılmış hastalar retrospektif olarak taranarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların epidemiyolojik verileri, dudak damak yarıklarının sınıflaması, kullanılan serbest flepler, alıcı arter ve venler, komplikasyon oranları (flepte tam ya da kısmi kayıp, tünelize edilen pedikülde gerçekleşen komplikasyonlar, flebin yerleştirilmesinden sonra ikinci bakıyı gerektiren dolaşım problemleri, takiplerde flep ya da pedikülle ilgili dolaşımı bozmayan ve yeni gelişen durumlar) ve damak fistülü onarımında flep yerleştirilmesinde yaşanan zorluklar ve çözülme yöntemleri derlendi.

Bulgular: Retrospektif tarama sonrası 8 hasta (6 erkek, 2 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalamaları 33.8±13.48'di. Hastalar üzerinde uygulanan serbest flep rekonstrüksiyonları retrospektif olarak incelendi. Hastaların 5'inde radial önkol serbest flebi kullanıldı; 3 tanesinde medial femoral kondil serbest flebi kullanıldı. Hastaların 5'i bilateral dudak damak yarığı, 3 hasta unilateral dudak damak yarığına sahipti. Tüm bilateral dudak damak yarıklarında fistül premaksilla arkasında, Pittsburg tip 5; tek taraflı yarık dudak damak hastalarının 1'inde Pittsburg tip 2 diğer ikisinde Pittsburg tip 4 fistül mevcuttu. Hastaların tamamında fasiyal arter ve konkomitant veni alıcı arter ve ven olarak kullanıldı. 1 hastada ikinci bakıyı gerektiren dolaşım problemi gerçekleşti ve ikincil bakıda arter ve venler içinde trombus izlendi. Flep içi damarların streptokinaz ile irrigasyonu sonrasında flep kanlanması güvence altına alındı ve flep total olarak salim izlendi. Diğer fleplerde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. 8 hastanın tamamında pedikülün tünel içerisinde yeterince alan bulabilmesi için tünel hazırlığı alıcı arter ve venin bulunmasının ardından operasyonda gerçekleştirilen ilk işlemlerden biri oldu. Tünelin ağız içine bakan kısmı hazırlanırken pterygomandibular rafenin önünde kalınması, böylece burada bulunan ligamanın pedikül üzerinde ani bir kırılma meydana getirerek dolaşım problemi yaratmasının önüne geçilmesinde etkilidir. 1 hastamızda da görülen bu problem, intraoperatif olarak pterygomandibular rafeye horizontal kesi yapılması ile çözüldü. Flebin yerleştirilmesi aşamasında flebin yalnızca pediküle en yakın olan noktaları damak defektine tutturuldu, geri kalan kısmı açıkta bırakıldı. Böylece pedikülün tünelden geçirilmesi sırasında pedikülün gerilmesi ve ağız içine doğru sarkması engellendi. Tünel oluşturulduktan sonra tüneli kateden ve etraf yapılara baskı yapmayan yumuşak ve hacimli malzemeler yerleştirildi. Bu, pedikülün tünelde geçirilmesi aşamasına kadar tünelin etrafındaki yumuşak dokuları iterek yeterli genişliği sağladı. Pedikülün tünelizasyon aşamasına gelindiğinde bu hacimli malzeme çıkarılarak herhangi bir kanama olup olmadığı kontrol edildi. Tünel içerisinde herhangi bir kanama saptanırsa anastomoz öncesi bu kanamalar kontrol edildi. Flebi yerleştireceğimiz oral tabakada bulunan fleplerin her birinden askı süturları geçilerek flep yerleştirilmesi için alan hazırlandı. Operasyon sırasında pedikülün tünelde geçirilmesi aşamasında silikon veya lateks bir tüp içerisine lubrikant jel ile pedikül yerleştirildikten sonra pedikül tünel içinde ilerletildi. Bu yöntem ile hiçbir hastada pedikül kendi etrafında dönmesi, sıkışması gözlenmedi. Hiçbir hastada tünel ve pediküle dair ikinci bakı gereksinimi olmadı. Hastaların 5'inde anastomoz yapılan tarafta mukoperiostal damak flebi eleve edilerek pedikülün bir kısmı retromolar bölgeye aktarıldı ve mukoperiostal flep ile kapatıldı. Açıkta kalan bölgeler için geri kalan kısmına deri grefti yerleştirildi.

Pittsburg tip 4 fistüllerde damar flebi eleme edilirken major palatin artere zarar verilebileceğinden örtüm için mukoperiostal flep kullanılamadı, pedikül deri grefti ile örtülerek ağız içinde bırakıldı.

Post operatif süreçte özellikle genel anestezinin etkisi geçinceye kadar dilin parafonksiyonel hareketleri ile pediküle zarar vermesini önlemek ve pedikülün retromolar bölgede sıkışmasını engellemek amacıyla ısırma bloğu kullanıldı.

Tartışma: Damak fistüllerinin serbest fleplerle onarımında karşılaşılan en önemli zorluklardan biri, sınırlı cerrahi alan ve bölgenin derin anatomik yapısıdır. Damak bölgesi dar bir çalışma alanına sahip olduğundan, flebin hazırlanması ve ağız içine transferi sırasında yeterli görüş sağlamak güçleşmektedir. Daha önce geçirilmiş birden fazla cerrahi girişim, yoğun skar dokusu ve fibrozis ile sonuçlanmakta; bu hastalarda serbest flep operasyonu sırasında yoğun fibrozis ve skar dokusu diseksiyonun zorlaşmasına ve tünel oluştururken pedikülün sıkışma riskinin artmasına yol açmaktadır.1 Serbest flebin dolaşımı için kritik olan damar pedikülünün güvenli şekilde ağız içine ulaştırılması, teknik açıdan en büyük sorunlardan biridir. Pedikülün uzunluğunun yetersiz olması flebin gergin kalmasına, dar tünellerden geçirilmesi ise venöz dönüşün engellenmesine neden olabilir.2 Pedikülün bükülmesi ya da kompresyona uğraması, özellikle küçük çaplı damarlarda tromboz riskini artırarak flep kaybıyla sonuçlanabilmektedir. Dr. Zemann ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada damak fistüllerinin onarımında kullanılması gereken fleplerin seçiminde en önemli kriterlerden birinin flebin vasküler pedikül uzunluğu olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada pedikül uzunluğunun fazla olması sayesinde pedikül yerleştirmedeki zorlukların azaltıldığı vurgulanmıştır.3 Tünel oluşturma ve flebin yerleştirilmesi sırasında yanak veya dudak mukozasında geniş disseksiyon yapılması postoperatif dönemde ağız açıklığında kısıtlılığa, kontraktürlere veya skar deformitelerine neden olabilir. Dr. Gür ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada flebin pedikülü mukozanın insizyonu ile tünel yerine doğrudan yerleştirilmesi ve pedikülün üzerinin cilt eklenerek kapatılması önerilmiştir.4 Pek çok çalışmada uzun pedikül imkanı sağlayan flepler kullanılarak tünel oluşumundan kaçınılmaktayken, yaptığımız çalışmada kullanılan teknikler ile tünel kullanımındaki komplikasyonlar ve cerrahi zorluklar azaltılmakta ve de fonksiyonel sonuçlar iyileştirilmektedir.

Referanslar:

Ninkovic M, Hubli EH, Schwabegger A, Anderl H. Free flap closure of recurrent palatal fistula in the cleft lip and palate patient. J Craniofac Surg. 1997 Nov;8(6):491-5; discussion 496. doi: 10.1097/00001665-199711000-00013. PMID: 9477835.(1)

Zheng EE, Gates-Tanzer L, Cherukuri S, Mardini S, Murad MH, Bite U, Gibreel W. What Free Flaps Are Surgeons Using for Palatal Fistula Repair in Patients with Cleft Palate? A Systematic Review. Cleft Palate Craniofac J. 2025 Sep;62(9):1568-1577. doi: 10.1177/10556656241266243. Epub 2024 Aug 23. PMID: 39175361.(2)

Zemann W, Kruse AL, Lüebbers HT, Jacobsen C, Metzler P, Obwegeser JA. Microvascular tissue transfer in cleft palate patients: advocacy of the prelaminated radial free forearm flap. J Craniofac Surg. 2011 Nov;22(6):2006-10. doi: 10.1097/SCS.0b013e31823197d8. PMID: 22067854.(3)

Gur E, Tiftikcioglu YO. Free Flap Reconstruction of Recalcitrant Defects in Cleft Palate Patients. J Craniofac Surg. 2023 Jun 1;34(4):1335-1339. doi: 10.1097/SCS.0000000000009237. Epub 2023 Mar 6. PMID: 36872469. (4)

Anahtar Kelimeler: Yarık Dudak Damak, Damak Fistülü, Serbest Doku Aktarımı

SB-074

Velofarengeal Yetmezlikli Hastalarda Farengeal Flep Cerrahisinin Konuşma Skorlarına Etkisi: Yapay Zekâ Destekli ve Uzman Değerlendirmeli Bir Çalışma

Sinan Karaman, Hande Akdeniz, Gökçe Yıldıran, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç Velofarengeal yetmezlik (VFY), konuşma bozukluklarının önemli bir nedeni olup cerrahi tedavide farengeal flep sık kullanılan yöntemlerden biridir. Bu çalışmada, farengeal flep cerrahisi uygulanan pediatrik VFY hastalarında konuşma sonuçları hem yapay zekâ tabanlı skor (AI VFI skoru) hem de cerrah değerlendirmeleri ile incelendi.

Materyal ve Metod

2015–2024 yılları arasında velofarengeal yetmezlik nedeniyle farengeal flep cerrahisi uygulanan 16 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 19,43 yıl olup, 7'si erkek, 9'u kızdı. On üç hastaya yalnızca farengeal flep, 3 hastaya ise ek olarak yağ enjeksiyonu yapıldı. Preoperatif ve postoperatif konuşma kayıtları yapay zekâ destekli algoritmaya yüklenerek AI VFI skorları hesaplandı. Ayrıca, iki bağımsız plastik cerrah kayıtları kör olarak dinleyerek her bir örneğin preoperatif mi postoperatif mi olduğunu belirledi. Veriler SPSS yazılımında analiz edildi; gruplar arası farklılık Independent Samples t-testi ile değerlendirildi.

Bulgular

Preoperatif ortalama AI VFI skoru 63,93, postoperatif ortalama skor ise 71,68 olarak bulundu. Skorlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). Ortalama fark 7,75 puan olup %95 güven aralığı -12,7 ile -2,8 arasında bulundu. Plastik cerrahların kör değerlendirmesinde tüm kayıtlar doğru şekilde preoperatif veya postoperatif olarak ayırt edildi ve postoperatif örnekler belirgin şekilde daha iyi bulundu.

Sonuç

Farengeal flep cerrahisi, pediatrik VFY hastalarında hem yapay zekâ tabanlı skorlarla hem de uzman cerrahların kör değerlendirmeleriyle doğrulanan anlamlı bir konuşma iyileşmesi sağlamaktadır. Plastik cerrahların tüm örnekleri doğru sınıflandırabilmiş olması, AI skorlarının klinik gözlemlerle tam uyumlu olduğunu göstermektedir. Bu durum, postoperatif konuşma değerlendirmelerinde AI tabanlı sistemlerin güvenilir bir araç olabileceğini desteklemektedir.Ayrıca AI skorlarının cerrahi sonuçların objektif ve standardize biçimde raporlanmasına katkı sağlaması, gelecekte klinik araştırmalar ve rutin takiplerde önemli bir avantaj sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: AI destekli skorlama, Faringeal Flep, Velofaringeal Yetmezlik

SB-075

Dudak Damak Yarığına Bağlı Burun Deformitesi Olan Hastalarda Uygulanan Cerrahi Tekniklerin Hasta Memnuniyetine Etkisi: ROE Anketi İle Retrospektif Değerlendirme

Özgün Demirhan, Berkan Can Bilen, Serhat Şibar
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ

Cleft Lip Nose (CLN), doğuştan gelen dudak ve burun deformitelerinin birlikte görüldüğü kompleks bir anatomik bozukluktur. Bu deformitelerde primer onarıma rağmen, hastaların çoğunda asimetrik nazal tip, yetersiz projeksiyon, alar kollaps ve burun ucu desteğinde yetersizlik gelişebilmektedir. Hastaların sadece estetik değil aynı zamanda fonksiyonel beklentilerinin de karşılanması amacıyla uygulanan cerrahilerin başarısı, hasta memnuniyetine yansıyan parametrelerle de değerlendirilmelidir. Bu amaçla geliştirilen Rhinoplasty Outcomes Evaluation (ROE) anketi, rinoplasti sonrası hasta tatminini ölçen ve güvenilirliği kanıtlanmış bir araçtır. Bu çalışmada, 2018–2025 yılları arasında kliniğimizde CLN nedeniyle rinoplasti ameliyatı yapılan hastalarda uygulanan cerrahi tekniklerin memnuniyet düzeyine etkisi ROE anketi ile retrospektif olarak değerlendirildi.

YÖNTEM

Çalışma kapsamında retrospektif olarak 2018–2025 yılları arasında kliniğimizde CLN nedeniyle ameliyat edilen 42 hasta incelendi, elektronik tıbbi kayıtları eksik olan ve telefon ile ulaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalardan 30'una telefonla ulaşıldı ve ameliyat sonrası en az 12. ayında hastalara rinoplasti öncesi burnu hakkındaki düşüncelerini ve postoperatif burnu hakkındaki düşüncelerini ifade edeceği şekilde iki kez ROE anketi uygulandı. Katılımcıların 18'i kadın, 12'si erkekti. Sekonder onarım geçiren hasta sayısı 8'di. Çalışma grubundaki 30 hastanın 23'ünde unilateral, 7'sinde ise bilateral dudak-damak yarığı mevcuttu. Yaş ortalaması 27,41 olan hastalarda en sık karşılaşılan komorbiditeler arasında işitme problemleri, konuşma bozuklukları ve ortodontik anomaliler yer almaktaydı.

Ameliyat notları incelenerek kullanılan greft çeşitleri ve cerrahi teknikler kaydedildi. En sık kullanılan ameliyat teknikleri koruyucu rinoplasti ve yapısal rinoplasti teknikleriydi. En sık kullanılan greftler sırasıyla septal extension grefti, alar rim grefti, cap grefti, strut grefti lateral crural strut greftiydi.

Ayrıca bazı olgularda shield, spreader,onlay, alar rim greftleri kombine olarak uygulandı. ROE anketinde yer alan 6 soru 0–4 arasında puanlandı, 100'lük skora normalize edildi ve ortalama memnuniyet puanı hesaplandı. Veriler elektronik ortamda işlenerek SPSS analizi yapıldı.

CERRAHİ TEKNİK

Tüm ameliyatlar tek bir kıdemli cerrah tarafından gerçekleştirildi. Cerrahi teknik hasta özelinde değerlendirilerek seçildi. Burun ucu projeksiyonu için septal extension grefti ve tongue-in groove tercih edilirken, şekil ve simetri için cap grefti, lateral crural strut greft ve alar rim grefti kullanıldı.

BULGULAR

30 hastaya uygulanan ROE anketinden elde edilen ortalama memnuniyet puanı 83,2 olarak hesaplandı. Cerrahi teknikler incelendiğinde, 12 hastaya koruyucu, 18 hastaya ise yapısal rinoplasti tekniği uygulanmış. Koruyucu rinoplasti grubunda preoperatif ROE skoru ortalama 52, postoperatif ise 85 olarak saptanmıştır. Yapısal rinoplasti

uygulanan grupta ise preoperatif skor 48, postoperatif skor 82 olarak kaydedilmiştir. Tüm hastaların ortalama preop ROE skoru 49,6, postop skoru ise 83,2 olarak hesaplanmıştır. SPSS analizine göre koruyucu rinoplastide postop hasta memnuniyeti daha yüksek olmakla birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Greft tekniklerine bakıldığında sadece tek greft uygulanan 7 hastada preoperatif ortalama ROE skoru ortalama 53, kombine greft uygulanan hastaların ortalama preoperatif ROE skoru 48.5 olarak bulundu. Tek greft kullanılan hastaların postoperatif ROE ortalaması: 79,9 kombine greft kullanılan hastaların postoperatif ROE ortalaması: 84,2 bulundu. Kombine greft uygulamaları postop memnuniyet açısından daha avantajlı görünmekle birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Primer ve sekonder vakalar ayrı olarak incelendiğinde, primer onarım yapılan 22 hastanın preoperatif ROE ortalaması 51, postoperatif ROE ortalaması 85,8 olarak hesaplandı. Sekonder onarım geçiren 8 hastanın ise preoperatif skoru 44, postoperatif skoru ise 76'dır. SPSS analizine göre sekonder gruptaki memnuniyet daha düşüktür ve bu fark anlamlıdır.

TARTIŞMA

Sekonder onarım geçiren 8 hastanın ortalama ROE skoru primer gruba kıyasla daha düşük olmakla birlikte, greft kombinasyonlarının bu gruptaki hasta memnuniyetini artırdığı gözlendi.

CLN hastalarında uygulanan cerrahiler, yalnızca yapısal düzeltmelere değil, aynı zamanda hasta memnuniyetine de odaklanmalıdır. ROE anketi gibi hasta odaklı değerlendirme araçları, cerrahi başarının somut verilere dayalı olarak izlenmesine olanak sağlar.

Çalışmamızda elde edilen 83,2'lik ROE skoru, literatürde bildirilen ortalamalara göre daha yüksek olup, greft kombinasyonlarının ve hasta özelinde seçilen cerrahi tekniklerin olumlu etkisini göstermektedir. ROE anketinin hastalara preop yapılmamış olması, CLN deformite düzeylerinin belirli bir şekilde katagorize edilmemiş olması ve sekonder vakaların ilk operasyonlarına daire yeterli bilgi olmaması çalışmamızın kısıtlamalarını oluşturmaktadır.

SONUÇ

CLN hastalarında kombine greft kullanımı ve koruyucu rinoplasti tekniği hasta memnuniyeti üzerine doğrudan etkilidir. Özellikle septal extension grefti, cap grefti, ve alar rim greftlerinin kombine şekilde kullanılması ile ROE skorlarının arttığı görülmüştür. Hasta beklentilerinin doğru analiz edilerek kişiye özel greftleme stratejilerinin geliştirilmesi, hem fonksiyonel hem de estetik anlamda başarılı sonuçlar doğurmaktadır.

Anahtar Kelimeler: cleft lip nose, greft teknikleri, koruyucu rinoplasti, ROE anketi, yapısal rinoplasti

ROE

RİNOPLASTİ SONUÇ DEĞERLENDİRME ANKETİ (ROE-T)

1. Burnunuzun görüntüsünü seviyor musunuz?				
Kesinlikle Hayır	Biraz	Az Çok	Çok Fazla	Kesinlikle Evet
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Burnunuzdan iyi nefes alıyor musunuz?				
Kesinlikle Hayır	Biraz	Az Çok	Çok Fazla	Kesinlikle Evet
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Arkadaşlarınızın veya sevdiklerinizin burnunuzu beğendiğini düşünüyor musunuz?				
Kesinlikle Hayır	Biraz	Az Çok	Çok Fazla	Kesinlikle Evet
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Burnunuzun şimdiki görüntüsünün sosyal veya profesyonel aktivitelerinizi engellediğini düşünüyor musunuz?				
Herzaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Asla
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Burnunuzun olabildiğince iyi göründüğünü düşünüyor musunuz?				
Kesinlikle Hayır	Biraz	Az Çok	Çok Fazla	Kesinlikle Evet
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Burnunuzun görüntüsünü değiştirmek veya nefes almanızı geliştirmek için ameliyat olur muydunuz?				
Kesinlikle Evet	Büyük İhtimalle Evet	Muhtemelen Evet	Muhtemelen Hayır	Kesinlikle Hayır
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

ROE anketi türkçeleştirilmiş hali

SB-076

Dudak Yarıklarında Skarın Subsizyon Destekli Hyaluronik Asit Enjeksiyonu ile Revizyonununda Klinik Sonuçlar ve Hasta Memnuniyeti

Berk Emre Yaman, Şeyda Güray
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Dudak yarığı operasyonları sonrasında meydana gelen sekonder deformiteler; titiz cerrahi planlama, güncel onarım teknikleri ve postoperatif bakıma rağmen oldukça sık görülmektedir. Bu deformitelerden vermilionun hacimsel asimetrisi, literatürde %17 oranında bildirilmiştir. Vermilion asimetrileri, postoperatif dönemde hasta memnuniyetsizliğinin en önemli sebeplerinden biri olmasının yanı sıra, düzeltilmesindeki teknik zorluklar ve yüksek nüks oranları nedeniyle cerrahlar için de sorun teşkil etmektedir. Bu asimetrileri gidermek amacıyla günümüzde sekonder cerrahi girişimlere sıklıkla başvurulmaktadır. Z plasti, dermofat greft, yağ grefti uygulamaları bu prosedürlerden en sık kullanılanlardır. Cerrahi alandaki skarlı dokunun serbestleştirilmesi ve bu alana yapılan dolgu enjeksiyonları, sekonder dudak yarığı cerrahilerinde skar görünümünü yumuşatmak, hacim eksikliklerini gidermek ve dudak konturunu iyileştirmek amacıyla tercih edilmektedir. Bu çalışmada, dudak yarığı operasyonu sonrası vermilion hacimsel asimetrisi bulunan hastalarda sekonder cerrahi girişim olarak subsizyon ile skar dokusunun serbestleştirilmesi ve oluşan hacimsel boşluğun sentetik dolgu materyalleri ile doldurulmasının klinik sonuçları ve hasta memnuniyeti incelenmiştir.

Materyal&Metho

2022–2024 yılları arasında, primer dudak yarığı onarımı daha önce tamamlanmış ve vermilion hacimsel asimetrisi bulunan toplam 17 hastaya, üst dudak skar revizyonu amacıyla skarlı cerrahi alanın subsizyon ile serbestleştirilmesini takiben hyaluronik asit dolgu uygulaması gerçekleştirildi.

Cerrahi teknikte öncelikle yarık tarafındaki üst gingivobukkal sulkus horizontal olarak insize edildi (bilateral olgularda iki taraflı). İnsizyondan girilerek submukozal planda 11 numara bistüri veya doku makası yardımıyla üst dudak cildinden üst vestibulobukkal sulkus mukozası arasındaki fibrotik yapışıklıklar subsizyon tekniği ile serbestleştirildi. Serbestleme sonrasında oluşan boşluk, dudak konturunu sağlamak üzere uygun miktarda dolgu materyali ile dolduruldu. Horizontal insizyon hattı, skarı uzatmak amacıyla vertikal olarak sütüre edildi. Lokal anestezi

uygulanan hastalar işlem sonrası aynı gün, genel anestezi altında opere edilen hastalar ise bir günlük klinik takibin ardından taburcu edildi. Postoperatif geç dönemde hastalar VAS ile değerlendirildi ve skorların istatistiksel değişimleri araştırıldı.

Bulgular

Hastaların 8'i kadın, 9'u erkek olup, yaşları 19–39 arasında değişmekteydi (ortalama: 24,2 ±3,85). Olguların 6'sı bilateral, 11'i ise unilateral dudak yarığına sahipti. 7 hasta genel anestezi altında, 10 hasta ise lokal/infiltratif anestezi ile opere edildi. Ortalama 0,54±0.25 ml (0,2–1,35 ml) dolgu materyali kullanıldı. 14 hastada yalnızca subsizyon ve dolgu uygulaması yapılırken, 3 hastada eşlik eden hipertrofik cilt skarı nedeniyle ek olarak skar eksizyonu gerçekleştirildi. Ortalama takip süresi 12,2 aydı. Pre-operatif VAS ortalaması 5,24 iken, post-operatif ortalama 7,42 olarak belirlendi. Elde edilen fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p <0.000001). Hastaların %78,3'ü yüksek memnuniyet düzeyi (VAS >= 7) bildirirken, %22,7'sinde skorlar görece düşüktü. Skar eksizyonu uygulanan bir hastada üst dudak cildinde minimal bir dehissans meydana geldi. Haricinde bir komplikasyon görülmedi.

Tartışma

Dudak yarığı sekonder deformitelerinin onarımı zorlayıcı cerrahi teknikler ve post-operatif geç dönemde sık nüks meydana gelmesiyle oldukça zorlayıcıdır. Nükslerin en önemli sebeplerinden biri vermiliondaki ve skarlı mukoza alanındaki fibrotik yapışıklıkların açılmaması ve kleft alanından uzaklaştırılmamasıdır. Tekniğimizde subsizyon ile bu yapışıklıkların giderilmesinin ardından oluşturulan hacimlerin sentetik dolgu materyali ile doldurulmasıyla bu bölgede bir yumuşak doku distraksiyonu yaratmayı amaçladık. Böylece tekrar oluşabilecek fibrotik doku kontraksiyonunun önüne geçmeyi hedefledik.

Rivers ve ark. tekniğimize benzer şekilde sekonder dudak deformitelerini gidermede 20 hastada hyalüronik asit dolgu enjeksiyonu uygulamışlar, erken dönemde yüksek vermilion simetrisi ve hasta memnuniyeti bildirmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen bulgular bu çalışmayla benzerdir. Sekonder dudak deformitelerinin giderilmesinde kullanılabilen otolog dokularla (yağ greftleri, dermofat greft) kıyaslandığında sentetik dolgu materyallerinin dönor alan komorbiditesi oluşturmaması, hazır dolgu materyali kullanılması sebebiyle operasyon sürelerinin kısalması ve poliklinik şartlarında infiltratif/lokal anestezi beraberinde gerçekleştirilebilmesi bu tekniği daha kullanışlı hale getirmektedir. Çalışmada kullandığımız tekniğin sınırlamaları, yetişkin olmayan hasta grubunda sentetik dolgu uygulamalarının tıbbi uygunluğunun net olmaması, sentetik materyallerin operasyon bölgesinde kalıcılığının öngörülemez olması olarak değerlendirilebilir.

Sonuç

Dudak skarının subsizyon ile açılması ve dolgu enjeksiyonu, yarık dudak onarımlı ve vermilion asimetrisine sahip hastalarda estetik görünümü belirgin şekilde iyileştirmiştir. İyileşmiş estetik sonuçlar objektif olarak anlamlı VAS değerlendirilmeleri ile gösterilmiştir. Bu teknik, ek cerrahi prosedür uygulanmayan 14 hastada herhangi bir komplikasyon meydana getirmemiştir. Prosedürün, çoğu hastada lokal/infiltratif anestezi altında uygulanabilmesi ve vermilion asimetrilerinin giderilmesinde kullanan diğer yöntemler ile kıyaslanlandığında kısa operasyon süreleri de göz önüne alındığında dudak yarığı onarımlı hastalarda dudak görünümlerine dair memnuniyetini artırmak ve sekonder deformiteleri gidermek açısından etkili bir seçenek olduğu açıktır.

Anahtar Kelimeler: Subsizyon, Skar, Yarık Dudak, Dolgu, Hasta Memnuniyeti

SB-077

Fisher yöntemiyle dudak yarığı onarımı ve geç dönem sonuçların 3D görüntüleme desteğiyle değerlendirilmesi

Emrah Kağan Yaşar[1], Beyzanur Çelebi[1], Samet Kaya[1], Halil Işık[2], Ceyhun Uzun[1], Murat Şahin Alagöz[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kocaeli
[2]Muş Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Muş

Giriş: Tek taraflı dudak yarığı onarımı, Plastik Cerrahi ameliyatları arasında en ödüllendirici ve zorlu yöntemlerden biridir. Literatürde çeşitli düz hat onarımı, geometrik ve rotasyon-ilerleme teknikleri tanımlanmışken 2005 yılında Dr. David M. Fisher, tek taraflı dudak yarığı onarımında "anatomik alt birim yaklaştırma tekniği" adı verilen yenilikçi bir yöntem tanıttı ve tasarımı ilk benimseyenlerin etkinliğini lanse etmesiyle popülerlik kazandı. Bu çalışma; filtral alt birime saygı duymanın temel ilkelerinin benimsendiği tekniğin, doğru ölçüm ve planlamayla onarılan yarık dudak sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal-Metod: 2018-2024 yılları arasında Üniversitemiz Plastik Cerrahi Kliniğinde tek taraflı dudak yarığı nedeniyle Fisher tekniği ile opere edilen 4ay-2 yaş grubunda olan 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Ameliyat sonrası oluşturulan üç boyutlu görüntüler üzerinde yapılan antropometrik ölçümler ile objektif analizi yapıldı.Üç boyutlu görseller, Blender (Blender Foundation, Hollanda) ve Facebuilder (KeenTools, Rusya) yazılımları kullanılarak postoperatif yedi farklı açıdan çekilmiş fotoğraflardan oluşturuldu. Ardından üç boyutlu modelin büyüklüğü interpupiller mesafeye göre kalibre edildi ve filtral kolon ölçümleri yapıldı. Öznel analiz, randomize 10 bağımsız cerrahın "Cerrahi Sonuçlar Değerlendirme Skorlaması" puanları ile yapıldı. Skorlamada burun delikleri ve alar taban simetrisi, lateral dudak uzunluğu, küpid yayının tepe noktasının simetrisi ve vermilyokutanöz hattın belirginliği 3 puanlık bir ölçekte (2, mükemmel; 1, hafif asimetri; 0, tatmin edici değil. 4 ayrı bileşenin puanları daha sonra 0-8 puan arasında toplandı.) değerlendirildi. Antropometrik ölçümler yarık tarafın yarık olmayan tarafa oranı olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışma, %68 oranında sol taraflı yarıkların baskın olduğu, damak yarığı olan veya olmayan tek taraflı yarık dudaklı 24'ü erkek 6'sı kız çocuk olmak üzere toplam 30 hastayı içeriyordu. Operasyonda ortalama yaş 7 ay, ortalama alt üçgen flep uzunluğu 1.8 ± 0.9 mm olarak bulundu. Antropometrik oranlar ameliyat sonrası dönemle önemli ölçüde iyileşti ve yarık şiddetinden bağımsız olarak 1'e yaklaştı. Cerrahi sonuçlar Değerlendirme Skorlaması'nda hastalarımız ortalama 4,96 puan aldı.

Sonuç: Beklenen filtral kolon boyunca skar dokusun yerleştirilmesi Fisher tekniğinin bir değeri olsa da, dengeli ve üç boyutlu nazolabial form üretmesi muhtemelen daha önemli bir özelliğidir. Filtrumun ortaya çıkan gölgesi filtral kolon boyunca uzanan yara izini maskelemeye yardımcı olabilir ve böylece yara izini daha az algılanabilir hale getirebilir. Tek taraflı yarık dudak onarımı için anatomik alt birim yaklaşımının alar taban, burun deliği ve vermilyokutanöz hattı farklı anatomik alt birimler olarak kabul edip belirlenen işaretlerle cerrahi tasarım oluşturması dengeli,üç boyutlu bir formu oluşturmasına katkı sağlar. Fisher tekniği deneyimli merkezlerde tüm yarık tiplerinde güvenilir ve olumlu sonuçlar elde etmeye yardımcı olabilir. Sonuçların objektif değerlendirilmesi için analiz yöntemlerinin genişletilmesinde fayda vardır.

Referanslar

1)Cleft Lip Repair: The Hybris Subunit Method Facial Plast Surg 2016;32:150–155.

2) Reply: Unilateral Cleft Lip Repair Using the Anatomical Subunit Approximation: Modifications and Analysis of Early Results in 100 Consecutive Cases 10.1097/01.prs.0000480011.33788.ef

3) Unilateral Cleft Lip Repair Using the Anatomical Subunit Approximation: Modifications and Analysis of Early Results in 100 Consecutive Cases 10.1097/PRS.0000000000001369

Anahtar Kelimeler: Filtrum, Fisher, yarık dudak

Fisher tekniği ile onarılan yarık dudak hastalarının preoperatif ve postoperatif resimleri



Ameliyat öncesi örnek klinik vakalar ve ameliyat sonrası 6ay-1.yıl. Yarık tipine göre düzenlenmiştir. Burada bazı spektrumları kapsayan üç vaka ve belirtilen yazılımlar ile oluşturulan 3 boyutlu formda yarık taraf filtral kolon mesafesi bir hasta örneğinde gösterilmiştir.

SB-078

Yarık damak ve dudak hastalarında hematolojik profilin incelenmesi

Ziya Tatar, Halil İbrahim İnal, Rana Kapukaya
Sbü Adana Tıp Fakültesi Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi

Giriş:

Dudak ve/veya damak yarıkları en sık görülen kraniyofasiyal anomalilerdir. Bu hastalarda sıklıkla beslenme zorlukları ve tekrarlayan enfeksiyonlar görülür ve bu da hematolojik parametrelerdeki değişikliklerle değerlendirilebilen bağışıklık sisteminin değişmesine neden olur. Dudak ve damak yarıkları olan hastalarda klinik profili ve hematolojik parametreleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler:

Bu, Aralık 2018 ile temmuz 2025 arasında kurumumuza başvuran dudak ve damak yarıkları olan hastaların değerlendirildi. Sendromik çocuklar veya ilişkili deformiteleri olanlar hariç tutulmuştur. Yaş, cinsiyet, yarık türü (Dudak ve alveol yarıkları, dudak yarıkları, alveol ve damak yarıkları ve izole damak yarıkları), hematolojik parametreleri: hemoglobin (hgb), hematokrit (htc), lökosit-eozinofil-nötrofil-trombosit-monosit- bazofil sayısı, ortalama trombosit volümü(mpv), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aptt), international normalized ratio (ınr), protrombin zamanı (ptz) ölçümleri derlenerek değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya toplam 80 hasta dahil edildi, bunların 48'i (%60) erkek ve 32' si (%40) kadındı. Bu hastaların 39' unda (%48.7) dudak, alveol ve damak yarığı, 24' ünde (%33,3) dudak ve alveol yarığı mevcut idi. Hastaların ve 14'ünde (%18) sadece damak yarığı vardı. Vakaların %35,8 inde WBC referans değerlerin üzerinde idi ($p<0.001$). Hastaların %41,8 inde hgb değeri referans değerin altında idi.Hastaların %89,6 sında htc değeri referans değerin altında idi. ($p<0.001$). Hastaların %35,8 inde MCV referans altında idi. ($p<0.001$). Hastaların %73.1 inde MCH referans değerin altında idi. ($p<0.001$). Hastaların %21,2 sinde nötrfil sayısı referans değerinin üzerinde idi. ($p<0.001$). Hastaların %25,4 ünde trombosit sayısı referans değerinin altında idi($p<0.001$). Hastaların %93,9 unda MPV değeri referans değerinin üzerinde idi. ($p<0.001$). Hastaların %27,3 ünde eozinofil sayısı referans değerinin üzerinde idi($p<0.001$). Hastalarda tamamında PTZ ve INR ölçümleri referans aralığı ile uyumlu idi. Ancak hastaların %42,5 inde APTT değeri referans değerinin üzerinde idi. ($p<0.001$).

Tartışma:Yarık damak ve dudak hastaları oral olarak yeterince beslenememeleri nedeniyle hipkromik ve mikrositer anemi beklenen bir sonuçtur. Aynı paralelde barsak florasının yeterince gelişmemesi ile bağlantılı olarak K vitamini eksikliği ve APTT yüksekliği beklenebilir. Yapılan çalışmalar bu hastalarda eozinofilinin de sıklıkla görüldüğünü göstermiştir. Çalışmamız sonucu bu literatür bilgisi ile uyumludur.

Sonuçlar: Dudak ve/veya damak yarıklarına sahip çok sayıda çocuk anatomik eksiklikler nedeniyle sadece anne sütüyle beslenmiyor. Vücutta ihtiyacı karşılamak için ek demire ihtiyaç duyarlar. Sağlık bakım profesyonelleri tarafından, bu hastalara rutin sağlık taraması ve gerekli durumlarda takviye demir, B12, K vitamini sağlanmasına yönelik standart bir politika, sağlık merkezine ilk ziyarette yapılmalıdır. Çünkü beslenme kaynaklı anemi, bir çocuğun fiziksel ve bilişsel gelişimini olumsuz etkiler. Ayrıca optimum ve güvenli ameliyat için tarihi gereksiz yere uzatır.

Anahtar Kelimeler: dudak yarığı, damak yarığı, beslenme kaynaklı anemi

SB-079

Görünmeyeni Yakalamak: Submuköz Yarık Damaklı Hastalarda Tanıdan Tedaviye Klinik Yaklaşımımız

Baran İşleyen, Mahmut Karatoprak, Feryal Tunç, Muhammed Altuğ, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik rekonstrüktif Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ:

Submuköz damak yarığı, intrauterin palatal embriyogenez esnasında mukozal bütünlüğün bozulmadan kas oryantasyon bozukluğunun görüldüğü, yenidoğan döneminde dikkatli bir oral muayene yapılmadığında atlanabilen bir yarık damak formudur. Diğer yarık damak formları arasında %7,7 olarak görülen bu form Calnan triadı (bifid uvula, zona pellucida, posterior nazal spina eksikliği) olarak bilinen tipik muayene bulguları ile tanınabilmektedir [1]. Ancak bu bulgular her hastada görülmeyebilir, bu da tanının gecikmesine yol açar. Erken çocukluk döneminde tanı konamadığından tedavi edilemeyen çocuklar ileri yaşlarda konuşma bozukluğu ve işitme problemleri, hipernazalite, artikülasyon bozuklukları ve beslenme problemleri gibi bulgularla tekrarlayan hekim ziyaretleri sonucunda tanı alabilirler [1,2].

Erken tanı ve doğru cerrahi yaklaşım, bu hastalarda fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesini sağlar. Bu sunumda kliniğimizde izlenen submuköz yarık damak hastaların tanı, değerlendirme ve tedavi süreci aktarılacaktır.

AMAÇ- Yöntem:

05.01.2022–10.12.2024 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'

nde submuköz yarık damak tanısı konan ve en az 6 ay izlenen hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmamızda hastaların yaş, cinsiyet, onarım yaşı, onarım tekniği, cerrahi süre, postoperatif komplikasyon ve cerrahi öncesi polikliniğe gelme şikayetleri kayıt altına alınmıştır. Verilerin güvenirliği ve standardizasyonu amacıyla kayıtlarında eksiklik olan, sendromik, ciddi komorbid hastalığı olan, nöromusküler disfonksiyonu olan hastalar çalışmadan dışlanmıştır.

Tüm hastalar Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği uzmanı tarafından nazofaringeal endoskopi ile değerlendirildi, konuşma terapistinden preoperatif ve postoperatif konuşma değerlendirmeleri alındı. Tanı kriterleri calnan triadına göre konuldu. Velofaringeal yetmezlik bulguları olan hastalara cerrahi önerildi. 3 vakadan oluşan deneyimlerimizi, hastaların klinik özelliklerini, velofalengeal yetmezlik, konuşma disfonksiyonları ve cerrahi yaklaşımlarımızı değerlendirmeyi hedefliyoruz.

Cerrahi olarak iki hastaya VY plasti, bir hastaya Furlow çift Z plasti tekniği uygulandı. Tüm hastalar postoperatif 6. ayda konuşma terapisti tarafından yeniden değerlendirildi [3].

Toplam 3 hasta değerlendirildi; 2' si kadın, 1' i erkekti. Ortalama tanı yaşı 9 yıl idi.Yaşlar sırasıyla 2,7,18 idi. En sık başvuru nedeni hipernazalite ve konuşma bozukluğuydu. Cerrahi uygulanan tüm hastalarda ameliyat sonrası hipernazalite düzeyinde gerileme saptandı. Furlow yapılan hastada konuşma kalitesinde daha belirgin düzelme izlendi. Komplikasyon izlenmedi. Bir hasta konuşma terapisine postoperatif süreçte de devam etti.

TARTIŞMA-Sonuç:

Literatürde submuköz damak yarığının diğer damak yarığı formları arasında en nadir görülen form olmasının sebebi muhtemel klinik olarak atlanılan vakalardan dolayıdır. Bu bağlamda kliniğe başvuran hastalarda iyi bir oral muayene ile birlikte işitme, konuşma problemlerinin yanı sıra yutma fonksiyonunun da değerlendirilmesi submuköz damak yarığı görülme insidansını etkileyecektir [4]. Sonuç olarak izole yutma disfonskiyonu submüköz damak yarıklarına eşlik edebileceğinin göz önünde bulundurulması, tanı ve tedaviyi yönlendireceği gibi endike olmayan invaziv ve noninvaziv tanısal tetkiklerin ve tedavi girişimlerinin de önüne geçecektir.

Velofaringeal yetmezlik bulguları cerrahi için temel belirleyicidir. Furlow palatoplasti, palatal kasların rekonstrüksiyonu açısından anatomik ve fonksiyonel olarak avantajlı bir tekniktir. Submuköz yarık damaklı hastalarda cerrahi sonrası %72' sinde anlamlı konuşma iyileşmesi bildirirken, konuşma terapisi ile desteklenen hastalarda bu oranın daha da arttığını belirtmiştir. Çalışmamızda az sayıda hasta olmasına rağmen, cerrahi sonrası belirgin iyileşme gözlenmiştir ve multidisipliner yaklaşımın önemini göstermektedir.

Submuköz yarık damak tanısı dikkatli klinik muayene ve fonksiyonel değerlendirme ile konmalıdır. Cerrahiye karar sürecinde yalnızca anatomik bulgular değil, konuşma ve velofaringeal fonksiyonlar da dikkate alınmalıdır. Furlow ve VY teknikleri başarılı sonuçlar verebilmekle birlikte, konuşma terapisi ile desteklenen multidisipliner bir yaklaşım tedavi başarısını artırmaktadır [5].

KAYNAKLAR

1. Shprintzen RJ, Bardach J. Submucous cleft palate and the diagnosis of velopharyngeal insufficiency. Cleft Palate J. 1989;26(1):53–58.

2. Ysunza A, Pamplona M, Mendoza M, et al. Surgical management of submucous cleft palate: Speech and resonance outcomes. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2010;74(5):510–514.

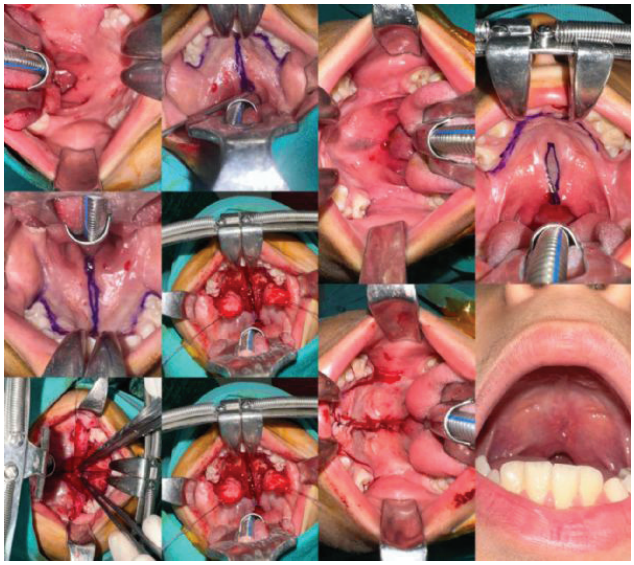
3. Furlow LT. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. Plast Reconstr Surg. 1986;78(6):724–736.

4. Witt PD, Marsh JL. Submucous cleft palate. In: Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 6th ed. Elsevier; 2015.

5. Peterson-Falzone SJ, Hardin-Jones MA, Karnell MP. Speech disorders in children with cleft palate. Clin Plast Surg. 2004;31(2):173–181.

Anahtar Kelimeler: Submuköz yarık damak, Yarık damak, Yutma disfonksiyonu

Preoperatif İntraoperatif Görseller



SB-080

Geçikmiş Damak Yarığı Onarımlarında Klinik Tecrübelerimiz

Nuh Arven, İbrahim Uğur Budak, Serhat Gün, Berk Tahhan, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi,Plastik Cerrahi Anabilim Dalı,Diyarbakır

Giriş:

Damak defektlerinin cerrahi onarımı ideal olarak yaşamın ilk yılında önerilse de, bazı olgularda medikal, sosyal veya teknik nedenlerle cerrahi girişimler geç döneme ertelenmektedir. Bu durumda kas displazisi, skar dokusu ve anatomik bozulmalar nedeniyle hem fonksiyonel hem de konuşma açısından tatmin edici sonuçlar almak zorlaşır (1,2). Bu çalışmada kliniğimizde gecikmiş dönemde opere edilen olgulardaki cerrahi yaklaşım, teknik seçimi ve postoperatif sürece dair deneyimlerimizi paylaşmayı hedefledik.

Amaç:

18 ay ve sonrası hastalarda uygulanan V-Y pushback, Von Langenbeck, Furlow çift Z - plasti ve dil flebi teknikleri ile yapılan damak onarımlarının; başarı oranlarını, olası komplikasyonlarını ve konuşma gelişimi üzerine etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:

10 Ekim 2024 ile 5 haziran 2025 arasında kliniğimizde geçikmiş dönemde opere edilen toplam 15 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 3,5 yıl olup (%59 erkek), cerrahi teknik dağılımı: V-Y pushback (10 hasta), Von Langenbeck (3 hasta), Furlow çift Z plasti (1 hasta) ve dil flebi (1 hasta) şeklindeydi. Operasyon

sonrası tüm hastalara bireyselleştirilmiş konuşma terapisi uygulandı ve minimum 12 ay takip sağlandı. Velofarengeal yetmezlik (VPI), fistül, revizyon ihtiyacı ve konuşma değerlendirmeleri kaydedildi.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 15 hasta operasyon sonrası en az 12 ay takip edildi. Genel fistül oranı %13 (2/15) olup, biri Von Langenbeck, diğeri V-Y pushback grubunda gözlendi. Furlow ve dil flebi uygulanan olgularda fistül gelişmedi. Velofarengeal yetmezlik (VPI) tüm teknik gruplarında çeşitli derecelerde izlendi. En düşük VPI oranı V-Y pushback grubunda gözlenirken, konuşma fonksiyonu açısından en iyi kazanım da bu grupta kaydedildi. Furlow çift Z-plasti uygulanan hastada teorik olarak velofaringeal kapanma açısından avantaj sağlansa da, ileri yaş nedeniyle doku esnekliğinin azalması uygulamada zorluk yarattı. Von Langenbeck tekniği dar açıklıklı defektlerde teknik kolaylık sunsa da, fonksiyonel sonuçları sınırlıydı. Dil flebi uygulanan olguda ciddi komplikasyon izlenmedi, ancak postoperatif konuşma kalitesi düşük seyretti. Tüm hastalarda bireyselleştirilmiş konuşma terapisine yanıt alındı; ancak konuşma gelişimi en stabil seyreden grup V-Y pushback palatoplasty tekniği ile opere edilenler oldu. Hiçbir hastada aspirasyon, kanama veya enfeksiyon gibi ciddi cerrahi komplikasyon gelişmedi.

Tartışma:

Geçikmiş damak onarımları, operasyon planlamasında daha dikkatli bir yaklaşım gerektirir. Doku sertliği, skar oluşumu ve gelişmiş kas displazisi, cerrahi teknik seçimini doğrudan etkiler (5). V-Y pushback palatoplasty tekniği, yumuşak damakta posterior uzama sağladığı için VPI gelişimini azaltmakta etkilidir (3). Von Langenbeck tekniği ise dar damak açıklıklarında gerilimsiz kapanma açısından uygundur (3). Furlow çift Z- plasti tekniği, kas sürekliliğini yeniden sağlayarak konuşma açısından en iyi teorik kazanımı sağlasa da, geç dönem olgularda uygulanabilirliği sınırlıdır (2,4).

Sonuç:

Gecikmiş damak onarımı yapılan hastalarda en başarılı sonuçlar V-Y pushback tekniğiyle sağlandı. Teknik seçimi hasta yaşına, defektin genişliğine ve doku kalitesine göre belirlenmelidir. Konuşma gelişimi açısından erken ve düzenli terapi desteği hayati önem taşır. Tüm gecikmiş olgularda multidisipliner takip ve uzun dönem izlem önerilmektedir.

EK KAYNAKLAR:

1)Kirschner RE et al. "Velopharyngeal insufficiency: diagnosis and management." Plast Reconstr Surg. 2000;106(3):628–639.

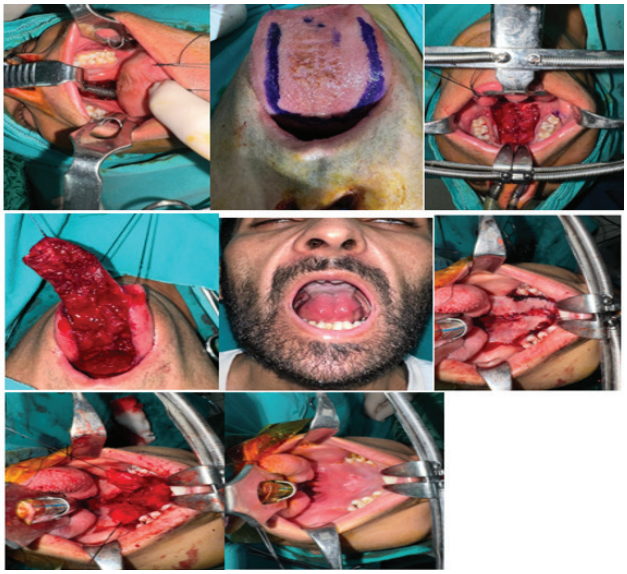
2)Furlow LT. "Cleft palate repair by double opposing Z-plasty." Plast Reconstr Surg. 1986;78(6):724–738.

3)Sommerlad BC. "A technique for cleft palate repair." Plast Reconstr Surg. 2003;112(6):1542–1548.

4)Williams WN et al. "Speech outcomes after delayed cleft palate repair." Cleft Palate Craniofac J. 1994;31(1):64–67.

5)Yılmaz H et al. "Geç onarılan damak defektlerinde cerrahi sonuçlar." Turk J Plast Surg. 2018;26(2):95–100

Anahtar Kelimeler: Damak Yarığı, Geçikmiş Damak Yarığı, Damak Yarığı Onarımı



preop-postop tüm resimler

SB-081

Yarık Dudak Hastalarında Nostril Retainer Kullanımının Uzun Dönem Sonuçları

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Mehmet Fatih Akkoç, Volkan Özel
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Tek taraflı dudak yarıkları en sık görülen konjenital kraniyofasiyal anomalilerden biridir ve sıklıkla orta yüz yetersizliği, distorsiyon, yer değiştirme ve nazal yapıların doku yetersizliği gibi çeşitli dentoalveolar anomalilerle birlikte görülür (1). Bu nedenle, özellikle ileri vakalarda, cerrahi öncesi nazoalveolar şekillendirme çok önemlidir. Birincil burun düzeltme için üç yöntem mevcuttur: ameliyat öncesi burun stentleme (preNS), birincil rinoplasti ve ameliyat sonrası Nostril Retainer kullanımı. Yarık dudak tedavisi uygulayan birçok doktor belirli yöntemleri tercih eder.Plasentadan geçen anne östrojeni, gebelik sırasında fetal kandaki hyaluronik asit seviyesini yükseltir. Hyaluronik asit, hücreler arası matrisi parçalayarak kıkırdak ve bağ dokusu elastikiyetini değiştirir; böylece kıkırdağın esnekliği artar ve elastik deformasyonu azalır, kıkırdak şekillenmesi gerçekleşir. Doğumdan sonra bebekler artık annelerinden östrojen alamazlar ve bu da kanlarındaki hyaluronik asit seviyesinin giderek azalmasına neden olur(2). Aşırı hyaluronik asit düşüşü yarık dudak anomalisine neden olur.

Yöntem:

1 Ağustos 2018- 1 Şubat 2025 arasında Dicle Üniversitesi Plastik Cerrahi anabilim dalında opere edilen toplam 17 tek taraflı yarık dudak hastası takip edildi. Bu hastalarin 9' u inkomplet 8' i komplet yarık dudak hastasıydı. Hastalar ortalama 2 ay 21 günlük opere edildi. Hastaların 11' i kadın 6' sı erkekti. Hastalar genel anestezi altında opere edildi. 12 hasta millard yöntemi ile 5 hasta tennison randal yöntemi ile opere edildi. İntraop hastalara Nostril Retainer uygulandı.. İpek sütur ile tespit edildi. Hastalar ortalama 2 gün kliniğimizde takip edildi. Hastalar postop 1. hafta - 1. ay - 3.ay - 6.ay takiplere çağrıldı. Herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. 1 hastanın Nostril Retainer'

ı çekmesi sonucu columellada yırtık gözlendi. Columella resüture edildi.

Tartışma:

Nostril Retainer için en sık bildirilen kullanım süresi 6 aydır(3). Bildirilen kullanım süresi bir haftadan 12 aya kadar değişmektedir(4). Kullanım sürelerindeki bu geniş aralığın olası bir açıklaması, yarık burun deformitesinin tipi ve derecesindeki farklılık olabilir. Ameliyat öncesi durum kötü olduğunda, ameliyat daha zorlayıcı olabilir ve bu nedenle postoperatif stentler daha uzun süre yerinde bırakılır İncelememizde, çoğu vakada ameliyatta Nostril Retainer yerleştirildiği ve 6 ay boyunca yerinde bırakıldığı bulunmuştur.Gereklilik halinde tutucu boyutunda ayarlamalar yapmak için aylık takipler yapıldı. Bantlamadan kaynaklanan cilt dermatiti en sık bildirilen komplikasyonlardır.(2) Bu sorunun üstesinden gelmek için, yanlara doğru uzanan veya yüz maskesi için bağlantı sağlayan büyük kanatlara sahip, kişiye özel bir tutucu avantajlı olabilir.Hastalar 6. Ayda Burun deliği yüksekliği,burun deliği genişliği, burun deliği yüksekliği:genişlik oranı, kolumellar uzunluk, nazolabial oluk açısı değerlendirilerek analiz edilmiştir.

Sonuç:

Bu çalışmada, Nostril Retainer yarık burun deformitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bulgularımız, Nostril Retainer yarık burun deformitesini düzeltimine katkıda bulunabileceği göstermiştir. Özetle, Nostril Retainer tam dudak yarığıyla ilişkili burun deformitesini iyileştirebilir ve şiddetini azaltabilir, böylece yarık dudak onarımının teknik yükünü azaltabilir. Hastaların nostril kullanımına bağlı burun şekillendirme operasyonuna kolaylık sağladığı gözlendi. Sonuç olarak, kıkırdak doğumdan sonra da şekillendirilebilir. Nostril Retainer yumuşak akrilik kullanılarak üretilir; bu nedenle burun yumuşak dokusunun gevşekliği sağlanmadan önce burunda herhangi bir tahrişe neden olmadan kullanılır.

Referanslar:

1. Salyer KE, Genecov ER, Genecov DG. Tek taraflı dudak-burun yarığı onarımı: 33 yıllık deneyim. J Craniofac Surg 2003;14: 549e58.

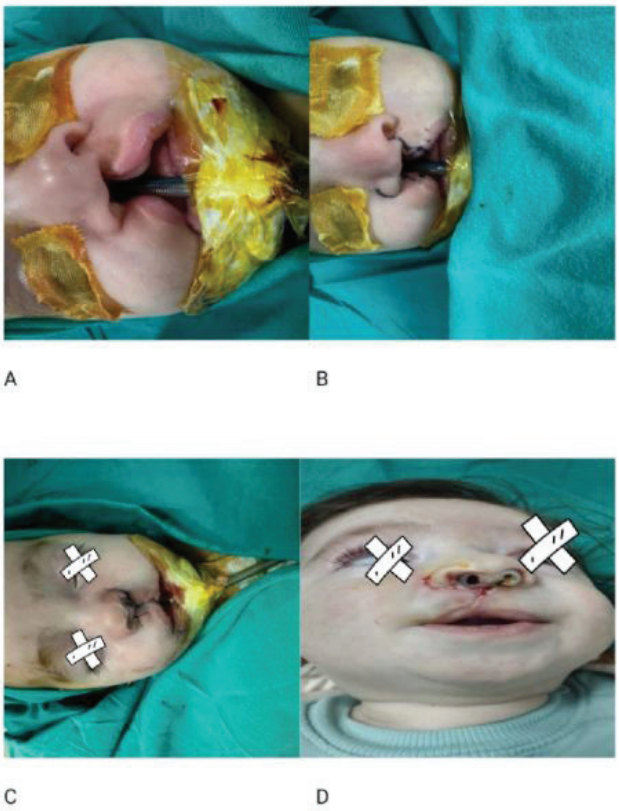
2. Grayson BH, Maull D. Dudak, alveol ve damak yarıklarıyla doğan bebeklerde nazoalveolar şekillendirme. Clin Plast Surg. 2004;31(2):149-

3. Chang CS, Por YC, Liou EJ ve diğerleri. Dört uzun vadeli karşılaştırma Tek taraflı tam dudak yarığı olan hastalarda burun simetrisi elde etme teknikleri: Tek bir cerrahın deneyimi. Plast Reconstr Surg 2010;126:1276–1284 6. Liang Z, Yao J, Chen PK ve

4. Bennun RD, Perandones C, Sepliarsky VA ve ark. Tek taraflı tam dudak yarıklarında nazal deformitenin cerrahi olmayan düzeltilmesi: 6 yıllık takip. Plast Rekonstrüksiyon Cerrahisi 1999;104:616–630

Anahtar Kelimeler: Burun Şekillenmesi, Nostril Retainer, Yarık Dudak

Nostril Retainer



A:Yarık dudak preop B:İntraop çizim C:İntraop nostril retainer uygulanması D:Postop 2. Hafta nostril kullanımı

SB-082

Deneysel diyabetik yara modelinde allojenik SVF ve kök hücre tedavilerinin etkinliklerinin araştırılması

Hüseyin Demir[1], İrfan Özyazgan[2],
Zeynep Burçin Gonen[3], Arzu Hanim Yay[4]
[1]Gaziantep Şehir Hastanesı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dali, Gaziantep
[2]Erciyes Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dali, Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi, Genkök, Kayseri
[4]Erciyes Üniversitesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dali, Kayseri

Giriş-Amaç: Diyabet pankreas beta hücre disfonksiyonu veya insülin direnci sonucu mutlak ya da rölatif insülin eksikliğinden kaynaklanan, yüksek kan şekeri seviyeleriyle karakterize kronik bir metabolik bozukluktur. Sürekli yüksek glikoz seviyeleri vücutta mikrovasküler (retinopati, nefropati ve nöropati) ve makrovasküler (hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, periferik vasküler hastalık, serebro vasküler hastalık) komplikasyonlara neden olur. Ayrıca diyabetik hastalarda morbiditeye neden olan bir diğer komplikasyon da yara iyileşmesinin bozulmasıdır. Yara iyileşme bozukluklarında kullanılan hücre bazlı tedaviler klinik ve deneysel çalışmalarda umut verici sonuçlar vermektedir. Hücre bazlı tedavilerden olan Stromal Vasküler Fraksiyon (SVF) ve Adipoz Derived Stem Cells (ADSC)'ler çoğalıp farklılaşabilen hücrelerden oluşur. Bu hücreler de tedavi amaçlı doku yenilenmesinde büyük bir potansiyel oluşturmaktadır. SVF ADSC'lerle karşılaştırıldığında SVF

daha az maliyetli ve uygulama yöntemi daha kolay olan alternatif bir yöntemdir. Bu çalışmada SVF'nin en az ADSC'ler kadar etkili olup olmadığı hakkında bilgi edinilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: 40 adet dişi Spraque Dawley Albino sıçan, her grupta 10 hayvan olacak şekilde 4 gruba ayrıldı. Tüm gruplarda streptozotosin verilerek diyabetes mellitus oluşturuldu. Çalışmada kullanılacak allojenik SVF üretimi için diyabetize olmuş birinci gruptaki sıçanların inguinal bölgelerine insizyon yapılarak inguinal yağ dokuları alındı. Alınan yağ dokularından allojenik SVF elde edildi. Kalan üç grupta sıçan dorsal derisi sefalik kısımda simetrik olacak şekilde 2 adet 2 cm çapında tam kat cilt defekti oluşturuldu. Cilt defekti bölgelerine, 1. ve 5. günlerde kontrol grubunda % 0,9 serum fizyolojik, 2. grupta SVF, 3. grupta ADSC enjekte edildi. Yara alanlarının makroskobik olarak değerlendirilmesi için 5., 10. ve 14. günlerde fotoğraflar çekildi. 5. ve 14. günlerde yaradan biyopsi alındı. Biyopsi örneklerinde histopatolojik analizler yapıldı. Yaralar kapandığı güne kadar takip edildi, fotoğraflanıp ardından hayvanlar sakrifiye edildi.

Bulgular: Diyabetik yara modelimizde SVF ve ADSC gruplarında, yara alanı ölçümleri, reepitelizasyon, epitelyal dil uzunluğu ve alanı, anjiogenez parametrelerinde kontrol grubuna göre kantitatif olarak daha iyi sonuçlar elde edildi ($p<0,05$). SVF grubu ADSC grubuna benzer şekilde kontrol grubu karşısında proenflamatuar sitokinleri azalttı ($p<0,05$). SVF ve ADSC gruplarında bulunan yaralar kontrol grubunda bulunanlara göre anlamlı şekilde daha erken kapandı ($p<0,05$).

Sonuçlar: Diyabetik yara iyileşmesinde allojenik SVF yara alanı kapanmasında, anjiogenezi arttırmada, reepitelizasyonda, epitelyal dil uzunluğu ve alanını arttırmada, proenflamatuar sitokinleri azaltmada ADSC'ler kadar etkin bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yara iyileşmesi, stromal vasküler fraksiyon, adipoz kaynaklı kök hücre

Sitokin seviyelerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçüm Zamanı*	Gruplar: Kontrol	SVF	ADSC	Test İstatistikleri: Test değeri	p değeri
TNF-α	5.gün	250,6±65,4[a]	189,2±34,3[b]	148,9±30,2[b]	12,187	**<0,001**[‡]
	14.gün	200,7±48,3[a]	152,1±57,8[b]	139,4±29,7[b]	4,859	**0,011**[‡]
	F; p	5,785; **0,020**	3,190; 0,080	0,209; 0,649		
MMP9	5.gün	66,65±7,39[a]	45,30±12,70[b]	46,35±7,78[b]	12,060	**<0,001**[‡]
	14.gün	60,03±12,43[a]	41,57±12,28[b]	41,42±11,79[b]	9,537	**<0,001**[‡]
	F; p	1,827; 0,182	0,581; 0,449	1,014; 0,319		
IGF-1	5.gün	139,4±23,9[a]	187,5±41,7[b]	194,2±30,1[b]	4,146	**0,022**[‡]
	14.gün	167,4±17,7[a]	231,9±48,2[b]	230,1±66,0[b]	7,021	**0,002**[‡]
	F; p	1,852; 0,180	5,223; **0,027**	3,417; 0,071		
VEGF-A	5.gün	84,5±26,4	90,9±14,5	123,0±30,1	2,606	0,083[‡]
	14.gün	91,0±27,7[a]	122,2±43,6[a]	184,8±72,8[b]	13,998	**<0,001**[‡]
	F; p	0,129; 0,721	2,999; 0,089	11,722; **0,001**		
IL10	5.gün	98,6 (112,9)[a]	228,7 (75,4)[b]	111,9 (51,8)[a]	**9,403**	**0,009**[^]
	14.gün	146,8 (31,4)[a]	142,3 (84,6)[a]	196,2 (49,3)[a]	7,298	**0,026**[^]
	z; p	1,597; 0,128	1,747; 0,091	3,240; **<0,001**		
IL12	5.gün	84,81(15,03)[ab]	76,01 (13,65)[a]	96,50 (19,66)[b]	6,123	**0,047**[^]
	14.gün	96,57 (17,06)	78,31 (99,11)	116,72 (29,26)	3,136	0,208[^]
	F; p	1,636; 0,114	0,001; 0,999	2,075; **0,040**		

*: Gruplardaki 5 ve 14. gündeki denekler farklı hayvanlardır. Veriler ortalama±standart sapma ya da medyan (kartillerarası uzaklık) değerleri olarak verilmiştir. [^]: Kruskal-Wallis Analizi, [‡]: İki yönlü varyans analizi gruplar arası karşılaştırmalar; *F*: iki yönlü varyans analizi grup içi 5 ve 14.gün karşılaştırmalar, *z*: Mann-Whitney U testi, a ve b üst simgeleri aynı satırda gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren gruplar istatistiksel olarak farklı değildir.

gruplarin sitokin seviyelerinin karsilastirilmasi

SB-083

Tavşan kulağı kıkırdak defektinde Wharton jeli kaynaklı mezenkimal kök hücrelerin rejeneratif etkisinin değerlendirilmesi

Ümit Eyüpoğlu[1], Ahmet Demir[1], Yonca Betil Kabak[2]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Veterinerlik Fakültesi, Veterinerlik Patolojisi AD

Amaç: Kıkırdak avasküler yapısı, düşük metabolik aktivitesi ve sınırlı hücre proliferasyon kapasitesi nedeniyle travmatik, dejeneratif ve iyatrojenik hasarlarda düşük rejenerasyon kapasitesine sahiptir. Bu çalışmanın amacı, deneysel yolla tavşan kulağında oluşturulan kıkırdak defektinde insan umblikal kord Wharton jeli kaynaklı mezenkimal kök hücrelerin (WJ-MSC) rejeneratif potansiyelini, kıkırdak iyileşmesinin erken fazlarında değerlendirmektir.

Kök hücrelerin tutunma kapasitesini ve kıkırdak iyileşmesini artırmak amacıyla, Wharton jelinde en yüksek oranda bulunan glikozaminoglikan olan hiyalüronik asit (HA) hücre taşıyıcısı olarak seçilmiştir. Ayrıca, fizyolojik iyileşmede önemli rol oynayan perikondriyum dokusunun varlığının mezenkimal kök hücrelerin rejeneratif potansiyelinin etkinliğine olan katkısı incelenmiştir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada, 12 adet Yeni Zelanda cinsi dişi tavşan (n=24 kulak) 4 ana gruba randomize edildi. Her kulakta orta hatta 17x17 mm kıkırdak defekti oluşturuldu. Defektlere fosfat tamponlu serum (PBS) (Grup 1), hiyalüronik asit (Grup 2), Wharton jeli kaynaklı mezenkimal kök hücreler (Grup 3) ve hiyalüronik asit ile Wharton jeli kaynaklı mezenkimal kök hücre kombinasyonu (Grup 4) uygulandı. Her ana gruptaki kulaklar, A ve B olarak 2 alt

gruba ayrıldı. A gruplarında kıkırdak defekti oluşturulurken perikondriyum korundu, B gruplarında perikondriyum kıkırdakla beraber eksize edildi. Mezenkimal kök hücreler 6. pasajda kulak başına 2-2,5x10⁶ hücre dozunda uygulandı. Grup 1'de 0,4 ml PBS, Grup 2'de 0,4 ml hiyalüronik asit (10 mg/ml konsantrasyonda, çapraz bağsız, 200 kDa ağırlıkta) defekt bölgesindeki boşluğa enjekte edildi. Grup 3'te mezenkimal kök hücreler 0,4 ml PBS içerisinde, Grup 4'te aynı özelliklere sahip 0,4 ml hiyalüronik asit içerisinde çözdürülerek defekt bölgesindeki boşluğa uygulandı.

28 gün sonra tavşanlar sakrifiye edildi. Defekti ve sağlam kıkırdağı içerecek şekilde örnekler alındı. Hematoksilen&eozin, Masson trikrom ve elastik boyama ile histopatolojik incelemeler yapıldı. Değerlendirme, kıkırdak hasarı iyileşme skorlama sistemi (ICRS II) modifiye edilerek gerçekleştirildi. Yeni gelişen kondroblast sayısı, elastik iplik oluşumu, perikondriyal reaksiyon, fibrozis, inflamasyon kriterleri incelendi. Kıkırdağın ana kolajeni olan kolajen II'nin antikoru (COL2A1) ve kondrogenezisin ana transkripsiyon faktörünün antikoru (SOX9) ile immünhistokimyasal boyamalar yapıldı ve boyama yoğunluğuna göre skorlandı. Kıkırdağın kesi uçları ve ara bölgedeki iyileşmeler ayrı ayrı ve birlikte değerlendirmeye alındı. Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile grupler arası farklar karşılaştırıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Histopatolojik incelemelerde, kıkırdak iyileşmesinin erken dönemi olan 28.günde hiçbir grupta tam kıkırdak rejenerasyonu sağlanmadı; tüm defektler histolojik olarak fibroblast içerikli bağ doku ile onarıldı. Perikondriyum korunan gruplarda defekt bölgesinde oluşan yeni oluşan kondroblast sayısı anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,027$). Wharton jeli kaynaklı mezenkimal kök hücreler hiyalüronik asit kombinasyonu perikondriyum varlığında histolojik düzeyde olumlu bulgular sergiledi fakat gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar gözlenmedi. İmmmünhistokimyasal olarak COL2A1 ve SOX9 ekspresyonu skorlamaları açısından gruplar arası anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Perikondriyum, kıkırdak hasarı oluştuğunda iyileşme için gerekli kan akımı, mekanik ve metabolik destek sağlamasının yanında kıkırdak progenitör hücrelerine de kaynaklık etmektedir. Çalışmamızda, perikondriyumun varlığı, defekt bölgesinde daha fazla kondroblast varlığı ile koreledir. Bu bulgu, perikondriyumun fizyolojik iyileşme sürecine olan katkısını, literatürle uyumlu şekilde desteklemektedir.

Öte yandan, WJ-MSC ve HA uygulamaları, 28 günlük süre içinde tam bir kıkırdak rejenerasyonu sağlamamış olsa da, optimize edilmiş kök hücre protokolleri ve kıkırdak iyileşmesi için daha uzun dönem yapılacak takiplerle mezenkimal kök hücrelerin kıkırdak rejenerasyonunda terapötik potansiyelinin ortaya konabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kıkırdak rejenerasyonu, mezenkimal kök hücre, perikondriyum, hiyalüronik asit, Wharton jeli

Şekil. Cerrahi işleme ait çeşitli basamaklar.



A. A gruplarında kulaklarda kıkırdak defekti oluşturulması sırasında perikondriyal elevatörle yapılan diseksiyon ve perikondriyumun korunması. B. B gruplarında makasla perikondriyum üzerinden yapılan diseksiyon. C. Kıkırdak defektinin olduğu boşluğu yapılan enjeksiyon.

SB-084

Robotik Lenf Nod-Ven Anastomozu (LNVA): İlk 22 Olgudan Teknik ve Klinik Çıkarımlar

Ceyda Buyuker[1], Melis Salman[2], David C. F. Cheong[2], Erica Tedone Clemente[2], Wei F. Chen[2]
[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü, Istanbul, Türkiye.
[2]Cleveland Clinic, Department of Plastic Surgery, OH, USA.

Giriş: Lenfödem, kanser tedavisinin sık ancak çoğu zaman gözden kaçan bir komplikasyonudur. Sıvı baskın lenfödemin tedavisinde süpermikrocerrahi yöntemler, özellikle lenfatikovenüler anastomoz (LVA) ve daha yakın dönemde tanımlanan lenf nod–ven anastomozu (LNVA), etkili seçenekler olarak öne çıkmıştır. 2024 yılında, yeni nesil bir mikroskopik robot kullanılarak robotik LNVA uygulanmaya başlanmıştır. Bu çalışma, ilk klinik deneyimleri, teknik gözlemleri ve robotik sistemin süpermikrocerrahinin sınırlarını genişletme potansiyelini sunmaktadır.

Yöntem: Ardışık 22 robotik LNVA olgusu, yüksek hacimli bir süpermikrocerrahi merkezinde, deneyimli bir cerrah tarafından gerçekleştirildi. Preoperatif değerlendirmede standart ve ultra yüksek frekanslı ultrason ile uygun lenf nodları ve venler seçildi. Operasyonlar Symani Cerrahi Sistemi kullanılarak, hareket ölçeklendirme, ergonomi ve konsol kontrolü gibi uyarlamalarla yapıldı. İntraoperatif patency, doğrudan yıkama ve/veya indosiyanin yeşili (ICG) geçişi ile doğrulandı.

Bulgular: Tüm 22 operasyon teknik olarak başarılı oldu ve intraoperatif patency %100 oranında sağlandı. Anastomoz süresi ilk olguda 37 dakikadan, son olgularda 18 dakikaya geriledi. Robotik sistem titremeyi ortadan kaldırdı, submilimetrik ölçekte hassasiyeti artırdı ve cerrahi yükü azalttı.

Sonuç: Robotik LNVA güvenli, uygulanabilir ve etkindir. Mevcut teknikleri optimize etmekte, 0,1 mm altındaki yapılara erişim olanağı sağlayarak süpermikrocerrahi alanında yeni ufuklar açmaktadır. Bu yöntem, lenfödem cerrahisinin ötesinde, gelecekte intrakraniyal lenfatik yapıların cerrahi tedavisine de katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Lenfödem, LNVA, Lenfatik Cerrahi, Robotik Cerrahi, Süpermikrocerrahi

SB-085

Cross Finger Flep Uygulanan Hastalarda Komplikasyonlar ve Takip Süreçlerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Kohort Çalışması

Mirhuseyn Mammadov, Fuat Uslusoy, Baha Berkay Eyhan
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktiv ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Giriş:Cross finger flep, özellikle travmatik yaralanmalar, enfeksiyonlar veya tümör eksizyonlarına bağlı olarak gelişen parmak voler ve dorsal defektlerinin rekonstrüksiyonunda yaygın olarak kullanılan, güvenilirliği yüksek bir cerrahi tekniktir. Bu flep, parmak uzunluğunun korunması, iyi kanlanması, kolay uygulanabilirliği ve güvenilir sonuçları sayesinde plastik cerrahi pratiğinde sık tercih edilmektedir. Ancak her cerrahi teknikte olduğu gibi cross f'nger flep

de bazı komplikasyonlara neden olabilmekte ve başarılı sonuçlar için takip büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, cross finger flep cerrahisi uygulanan hastalarda postoperatif komplikasyonları, flep canlılığını, donör saha morbiditesini ve genel takip sürecini değerlendirmektir.

Yöntemler:

Bu retrospektif kohort çalışmaya, Ocak 2023 tarihinden itibaren hastanemiz plastik ve rekonstrüktif cerrahi kliniği tarafınca yapılan cross finger flep uygulanan hastalardan kontrole başvuran 7 hasta (7 flep) dahil edilmiştir. Veriler hasta dosyaları, ameliyat notları ve dijital sağlık kayıtlarından elde edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, cerrahi endikasyonları, yaralanma tipi, dominant el, etkilenen parmak ve donör parmak, postoperatif komplikasyonlar, revizyon cerrahisi gereksinimi, duyusal iyileşme, eklem hareket açıklığı (ROM) ve takip süresi kayıt altına alınmıştır. Takip değerlendirmelerinde fizik muayene, 2 nokta diskriminasyon testi ve hasta memnuniyeti skalası kullanılmıştır.

Bulgular:

Yapılan 6 cross finger ve 1 reverse cross finger flep uygulamasının 6'sı (%85,71) işaret parmak üzerine, 1'i (%15,29) başparmak defektlerinin kapatılmasında kullanılmıştır. Defektlerin büyük bölümü (%85,71) travmatik avülsiyon, kesici alet veya ezilme yaralanmalarına bağlı gelişmiş, geri kalanı tümör eksizyonu (%15,29) nedeniyle oluşmuştur.

Ortalama hasta yaşı 39,3 ± 12,6 yıl olup, olguların %85,71'i erkekti. Ortalama takip süresi 6 ay olarak saptanmıştır. Komplikasyonlar 6 olguda (%85,71) görülmüş olup, bunlar arasında kemik ekspozisyonu (%15,29), soğuk intoleransı (%15,29) ve komşu eklemlerde hareket kısıtlılığı (%57,14) olarak kaydedilmiştir. Sadece bir olguda (%15,29) tam flep nekrozu izlenmiş olup, sekonder cerrahi gerekmiştir. Bir hastada kemik ekspozisyonu nedeniyle sekonder cerrahi gerekmiştir.

Flep bölgesindeki duyusal iyileşme, 3. ayda yapılan iki nokta diskriminasyon testi ve soğuk algılama duyusu ile değerlendirildi. Ortalama statik iki nokta ayırımı 6 hastada (flebi nekroza giden hasta dahil edilemedi) 3. ayda 0,82 cm olarak ölçüldü. Takipte, hastaların %57,14'inde fonksiyonel sınırlar içerisinde olup, hafif eklem sertliği özellikle ileri yaş grubunda veya immobilizasyon süresi uzun olan olgularda gözlendi. Donör sahada ciddi morbidite görülmezken, 4 hasta (%57,14) hipoestezi, ayrıca 4 hastada ROM kısıtlılığı bildirmiştir.

Hasta memnuniyet düzeyi, 10 puan üzerinden değerlendirildiğinde, 6 hastanın (flep nekroza giden hasta son değerlendirilmeye dahil edilmedi) memnuniyeti ortalama olduğunu 8,17 belirtmiştir.

Sonuç:

Cross finger flep, parmaklardaki yumuşak doku defektlerinin onarımında güvenilir ve etkin bir rekonstrüksiyon yöntemidir. Ciddi komplikasyon oranı düşük olmakla birlikte, hasta seçimi, cerrahi teknik titizliği ve planlı postoperatif takip, başarılı sonuçlar açısından kritik öneme sahiptir. Özellikle post op süreçte FTR takibinde olmayanlar veya geç cerrahi uygulanan hastalarda komplikasyon riski artmaktadır. Uygun takip ve yönetimle, hastaların büyük çoğunluğu fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlara ulaşmaktadır.

İki hastada herhangi ROM kısıtlılığı gelişmemesi, fizik tedavi sürecinin erken başlatılmasının ve flep ayırma işleminin geciktirmeden (ortalama 22 günde) yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Flebi ayırma işleminden sonra (28.günde) nekroza giden hastanın yoğun sigara içicisi olduğu, DM tanısı olduğu, perioperatif dönemde yoğun sigara kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Cross finger flep, komplikasyon, donör saha morbiditesi, eklem hareket açıklığı, postoperatif takip

SB-086

İskemik Alt Ekstremite Yaralarının Retrograd Anjiyoplasti ile Kurtarılması: İki Olguluk Deneyim

Burak Özkan[1], Burak Ergün Tatar[1], Eray Işık[3], Gürkan Danışan[2]
[1]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul
[2]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı
[3]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç:

Anjiyoplasti, kritik iskemik alt ekstremitelerde revaskülarizasyon sağlayarak ekstremite kaybını önlemede temel bir yöntemdir. Diyabetik ayak yaraları veya kompleks defektlerde konvansiyonel anjiyoplasti sonrası serbest flep transferi ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Ancak intraoperatif dönemde akımın yetersiz olduğu durumlarda ek girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada, konvansiyonel anjiyoplasti sonrası intraoperatif akımı yetersiz bulunan iki olguda ameliyathane şartlarında girişimsel radyoloji ekibiyle birlikte gerçekleştirilen retrograd anjiyoplasti deneyimi sunulmaktadır.

Yöntem:

2024–2025 yılları arasında dış merkezlerde amputasyon önerilmiş kritik alt ekstremite iskemisi olan iki hasta değerlendirildi. Her iki hastada da preoperatif dönemde anterior tibial arter (ATA) ve posterior tibial arter (PTA) üzerine konvansiyonel anjiyoplasti uygulanmıştı. İntraoperatif olarak flep transferi planlanan bölgelerde akımın yetersiz olduğu görüldü. Bunun üzerine girişimsel radyoloji ekibi ameliyathaneye davet edilerek end-to-side açılım noktalarından retrograd anjiyoplasti uygulandı. Revaskülarizasyon sonrası akım doğrulandı ve anastomozlar tamamlandı.

Bulgular:

Anterior tibial arter üzerine intraoperatif retrograd anjiyoplasti uygulanan hastada, erken dönemde flep canlılığı korunmuş olmakla birlikte, postoperatif üçüncü ayda gelişen enfeksiyon nüksü sonucunda parsiyel flep nekrozu meydana geldi. Bu olguda enfeksiyonun lokal yara ortamını bozması, revaskülarize edilmiş flebin uzun dönem yaşamasını olumsuz etkileyen temel faktör olarak değerlendirildi. Diğer olguda ise posterior tibial arter üzerine uygulanan retrograd anjiyoplasti sonrası flepte güçlü ve sürekli bir perfüzyon sağlandı; hasta uzun dönem boyunca yakın takip edilmesine rağmen herhangi bir dolaşım problemi, enfeksiyon veya nekroz bulgusu gelişmedi. Bu vaka, retrograd anjiyoplastinin intraoperatif olarak damar akımını başarılı bir şekilde restore edebildiğini ve serbest flebin güvenli bir şekilde yaşamasına olanak tanıdığını göstermektedir.

Sonuç:

Retrograd anjiyoplasti, konvansiyonel anjiyoplasti sonrası intraoperatif akımın yetersiz olduğu kritik alt ekstremite iskemisi olgularında etkili bir kurtarıcı yöntem olarak kullanılabilir. Bu yaklaşım, serbest flep cerrahisinin güvenle uygulanmasını sağlayarak ekstremite kaybını önleyebilir. Literatürde nadir bildirilen bu yöntem, multidisipliner işbirliği ile özellikle yüksek riskli ve komplike vakalarda umut verici bir alternatif sunmaktadır

Anahtar Kelimeler: Kritik bacak iskemisi, retrograd anjiyoplasti, serbest flep, revaskülarizasyon, diyabetik ayak, ekstremite koruma

SB-087

Alt Ekstremite Rekonstrüksiyonunda Alıcı Damar Seçimi, Teknik Uygulamalar ve Sonuçlar: Tek Merkez Deneyimi

Burak Ergün Tatar, Burak Özkan
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul

Amaç: Alt ekstremite yumuşak doku defektlerinin onarımında serbest flep cerrahisi, fonksiyonel ve yapısal bütünlüğün korunmasında altın standarttır. Alıcı damar seçimi ve alıcı saha optimizasyonu, flep sağkalımını doğrudan etkileyen kritik faktörlerdir. Bu çalışmada, tek merkezde gerçekleştirilen alt ekstremite serbest flep rekonstrüksiyonlarında kullanılan alıcı damarların, cerrahi tekniklerin, komplikasyonların ve biyobozunur geçici matriks (BTM) uygulamalarının sonuçları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2024 – Eylül 2025 arasında 21 hastaya (16 erkek, 5 kadın; yaş ortalaması 48,4 yıl) alt ekstremite serbest flep rekonstrüksiyonu uygulandı. Endikasyonlar travma (%57), diyabetik komplikasyonlar (%38) ve tümör rezeksiyonu sonrası defekt (%5) idi. Kullanılan flepler arasında ALT(Anterolateral Thigh) (n=12), kimerik ALT (n=3), latissimus dorsi (n=3), TDAP(Torakodorsal Arter Perforator Flebi) (n=1), MSAP(Medial Suraş Arter Perforator Flebi) (n=1), vastus lateralis (n=1) ve grasilis (n=1) yer aldı. Alıcı damarlar anterior tibial arter (n=8), posterior tibial arter (n=8), medial sural arter (n=2), popliteal arter (n=1), peroneal arter (n=1) ve medial plantar arter (n=1) olarak belirlendi. Anastomoz tipleri uç-yan ve uç-uca olarak gerçekleştirildi. Bazı olgularda kas yüzeylerinin greftlenmesine alternatif olarak BTM uygulandı. Ortalama takip süresi 8 aydı.

Bulgular: Toplam flep sağkalım oranı %85,7 idi. Üç hastada (tamamı diyabetik) total flep kaybı gelişti. Dört hastada erken revizyon, iki hastada geç revizyon yapıldı; geç revizyonların ikisi de enfeksiyon nedeniyidi. BTM uygulanan olgularda ek greftleme ihtiyacı olmadı ve başarılı sekonder iyileşme sağlandı. ATA ve PTA en sık kullanılan alıcı damarlar olup, toplam olguların %76'sını oluşturdu.

Sonuç: Alt ekstremite rekonstrüksiyonunda alıcı damar seçimi, defekt özellikleri ve hastanın vasküler durumu ile uyumlu yapılmalıdır. Diyabetik hastalar yüksek komplikasyon riski taşımaktadır. Kas yüzeyinde BTM kullanımı, greft gereksinimini azaltarak iyileşme sürecini kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremite rekonstrüksiyonu, alıcı damar seçimi, serbest flep, diyabetik komplikasyonlar, biyobozunur geçici matriks

SB-088

Dekübitus Ülseri Olan Hastalarımızda Kas Flebi Üzerine Rotasyon Flebi Uyguladığımız Tedavilerimiz

Ayhan Sönmez, Muhsin Kıran, Nisa Karamüdüroğlu
Samsun üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Samsun

Giriş:

Bası yaraları multimorbidite ve immobilitenin ciddi bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Her zaman önlenebilir veya tedavi edilebilir olmamakla birlikte uygun hasta seçimi ve uygun hasta bakımıyla morbidite ve mortalitede azalma sağlamak mümkündür. Kaviter ve büyük doku defekti içeren bası yaralarında hacim sağlamak, iyi vaskülarize doku bulundurmak ve çabuk iyileşme sağlamak amacıyla ülseri kas flebiyle onarmak iyi bir seçenektir.

Bu bildirideki amaç, gluteal bölgede oluşan bası yaralarında kullandığımız gluteus maximus kas flebi üzerine cilt rotasyon flebini,geriye dönük incelemek ve tedavi deneyimlerimizi paylaşmaktır. 15 hasta tarafımızca opere edildi. Bir hastada bilateral bası yarası mevcut olup çift taraflı onarım yapıldı.Opere edilen tüm ülsere lezyonlar hastaların gluteal bölgelerindeydi. 1 hasta hariç tamamı paraplejik hastalardan oluşmaktaydı. Yaraların hepsi grade 3-4 bası yarasından oluşmaktaydı. Hastalara flep cerrahisinden önce seri debridman ve vac tedavisi uygulanmış olup, yara yeri kültürleri ve uygun antibiyoterapi uygulanmıştır. Hastalara ve hasta yakınlarına bu süre içinde pozisyon değişimi ve gayta bulaşının önlenmesi için eğitim verilmiş, önemi anlatılmıştır.

Yöntem:

Bu prospektif çalışmaya 15 hasta dahil edildi. 2 tanesi kadın 13 tanesi erkektir. Yaş ortalamaları 46'ydı. Hastaların servis takip süresi 8 gün ile 73 gün arasında değişmektedir. Bu süre içinde yeniden ameliyat ihtiyacı, negatif basınçlı yara tedavisi ve debridman ihtiyacı olan hastalar analiz edilmiştir. Hastaların tamamında yaralar gluteal bölgede idi. Ardışık seri debridmanlardan ve pansumanlardan sonra hastalara yara zeminine gluteus maximus kasını içerecek şekilde kas flebi çevirilmiş, üstüne rotasyon cilt flebi çevirilmiştir. (Resim 1) Kas altı ve üstü olmak üzere 2 adet dren yerleştirilmiştir. Kas altı dren en az 1 hafta tüm hastalarda tutulmuştur. Günlük pansumanla takipleri gerçekleştirilmiş ve hastalara pozisyon eğitimi verilmiştir. Hepsinde havalı yatak kullanılmıştır. Hastalar taburculuk sonrası 1. hafta, 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 1 yıllık kontrollerle kliniğimizde takip edilmektedir.

Bulgular:

İlk gün 1 hasta hariç ağrı şikayetinde bulunan olmadı (plejik olmayan hasta). Sütur hatlarında Endurasyon-sertlik mevcut değildi. Cilt flebinde dolaşım bozuluğu saptanmadı. 1 hasta 4 gün sonra hematom nedenli reopere edildi. 1 hastada 6 ay sonra takiplerinde aynı bölgede tekrar bası yarası oluştuğu görüldü. Bilateral bası yarası için opere ettiğimiz hastamızda 3 ay sonra çift taraflı dehissens görüldü. 1 hastamızda ise 1 hafta sonra sütur hatlarında akıntı meydana gelmiş olup negatif basınçlı yara tedavisi sonrası debride edilip tekrar opere edildi. Kalan 11 hastamızın 1 tanesinde flebin tip noktasında 3x4 cmlik bir açılma meydana gelmiş olup pansumanla sekonder iyileşme iyi sonuç vermiştir. Diğer 10 hastada erken ve geç takiplerde herhangi bir özellik görülmemiş olup yara yeri iyileşmeleri olağandı. 6 aylık takiplerinde herhangi bir özellik görülmemiştir. Dekübitus ülserinde nüks olmamıştır. Hastalar 1. Yıl takiplerinde tekrar değerlendirilecektir.

Tartışma:

Bu yöntem alttaki kas flebinin çevirilmesi için yeni insizyon içermemesi ve diğer yapılara zarar vermemesi sebebiyle daha az donör saha morbiditesine yol açarken kasın bir kısmının dahil edilmesi fasyokutan rotasyon flebinin perforatörlerinin tamamının feda edilmemesini sağlayarak cilde iyi bir perfüzyon sağlar. Fasyokutan flepler kas flebine göre basıya daha dayanıklıdır, bu yüzeyel tabaka onarımı için kas fleplerinden daha uygun bir seçenek olarak karşımıza çıkar. Kas flepleri ise derin tabakaya daha fazla kan akımı sağlayarak osteomyelit tedavisinde bize faydalı olmaktadır. Split gluteus maximus flebi ve fasyokutan rotasyon flebi 2 tabakalı onarımda ideal birer seçenektir. Birden fazla flebin kullanılması basıyı 2 farklı flebe dağıtarak fleplerin sağkalım oranlarını arttırmaktadır.

Operasyon esnasında her iki flep arasındaki potansiyel ölü boşluğu azaltmak ve komplikasyonları en aza indirmek için kullandığımız fiksasyon süturleri ve derin dermal süturler, dehissens ihtimalini azaltmak için kullanılmıştır. Kliniğimizde bası yaralarının tedavisinde uygun hastalarımıza yaptığımız split gluteus maximus kas flebi ve fasyokutan rotasyon flebinin kullanımını faydalı bulmaktayız. Kliniğimizde bası yarası olan hastaların takip ve tedavi süreci devam etmekte olup uzun dönem sonuçları kayıt altına alınmaya devam etmektedir.

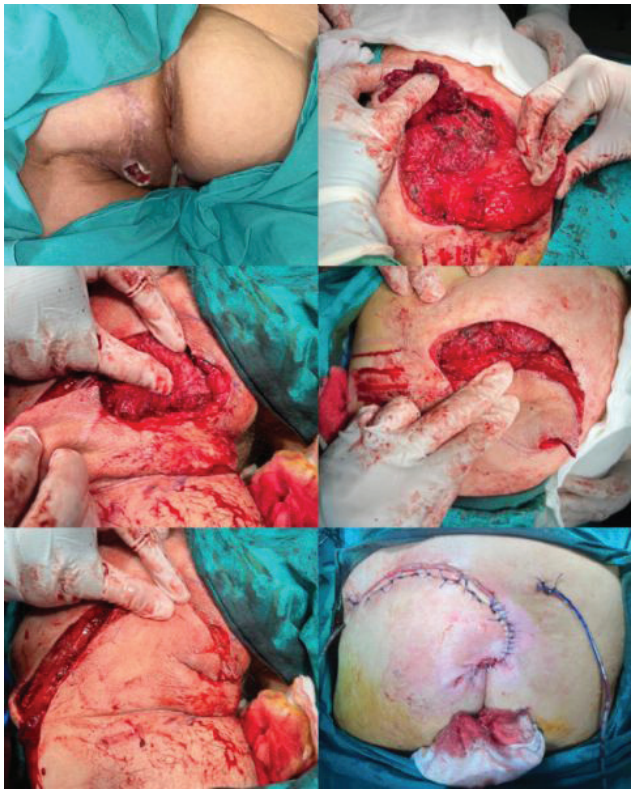
KAYNAKÇA

1) Reconstruction of Ischial Pressure Sores with Adjacent Muscle Primary Closure and Freestyle Perforator-Based Fasciocutaneous Flaps. Journal of Wound Management and Research 2018; 14(2): 85-90. DOI: https://doi.org/10.22467/jwmr.2018.00311

2) Application of Split Gluteus Maximus Muscle–Adipofascial Turnover Flap and Subcutaneous Tension-Reducing Suture Technique in Repair of Decubitus Ulcers; Int Surg2014 Jul-Aug;99(4):447–451. doi: 10.9738/INTSURG-D-13-00034.1

Anahtar Kelimeler: Dekübitus, Flep, Ülser

Dekübitus Ülser



SB-089

BTM'nin Serbest Flepler ile Birlikte Kullanımı: Nerede Uygulanmalı? Ne Zaman Uygulanmalı?

Burak Özkan, Burak Ergün Tatar
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul

Amaç

Karmaşık defekt onarımlarında yaygın olarak kullanılan serbest flep cerrahisi, rekonstrüktif mikrocerrahinin önemli bir tekniğidir. Yüksek başarı oranlarına rağmen, donör saha morbiditesi, parsiyel flep nekrozu ve gecikmiş yara iyileşmesi gibi komplikasyonlar hâlâ önemli sorunlar oluşturmaktadır. PolyNovo NovoSorb biyolojik olarak parçalanabilir geçici matriks (BTM), karmaşık yara yönetiminde giderek daha fazla tanınan bir materyaldir. Özellikle parsiyel flep kaybı ve donör saha komplikasyonları gibi durumlarda serbest flep cerrahisindeki rolü araştırmaya değer bir konudur.

Yöntem

Ağustos 2024 ile Şubat 2025 tarihleri arasında on beş hastaya serbest flep cerrahisi uygulandı. Konvansiyonel kapatma veya greftleme yöntemlerinin uygulanamadığı durumlarda BTM kullanıldı. Bu durumlar; güvenilir olmayan kas flepleri, marjinal nekroz, sekonder dehisans, greft kaybı, pedikül bölgeleri ve donör sahaları içermekteydi.

Bulgular

BTM uygulaması, çeşitli klinik senaryolarda olumlu sonuçlar sağladı. Güvenilir olmayan kas fleplerine sahip iki hastada, BTM stabil bir yara yatağı oluşturarak başarılı gecikmiş deri grefti uygulanmasına imkân tanıdı. Marjinal nekrozu olan bir hastada debridman sonrası BTM uygulaması, ek greftleme gerektirmeden sekonder iyileşme sağladı. Geniş kas flebi üzerine BTM yerleştirilen başka bir olguda, kısmi sekonder iyileşme gerçekleşerek greft gerektiren alan küçüldü. Pedikül bölgesine BTM uygulanan bir hastada tam sekonder iyileşme elde edildi. Donör sahaya BTM uygulanan bir diğer hastada ise tatmin edici sekonder yara kapanması sağlandı.

Sonuç

BTM, serbest flep cerrahisinde yara iyileşmesini etkin bir şekilde desteklemekte ve ek müdahale gereksinimini azaltmaktadır. Stratejik kullanımı, sekonder ve gecikmiş iyileşmeyi teşvik edebilir. Rekonstrüktif mikrocerrahideki rolünü en iyi şekilde belirlemek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Serbest flep cerrahisi, Biyobozunur geçici matriks, Yara iyileşmesi, Mikrocerrahi komplikasyonları, Rekonstrüktif cerrahi

SB-090

Sirküler Parmak Defektlerinde Hâlen Geçerli Bir Seçenek: İnterpolasyon Flepleri

Yasin Canbaz, Eda Kübra Koç, Ceren Cömert, Ahmet Furkan Dinçer, Ergin Yücel, Perçin Karakol
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ

Parmaklar, elin fonksiyonelliğinde ince motor becerilerin, kavrama gücünün ve duyusal geri bildirimin merkezinde yer alır. Bu nedenle parmaklardaki sirküler yumuşak doku defektleri, yalnızca estetik açıdan değil, aynı zamanda fonksiyonel kapasitenin korunması bakımından da önemli bir klinik problemdir. Günümüzde serbest doku transferleri ve mikrocerrahi yöntemler öncelikli seçenekler olmakla birlikte, bazı olgularda teknik yetersizlikler, damar kalitesinin elverişsizliği veya sistemik risk faktörleri nedeniyle interpolasyon flepleri hâlen vazgeçilmezdir. İnterpolasyon flepleri de bu bağlamda, tarihsel olarak uzun yıllardır kullanılan ve güvenilirliği kanıtlanmış yöntemlerden biridir. Bu çalışmada, sirküler parmak defektlerinde interpolasyon flebinin kullanımına ilişkin deneyimlerimiz ve elde edilen sonuçlar literatür eşliğinde sunulmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mayıs 2024 – Mayıs 2025 tarihleri arasında kliniğimizde sirküler parmak defekti bulunan 10 hasta defektleri vücudun çeşitli bölgelerine interpole edilerek opere edilmiştir. Defektlerin etiyolojisi replantasyon nekrozu, crush yaralanmaları, yanık sonrası gelişen doku kayıpları ve travmatik amputasyonlardır. Tüm hastalar, defektin yeri, büyüklüğü, parmağın dolaşım durumu ve genel sağlık koşulları göz önünde bulundurularak seçilmiştir.

Cerrahi girişimde flepler, yüzeyel inferior epigastrik arter ve ven temel alınarak hazırlanmış; defekt boyutlarına göre tasarlanmıştır. Flep, pektoral, paraumbilikal veya kasık bölgelerinden tasarlanarak pedikülü korunmuş şekilde defekt bölgesine transfer edilmiştir. Donör alanın mümkün olduğunca primer kapatılması hedeflenmiş, ancak dört olguda greftleme gerekmiştir. Postoperatif süreçte hastalar ortalama 21 gün (14–24 gün) süreyle takip edilmiş, ardından flep ayrılması için aralıklı iskemi protokolü ve ikinci cerrahi girişim uygulanmıştır. Hastalara düzenli pansuman, komplikasyonların erken fark edilmesi ve aktivite kısıtlamaları konusunda bilgilendirme yapılmıştır.

BULGULAR

Uygulanan fleplerin tamamında parmak defektleri başarıyla kapatılmıştır. Flep nekrozu hiçbir hastada görülmemiştir. Bir hastada enfeksiyon gelişmiş ve cerrahi debridman gerekmiştir. Bir hastada hematom/seroma oluşmuş, drenaj ile tedavi edilmiştir. İki hastada yara ayrışması nedeniyle iyileşme süreci uzamış, konservatif tedavi ile düzelme sağlanmıştır. Dört hastada aksiller bölgede maserasyon gözlenmiş, ancak ciddi fonksiyonel kayıp ya da ek müdahale gerektirmemiştir. Tüm hastalarda flepler defekt alanına iyi adapte olmuş, parmak fonksiyonlarının korunmasına katkı sağlamıştır. Takiplerde özellikle kavrama fonksiyonu ve parmak esnekliğinde tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir. Ancak bazı olgularda flebin kalınlığı nedeniyle estetik ve fonksiyonel uyum amacıyla ikinci aşamada debulking cerrahisine ihtiyaç duyulabileceği gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Serbest doku transferlerinin yaygınlaşmasına rağmen, parmak sirküler defektlerinde interpolasyon flebi hâlen pratik ve güvenilir bir seçenektir. Literatürde bildirilen en önemli avantajları; geniş doku sağlaması, güvenilir vaskülarite, teknik olarak uygulanabilirliği ve yüksek başarı oranıdır. Dezavantajları arasında iki aşamalı cerrahi gerektirmesi, flebin kalınlığı nedeniyle ek debulking operasyonlarının gerekebilmesi, uzun immobilizasyon süresi ve donör alanda iz bırakma riski sayılmaktadır.

Bizim çalışmamızda komplikasyon oranlarının literatürle uyumlu olduğu, ancak ciddi flep kaybının görülmediği dikkat çekicidir. Bu da dikkatli hasta seçimi, titiz cerrahi teknik ve düzenli postoperatif takip ile komplikasyonların en aza indirilebileceğini göstermektedir. Ayrıca sirküler defektlerde flebin adaptasyon kabiliyeti, fonksiyonel sonuçların başarısında önemli rol oynamıştır.

SONUÇ

Mikrocerrahi ve serbest flep transferleri her ne kadar rekonstrüktif cerrahinin güncel standartları arasında olsa da, sirküler parmak defektlerinde interpolasyon hâlen etkili bir yöntemdir. Donör alanın uygunluğu, teknik kolaylık ve komplikasyonların yönetilebilirliği, yöntemin günümüzdeki değerini koruduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın bulguları, interpolasyon fleplerinin parmak sirküler defektlerinde güvenilir, fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sunduğunu ortaya koymaktadır.

Referanslar

1. Karakol P, Sulhan A. Pedicled groin flap in the treatment of complex hand injuries. Journal of Trends in Medical Investigation.

2. Mathes SJ, Nahai F. Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy & Technique.

3. Wei FC, Mardini S. Flaps and Reconstructive Surgery. 2nd ed. 2016.

4. Mathes SJ, Nahai F. (1982). Classification of the vascular anatomy of muscles. Plast Reconstr Surg.

5. Furnas HJ, Rosen JM. (1990). Complications of the groin flap. Plast Reconstr Surg.

6. Serletti JM, et al. (2006). Reconstructive options for soft-tissue defects of the hand. Clin Plast Surg.

7. Neligan PC (Ed.). Plastic Surgery: Volume 6: Hand and Upper Extremity. 4th ed. Elsevier, 2018.

Anahtar Kelimeler: sirküler parmak defekti, interpolasyon, el

SB-091

Alt Ekstremite Doku Defektlerinde Sural Flep ile Rekonstrüksiyon

Murat Seven, Murat Taş, Rüçhan Okutan, Ozan Er, Kamuran Zeynep Sevim
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ

Alt ekstremitenin distal bölgelerindeki defektlerin rekonstrüksiyonu, yumuşak doku eksikliği ve sıklıkla eşlik eden periferik vasküler hastalıklar nedeniyle zorlu bir süreçtir. Diyabet, periferik arter hastalığı (PAH) olan hastalarda travma ve tümör rezeksiyonu sonrası oluşan defektlerin kapatılmasında mikrocerrahi gerektiren serbest flepler çoğu zaman uygun olmayabilir. Mikrocerrahi altyapısının olmadığı veya alıcı damar problemi bulunan vakalarda ters akımlı sural flep önemli bir rekonstrüktif seçenektir [1,2]

Bu çalışmada, on altı hastaya uygulanan ters akımlı sural flep cerrahisi ve sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Komplikasyonlar ve başarı oranları literatürle karşılaştırılarak ters akımlı sural flebin alt ekstremite rekonstrüksiyonunda güvenilirliğinin araştırılması hedeflenmiştir.

YÖNTEM

2019–2024 yılları arasında kliniğimizde toplam 16 hastaya tek aşamalı ters akımlı sural flep uygulanmıştır. Hastaların ortalama yaşı 52 olup, onu erkek (%62,5), altısı kadın (%37,5) idi. Eşlik eden hastalıklar arasında diyabet, hipertansiyon ve periferik arter hastalığı yer almaktadır. İncelenen (n=16) krus 1/3 distal doku defektine sahip hastaların etiyolojisi ise: (n=3) diyabetik ayak ülseri, (n=5) PAH'a bağlı travmatik yara, (n=7) hastada tümör rezeksiyonu, (n=1) hastada termal yanıktır. Travmaya bağlı olan hasta grubunda iki hastada ters akımlı sural flep ile rekonstrüksiyon öncesi serbest anterolateral thigh (ALT) flebi ile rekonstrüksiyon denendi. Hastaların %43'ü (n=7) aktif olarak sigara kullanmaktaydı. Yaraların kroniklik süresi bir ile on iki ay arasında değişmektedir. Bu hastalarda cerrahi planlanırken literatürde bulunan yöntemlerden ve kendi klinik tecrübemizden faydalanıldı [4]. Hasta ayakta iken, bacağın lateral yüzünde fibulanın proksimal ucu ile lateral malleol arasında bir çizgi çizildi ve bu çizginin üst üçte biri işaretlendi. Pedikül içinde sural sinir, vena saphena parva ve longitudinal fasya şeridi korundu. Pedikül genişliği 2–3 cm arasında tutuldu ve diseksiyon lateral malleolun en az 5 cm yukarısında sonlandırıldı. Flep, defekt alanına deri insizyonu yapılarak tünel açılmadan döndürüldü. Pedikül üzerindeki baskıyı önlemek amacıyla donör alan ya kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı ya da deri korunarak kapama sağlandı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen on altı hastaya uygulanan fleplerin on üçü (%81,25) salim kalırken, iki hastada (%12,5) parsiyel nekroz, bir hastada ise (%6,25) total nekroz gelişti. Üç hastada (%18,75) venöz konjesyon gözlendi ve bu durum flebotomi ile düzeltildi. Ortalama hastanede kalış süresi on bir gün, tam yara kapanma süresi ise altı hafta olarak belirlendi. Komplikasyonlar arasında en sık karşılaşılan durum venöz konjesyon olarak saptandı. Total nekroz, ileri derecede periferik arter hastalığı ve peroneal arter tıkanıklığı bulunan bir hastada meydana geldi ve bu hasta kısmı kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Ayrıca iki hastada donör alanda enfeksiyon ve yara dehisansı gelişti.

TARTIŞMA

Ters akımlı sural flep; sabit anatomik yapısı, mikrocerrahi gerektirmemesi ve nispeten kolay uygulanabilirliği nedeniyle klinik pratiğimizde önemli bir yer tutmaktadır [3]. Bu değerli flep krusun derin fasyası üstü plandan eleve edilir ve ana perforatör dallarını sural arterden alır. [4]

Çalışmamızda ters akımlı sural flep, iskemik alt ekstremite defektlerinde mikrocerrahiye alternatif, etkili bir yöntem olarak başarıyla uygulanmıştır [1,2]. Literatürde flep yaşama oranları %75–90 arasında bildirilmiştir [2,3]; bizim oranımız (%81,25) bu aralıkla uyumludur.

Komplikasyonların çoğu venöz konjesyon ve parsiyel nekroz olup; pedikül genişliği ve pivot noktası seçimi gibi cerrahi tekniklerle azaltılabilir [4,5]. Preoperatif Doppler ultrasonografi değerlendirmesi, flep başarısını artıran önemli bir unsurdur. Bu teknik, mikrocerrahi altyapısı olmayan merkezlerde ve vasküler problemi olan hastalarda alt ekstremite rekonstrüksiyonunda değerli bir tedavi alternatifi sunmaktadır.

KAYNAKÇA:

1- Hashmi MA, Kashyap A, Bhardwaj P, Yadav P, Raza M. Long-term clinical and functional outcomes of distally based sural artery flap: a retrospective case series. JPRAS Open. 2021;29:79-85. doi:10.1016/j.jpra.2021.08.003

2- de Blacam C, Colakoglu S, Ogunleye AA, et al. Risk factors associated with complications in lower-extremity reconstruction with the distally based sural flap: a systematic review and pooled analysis. Plast Reconstr Surg. 2014;133(3):903-913. doi:10.1097/PRS.0000000000000023

3- Peng Y, Zhang J, Li L, et al. Reliability of distally based sural flap in elderly patients: comparison between elderly and young patients in a single center. BMC Surg. 2021;21(1):304. doi:10.1186/s12893-021-01175-6

4- Franco D, Medeiros J, Figueiredo JL, et al. The distally based sural flap with covered pedicle: surgical technique and results. Acta Ortop Bras. 2022;30(1):e250250. doi:10.1590/1413-785220223001250250

5- Nguyen VQ, Kim DH, Yeo MS, et al. Dual sural flaps for bilateral foot degloving injuries: a case report. J Musculoskelet Surg Res. 2025;9(2):134-138. doi:10.25259/JMSR_2025_23

Anahtar Kelimeler: sural arter, flep, pediküllü flep, alt ekstremite, doku defekti

SB-092

Parmaklarda pulsatil uyuşma: Elde yaygın dijital arter anevrizmasının cerrahi tedavisi

Muhammed Revaha Kırtıllı[1],
İhtişam Zafer Cengiz[2], Nisa Nur Çelik[3],
Rana Kapukaya[3]
[1]Prof. Dr. Cemil Tascioglu Şehir Hastanesi, İstanbul, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[2]Atlas Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[3]Sbü Adana Tıp Fakültesi Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi

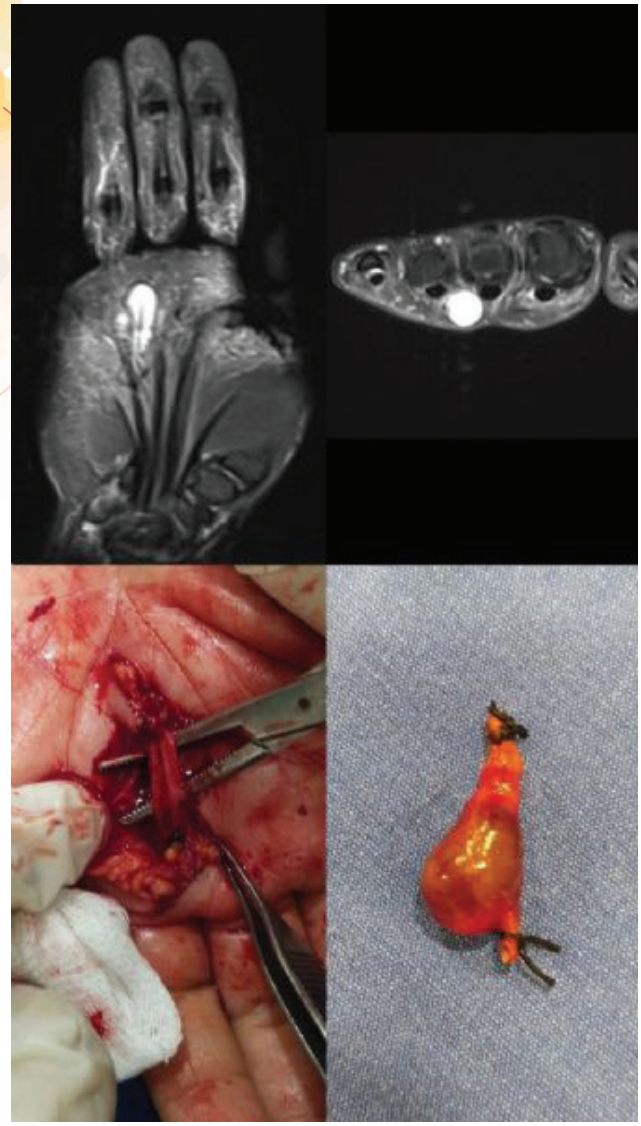
Giriş: Common dijital arter anevrizmaları, elin nadir görülen vasküler patolojilerindendir. Klinik olarak ağrı, hassasiyet, nabız şeklinde hissedilen dolgunluk ve parmaklarda uyuşma ile ortaya çıkar. Erken tanı ve uygun tedavi, vasküler komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Olgu: Elli bir yaşında kadın hasta, sol elde üçüncü Common dijital arter bölgesinde lokalize ağrı ve hassasiyet ile birlikte üçüncü ve dördüncü parmaklarda nabız eşlikli uyuşma şikâyetiyle başvurdu. Fizik muayenede belirgin, nabız veren kitle saptandı. Doppler ultrasonografi ve manyetik rezonans anjiyografi ile anevrizma tanısı doğrulandı. Anevrizma cerrahi olarak eksize edildi ve greft ile vasküler rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde hastanın semptomları tamamen düzeldi.

Tartışma: Common dijital arter anevrizmaları nadir görülmekle birlikte ciddi fonksiyonel kayıplara yol açabilir. Cerrahi eksizyon ve rekonstrüksiyon hem tanısal hem de tedavi edici avantajlar sağlamaktadır. Literatürde bildirilen vaka sayısının sınırlı olması nedeniyle, bu olgunun sunulması farkındalığı artırmayı ve tanı-tedavi süreçlerinin anlaşılmasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Common dijital arter anevrizması, el vasküler patolojileri, anevrizma cerrahisi

Radyolojik ve intraoperatif görüntüler



manyetik rezonans anjiyografi görüntüsü ile gösterilen anevrizma, cerrahi olarak eksize edildi ve vasküler greft ile rekonstrüksiyon gerçekleştirildi.

SB-094

Fasya Lata ve Anterolateral Uyluk Flebi ile Tibialis Anterior Tendon Rekonstrüksiyonu

Ali Atilla Aksoy[1], Yavuz Tuluy[2], Yavuz Keçeci[1]
[1]MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI
[2]İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI

Giriş

Alt ekstremite anteriorunda yumuşak doku defektleri, travmatik nedenlerle sık görülen ve cerrahi açıdan en zorlu rekonstrüktif problemlerdendir. Bu bölgede tendon ve kemik yüzeylerinin kolaylıkla ekspoze olması, fonksiyonel önem taşıyan kas gruplarının korunmasının gerekliliği ve lokal doku seçeneklerinin sınırlılığı karşılaşılan zorluklardandır. Özellikle ayak bileği ve pretibial bölgede cildin ince olması, vaskülarizasyonun zayıf olması ve fonksiyonel tendon yapılarını örtecek sağlam dokunun bulunmaması, rekonstrüksiyon stratejilerinde serbest doku transferini kaçınılmaz hale getirmektedir.

Anterolateral uyluk (ALT) flebi, ilk kez Song ve arkadaşları tarafından 1984 yılında tanımlanmış ve günümüzde hem yüzeyel yumuşak doku defektleri hem de kombine rekonstrüksiyon gerektiren olgularda güvenilir bir seçenek olarak yerini almıştır. ALT flebinin en önemli avantajları; geniş doku sağlaması, deri ve subkutan yağ dokusu ile birlikte gerekirse fasya ve kas komponentiyle kombine edilebilmesi, uzun ve kalibrasyonu yüksek pediküle sahip olması, düşük donör saha morbiditesi ve estetik olarak gizlenebilir skar bırakmasıdır. Bu özellikleri sayesinde ALT flebi, hem erişkin hem de pediatrik olgularda alt ekstremite defektlerinde tercih edilebilmektedir.

Fasya lata grefti, özellikle Aşil tendon rekonstrüksiyonunda uzun yıllardır başarıyla kullanılan bir yöntemdir ve literatürde çok sayıda olgu ve seri ile desteklenmektedir. Fasya lata komponenti ile birlikte kullanıldığında ise tendon rekonstrüksiyonunda güçlü bir alternatif sunar. Ancak tibialis anterior tendon defektlerinde fasya lata kullanımı oldukça nadirdir.

Pediatrik hastalarda serbest flep ile rekonstrüksiyon bazı ek zorluklar içerir. Küçük damar çapları, uzun dönem fonksiyonel beklentiler, büyüme sürecine bağlı dinamik değişiklikler ve psikososyal etkiler, cerrahi planlamayı daha kritik hale getirir. Bu nedenle bu yaş grubunda seçilen flebin hem fonksiyonel hem estetik sonuçlar sağlaması önemlidir. Literatür taramalarımıza göre pediatrik yaş grubunda ise fasya lata ile kombine ALT flebi uygulandığı bildirilmiş herhangi bir olgu bulunmamaktadır. Biz bu sunumda, motosiklet kazası sonrası geniş pretibial doku kaybı ve tibialis anterior tendon defekti gelişen 15 yaşındaki erkek hastaya uyguladığımız yapılan tibialis anterior tendon rekonstrüksiyonu deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

15 yaşında erkek hasta, motosiklet kazası sonrası acil servise başvurdu. Travma sonrası sağ kruris anteriorunda yaklaşık 15×10 cm boyutlarında, kemik ve tendon ekspozisyonu içeren geniş yumuşak doku defekti mevcuttu. Travma alanında kas, fasya ve deri kaybı ile birlikte özellikle tibialis anterior tendonunun yaklaşık 6 cm'lik segmentinde defekt izlendi.

Sağ uyluktan yaklaşık 20×12 cm ölçülerinde, deri, subkutan doku ve fasya lata içeren kompozit ALT flebi hazırlandı. Fasya lata komponenti, tibialis anterior tendon defektini rekonstrükte etmek üzere şekillendirildi ve mevcut tendonun distal ve proksimal uçlarına uç uca sütüre edildi.

Böylece hem tendon devamlılığı hem de güçlendirilmiş fonksiyonel yapı sağlandı.

Postoperatif dönemde hasta yakın takibe alındı. Flep canlılığı düzenli olarak kontrol edildi. Erken dönemde flep perfüzyonunda herhangi bir sorun gözlenmedi. İyileşme süreci sorunsuz seyretti.

Üç aylık takipte flebin canlılığının tamamen korunduğu, yara iyileşmesinin sorunsuz gerçekleştiği izlendi. Tibialis anterior tendon rekonstrüksiyonu sonrası aktif dorsifleksiyon hareketi kısmen geri kazanılmış olmakla birlikte, minimal düzeyde düşük ayak deformitesi gözlendi. Pasif hareketle bile ayak bileğinde dorsifleksiyon kısıtlılığı gözlendi. Buna rağmen hasta desteksiz yürüyebilmekteydi ve günlük aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmekteydi.

Tartışma

Alt ekstremite ön yüz rekonstrüksiyonu, hem estetik hem fonksiyonel açıdan cerrah için zorlayıcıdır. Bu bölgedeki defektler genellikle yüksek enerjili travmalar sonrası ortaya çıkar ve çoğu kez kemik ile tendon ekspozisyonunu içerir. Böyle durumlarda yalnızca deri ve subkutan doku transferi yeterli olmayabilir; aynı seansta fonksiyonel tendon rekonstrüksiyonu da gerekebilir.

ALT flebi, sağlam perforatör yapısı ve çok yönlü kullanım olanağı sayesinde bu tür defektlerde öne çıkar. Deri ve adipoz dokunun yanı sıra fasya lata veya vastus lateralis kası ile birlikte kullanılabilmesi, farklı rekonstrüktif ihtiyaçlara cevap verebilmesini sağlar. Fasya lata komponenti, özellikle tendon defektlerinde güçlü ve dayanıklı bir greft görevi görür. Çalışmalar fasya latanın biyomekanik özelliklerinin, tendon rekonstrüksiyonunda kabul edilebilir düzeyde yük taşıma kapasitesi sunduğunu göstermektedir.

Fasya lata ile tendon rekonstrüksiyonu sırasında greft boyunun doğru ayarlanması büyük önem taşır. Greftin aşırı gergin ya da gevşek bırakılması, fonksiyonel kayıplara yol açabilir. Greftin kısa bırakılması, ayak bileğinde pasif dorsifleksiyon kısıtlılığına neden olabilirken, uzun bırakılması düşük ayak deformitesine yol açabilir. Literatür taramalarımıza göre rehabilitasyon sürecine rağmen fonksiyonel iyileşmenin yeterli olmadığı durumlarda greft boyunun yeniden ayarlanmasına yönelik revizyon cerrahilerinin uygulanabileceği bildirilmemiştir. Bizim olgumuzda minimal düşük ayak deformitesi gözlenmiş olup, uzun dönem takipte fonksiyonel iyileşmenin seyrine göre revizyon ihtiyacı değerlendirilecektir.

Literatürde ALT flebinin pediatrik olgularda da güvenle kullanılabildiğine dair çeşitli seriler bildirilmiştir. Bununla birlikte, ALT + fasya lata kompozit flebin pediatrik hastalarda kullanımı nadirdir. Bizim olgumuz, hem geniş doku kaybının onarılması hem de tibialis anterior tendonunun fonksiyonel rekonstrüksiyonunun aynı flep ile yapılabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Alternatif yöntemler arasında serbest latissimus dorsi kas flebi, serbest gracilis kas flebi veya serbest radial önkol flebi sayılabilir. Ancak bu seçeneklerde ya donör saha morbiditesi yüksektir ya da elde edilen doku tendon rekonstrüksiyonuna uygun değildir. Ayrıca çocuk yaş grubunda radial önkol flebi, kalıcı donör saha sorunları nedeniyle tercih edilmez.

Fasya lata grefti, Aşil tendon rekonstrüksiyonunda yaygın olarak kullanılan güvenilir bir tekniktir. Ancak tibialis anterior tendon defektlerinde bu yöntem nadiren rapor edilmiştir. Literatür taramalarımıza göre pediatrik yaş grubunda fasya lata ile kombine ALT flebi kullanılarak tibialis anterior tendonunun rekonstrükte edildiği olgu bulunmamaktadır. Bu açıdan sunulan vaka, çocuk hastada bildirilen ilk örnek olma özelliği taşımaktadır

Sonuç

Alt ekstremite ön yüzünde geniş yumuşak doku kaybı ve tendon defekti bulunan pediatrik travma olgularında, fasya lata ile kombine ALT flebi güvenilir ve etkili bir rekonstrüksiyon seçeneği sunmaktadır. Bu teknik, tek seansta hem yumuşak doku örtüsünü hem de tendon devamlılığını sağlayarak fonksiyonel ve estetik açıdan başarılı sonuçlar elde edilmesine olanak tanır.

Bununla birlikte, tendon rekonstrüksiyonunda kullanılan fasya latanın boyunun doğru ayarlanması kritik öneme sahiptir. Rehabilitasyon sürecine rağmen yeterli fonksiyonel iyileşme sağlanamadığı durumlarda, greft boyunun revizyon cerrahisi ile yeniden düzenlenmesi gerekebilir. Bizim olgumuzda minimal düşük ayak deformitesi gözlenmiş olup, uzun dönem takiplerde fonksiyonel sonuçların seyri bu açıdan belirleyici olacaktır.

Fasya lata grefti ile tendon rekonstrüksiyonu Aşil tendon defektlerinde sık bildirilen bir yöntemdir; ancak tibialis anterior tendon defektlerinde özellikle pediatrik yaş grubunda literatürde şimdiye kadar bildirilmiş başka bir olgu bulunmamaktadır. Bu vaka, çocuk hastada uygulanan ilk fasya lata ile kombine ALT flebi rekonstrüksiyonu olarak dikkat çekmektedir.

Erken cerrahi planlama, titiz mikrocerrahi diseksiyon ve postoperatif yakın takip, flep yaşama oranını ve uzun dönem başarıyı artırmaktadır. Pediatrik travma olgularında bu yöntem, hem fonksiyonel hem estetik beklentileri karşılayan güvenilir bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: Tibialis anterior, anterolateral thigh flap, fascia lata, serbest flep, rekonstrüksiyon

Fasya Lata ve Anterolateral Uyluk Flebi ile Tibialis Anterior Tendon Rekonstrüksiyonu



Sol üst: Defektin acil servisteki görüntüsü; Üst orta: Defektin preoperatif görüntüsü; Sağ üst: Defektin distalinde izlenen ekspoze tendonlar; Sol alt: Fasya latanın inseti; Sağ alt: Postoperatif görüntü

SB-095

Metakarp Fraktürlerinde Kapalı Kirschner Teli (K-Tel) İle Plak-Vida Fiksasyonunun Uzun Dönem Sonuçlarının Karşılaştırılması

Nuh Arven, İbrahim Uğur Budak, Serhat Gün, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi,Plastik Cerrahi Anabilim Dalı,Diyarbakır

Giriş:

Metakarp fraktürleri, el fonksiyonunu etkileyen en sık görülen üst ekstremite travmalarından biridir. Tedavide amaç, stabil fiksasyonla birlikte erken mobilizasyon ve fonksiyonel iyileşmeyi sağlamaktır. Kapalı redüksiyonla uygulanan Kirschner teli (K-tel) fiksasyonu; minimal invaziv olması, kısa operasyon süresi ve düşük maliyet gibi avantajlara sahipken, stabilite açısından sınırlı kalabilmektedir. Açık redüksiyonla uygulanan plak-vida fiksasyonu ise daha rijit stabilite sağlar ancak yumuşak doku hasarı, tendon irritasyonu ve skar oluşumu gibi komplikasyon risklerini artırır (1). Bu çalışmada, kliniğimizde uyguladığımız K-tel ve plak-vida fiksasyon tekniklerinin uzun dönem klinik sonuçlarını karşılaştırarak, hangi hasta grubunda hangi tekniğin daha avantajlı olduğunu değerlendirmeyi amaçlandı..

Amaç:

Kapalı K-tel ve plak-vida fiksasyonu uygulanan metakarp fraktürü olan hastalarda; radyolojik kaynama süreleri, komplikasyon oranları, fonksiyonel skorlar ve cerrahi morbidite açısından uzun dönem sonuçların karşılaştırılması.

Gereç-Yöntem:

01 Ekim 2024 ile 01 haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde travmaya bağlı metakarp fraktürü nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 42 hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş ortalaması 25 yaş (min: 17 yaş – maks: 66 yaş); 35 erkek, 7 kadın hasta değerlendirildi. Bu olguların 34'ünde (%81) sağ el, 8'inde (%19) sol el etkilenmiştir. Metakarp kemiklerine göre fraktür dağılımı analiz edildiğinde, en sık 5. metakarp etkilenmiş olup olguların %50'sinde (n=21) görülmüştür. Bunu sırasıyla %20 (n=8) ile 4. metakarp, %15 (n=6) ile 3. metakarp, %10 (n=4) ile 2. metakarp ve %5 (n=2) ile 1. metakarp fraktürleri izlemiştir. Bu bulgular, metakarp fraktürlerinde 5. metakarpın en yüksek insidansa sahip olduğunu göstermektedir. Fraktür tipleri: %76 transvers, %14 oblik, %10 spiral. 34 hastaya kapalı redüksiyon ve K-Tel fiksasyonu, 8 hastaya açık redüksiyon ve plak-vida fiksasyonu uygulandı. Her iki grupta hastalar en az 12 ay takip edildi. Karşılaştırma kriterleri arasında;

- Radyolojik kaynama süresi (postoperatif 1.ay el grafisi çekildi.)
- Eklem hareket açıklığı (MCP-PIP-DIP)
- Quick-DASH skoru
- Operasyon süresi
- Cerrahiye bağlı komplikasyon oranları (enfeksiyon, tendon irritasyonu, yeniden operasyon ihtiyacı)

Bulgular:

K-Tel grubunda ortalama kaynama süresi 6 hafta; plak-vida grubunda 5,2 hafta olarak kaydedildi. Quick-DASH ortalama skorları K-Tel grubunda 12,4; plak-vida grubunda 9,7 olarak ölçüldü.

- K-Tel grubu avantajları: kısa operasyon süresi (ortalama 36 dk), düşük maliyet, minimal doku diseksiyonu
- Dezavantajları: tel migrasyonu (%13), sekonder kayma (%9), 3 hastada yeniden cerrahi
- Plak-vida avantajları: stabil fiksasyon, erken aktif hareket imkânı
- Dezavantajları: 4 hastada ekstansör tendon irritasyonu (%21), 2 hastada skar revizyonu, operasyon süresi ortalama 69 dk

Her iki grupta major enfeksiyon gelişimi saptanmadı.

Tartışma:

Metakarp fraktürleri tedavisinde fiksasyon seçimi; fraktür paterni, hasta profili ve cerrahın deneyimine göre değişmektedir. Kapalı K-Tel yöntemi, düşük enerji travmalarında ve stabil fraktürlerde ideal olabilirken, instabil kırıklarda kayma ve deformite riski daha yüksektir. Plak-vida fiksasyonu özellikle spiral ve oblik fraktürlerde rijit stabilite sağlarken, cilt altı dokuların inceliği nedeniyle donanım intoleransı daha sık gözlenmiştir. Tendon-yüzey yakınlığı sebebiyle plakların dikkatle yerleştirilmesi gerekir (2,5).

Sonuç:

K-Tel fiksasyonu, minimal invazivliği ve kısa cerrahi süresi ile avantaj sağlarken, özellikle instabil fraktürlerde sekonder kayma riski taşımaktadır. Plak-vida yöntemi ise yüksek stabilite sağlamakta, ancak yumuşak doku komplikasyonlarına daha açıktır. Hastaya ve fraktür paternine özgü teknik seçimi; komplikasyonları azaltmak ve fonksiyonel geri dönüşü hızlandırmak açısından önemlidir. Özellikle yüksek performans gerektiren el kullanımında plak-vida fiksasyonu daha uzun süreli stabilite sağlamaktadır (1,2).

EK KAYNAKLAR:

1.)Ali A, Hamman J, Mass DP. "The biomechanical effects of angled metacarpal shaft fractures." J Hand Surg Am. 1999;24(4):743–750.

2.)Öztürk G et al. "Kapalı K-tel ile plak-vida fiksasyonu karşılaştırması." Acta Orthop Traumatol Turc. 2015;49(3):242–248

3)Kozin SH. "Internal fixation of hand fractures." J Am Acad Orthop Surg. 1999;7(2):73–81.

4)Afshar A et al. "Comparison of intramedullary pinning versus plate fixation in metacarpal fractures." Eur J Orthop Surg Traumatol. 2017;27(7):899–903.

Anahtar Kelimeler: Metakarp fraktürleri, K-Tel uygulması, Plak-Vida uygulaması

preop-postop tüm resimler



SB-096

Çoklu Parmak Defektlerinde Tek Flep ile Rekonstrüksiyon: Sindaktilize SCIP Flebi

Berkay Çınar, Emrah Kağan Yaşar, Ceyhun Uzun, Alperen Aras, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş

Travma sonrası gelişen parmak amputasyonları ve eşlik eden yumuşak doku kayıpları, elin hem fonksiyonel hem de estetik bütünlüğünü ciddi şekilde bozabilir. Dijital amputasyonların yönetiminde replantasyon altın standart olarak kabul edilmekle birlikte; başarısı hasta yaşı, yaralanma mekanizması, amputasyon seviyesi, iskemi süresi, cerrahın deneyimi ve amputatın uygun şekilde korunması gibi birçok faktöre bağlıdır. Özellikle çoklu parmak amputasyonlarında, tanjansiyel ya da ezici tarzda yaralanmalarda, damar bütünlüğünün bozulduğu, yumuşak doku kaybının yaygın olduğu ve ameliyat süresinin uzadığı durumlarda replantasyon genellikle uygulanamaz hale gelmektedir.

Bu gibi olgularda yumuşak doku rekonstrüksiyonu amacıyla deri greftleri, lokal flepler, uzak flepler veya serbest doku transferleri tercih edilmektedir. Küçük defektlerde lokal flepler yeterli olabilse de, çoklu parmak defektlerinde genellikle yetersiz kalır. Her bir parmak için ayrı serbest flep kullanımı ise hem teknik olarak zor hem de donör saha morbiditesini artırmaktadır.

Bu sınırlamaları aşmak adına, tek bir serbest flebin en-blok olarak kaldırılması ve birden fazla parmağa sindaktilize şekilde uygulanması, ardından aşamalı olarak ayrılması etkili bir yöntemdir. Bu bağlamda, superficial circumflex iliac artery perforator (SCIP) flebi; ince ve esnek yapısı, pedikülün uzunluğu, düşük donör saha morbiditesi ile uyumlu estetik yapısı sayesinde el ve parmak rekonstrüksiyonlarında giderek daha fazla tercih edilmektedir. Özellikle kemik ve tendon gibi yapıların örtülmesi gerektiği durumlarda, iskelet uzunluğunu koruyarak hem fonksiyonel hem estetik sonuçlar sunmaktadır.

Bu çalışma, uygun olgularda sindaktilize SCIP serbest flebinin dijital uzunluğun korunması ve birden fazla defektin tek seansta etkili şekilde örtülmesini sağladığını göstermek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot

2022–2025 yılları arasında sindaktilize SCIP serbest flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Dahil etme kriterleri, replantasyona uygun olmayan veya replantasyon girişimi yapılmış ancak başarısızlıkla sonuçlanmış amputasyon olguları ile tanjansiyel karakterde, kemik ve tendon ekspozisyonu içeren geniş yumuşak doku defektine sahip hastalar olarak belirlendi. Tüm hastalarda inguinal bölgede suprascarpal planda SCIP flebi en-blok olarak kaldırıldı ve etkilenen parmaklara sindaktilik biçimde adapte edildi. Flep ayrımı ortalama 3–4. haftalarda yapıldı.

Olgu Sunumları

Olgu 1

14 yaşındaki erkek hasta, sol elini gıda mikserine kaptırma üzerine başvurdu. İkinci parmakta tendon ekspozisyonu, üçüncü ve dördüncü parmaklarda tanjansiyel amputasyon, beşinci parmakta ise total amputasyon mevcuttu. Ampute segmentler replantasyon için uygun değildi. Sağ inguinal bölgeden 6 × 4 cm boyutunda SCIP flebi eleve edilerek üç parmak birlikte sarıldı. Beşinci parmak revize edilerek fleple birlikte tam kat deri grefti uygulandı. Üçüncü haftada flep ayrımı gerçekleştirildi. Eklem hareket açıklığı korunmuş olup hasta fizik tedavi programına alındı. Takiplerde komplikasyon izlenmedi. MHQ skoru 4.9, QuickDASH skoru 2 olarak değerlendirildi ve hastanın fonksiyonel memnuniyeti yüksekti. (Fotoğraf-1)

Olgu 2

56 yaşında erkek hasta, sağ elini kağıt kesme makinesine kaptırma sonucu başparmak Tamai zone II seviyesinden ampute ve işaret parmak distalinde degloving yaralanmasıyla başvurdu. Amputasyon bölgesi replantasyon için uygun değildi. Sol inguinal bölgeden 8 × 6 cm boyutlarında SCIP flebi eleve edild ve sindaktilize olarak her iki parmağın defektini örtecek şekilde sarıldı. Uygun anastomozlar yapıldı ve flep, üçüncü haftada ayrıldı. Üçüncü ayda kontur düzensizliği nedeniyle estetik revizyon yapıldı. Takiplerde fonksiyonel kayıp gözlenmedi. Postoperatif değerlendirmede hastanın MHQ skoru 4.7, QuickDASH skoru ise 2 olarak belirlendi. Hafif yüzeyel epidermoliz dışında herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Olgu 3

36 yaşında erkek hasta, iş makinesine sağ elini kaptırarak beşinci parmakta proksimal falanks distalinden amputasyon geçirmiş, üçüncü ve dördüncü parmaklarda ise kemik ve tendon ekspozisyonu bulunan açık yaralar gelişmişti. Replantasyon endikasyonu bulunmayan hastaya sağ inguinal bölgeden 14 × 3 cm boyutunda SCIP flebi kaldırılarak 4. ve 5. parmaklara sarıldı. Anastomozlar 5. parmak radial dijital arter ve dorsal ven üzerine yapıldı. Postoperatif takip süreci sorunsuzdu. Dördüncü haftada flep ayrıldı. Son kontrollerde MHQ skoru 4.7 ve QuickDASH skoru 3 olarak ölçüldü. Herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Olgu 4

18 yaşında erkek hasta, sol elini silindir makinesine kaptırması sonucu 3-4-5. parmaklarda kemik ve tendon ekspozisyonu içeren avülsiyon-degloving tarzı yaralanma meydana geldi. Parmak uzunlukları korunmuştu. Sağ inguinal bölgeden 10 × 9 cm boyutlarında SCIP flebi suprascarpal planda kaldırılarak üç parmak birlikte sarıldı. Arter anastomozu 3. parmak radial dijital artere, ven anastomozu ise dorsal tarafta 1 adet vene yapıldı. Dolaşım destekleyici medikal tedavi sonrası postoperatif 4. haftada flep ayrımı gerçekleştirildi. Takiplerde komplikasyon gözlenmedi. MHQ skoru 4.5, QuickDASH skoru 8 olarak ölçüldü.

Sonuçlar

Tüm hastalarda tek bir SCIP flebiyle birden fazla parmak başarılı bir şekilde kapatılmıştır. Flep boyutları 6 × 4 cm ile 14 × 3 cm arasında değişmiş; ortalama flep eleve etme süresi 60 dakika olarak kaydedilmiştir. Donör sahaların tamamı primer olarak kapatılmıştır. Flep canlılığı tüm olgularda korunmuş, sadece bir hastada yüzeyel epidermoliz gelişmiş ve konservatif olarak yönetilmiştir. Fonksiyonel sonuçlar hasta bazlı ve objektif değerlendirmelerle doğrulanmış; MHQ skorları 4.5–4.9 aralığında, QuickDASH skorları ise 2–8 arasında bulunmuştur. Tüm hastalar estetik ve fonksiyonel sonuçlardan memnuniyet bildirmiştir. Donör saha morbiditesi minimal olup seroma, hematom veya enfeksiyon gibi komplikasyonlara rastlanmamıştır.

Tartışma ve Sonuç

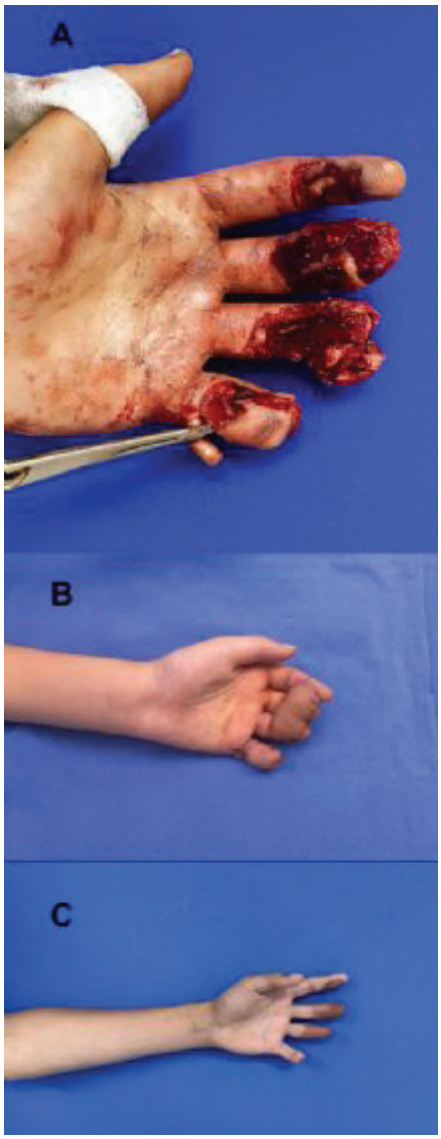
Birden fazla parmağı etkileyen travmaların rekonstrüksiyonu, cerrahi olarak zorlu ve zaman alıcı olmaktadır. Mikrocerrahi tekniklerin gelişimi, el rekonstrüksiyonunda çeşitli serbest fleplerin kullanımını mümkün kılmıştır. Ancak yaygın ya da çok parmaklı defektlerde her bir defekt için ayrı ayrı serbest flep kullanımı pratik değildir. Bu tür rekonstrüksiyonlardaki temel amaç, işlev ve görünüm açısından orijinal dokuyu taklit eden, aynı zamanda donör saha komplikasyonlarını ve cerrahi yükü en aza indiren optimal doku örtüsünü sağlamaktır. Replantasyona uygun olmayan olgularda, birden fazla defekti tek bir fleple örtmek ideal bir çözümdür. SCIP flebi; ince, esnek yapısı, uzun damar sapı, düşük donör saha morbiditesi ve e uyumlu cilt rengi/kalınlığı sayesinde bu amaçla öne çıkmaktadır. Sindaktilize

uygulama sayesinde tek bir mikroanastomozla birden fazla parmağın örtülmesi mümkün olmakta, cerrahi süre kısalmakta ve estetik/işlevsel sonuçlar daha homojen elde edilmektedir. Bu yöntem, özellikle tanjansiyel amputasyonlar gibi replantasyona uygun olmayan çoklu amputasyonlar ve tanjansiyel doku defekti durumlarında güvenilir ve etkili bir alternatiftir.

Bu çalışma, literatüre yeni bir katkı sunarak sindaktilize SCIP flebinin, kompleks çok parmaklı yaralanmalarda uygulanabilirliğini ve başarısını göstermektedir. Uygun hasta seçimi, deneyimli cerrah, titiz diseksiyon ve postoperatif takip ile yüksek başarı oranları elde edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amputasyon, Anastomoz, Defekt, Replantasyon, SCİP, Sindaktilize

Fotoğraf-1



Fotoğraf-1 A. Replantasyona uygun olmayan, birden fazla parmakta yumuşak doku kaybı içeren kompleks amputasyon görüntüsü. B. Aynı olguda, en-blok olarak kaldırılan SCIP flebinin sindaktilize şekilde uygulanmasıyla elde edilen erken postoperatif görünüm. C. Flep ayrıldıktan sonra postoperatif 2.sene görünümü. Her bir parmak için bağımsız yumuşak doku örtüsü sağlanmış, elin estetik görünümü ve parmak fonksiyonu korunmuştur.

TABLO-1

Hasta	Yaş	Etkilenen Parmaklar	Flep Boyutu (cm)	Arter Anastomozu	MHQ Skoru	QuickDASH Skoru	Komplikasyon
1	14	2-3-4	6×4	3. parmak radial digital arter	4.9	2	Yok
2	56	1-2	8×6	2. parmak radial digital arter	4.7	2	Yüzeyel epidermoliz
3	36	4-5	14×3	5. parmak radial digital arter	4.7	3	Yok
4	18	3-4-5	10×9	3. parmak radial digital arter	4.5	8	Yok

OLGU TABLOSU

SB-097

Periorbital Rekonstrüksiyon Tecrübelerimiz ve Defekte Bağlı Ektropiyon Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Ahmet Biçer, Esat İman, Ayberk Şahin, Hayri Ertan Kılıç
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İzmir

Giriş

Periorbital bölgenin kompleks anatomisi ve periorbital yumuşak dokunun mekanikleri sebebiyle, periorbital rekonstrüksiyon zorlayıcı olabilmektedir. Total vücut alanının %1'inden azını oluşturan periorbital bölge kompleks anatomisi sebebiyle detaylı bir klinik yaklaşım gerektirir ve hasta bazlı yaklaşım esastır. Bu bölgedeki defektler genellikle travma, tümör, yanık, radyasyon, enfeksiyon ve konjenital anomaliler neticesinde meydana gelir. Tümörler incelendiğinde perioküler kutanöz malignensiler bütün cilt kanserlerinin %5-%10'unu oluşturmaktadır ve bölgede açık ara en sık görülen deri kanseri bazal hücreli karsinom olmakla birlikte bunu skuamöz hücreli karsinom ve malign melanom takip eder. Göz kapaklarını rekonstrükte etmek için yapılan herhangi bir cerrahi prosedürün birincil hedefleri, yeterli yükseklik ve fonksiyonel kapanma sağlayan stabil bir yapı oluşturmak alttaki korneaya zarar vermemek için keratinize olmayan mukozal bir posterior yüzey elde etmektir. Simetri ve estetik ise ikincil hedeflerdir. Bu hedeflere ulaşmak için çok sayıda prosedür önerilmiş olmasına rağmen, hiçbir yöntem evrensel olarak kullanılmamaktadır. Çalışmamızda gözkapağı rekonstrüksiyonunda klinik tecrübelerimizi ve defekte bağlı risk faktörleri ile ektropiyon gelişimi arasında ilişkiyi sunmayı planladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmada 2019 ve 2025 yılları arasında opere edilen toplam 105 hasta (46 kadın, 59 erkek) retrospektif olarak incelendi. (Çalışmaya primer onarım uygulanan hastalar dahil edilmedi). Hastalar defekt lokalizasyonuna göre 4 bölgeye (medial kantus, lateral kantus, üst göz kapağı, alt göz kapağı) ayrıldı. Defekt boyutları, defekt kalınlıkları(kısmi/tam), defekt etiyolojileri, rekonstrüksiyon yöntemleri, adjuvan tedavi öyküleri ve takipte gelişen komplikasyonlar incelendi. Alt göz kapağı defektlerinde defekt özellikleri ile takipte ektropiyon gelişmesi arasındaki ilişki istatiksel olarak incelendi.

Bulgular

102 hastada defekt nedeni deri malignitesi eksizyonu (70 hasta BCC,22 hasta SCC, 10 hasta melanositik tümör), 1 hastada travma, 2 hastada sebep non-malign lezyon(1

hasta hemanjiom, 1 hasta dermal nevüs)idi. 11 hastaya orbital invazyon nedenli egzentarasyon uygulandı. Defekt konumu hastaların 25'inde medial kantal bölgede, 8'inde üst göz kapağında,6'sı lateral kantal bölgede, 60'si alt göz kapağında,2'si hem üst hem alt göz kapağında(2 hastaya da egzenterasyon uygulandı) ve 4 hastada primer orbital patoloji yer almaktaydı. Rekonstrüksiyon yöntemi olarak 38 hastada FTSG, 39 hastada lokal flep, 28 hastada lokal flep + greft tercih edildi.

Flep uygulanan hastaların 5 tanesinde flepte lokal nekroz gözlendi. 5 hastadan 3 tanesi tekrar opere edildi. 2 hastada sekonder iyileşme sağlandı. Greft hastalarının hiçbirinde greft kaybı gözlenmedi. Malignite hastalarının 3 tanesinde post op dönemde nüks gözlendi bu hastaların tamamına egzentarasyon işlemi uygulandı.

Alt göz kapağı kaynaklı malignite nedenli 3 hastaya, hem alt hem üst göz kapağı malignitesi nedenli 2 hastaya egzenterasyon uygulandı. Alt göz kapağı kaynaklı patoloji nedenli egzenterasyon uygulanmış hastalar dışlanarak ve alt kapak rekonstrüksiyonu uygulanmış 57 hasta incelendi. 4 hastada ektropiyon geliştiği görüldü. (% 7) Bu hastalar defekt boyutu, defekt kalınlığı, defekt etiyolojisi ile ektropiyon gelişimi arasında ilişki istatiksel olarak incelendi. Tek değişkenli analizlerde, ektropiyon gelişen olgularda defekt yüzey alanı daha yüksekti (Mann–Whitney U=172.0, p=0,041). Defekt kalınlığı (kısmi/tam) ile ektropiyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (Ki-kare/Fisher, p=0,51). Etiyoloji (BCC/SCC/melanositik) ile ektropiyon gelişimi arasında da anlamlı ilişki saptanmadı (Ki-kare, p=0,60). Çok değişkenli lojistik regresyonda (bağımlı değişken: ektropiyon; bağımsız değişkenler: defekt alanı, defekt kalınlığı, etiyoloji [referans: BCC]) defekt alanı için risk artışı eğilimi izlendi (OR 1,23, %95 GA 0,97–1,56, p=0,081). Defekt kalınlığı bağımsız olarak anlamlı bulunmadı (OR 1,21, %95 GA 0,09–17,17, p=0,889). Etiyoloji değişkeni açısından bağımsız bir ilişki gösterilemedi.

Tartışma ve Sonuç

Periorbital rekonstrüksiyon milimetrik hataların dahi fonksiyonel ve estetik sonuçları etkilediği ve özel ilgi gerektiren bir cerrahi alandır. Hastalarda yapısal ve işlevsel özellikler göz önünde bulundurularak cerrahi yöntem hasta bazında bireyselleştirilmelidir. Defekt kapsamı düşünüldüğü zaman; Defektin anterior lamella (deri, orbiricularis okuli) ve/veya posterior lamellayı (tars, konjonktiva) kapsaması seçilecek rekonstrüksiyon yöntemini etkilemektedir. Anterior lamellar defektlerde primer onarımın yetersiz olacağı durumlarda genellikle lokal flepler ve greft tercih edilir.Posterior lamellar veya tam kat defektlerin rekonstrüksiyonunda ise tars yapısına benzer bir dirence sahip yoğun bir doku katmanı ve globa uygun lubrikasyonu sağlayacak konjonktiva benzeri bir yumuşak doku katmanı gerekmektedir. Klinik pratiğimizde bu temel prensipler göz önünde bulundurularak hasta yönetimi gerçekleştirilmiştir.

Sonuç olarak, klinik pratiğimizde, defektin kapsamına göre belirlenen cerrahi yaklaşımların komplikasyonlar ve estetik beklentiler bakımından literatür ile uyumlu sonuçlara sebep olduğunu gözlemledik. Postoperatif dönemde en sık karşılaştığımız komplikasyonun ektropiyon olması, rekonstrüksiyon planlamasında göz kapağı desteğinin yeterliliğine özel önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu deneyimler, hasta bazlı yaklaşımın ve uygun teknik seçimin, optimal fonksiyonel ve estetik sonuçlar açısından belirleyici olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ektropiyon, gözkapağı, periorbital rekonstrüksiyon

SB-098

Jinekomasti Cerrahisinde Modifiye Benelli ve periareolar insizyon Tekniklerinin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

İbrahim Enes Aydoğan, Mesut Türk, Berkan Şanlı, Perçin Karakol
Başakşehir çam ve sakura şehir hastanesi

GİRİŞ

Jinekomasti, erkeklerde glandüler meme dokusunun benign proliferasyonu ile karakterize olup fiziksel ve psikolojik etkileri nedeniyle cerrahi müdahale gerektirebilmektedir. Cerrahi teknik seçiminde deri fazlalığı, areola çapı, glandüler doku miktarı ve hastanın estetik beklentileri belirleyici rol oynamaktadır. Bu çalışmada, Modifiye Benelli ve periareolar insizyon tekniklerinin estetik sonuç, komplikasyon oranı ve iyileşme süresi açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

AMAÇ

Hafif-orta ve ileri derece jinekomasti olgularında Modifiye Benelli ve periareolar insizyon sonuçlarını karşılaştırarak uygun hasta seçimi kriterlerini belirlemek.

GEREÇ VE YÖNTEM

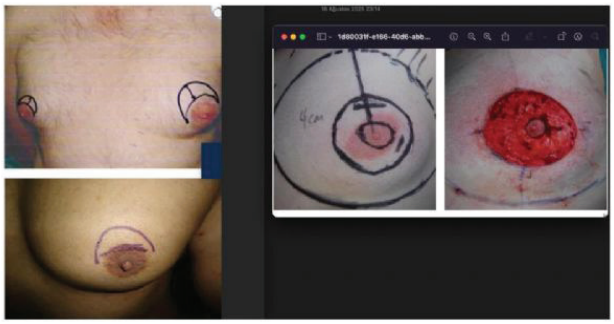
2022–2025 yılları arasında kliniğimizde jinekomasti tanısıyla opere edilen toplam 48 hasta retrospektif olarak incelendi. Modifiye Benelli grubu (n=24): Areola çevresinde tam veya yarım daire periareolar kesi yapılarak glandüler doku eksizyonu ve gerektiğinde areola küçültmesi/deri toparlaması uygulandı. Periareolar insizyon grubu (n=24): Areola alt yarısında yarım daire kesi ile glandüler doku çıkarıldı; deri fazlası olmayan olgularda liposuction ile destek sağlandı. Her iki grupta operasyon süresi, iyileşme süresi, iz görünümü, komplikasyonlar ve hasta memnuniyet oranları değerlendirildi.

SONUÇ

Modifiye Benelli tekniği, deri fazlası ve areola genişlemesi bulunan ileri evre jinekomasti olgularında etkin ve estetik açıdan tatmin edici bir yöntemdir. Periareolar insizyon tekniği, deri fazlası bulunmayan hafif-orta dereceli olgularda minimal skar ve hızlı iyileşme avantajı sunmaktadır. Hasta değerlendirmesi yapılırken deri fazlası, areola çapı ve beklentiler göz önünde bulundurulmalı; teknik seçimi bireyselleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Jinekomasti, Modifiye Benelli tekniği, Periareolar insizyon tekniği, minimal skar, cerrahisi, estetik sonuç

şekil 1 ve şekıl 2



şekıl 1 modifiye benelli şekıl 2 periareolar insizyon

SB-099

Fasiyal paralizi sonrası yaşam kalitesi değerlendirmesi

Ozan Er, Murat Doğuş Çerikan, Doğu Papatya, Ege Temur, Kamuran Zeynep Sevim
Sağlık Bilimleri Üniversite, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç

Fasiyal paralizi, yalnızca yüz kaslarının hareket kaybıyla sınırlı kalmayıp, bireyin sosyal ilişkileri, duygusal durumu ve genel yaşam kalitesini de etkileyen kompleks bir klinik tablodur. Gülümseme, göz kırpma ve konuşma gibi mimik kas aktivitelerinin kaybı; yemek yeme, konuşma ve ifade etme gibi temel yaşam fonksiyonlarında bozulmaya yol açar. Bu fiziksel kayıplar, sadece işlevsel sınırlılıklar değil, aynı zamanda sosyal çekinme, özgüven eksikliği ve duygusal zorlanma gibi psikososyal sorunlara da neden olabilir. [1] Rekonstrüktif cerrahi müdahalelerle yüz kaslarının veya sinirlerinin yeniden işlev kazanması sağlanabilir.[2] Ancak bu tür girişimlerin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin yalnızca klinik muayene ve fonksiyon testleriyle değil, hasta-raporlu sonuç ölçütleriyle değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.[3] Bu çalışmada, yüz felci nedeniyle rekonstrüktif cerrahi uygulanmış bireylerin yaşam kaliteleri Facial Disability Index (FDI) ölçeği temel alınarak değerlendirilmiştir.[4] FDI, hem fiziksel hem de sosyal/emosyonel işlevselliği ölçen, güvenilir ve özgül bir hasta-raporlu değerlendirme aracıdır.

Gereç ve Yöntemler

Bu retrospektif çalışma, 2002–2024 yılları arasında yüz felci tanısı ile rekonstrüktif cerrahi uygulanmış toplam 50 hastayı kapsamaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında, cerrahiden en az 6 ay geçmiş olması ve hastaya ulaşarak anket uygulanabilmesi yer almıştır. Hastalar, uygulanan cerrahi yönteme göre iki gruba ayrılmıştır: Statik onarım uygulanan grup (n = 41): Fascia lata askısı, ağız köşesi süspansiyonu, statik sling teknikleri kullanılmıştır. Diğer grup ise dinamik onarım uygulanan grup (n = 9) olup: Serbest kas transferi (gracilis kası) tekniği uygulanmıştır.

Veriler, hasta dosyalarının incelenmesi ve hastalarla telefon veya yüz yüze görüşmeler yoluyla iletişime geçilerek elde edilmiştir. Tüm hastalara, yüz fonksiyonları ve yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Facial Disability Index (FDI) anketi uygulanmıştır.

FDI ölçeği, iki alt başlık altında toplam on sorudan oluşmaktadır:

Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği (Beş madde): Yüz hareketleri, ağız kapanması, göz kırpma, konuşma ve yeme gibi motor işlevleri değerlendirir. Sosyal/Emosyonel Fonksiyon Alt Ölçeği (5 madde): Sosyal etkileşimde zorluk, özsaygı, duygusal stres gibi parametreleri ölçer.

Her madde 0–4 puan arasında derecelendirilmiştir. Ham puanlar daha sonra %0–100 aralığında normalize edilmiştir. Yüksek skorlar, daha iyi yaşam kalitesini ifade etmektedir.

Her iki gruptaki hastaların FDI fiziksel ve sosyal/emosyonel skorları ayrı ayrı analiz edilerek dağılımları görselleştirilmiş ve karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

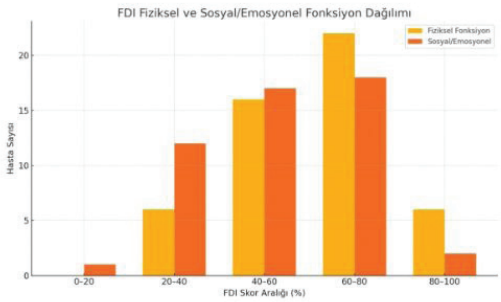
FDI fiziksel fonksiyon alt ölçeği sonuçlarına göre hastalar şu şekilde dağılım göstermiştir: %0–20: 0 hasta %20–40: 6 hasta %40–60: 16 hasta %60–80: 22 hasta %80–100: 6 hasta Bu bulgular, hastaların %56'sının (%60–100 aralığı) fiziksel olarak orta–iyi düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. FDI sosyal/emosyonel alt ölçek sonuçlarına göre ise: %0–20: 1 hasta %20–40: 12 hasta %40–60: 17 hasta %60–80: 18 hasta %80–100: 2 hasta Sosyal ve emosyonel işlev açısından hastaların %58'i (%40–80 aralığı) orta düzeyde etkilendiğini belirtmiştir. Bununla birlikte, %26'lık bir grup (%0–40 aralığında) düşük yaşam kalitesine işaret eden skorlar bildirmiştir. (Tablo 1)

Sonuç ve Tartışma

Yüz felci nedeniyle rekonstrüktif cerrahi geçiren hastaların büyük çoğunluğunun, fiziksel fonksiyonlar açısından yaşam kalitesini geri kazandığı gözlemlenmiştir. FDI fiziksel alt ölçek skorlarına göre, hastaların yarısından fazlası yüz hareketleri, konuşma ve yeme gibi işlevleri yeterli düzeyde yerine getirebilmektedir. Ancak sosyal ve emosyonel alt ölçekte daha geniş bir dağılım gözlenmiş; bazı hastaların sosyal çekinme, duygusal zorlanma ve özsaygı sorunları yaşamaya devam ettikleri belirlenmiştir. Bu durum, yüz felcinin yalnızca anatomik ve fonksiyonel değil, aynı zamanda psikososyal etkileri olan bir durum olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Cerrahi sonrası dönemde, psikolojik destek, yüz rehabilitasyonu ve sosyal uyum programlarının uygulanması yaşam kalitesini artırabilir. FDI gibi hasta-raporlu yaşam kalitesi araçlarının klinik pratiğe entegrasyonu, yalnızca cerrahi başarının değil, hastanın gerçek yaşam deneyiminin ve memnuniyetinin de değerlendirilmesine olanak tanır.[4,5] Bu çalışma, yaşam kalitesi odaklı ölçütlerin yüz felci yönetiminde daha yaygın ve sistematik olarak kullanılmasına katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: facial disability index (FDI), fasyal paralizi, gracilis, tensor fascia lata

Tablo 1



Tablo 1: FDI Fiziksel ve Sosyal/ Emosyonel Fonksiyon Dağılımı

SB-100

Cerrahi Girişim Öncesi Aksiller Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Adalimumab (Humira) Kullanımı: Retrospektif Bulgular ve Prospektif Analizler

Burak Tunahan Ekincikli, İbrahim Akpınar, Emre Doğruyol, Ahmet Kerem Kadıkıran, Kamuran Zeynep Sevim
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Sarıyer, İstanbul

Giriş

Hidradenitis suppurativa, tekrarlayan drenajlı sinüsler ve apse oluşumu ile karakterize, ağırlıklı olarak deri kıvrımlarındaki terminal kıllar ve apokrin bezler içeren bölgelerde görülen kronik, tekrarlayan enflamatuar bir deri hastalığıdır. [1] Fizik muayenede nodüller, apseler, psödokomedonlar, sinüs traktları ve skarlarla karakterize tipik bir morfoloji sergiler. Modifiye Dessau sınıflamasına göre altı aylık bir süre içerisinde iki ayrı anatomik bölgenin etkilenmesi ile klinik ve topografik tanı konulan bu hastalığın en sık etkilediği bölgeler koltuk altı, inframammarian hat, kasıklar, kalçalar, perianal ve perineal kısım olarak bilinmektedir. [2] Patofizyolojinin merkezinde infundibular dış kıl kökü kılıfı kıl folikülü kök hücre bölgesinin içsel bir düzensizliği sonucu oluşan hiperplazi ve hiperkeratoz yer almaktadır. İnfundibular hiperplazi zamanla kıl folikülünün tıkanmasına ve genişleyen kıl folikülü içinde keratin ve bakterilerin birikmesine yol açar. Oluşumunda hem genetik hem de çevresel birçok faktörün rol oynaması sebebiyle hidradenitis suppurativa hastalığının yönetiminde yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra medikal ve cerrahi çözümlerin yer aldığı geniş bir yaklaşım yelpazesi bulunmaktadır. [3] Son yıllarda, TNF-α inhibitörlerinden biri olan adalimumab (Humira), özellikle ileri evre hastalarda sistemik tedavi seçeneği olarak yaygınlık kazanmıştır. Adalimumabın tek başına kullanıldığı gibi cerrahi işlem öncesi neoadjuvan olarak kombine kullanıldığı çözümler de literatürde dikkat çekmektedir. [4] Okumakta olduğunuz çalışmada, kliniğimizde aksiller hidradenitis suppurativa nedeniyle eksizyon sonrası rekonstrüksiyon yapılan hastaların demografik özellikleri, eşlik eden risk faktörleri ve cerrahi girişim türleri değerlendirilmiş, operasyon öncesi adalimumab kullanan ve kullanmayan hastaların cerrahi revizyon oranları karşılaştırılmıştır.

Materyal Metot

2020–2025 yılları arasında aksiller hidradenitis suppurativa nedeniyle tarafımızca eksizyon ve flep ile rekonstrüksiyon yapılmış ve devamında en az 12 ay klinik olarak takip edilmiş toplam 22 hastanın kayıtları demografik özellikler (yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, kronik hastalıklar) ve tercih edilen cerrahi yaklaşım açısından retrospektif olarak incelenmiştir. En az 12 hafta adalimumab tedavisi aldığı dosya kayıtlarında açıkça belirtilmiş olan hastalar alt grup olarak analiz edilmiş, adalimumab tedavisi almamış ya da 12 haftadan daha kısa süreyle tedavi görmüş hastalarla rekürrans veya post-op komplikasyon nedeniyle cerrahi revizyona alınması açısından karşılaştırılmıştır. Adalimumab tedavisinin tamamlanmasının ardından cerrahi girişim öncesi ek bir bekleme süresi planlanmamıştır.

Bulgular

Çalışmaya 15'i erkek, 7'si kadın olmak üzere 22 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 39.2 (±7.8) olarak hesaplandı. Ortalama vücut kütle indeksi (VKİ) 30.6 idi. Hastaların her birisi sigara kullanıcısıydı ve ortama kullanım 15 paket/yıl bulundu. Kronik hastalar incelendiğinde hastaların 18'sinde diyabet, onunda hipertansiyon, yedisinde dislipidemi, üçünde Crohn hastalığı, ikisinde hipotiroidi, birisinde ise artrit olduğu gözlemlendi. Eksizyonu takiben, 22 hastanın sekizinde torakodorsal arter perforatör flebi (TDAP), beşinde latissimus dorsi flebi (LD), üçünde posterior arm perforatör flebi, üçünde inner arm perforatör flep, ikisinde paraskapular flep, birinde ise keystone perforatör flebi kullanıldı. Adalimumab kullanan 16 hastanın yalnızca birinde (%6,3) enfeksiyon nedeniyle postoperatif revizyon gerekmişken, adalimumab kullanmayan altı hastanın üçünde (%50, ikisinde rekürrans, birisinde enfeksiyon nedeniyle) revizyon gerekmiştir. Yapılan karşılaştırmada Fisher's exact test ile iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (tek yönlü p = 0.046). Göreceli risk analizi, adalimumab kullananlarda revizyon riskinin kullanmayanlara kıyasla anlamlı ölçüde azaldığını göstermiştir (RR = 0.13).

Tartışma

Hidradenitis suppurativa, hormonal, immünolojik ve mikrobiyolojik faktörler sonucu oluşan, temel olarak infundibular pilosebase ünitenin etkilendiği, kronik, tekrarlayan bir cilt hastalığı olarak tanımlanabilir. Çeşitli çalışmalarda prevalansı %0.05 ile %4 arasında raporlanan bu rahatsızlığa özellikle kadın cinsiyette (kadın erkek oranı 3:1) ve ikinci ve üçüncü dekatta daha sık rastlanır. Lezyonlar en sık aksiller ve inguinal alanlarda gözlemlenmektedir. [5] Hastalığın risk faktörleri arasında obezite, DM tip 2, sigara kullanımı, metabolik sendrom, hipertansiyon ve hiperkolesterolemi bulunmaktadır. Genetik olarak incelendiğinde, hastaların 3'ünde NCSTN mutasyonunun bulunduğu ve bu mutasyonun γ-secretase eksikliğine yol açarak infundibular dış kıl kökünün tıkanmasına rol oynadığı düşünülmektedir. [6] Hastalığın tekrarlayıcı lezyonlar sonucunda kronikleşmesinde TNF, IL-17A ve GM-CSF gibi proinflamatuar sitokinlerin salgılanmasının ardından oluşan hiperplazinin ve ek hücre göçünün büyük bir rolü olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. [7]

Birçok risk faktörü ve karmaşık bir oluşum süreci bulunan hidradenitis suppurativa, tanımlanmasından itibaren geçen süre içerisinde farklı uzmanlık alanlarının ilgisini çekmiştir. Multidisipliner yaklaşımların bir sonucu olarak hastalığın yönetimi için geniş bir spektrum doğmuştur. Uluslararası kılavuzlar incelendiğinde, özellikle son yıllarda invazif ve non-invazif tedavi seçeneklerinin çoğunda adalimumaba yer verildiği fark edilmektedir. Adalimumab, sistemik antibiyotiklere yanıt vermeyen orta-şiddetli ve şiddetli hidradenitis suppurativa tedavisinde onaylanan tek biyolojik ajan kendine yer bulmaktadır. [8] Medikal yaklaşımların yetersiz kaldığı, cerrahi tedaviye aday olan hastalarda adalimumabın operasyon öncesi kullanımına devam edilmesinin fayda sağladığı düşünülmektedir. Çalışmamızda, ameliyat öncesi adalimumab tedavisini tamamlamış hastaların tedavisini tamamlamayan hastalara göre rekürrans veya komplikasyon nedeniyle yeniden opere edilme ihtimallerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Sonuç

Çalışmamızın sonuçları, aksiller hidradenitis suppurativa nedeniyle cerrahi girişim planlanan hastalarda operasyon öncesi adalimumab kullanımının postoperatif dönemde revizyon gereksinimini anlamlı ölçüde azalttığını göstermektedir. Adalimumab kullanan grupta revizyon oranı belirgin şekilde düşük bulunurken, kullanmayanlarda nüks nedeniyle tekrar cerrahi ihtiyacı daha yüksek seyretmiştir. Bu bulgu, biyolojik tedavinin yalnızca medikal yaklaşımla sınırlı kalmayıp cerrahi süreçle entegre edildiğinde de fayda sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, ileri evre aksiller hidradenitis suppurativa olgularında cerrahi eksizyon ve flep rekonstrüksiyonu öncesinde adalimumab tedavisinin uygulanması, hastaların uzun dönem tedavi başarısı ve cerrahi sonuçlarının iyileştirilmesi açısından dikkate değer bir seçenek olarak değerlendirilmelidir.

Kaynakça

1. van Straalen, Kelsey R., Errol P. Prens, and Johann E. Gudjonsson. "Insights into hidradenitis suppurativa." Journal of Allergy and Clinical Immunology 149.4 (2022): 1150-1161.

2. Frew, John, et al. "Australasian hidradenitis suppurativa management guidelines." Australasian Journal of Dermatology 66.2 (2025): 75-89.

3. Taylor, Erin M., et al. "Plastic surgical management of hidradenitis suppurativa." Plastic and Reconstructive Surgery 147.3 (2021): 479-491.

4. Hendricks, Aleksi J., et al. "A comparison of international management guidelines for hidradenitis suppurativa." Dermatology 237.1 (2021): 81-96.

5. Goldburg, Samantha R., Bruce E. Strober, and Michael J. Payette. "Hidradenitis suppurativa: epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis." Journal of the American Academy of Dermatology 82.5 (2020): 1045-1058.

6. van Straalen, Kelsey R., Errol P. Prens, and Johann E. Gudjonsson. "Insights into hidradenitis suppurativa." Journal of Allergy and Clinical Immunology 149.4 (2022): 1150-1161.

7. Krueger, James G., et al. "Hidradenitis suppurativa: new insights into disease mechanisms and an evolving treatment landscape." British Journal of Dermatology 190.2 (2024): 149-162.

8. Finkelstein, Emily R., et al. "Hidradenitis Suppurativa: Surgical Management." A Comprehensive Guide to Male Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery. Cham: Springer International Publishing, 2024. 575-589.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, aksiller rekonstrüksiyon, hidradenitis suppurativa, TNF-α

SB-101

Estetikten Psiko-Sosyale: Yüz Nevüslerinin Eksizyonu Sonrası Estetik ve Psiko-Sosyal Sonuçların FACE-Q ve SCAR-Q ile Değerlendirilmesi

Kadri Özer[1], Baturalp Avcıoğlu[2],
Mehmet İhsan Gülmez[3], Özlem Çolak[2]
[1]Aydın Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Aydın
[2]Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hatay

Yüz bölgesinde yer alan pigmente lezyonlar ve nevüsler, yalnızca tıbbi değil aynı zamanda estetik ve psiko-sosyal etkileriyle de fasiyal plastik cerrahi pratiğinde önemli bir sorun alanı oluşturmaktadır. Özellikle görünür bölgelerdeki lezyonlar, bireylerin özgüvenini, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte, cerrahi sonrasında bu bölgede bulunan her türlü iz yalnızca fiziksel bir sorun olarak değil, aynı zamanda psiko-sosyal bir stres faktörü olarak da değerlendirilmektedir. Cerrahi eksizyon bu lezyonların tedavisinde temel yaklaşım olmakla birlikte, operasyon sonrası oluşan skar dokusu da hasta memnuniyetinde belirleyici bir faktördür. Son yıllarda plastik cerrahi pratiğinde yalnızca cerrahi teknik sonuçların değil, aynı zamanda patient-reported outcome (PRO) ölçütlerinin de değerlendirilmesi giderek daha önemli hale gelmiştir. Hasta bakış açısını merkeze alan bu ölçütler, tedavinin yalnızca teknik başarısını değil, hastanın görünüm memnuniyetini, psiko-sosyal iyilik halini ve yaşam kalitesini de somut biçimde ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda FACE-Q ve SCAR-Q ölçekleri, estetik ve rekonstrüktif cerrahi sonrası hasta deneyimlerini ölçmek üzere geliştirilmiş ve geçerlilikleri kanıtlanmış araçlardır. Bu ölçekler sayesinde, cerrahi öncesi ve sonrası dönemde hastaların lezyon görünümü, iz görünümü, memnuniyet düzeyi ve psiko-sosyal etkilenimleri sayısal olarak değerlendirilebilmektedir. Bu çalışmada amacımız, yüz bölgesinde nevüs eksizyonu yapılan hastalarda, cerrahi sonuçları hem objektif ölçütlerle hem de hasta-bazlı sonuç ölçekleriyle değerlendirmek; erken ve geç postoperatif dönemdeki değişimleri ortaya koymaktır.

Çalışma işlem öncesi ve sonrası verilen anketlerin retrospektif değerlendirilmesi ile yürütülmüştür. Estetik nedenlerle yüz nevüsü eksizyonu yapılan ardışık hastalar dahil edilmiştir. Çalışmaya yüz bölgesinde nevüs nedeniyle eksizyon yapılan hastalar dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, komorbiditeler, sigara kullanımı, ilaç öyküsü ve Fitzpatrick cilt tipleri kaydedilmiştir. Lezyonların lokalizasyonu alın, gözkapakları, burun, dudak, çene, şakak, yanak ve kulak bölgelerine göre sınıflandırılmıştır. Nevüslerin preoperatif boyutları ve postoperatif erken ile geç dönem skar ölçümleri uzunluk, genişlik ve alan parametreleri üzerinden belirlenmiştir.

Hastaların cerrahi sonuçlarını değerlendirmek üzere aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır:

-SCAR-Q Görünüm Cetveli: Lezyonun/skarın görünümü, rengi, boyutu, konturu gibi özellikler üzerinden hasta memnuniyetini ölçmüştür.

-SCAR-Q Psikososyal Etki Ölçeği: İz nedeniyle utanma, üzülme, mutsuzluk, sosyal kaçınma gibi parametreleri değerlendirmiştir.

-FACE-Q Yüz Görünümü ve Memnuniyet Ölçeği: Hastaların genel yüz görünümünden memnuniyet düzeylerini ortaya koymuştur.

Tüm ölçekler, orijinal kılavuzlarına uygun biçimde puanlanmış, Rasch dönüştürülmüş 0–100 skorları hesaplanmıştır. Yüksek skorlar daha iyi sonucu temsil etmektedir. İstatistiksel analizde tanımlayıcı yöntemler kullanılmış, preoperatif ve postoperatif ölçümler karşılaştırılmış, ayrıca cilt tipi, lokalizasyon ve başlangıç lezyon boyutu ile ilişkiler araştırılmıştır.

Objektif ölçümlerde, preoperatif dönemdeki lezyon alanı cerrahi sonrası belirgin biçimde azalmış ve yerine daha küçük boyutlu bir skar dokusu kalmıştır. Erken postoperatif dönemde daha belirgin olan skar, geç dönemde gözle görülür şekilde iyileşmiş, boyutlarında ve görünümünde gerileme izlenmiştir. Hasta-raporlu sonuçlarda, SCAR-Q Görünüm Cetveli puanlarının postoperatif dönemde anlamlı artış gösterdiği gözlenmiştir. Hastalar, nevüsün ortadan kalkmasıyla birlikte yüz estetiklerini daha olumlu değerlendirmiş, sosyal ortamlarda kendilerini daha rahat hissetmeye başlamışlardır. Psiko-sosyal etki alt ölçeği sonuçları da benzer biçimde artış göstermiş, sosyal özgüvenin belirgin şekilde yükseldiği rapor edilmiştir.

Bununla birlikte, sonuçlar lezyonun başlangıç lokalizasyonuna göre farklılık göstermiştir. Burun ve dudak gibi dikkat çekici bölgelerde yapılan eksizyonlarda, hastalar görünüm konusunda daha eleştirel olmuş; buna karşın yanak ve şakak bölgelerinde skarların daha az dikkat çekmesi, hasta memnuniyetini artırmıştır.

Bu çalışma, yüz nevüslerinin eksizyonu sonrası sonuçların yalnızca klinik değil, aynı zamanda estetik ve psiko-sosyal boyutlarının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Plastik cerrahi pratiğinde başarıyı yalnızca teknik olarak kusursuz bir operasyon değil, aynı zamanda hastanın algıladığı estetik ve psikolojik kazanımlar belirlemektedir. Skar dokusunun boyut ve görünümündeki değişiklikler, zaman içinde standart biçimde izlemede güçlü bir araçtır. Ancak tek başına objektif ölçüm, hasta deneyimini yeterince yansıtmaz. Bu noktada SCAR-Q'nun devreye girmesi, cerrahi sonrasında hastaların kendi memnuniyetlerini,

sosyal uyumlarını ve psiko-sosyal yüklerini doğrudan değerlendirme fırsatı sunar. Çalışmamızda iki aracın bir arada kullanılması, hasta merkezli cerrahi pratiğin güçlü bir örneğini oluşturmuştur.

Elde edilen sonuçlar, cerrahi sonrası estetik görünümün yanı sıra psiko-sosyal iyileşmenin de en az fiziksel sonuç kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Nevüs eksizyonu sonrası bireylerin sosyal ilişkilerde daha özgüvenli hale gelmesi, plastik cerrahinin bireyin yaşam kalitesine doğrudan etkisini vurgulamaktadır. Çalışmanın sınırlılıkları arasında örneklem sayısının görece kısıtlı olması, takip süresinin uzun dönem sonuçları tam olarak yansıtmayabilmesi ve hasta memnuniyetinde kültürel farklılıkların rol oynaması sayılabilir.

Sonuç olarak, yüz nevüsü eksizyonu yalnızca tıbbi bir prosedür değil, aynı zamanda bireylerin estetik, psikolojik ve sosyal yaşamlarında olumlu dönüşümlere yol açan bir müdahaledir. Hasta merkezli değerlendirme araçlarının yaygınlaştırılması, plastik cerrahi pratiğinde geleceğin yönünü belirleyecek temel unsurlardan biri olacaktır. FACE-Q ve SCAR-Q ölçekleri, bu etkinin nesnel biçimde ortaya konmasında değerli araçlar olup, plastik cerrahi pratiğinde hasta-bazlı sonuç ölçütlerinin rutin kullanıma girmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: FACE-Q, Nevüs, Psikososyal etki, SCAR-Q, Yüz

SB-102

Abdominoplasti ve DIEP Flebi Yapılan Hastalarda Umbilikus Dolaşımının Karşılaştırılması

İbrahim Mansuroğlu, Zeynep Deniz Akdeniz Doğan, Kutay Kara
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Bu çalışmada, abdominoplasti ve derin inferior epigastrik arter perforator (DIEP) flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda postoperatif umblikal dolaşım komplikasyonlarınınsıklığı ve olası risk faktörleri karşılaştırıldı. Ayrıca, unilateral - bilateral DIEP flep uygulamaları arasındaki farklılıklar incelendi.

Yöntem:

2021-2025 yılları arasında yapılan abdominoplasti ve DIEP ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hasta dosyaları retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı gibi demografik bilgileri ve diabetes mellitus (DM) ve kemoterapi (KT) öyküleri kaydedildi. Abdominoplasti hastaları Grup 1 ve DIEP hastaları Grup 2 olacak şekilde sınıflandırıldı. Grup 2 ayrıca unilateral (Grup 2a) ve bilateral (Grup 2b) olarak bölündü. toplam 215 hasta retrospektif olarak incelendi. Grup 1: Umblikusta görülen eritem, dehissans, parsiyel nekroz, enfeksiyon minör komplikasyonlar ve umblikusun total nekrozu major komplikasyon olarak tanımlandı. İstatistiksel analizlerde ki-kare ve Mann–Whitney U testleri kullanıldı, $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Toplam 215 hasta dosyası incelenedi. Abdominoplasti yapılan 87 hasta (Grup 1), DIEP flep rekonstrüksiyonu yapılan 128 hasta (Grup 2) mevcuttu. Grup 2a'da 92, Grup 2b'de 36 hasta bulunmaktaydı. Yaş ortalaması Grup1'de 39.7(Std. 8,3) olup Grup2'de 46.5(Std. 8,7) olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Grup1'de hastaların %48'i, Grup2'de ise %25'i sigara kullanmaktaydı. Bu oranlar incelendiğinde sigara içiminde gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi (p=0,066). Diyabet hastalığı Grup1'de 5 hastada (%5,7) Grup2'de yine 5 hastada (%4) saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.(p=0,6) VKI değerleri Grup1'de 25,2'dir(Std. 8,3) bu değer Grup2'de 28.1(Std. 3,7) olup komplikasyon risk analizinde gruplar arasında herhangi bir anlamlı farklılık oluşturmamıştır. (p=0.067).Kemoterapi öyküsü olan hasta sayısı Grup2'de anlamlı oranda yüksekti (%1.1 vs %32.8, $p < 0.001$). Umblikal dolaşım komplikasyonları incelendiğinde hiçbir hastada majör komplikasyon (total umblikal nekroz) gözlenmedi. Grup 1'de 87 hastanın 6'sında (%6,9), Grup 2'de 128 hastanın 3'ünde (%2,3) minör komplikasyon gözlendi. Grup1'de komplikasyon oranı Grup2'ye kıyasla anlamlı oranda yüksektir (p=0,035). Grup2 kendi arasında incelendiğinde Grup2a(Tek taraflı DIEP flebi) 92 hastadan 2'sinde(%2,2), Grup2b(Bilateral DIEP flebi) 36 hastadan 1 hastada(%2,8) minör komplikasyon gözlenmiştir. Komplikasyon gelişme riski açısından DIEP yapılan gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı (p=0,78).

Sonuç:

Abdominoplasti yapılan hastalarda postoperatif umbilicus dolaşımıyla ilgili komplikasyon oranı, DIEP flep yapılanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Tek taraflı ve bilateral DIEP flep uygulamaları arasında komplikasyon ve risk faktörleri açısından fark gözlenmemiştir. Abdominoplasti cerrahisi yapılan hastalarda umblikal dolaşımın minör komplikasyon oranının yüksek gözlenmesinin bir sebebi skarın estetik amaçlı olarak daha inferiora konumlandırmak amacıyla karnın daha gergin kapatılması ve rektus plikasyonun daha agresif yapılmasına bağlı olarak umbilikus dolaşımının bozulması olabilir. Bu sonuçlar cerrahi planlama ve hasta seçimi süreçlerinde yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: umblikus, dolaşım, abdominoplasti, diep

SB-103

Otoplasti Hastalarında Balık Ağzı Eksizyon ve Distal Pediküllü Perikondrio Adipo dermal Flep ile Yapılan Lobülasti Tekniklerinin Karşılaştırılması

Haydar Perdeci, Fatma Kilvan Cansı, Abdullah Yavuz, Mustafa Demirok, Deniz Arjen Baran, Dilara Sabur, Ragıp Ruhat Balık, Mustafa Mert Okumuş, Hikmet Can Doğruel, Dinçer Altınel, Gülsüm Çebi, Merdan Serin
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada otoplasti operasyonlarında kullanılan iki farklı lobülasti tekniği – balık ağzı eksizyon ve perikondriyoadipodermal flep kısa ve uzun dönem sonuçlar açısından karşılaştırıldı. Küçük bir hasta serisi üzerinde tekniklerin etkinliği, operasyon süresi, kulak–mastoid açı ölçümleri ve hasta memnuniyeti değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2024 – Aralık 2024 tarihleri arasında toplam 10 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar balık ağzı eksizyon (n=5) ve perikondriyoadipodermal flep (n=5) gruplarına ayrıldı. Demografik veriler, operasyon süreleri, kulak–mastoid açı ölçümleri (preoperatif, 6. ay, 12. ay) ve hasta memnuniyet skorları analiz edildi.

UYGULANAN TEKNİKLER

1. Balık Ağzı Eksizyon: Posteriorda eliptik eksizyon, direkt sütur ile retraksiyon, ortalama operasyon süresi: 10 ± 2 dk

2. Perikondriyoadipodermal Flep: Posterior yaklaşımla flep hazırlanması, konkal kıkırdağa hazırlanan flebin fiksasyonu, ortalama operasyon süresi: 22 ± 3 dk

TABLO 1. Hastaların Demografik

Özellikleri ve Kulak–Mastoid Açı Ölçümleri

Özellik

Balık Ağzı Eksizyon (n=5)

Perikondriyoadipodermal Flep (n=5)

p değeri

Yaş (ortalama ± SD)

22.0 ± 3.5

23.4 ± 4.1

>0.05

Cinsiyet (E/K)

2 / 3

2 / 3

>0.05

Takip süresi (ay)

13.8 ± 1.5

14.2 ± 1.7

>0.05

Operasyon süresi (dk)

11 ± 2

21 ± 3

< 0 . 0 1

Kulak–mastoid açı (°) Preop

38.4 ± 3.9

39.0 ± 4.2

>0.05

Kulak–mastoid açı (°) Postop 6. ay

26.0 ± 2.7

25.6 ± 2.9

>0.05

Kulak–mastoid açı (°) Postop 12. ay

27.6 ± 3.1

26.0 ± 2.5

<0.05

Hasta memnuniyeti (VAS, 1–10)

8.0 ± 0.7

9.2 ± 0.5

<0.05

BULGULAR

- Her iki grupta da preoperatif kulak–mastoid açı benzerdi (~39°).

- Postoperatif 6. ayda her iki teknikte de açı anlamlı şekilde azaldı (~26°).

- Balık ağzı eksizyon grubunda 12. ayda açının ortalama 27.6°'ye yükselmesi, hafif nüks eğilimi olarak değerlendirildi.

- Perikondriyoadipodermal flep grubunda açı 26.0° ile stabil seyretti.

- Hasta memnuniyeti skorları Perikondriyoadipodermal flep grubunda daha yüksek bulundu.

TARTIŞMA

Balık ağzı eksizyon tekniği, küçük serimizde kolay uygulanabilirliği ve kısa operasyon süresi ile avantajlıdır. Ancak 12. ayda açının artması, bu yöntemin uzun dönemde nüks riskine açık olabileceğini göstermektedir. Perikondriyoadipodermal flep tekniği ise, operasyon süresinin daha uzun olmasına rağmen, açının stabil seyretmesi ve yüksek hasta memnuniyeti ile öne çıkmaktadır. Küçük hasta serisi nedeniyle sonuçlar sınırlı olmakla birlikte, bu çalışma iki tekniğin klinik pratiğe yansıyan farklılıklarını ortaya koymaktadır.

SONUÇ

Her iki yöntem de estetik olarak tatmin edici sonuçlar sağlamaktadır.

- Balık ağzı eksizyon: Hızlı, pratik, fakat uzun vadede açının artması ile nüks eğilimi görülebilir.

- Perikondriyoadipodermal flep: Daha uzun cerrahi süreye rağmen, uzun dönemde daha stabil ve memnuniyet oranı yüksek sonuçlar verir.

Teknik seçimi, cerrahın deneyimi ve hastanın beklentileri doğrultusunda yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Perikondriyoadipodermal flep, Otoplasti, Lobülasti

Distal Pediküllü Perikondrio Adipo Dermal Flep



Bu flep sayesinde lobülü istediğimiz düzlemde hareket ettirme kabiliyetimiz oluyor.

SB-104

Türkiye'de Plastik Cerrahi Asistanlık Eğitiminde Kadın Temsilinin Yıllar İçinde Değişimi

Feryal Tunç, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik rekonstrüktif Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ:

Cinsiyet eşitsizliği tarihsel olarak tıpta gözlenmiş olsa da, son yıllarda belirgin dönüşümler yaşanmaktadır. Tıp fakültelerinde öğrenci cinsiyet dağılımı nispeten eşitlenmiş görünse de, plastik cerrahi de dahil olmak üzere bir çok cerrahi branşlarda bu eşitlik henüz tam olarak yansımamaktadır. Plastik cerrahi, hem rekonstrüktif hem de estetik yönüyle multidisipliner bir yaklaşım gerektiren, teknik beceri kadar sanatsal bir bakış açısını da zorunlu kılan dinamik bir cerrahi alandır. Bu özellikleriyle, son yıllarda hekim adayları arasında giderek daha fazla ilgi gören bir branş haline gelmiştir. Ancak bu ilgiye rağmen, cerrahi branşlarda bu cinsiyet eşitsizliği devam etmekteydi. Kadın hekimler, özellikle cerrahi branş seçiminde tarihsel, kültürel ve sistematik birçok engelle karşı karşıya kalmıştır. Bu engellerden bazıları; uzun ve zorlu eğitim süreçleri, nöbetli ve yoğun iş temposu, gebelik ve annelik dönemlerinde yaşanan zorluklar, erkek meslektaşlarına kıyasla daha az desteklenme, ve çoğu zaman açıkça dile getirilmeyen ancak hissedilen cinsiyet temelli önyargılardır. [1, 4].

Bu çalışma, Türkiye'de tıpta uzmanlık sınavında plastik cerrahi kontenjanlarının yıllara göre değişimi ve buna bağlı olarak plastik cerrahi asistanlığı eğitimine kadınların katılım oranının yıllar içinde nasıl değiştiğini incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem:

Bu araştırmada, 2015–2024 yılları arasında Türkiye'deki üniversitelerin Plastik Cerrahi Anabilim Dalları'nda görevli asistan kadrosu incelenmiştir. Devlet ve vakıf üniversitelerine ait tıp fakülteleri YÖK, ÖSYM Tercih Kılavuzları ve kurumsal web siteler taranarak belirlenmiştir. Web sitelerinde isimleri yer alan plastik cerrahi asistanları; isim, cinsiyet ve görev yılı gibi değişkenlere göre değerlendirilmiştir. Cinsiyeti belirlenemeyen hekimler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu araştırmada 01.01.2015–31.12.2024 yılları arasında tıpta uzmanlık sınavı sonucuna göre açılan kontenjanlar YÖK, ÖSYM Tercih Kılavuzları taranarak veriler elde edilmiştir.

2015 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 51

2016 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı:51

2017 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı:65

2018 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 81

2019 yılında1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 95

2020 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 137

2021 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 134

2022 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 446

2023 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 366

2024 yılında 1. Ve 2. dönemi dahil olmak üzere plastik cerrahi tus kontenjanı: 411

2015–2024 yılları arasında plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanlık kontenjanlarında belirgin bir artış gözlenmektedir.

Bu verilerle yaptığımız istatistiksel analizde, yıllar ile kontenjan sayısı arasında yüksek düzeyde anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$).

Bu sadece sayısal bir artış değil; aynı zamanda, kadın asistan sayısındaki artışla birlikte cerrahi branşlarda toplumsal cinsiyet dengesi açısından da önemli bir kırılmanın göstergesidir.

TARTIŞMA-Sonuç:

Tıpta uzmanlık sınavı plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi kontenjanları yıllara göre değerlendirildiğinde son 10 yılda elde edilen verilere göre belirgin bir artış olduğu belirlenmiştir. 3 eylül 2022 tarihinde doktorlara özellikle asistan hekimlere nöbet ertesi izin hakkı mevzuata ve yürürlüğe girdi. Son 10 yılda ve özellikle 2022 yılından itibaren kontenjan sayılarında aşırı artış olmasıyla ve 3 eylül 2022 tarihinde nöbet ertesi hakkı verilmesiyle kadın hekimlerin plastik cerrahiyi tercih etmesinde artış olduğu düşünülmektedir.

Kadınların plastik cerrahiye yöneliminin artması, toplumsal cinsiyet rollerindeki dönüşümün bir yansıması olabilir. [2, 4] Plastik cerrahide kadın temsilinin arttığı gözle görülür bir gerçek haline gelmiştir. Bu artış, sadece sayısal bir değişim değil, cerrahi tıpta kültürel bir dönüşümün göstergesidir. Kadınların eğitimin pasif alıcısı değil,cerrahinin aktif üreticisi olması; plastik cerrahinin geleceğini zenginleştirecektir. [1, 3, 5]. Artan kontenjan sayısı, nöbet sonrası izin uygulamaları, kadın rol modellerin görünürlüğü gibi faktörler bu tercihi destekliyor olabilir. [1, 4] Ancak kadın cerrahların sayısal artışı, akademik liderlik ve yayın üretkenliği gibi alanlara henüz aynı hızla artış görülmemektedir. [1, 5]. Bu kırılmanın sürekliliği için destekleyici politikalar, esnek çalışma koşulları ve mentorluk sistemlerinin güçlendirilmesi gereklidir. Buradan hareketle diğer alanlarda nispeten toplumsal cinsiyet algısının düşük olduğu, ama cerrahi tıp bilimi alanında bu alanın erkek hekimlerin alanı olduğu algısının hala devam ettiği söylenebilir. Bu durumun altında yatan nedenlerin başında; cerrahi alanda el becerilerinin körelmemesi için devamlılık gerektirmesi konusu gelmektedir. Fakat kadınların hamilelik ve çocuk gibi gerekçelerle belirli süre mesleğini icraya ara verme ve profesyonel mesleklerde çalışan kadınların iş-aile yaşamını dengeleme zorluğu söz konusu devamlılığı sekteye uğratabilir gibi görünmektedir. Diğer neden ise, temelde cerrahlığın bir erkek mesleği olarak algılanmasıdır. Genel olarak cerrahi hekimliğin bir erkek mesleği olarak algılandığı düşünülmektedir ve özellikle bu noktada bir yatay ayrışmanın varlığı söz konusu olmaktadır. Yani cerrahi bilimlere erkeksilik atfedilmesiyle bu bilim dalında kadınların aleyhine işleyen bir durum ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak; bugüne kadar hekimlik mesleğinde erkekler kadınlardan daha fazla yer edinmişlerdir. Fakat bu durum her geçen gün değişmektedir ve son yıllarda cerrahi bölüm ve plastik cerrahi asistanlığı tercih eden kadınların sayısının artışta olduğu düşünülmektedir. Tıpta uzmanlık alanlarında kadınların cerrahi bilimlerde yoğunlaşması uzmanlık alanları açısından bu kırılmanın gerçekleştiğini göstermektedir. Nihai olarak; hekimlerin uzmanlık alanı tercihlerinin kadının evdeki çocuklara karşı sorumlulukları, kadının iş hayatındaki yeri, iş-aile dengesi gibi toplumun onlara yüklediği cinsiyetçi rollerden dolayı bu tercih edilmenin azlığından sorumlu olduğundan ve günümüz şartlarında bu roller değiştiğinden tercih edilme oranı artmıştır.

Kadın plastik cerrahların artması, yalnızca eşitlikçi bir temsilin sağlanması anlamına gelmez; aynı zamanda branşın çeşitliliğini artırır. İletişim ve hasta merkezli yaklaşımı güçlendirir. Akademik ve bilimsel üretkenliği olumlu yönde etkiler. Estetik cerrahinin daha duyarlı ve bütüncül ele alınmasını sağlar. [3, 5]

Bugün geldiğimiz noktada, kadın asistan oranının artışı sadece bir sonucu değil, aynı zamanda bir başlangıcı simgelemektedir.

Plastik cerrahinin bugünü ve geleceği, kadın cerrahların katkılarıyla zenginleşmektedir. Bu artışı sadece sayılarla değil, etkiyle ve nitelikle değerlendirmek, hepimizin sorumluluğudur.

KAYNAKLAR:

1. Silvestre J, Serletti JM, Chang B. Gender disparity in academic rank and industry payments in plastic surgery. Plast Reconstr Surg. 2016;138(2):259–67.

2. Spector ND, Overholser B. Examining gender disparity in medicine and setting a course forward. JAMA. 2019;321(17):1665–6.

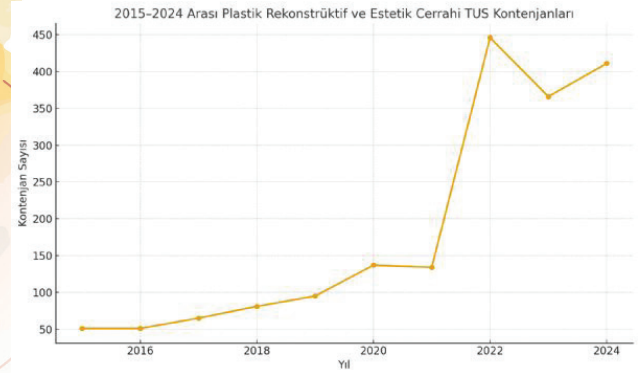
3. Rogers CR, Gutowski KA. Gender diversity in plastic surgery: A 10-year analysis of trends in authorship. Plast Reconstr Surg. 2020;145(2):433–440.

4. Ahmed M, Arnaout A. Women in surgery: highlighting the challenges. Curr Surg Rep. 2020;8:14.

5. Bucknor A, Egeler SA. Gender disparities in plastic surgery academia: Trends over time. Ann Plast Surg. 2021;86(1):104–109.

Anahtar Kelimeler: kadın plastik cerrahlar, kadın temsili, kontenjan artışı

Yıllara Göre Plastik Rekontrüktif Ve Estetik cerrahi Kontenjanları



SB-105

Cerrahi Eksizyon Uygulanan Hidradenitis Suppurativa Hastalarında Nüksü Etkileyen Klinik ve Cerrahi Faktörler

Canberk Gürbüz[1], Ceyhun Uzun[1],
Esin Arslan Diremsizoğlu[2],
Evren Odyakmaz Demirsoy[2], Murat Şahin Alagöz[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekontrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç:

Hidradenitis suppurativa (HS), özellikle aksilla ve inguinal bölge gibi apokrin bezlerden zengin anatomik bölgeleri tutan, kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Orta ve ileri evrelerde medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda cerrahi müdahale gerekli hale gelmektedir. Ancak, cerrahi sonrası nüks, klinik açıdan önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, HS eksizyon cerrahisi sonrası nüks ile ilişkili hasta ve tedaviye bağlı faktörlerin değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem:

2013–2023 yılları arasında HS nedeniyle cerrahi eksizyon uygulanan erişkin hastaların verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların hepsinde standart cerrahi yöntem olan metilen mavisi ile boyama sonrası temiz cerrahi sınırların tespiti ve lezyonun total eksizyonu gerçekleştirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, cerrahi lokalizasyon, kapatma tekniği, perioperatif bakım ve tedavi öyküleri kaydedilmiştir. Nüks, opere edilen bölgede klinik olarak doğrulanmış HS lezyonlarının yeniden ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır. Analize, en az 12 aylık postoperatif takip süresi olan hastalar dahil edilmiştir. Nükssüz sağkalım Kaplan–Meier yöntemi ile değerlendirilmiş, grup karşılaştırmalarında uygun istatistiksel testler kullanılmıştır.

Bulgular:

Toplam 54 hasta (ortalama yaş: 36,4 ± 13,1 yıl; %81,5 erkek) ve 83 cerrahi eksizyon alanı analiz edilmiştir. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 29,3 ± 5,1 kg/m², hastalık süresi ise ortalama 7,9 ± 7,3 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %64,8'i sigara içmekteydi ve en sık görülen eşlik eden hastalık %27,8 ile diyabetes mellitustur. Pilonidal sinüs ve akne konglobata gibi foliküler oklüzyon ile ilişkili durumlar hastaların %40,7'sinde mevcuttu. Hastaların büyük çoğunluğu sistemik antibiyotik kullanmıştı; %18,5'i ise operasyon öncesi biyolojik ajan kullanmıştı. Median primer lezyon boyutu, nüks eden ve etmeyen gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermedi (ortalama: 37,1 - 44,2, p = 0,214). Nüks gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında yaş, VKİ, sigara kullanımı, hastalık başlangıç yaşı veya komorbidite varlığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Operasyon yapılan 83 bölgenin %44,6'sı aksiller, %26,5'i gluteal/perineal ve %14,5'i inguinal lokalizasyonluydu. Kapatma yöntemleri arasında flep (%37,3), greft (%33,7) ve primer kapatma (%28,9) kullanılmıştır. Nüks, 54 hastanın 24'ünde (%44,4) ve tüm cerrahi alanların %28,9'unda gözlenmiştir. Medyan nükssüz süre 24 ay olarak belirlenmiştir. En yüksek nüks oranı inguinal bölgede (%41,7), ardından gluteal (%35,1) ve aksiller (%31,8) bölgelerde saptanmıştır. Primer kapatma uygulanan hastalarda nüks oranı (%54,2), flep veya greft uygulananlara kıyasla (%30,5) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p = 0,05). Postoperatif komplikasyon oranı tüm operasyonlarda %27,7 olup, nüks gelişen hastalarda daha sık görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (%47,8 vs. %33,3; p = 0,311).

Kaplan–Meier analizi, anatomik bölgelere göre nükssüz sağkalımda anlamlı fark olduğunu göstermiştir (Log-rank p = 0,006). En kısa medyan sağkalım süresi inguinal bölgede (8 ay), en uzun ise aksiller bölgede (36 ay) gözlenmiştir.

Sonuç:

HS cerrahisinde uzun dönem sonuçları etkileyen başlıca faktörler arasında cerrahi alan ve kapatma yöntemi yer almaktadır. Özellikle inguinal gibi yüksek riskli bölgelerde flep ve greft gibi onarım tekniklerinin tercih edilmesi, nüks riskini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Eksizyon, Hidradenitis, Nüks, Suppurativa

Resim-1

Değişken	Değer
Genel Özellikler	
Yaş (yıl), ortalama ± SD	36,39 ± 13,06
VKİ (kg/m²), ortalama ± SD	29,10 ± 5,10
HS süresi (yıl), ortalama ± SD	7,93 ± 7,34
HS başlangıç yaşı, ortalama ± SD	28,22 ± 12,19
Preoperatif tedavi süresi (ay)	13,7 ± 14,9
Cinsiyet	
Erkek	44 (81,5%)
Kadın	10 (18,5%)
Eşlik Eden Hastalıklar	
Diabetes Mellitus	16 (29,6%)
Depresyon	13 (24,1%)
Hipertansiyon	9 (16,7%)
Koroner arter hastalığı (KAH)	6 (11,1%)
Hiperlipidemi (HL)	3 (5,6%)
Anemi	2 (3,7%)
Crohn hastalığı	2 (3,7%)
Püstüler Psoriazis	1 (1,9%)
Ankilozan spondilit	1 (1,9%)
Anksiyete	1 (1,9%)
İnme (SVO)	1 (1,9%)
Yaşam Tarzı ve Aile Öyküsü	
Sigara kullanımı	35 (64,8%)
Alkol kullanımı	13 (24,1%)
Ailede HS öyküsü	8 (14,8%)
Foliküler Oklüzyon Triadı	
Pilonidal sinüs	12 (22,2%)
Akne konglobata	8 (14,8%)
Dissekan selülit	3 (5,6%)
Preoperatif Tedaviler	
Topikal antibiyotik	54 (100,0%)
Sistemik antibiyotik	54 (100,0%)
İzotretinoin	16 (29,6%)
Adalimumab	10 (18,5%)
Sistemik kortikosteroid	4 (7,4%)
Dapson	2 (3,7%)

Hidradenitis Suppurativa Tanılı Hastaların Analizi (n = 54

SB-106

Modern Plastik Cerrahın Repertuarındaki Eksik Enstrüman: Ultrasonun Kliniğe Entegrasyonu ve Günlük Pratikteki Rolü

Muhammed Mustafa Demirok, Mert Can Baykal, Hikmet Can Doğruel
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Yumuşak doku ve yüzeyel anatomiyi hedef alan plastik cerrahi pratiği, ultrason görüntülemenin potansiyelinden en çok fayda sağlayabilecek disiplinlerden biridir. Ancak plastik cerrahinin günlük uygulamalarında ultrasonun yeri halen oldukça sınırlıdır. Oysa ki ultrason, tanıdan tedaviye, planlamadan postoperatif takibe kadar çok sayıda klinik süreçte karar verici bir rol oynayabilir.

Bu sunumun amacı, kliniğimizde taşınabilir ultrasonun entegre edilmesiyle birlikte elde ettiğimiz çok yönlü kazanımları ve ultrasonun plastik cerrahi pratiğinde nasıl fonksiyonel bir uzantı hâline geldiğini; gözlemsel klinik örneklerle ve literatür desteğiyle paylaşmaktır. Sunumun sonunda, taşınabilir bir ultrason cihazı ile canlı gösterim yapılacaktır.

Giriş:

2024 yılı itibarıyla kliniğimize kazandırılan ultrason cihazı hem poliklinik hem de ameliyathane pratiğinde düzenli olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bunun en büyük avantajı, radyoloji desteğine ihtiyaç duymadan doğrudan cerrahın kontrolünde olması ve hızlı karar desteği sağlamasıdır. Kardiyologlar için stetoskop ne ifade ediyorsa, plastik cerrah için de ultrasonun benzer bir yere evrileceğine inanıyoruz.

Ultrasonun doğru noktada, hızlı ve kullanıcı dostu bir biçimde uygulanması, zamanla cerrahın karar verici refleksleri arasına yerleşmiştir. Bu entegrasyonun klinik örnekleri aşağıda özetlenmiştir.

Gözlemsel Bulgular ve Klinik Uygulama Örnekleri:

Perforatör Flap Planlaması:

Lokal ve bölgesel perforatör flep planlamalarında, dominant perforatörlerin yeri, yönü, derinliği ve fasyal geçiş noktaları doğrudan ultrasonla belirlenerek daha güvenli ve anatomik olarak optimize edilmiş flap dizaynları yapılabilmektedir.

Tendon Rüptürü Değerlendirmesi:

Fleksör veya ekstansör tendon rüptürlerinde, tendonun proksimale kaçış mesafesi net şekilde görüntülenerek gereksiz geniş kesilerden kaçınılmakta, daha hedefe yönelik cerrahi girişimler mümkün hâle gelmektedir.

Jinekomasti Cerrahisinde Ayırıcı Değerlendirme:

Ultrasonografi, glandüler doku baskınlığı mı yoksa yağlı komponent mi olduğunu ayrıştırmada kullanılmış, bu sayede liposuction, eksizyon veya kombine yaklaşım kararı daha net verilmiştir.

Yağ Enjeksiyonu Uygulamalarında Katman Değerlendirmesi:

Özellikle yüz ve gluteal bölge yağ enjeksiyonlarında, verilen yağın yüzeysel mi yoksa derin planda mı olduğu ultrason ile doğrulanmış; gluteal bölgedeki uygulamalarda ise intramusküler enjeksiyonun önüne geçilerek güvenliğin artırılması sağlanmıştır.

Dolgu Uygulamalarında Vasküler Haritalama:

Yüz dolgularında vasküler anatomiyi ortaya koyarak intravasküler enjeksiyon riskini azaltmakta ve aynı zamanda işlemi ultrason destekli uygulamanın hasta gözünde daha profesyonel ve güvenli algılanmasını sağlamaktadır.

Seroma ve Hematom Takibi – Aspirasyon Rehberliği:

Postoperatif dönemde gelişen seroma ve hematomların ultrasonla ayırıcı tanısı sağlanmış, aynı zamanda bu sıvı birikimlerinin hedefe yönelik, güvenli aspirasyonu mümkün kılınmıştır.

Periferik Sinir Blokları:

Ayak bileği ve el bileği düzeyindeki sinir bloklarında, anatomik yapılar ultrason eşliğinde belirlenmiş ve daha güvenli girişimlerle blok başarısı artırılmıştır.

Karpal Tünel Sendromu Değerlendirmesi:

Median sinirin çapı ve çevre yapılarla olan ilişkisi ultrasonla değerlendirilmiş; literatürde de desteklendiği üzere, bu ölçümün EMG ile benzer tanı değerine sahip olduğu klinik uygulamada da gözlemlenmiştir.

Literatür Desteği:

Yukarıda belirtilen klinik kullanım alanlarının her biri, güncel literatürde çeşitli yayınlarla desteklenmiştir. Özellikle perforatör flap planlaması, yüz dolgularında vasküler haritalama, yağ enjeksiyonunun güvenliği, seroma/hematom aspirasyon rehberliği ve karpal tünel sendromu gibi konularda ultrasonun tanısal ve yönlendirici gücünü ortaya koyan çok sayıda çalışma mevcuttur. Sunumda, bu literatürlerden seçilmiş örnekler paylaşılacaktır.

Sonuç:

Ultrason, plastik cerrahın klinik karar mekanizmasında giderek daha önemli bir yer edinmektedir. Minimal invazivlik, gerçek zamanlı değerlendirme ve doğrudan hekimin kontrolünde olması gibi avantajları sayesinde; tanıdan tedaviye, cerrahi planlamadan postoperatif takibe kadar birçok aşamada büyük kolaylık ve güvenlik sağlamaktadır.

Bu sunumda paylaşılan gözlemsel bulgular ve vaka örnekleri ışığında, her plastik cerrahın repertuarında bu enstrümanın yer alması gerektiğine inanıyoruz. Ultrasonun klinik pratikteki rolünün artmasıyla, plastik cerrahinin daha güvenli, daha isabetli ve daha profesyonel bir zemine taşınacağına eminiz.

Anahtar Kelimeler: Görüntüleme, Perforatör Haritalama, Ultrason

SB-107

Gracilis Kas Transpozisyonunun Farklı Tipte Pelvik Fistüllerde Kullanımı: 7 Olguluk Retrospektif Değerlendirme

Başak Ece Özdamar, Aytaç Bülent Kuku, Berkan Can Bilen, Serhat Şibar
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Kompleks anorektal ve ürogenital fistüller, yüksek nüks oranlarına sahiptir ve sıklıkla tekrarlayan cerrahi girişim gerektirmektedirler. Radyoterapi, obstetrik travmalar, enfeksiyonlar veya önceki cerrahi girişimler pelvik fistül oluşumuna sebep olabilmektedir. Lokal onarımların başarısız olduğu durumlarda alternatif yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Gracilis kas transpozisyonu (GKT), iyi kanlanan bir dokunun defekt bölgesine taşınarak fistül hattının desteklenmesi ve iyileşmenin artırılması prensibine dayanır. Bu çalışmanın amacı kompleks fistül olgularında GKT'nin başarı oranlarını ve hayat kalitesine etkisini saptamaktır.

Yöntem: Retrospektif olarak yapılan taramada son 20 yıl içinde GKT ile fistül onarımı yapılan toplam 7 hasta tespit edildi. Tüm hastalar daha önce başarısız cerrahi girişim öyküsüne sahipti. Hastaların yaş, cinsiyet, fistül tipi,

önceki cerrahi sayısı, stoma varlığı, nüks, ek cerrahi girişim ihtiyacı ve komplikasyonlar analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 7 hastanın 3'ü kadın, 4'ü erkekti. Yaş ortalaması 49,1 yıldı. Fistül tipleri şu şekildeydi: 3 rektovajinal fistül, 2 rektoüretral fistül, 1 rektoprostatik fistül, 1 rektovezikal fistül. Fistül etiyolojisi 5 hastada onkolojik pelvik cerrahiye, 1 hastada enterik Behçet hastalığına, 1 hastada ise pelvik travmaya bağlıydı.

Ortalama takip süresi 62,4 ay olan hastaların tamamında daha önce en az bir başarısız cerrahi girişim öyküsü mevcuttu; GKT öncesi ortalama girişim sayısı 2,2'ydi (aralık: 1–6). Tüm hastalarda operasyon öncesi stoma mevcuttu ve GKT sonrası 4 hastada stoma kapatıldı.

Postoperatif dönemde 2 hastada yara yeri enfeksiyonu, enfeksiyon gelişen hastaların birinde ise nüks meydana geldi. Nüks görülen hastada diğer taraf GKT uygulandı. Hastada 2. GKT sonrası nüks gelişmedi.

2 hastada verici alanda parestezi, 1 hastada ise çukurlaşmaya bağlı estetik kaygı bildirildi. Hiçbir hastada alt ekstremite fonksiyonunda azalma bildirilmedi.

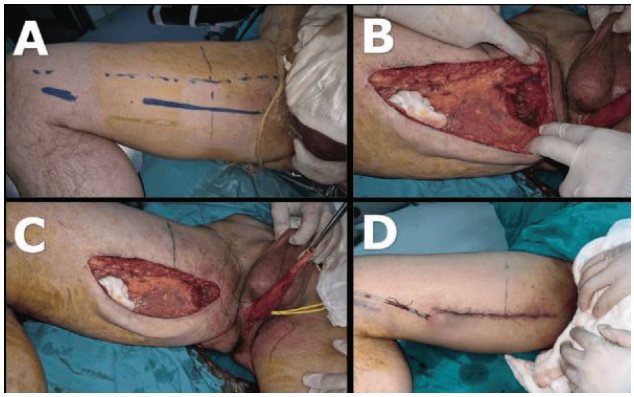
Hastaların 5'i GKT'nin hayat kalitesini arttırdığını ifade ederken aksini beyan eden 2 hastada da GKT sonrası stoma kapatılamamıştı; 1 hasta ise stoma halen açık olmasına rağmen hayat kalitesinde artış ifade etti.

Tartışma ve Sonuç: GKT, başarısız girişim öyküsü bulunan kompleks pelvik fistüllerin tedavisinde etkili bir cerrahi seçenektir. Gracilis kas flebi uzun boyu sayesinde fistül bölgesine ulaşacak şekilde döndürülebilir ve iyileşme potansiyeli zayıflamış hastalıklı doku katmanları arasına iyi vaskülarize kas dokusunun interpozisyonunu sağlar. Bu yöntemle yüksek oranda iyileşme sağlanmakta, morbidite kabul edilebilir düzeyde kalmakta ve stoma kapatma şansı artmaktadır.

GKT ile fistül onarımı yapılan hastalarda, yaşam kalitesinde kalıcı bir iyileşme sağlanabilmesi için stomanın kapatılması önemli bir tamamlayıcı basamak olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik Fistül, Anorektal Fistül, Ürogenital Fistül, Gracilis Kas Flebi, Gracilis Kas Transpozisyonu

Gracilis Kas Flebi Hazırlanması Olgu Örneği



Resim 1. Cerrahi öncesi çizim ve görünüm (A); flep diseksiyonu (B-C); cerrahi sonrası verici alan görünümü (D)

SB-108

Labioplasti Cerrahisinde Teknik Seçimin Etkisi: Estetik ve Fonksiyonel Sonuçların Analizi

Elif Uçar[1], Melih Bestel[1], Burak Hüseyin Uçar[2]
[1]*İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Özel Esencan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı*
[2]*Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Amaç: Labioplasti operasyonu için uygulanan iki farklı tekniğin postoperatif hasta konforu, komplikasyon ve cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2021- 2025 yılları arasında 3. basamak bir özel hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine, labium minuslarında kozmetik veya fiziksel memnuniyetsizlik sebebiyle başvuran 40 kadın hasta dahil edildi. Çalışma retrospektif olarak planlanmış olup İstanbul Esenyurt Üniversitesi etik kurulunda onay alınmıştır.(09/07/2025 tarih ve 2025/05 -07)

Çalışmaya labial asimetri, ilişki esnasında labium kaynaklı ağrı, kronik vajinit, dar kıyafet giyememe gibi şikayetleri olan ve sadece labioplasti operasyonu uygulanacak kadınlar dahil edilmiştir. Beraberinde vajinoplasti, hudoplasti, kolporafi anterior, posterior, perineoplasti gibi genital estetik operasyon geçirecek kadınlar çalışmaya dahil edilmedi.

Hastalar iki gruba ayrıldı. İlk 20 kişi grup 1, ikinci 20 kişi grup 2 olarak belirlendi. Grup 1 hasta grubuna modifiye wedge rezeksiyon tekniği uygulanırken, grup 2 hasta grubuna trim rezeksiyon tekniği uygulandı. Hastalar operasyon sonrası 1. hafta, 1. ay ve 6. aylarında değerlendirildi. Hastaların şikayetleri, komplikasyonlar kaydedilip hastalara cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla FSFI (kadın cinsel istek formu) ve FGSIS (kadın genital benlik imajı ölçeği) uygulandı.

Cerrahi prosedür

Trim labioplasti

Spinal anestezi altında uygun koşullarda frenulumdan posterior labium minusa kadar steril marker kalem ile rezeke edilecek bölge işaretlendi. Neşter ile rezeke edilecek alan kesildi ve makas ile rezeksiyon yapıldı. Hemostaz kontrolü sonrası labim minör 4/0 rapid vicyrl ile sütüre edildi.

Modifiye wedge rezeksiyon

Spinal anestezi altında uygun koşullarda frenulumdan posterior labium minusa kadar olan labium doğal kontürü belirlendi. Işık kaynağı ile labial arter trasesi belirlendi. Labial arter korunarak steril marker kalem ile rezeke edilecek bölge işaretlendi. Neşter ile rezeke edilecek alan kesildi ve makas ile rezeksiyon yapıldı. Hemostaz kontrolü sonrası labim minör 4/0 rapid vicyrl ile sütüre edildi.

Bulgular

Araştırmaya dahil edilen 40 kadın hastanın yaşları 22 ile 50 arasında değişmekte olup, grup 1 de ortalama yaş 34.85, grup 2 de 38.25 olarak hesaplanmıştır. Şikayetler incelendiğinde en sık nedenin cinsel tatminsizlik ve estetik kaygılar olduğu görüldü. Wedge grubunda labial asimetri daha sık operasyon nedeni olurken, trim grubunda kendini beğenmeme ön plandaydı. Sigara kullanımı ve komplikasyon oranları wedge grubunda biraz daha yüksek olmakla birlikte, her iki teknikte de komplikasyon oranları genel olarak düşüktü.

Her iki grupta da ameliyat sonrası FGSIS ve FSFI toplam skorlarında anlamlı artış izlendi (tüm karşılaştırmalar için $p<0.001$). Trim tekniği postop FGSIS skorlarında daha

yüksek artış sağlayarak estetik ve beden algısı açısından üstünlük göstermiştir. Buna karşılık, wedge tekniği postop FSFI skorlarında daha yüksek değerler ile cinsel fonksiyon açısından daha avantajlı bulunmuştur.

FSFI alt kategorilerine ameliyat sonrası arzu (desire), lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı skorları her iki grupta da anlamlı derecede artmıştır (tümü $p<0.001$). Özellikle wedge grubunda uyarılma, orgazm ve tatmin boyutlarında belirgin artış görülürken, trim grubunda ağrı azalması ve orgazm skorlarında güçlü iyileşme dikkat çekmiştir. Ancak trim grubunda uyarılma (arousal) artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.498$).

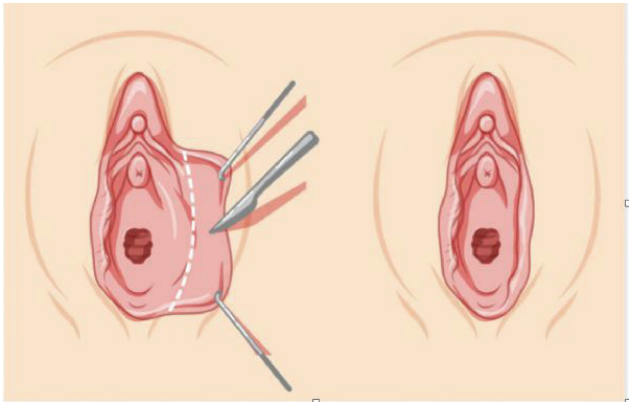
Komplikasyon gelişen üç olgunun tamamında wedge rezeksiyon tekniği uygulanmış olup, bu hastalarda sütür dehissensi gözlenmiştir. Dikkat çekici olarak, bu üç olgunun ortak özelliği aktif sigara kullanıcısı olmalarıdır.

Sonuç

Her iki cerrahi tekniğin de estetik memnuniyet ve cinsel fonksiyon üzerinde anlamlı iyileşme sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte, trim tekniği estetik memnuniyet ve ağrı azalmasında daha avantajlı, wedge tekniği ise cinsel fonksiyonun alt boyutlarında (özellikle uyarılma ve tatmin) daha belirgin iyileşme sağlamaktadır. Bulgular, geriye bırakılan labium minus dokusunun miktarının cinsel fonksiyonlar üzerinde kritik bir belirleyici olduğunu vurgulamakta ve cerrahi planlamada bu faktörün göz ardı edilmemesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, wedge grubunda gözlenen sütür dehissenslerinin yalnızca sigara kullanan hastalarda ortaya çıkmış olması, sigaranın yara iyileşmesini olumsuz etkileyerek komplikasyon riskini artırabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, labioplasti cerrahisinde hem teknik seçimi hem de hastanın sigara kullanım durumu sonuçları belirleyen kritik faktörler olarak dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: cinsellik, labioplasti, seksualite, trim, wedge

trim labioplasti



SB-110

Non-melanom Deri Kanserlerinde Nüks Oranları: 10 Yıllık Retrospektif Analiz

Berk Tahhan, Mehmet Nesim Güney, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giriş

Deri kanserleri, dünya genelinde en sık görülen maligniteler arasında yer almakta olup, başlıca iki gruba ayrılır: melanom ve non-melanom deri kanserleri (1). Melanom, yüksek metastatik potansiyeli nedeniyle mortalitesi yüksek bir tümörken; non-melanomlar, özellikle bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinom (SHK), daha düşük malign potansiyele sahip olmakla birlikte lokal invazyon ve rekürrens açısından klinik öneme sahiptir(2). Plastik cerrahi pratiğinde bu lezyonların eksizyonu, onarımı ve takibi sıklıkla gerçekleştirilmektedir. Ancak cerrahi sınırların yeterliliği, tümör tipi, lokalizasyonu ve hasta özellikleri gibi birçok faktör nüks riskini etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, plastik cerrahi kliniğimizde son 10 yılda cerrahi olarak tedavi edilen non-melanom deri kanserlerinin nüks oranlarını, etkileyen faktörleri ve klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışma, 01.01.2015–01.06.2025 yılları arasında Dicle Üniversitesi Plastik Cerrahi kliniğinde non-melanom deri kanseri tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan hastaları kapsamaktadır. Hastane arşiv kayıtlarından patoloji raporları, tümör tipi, yaş, cinsiyet, nüks olup olmaması ve nükse kadar geçen süre gibi veriler elde edilmiştir. Dahil etme kriterleri histopatolojik olarak BHK veya SHK tanısı almış, en az 1 yıl takip edilmiş hastalar. Hariç tutma kriterleri, eksik veri bulunan dosyalar, immünsüpresif hasta grubu, metastatik başvuru olguları.

Bulgular

Bu çalışmada, 01.01.2015–31.12.2025 tarihleri arasında plastik cerrahi polikliniğinde tanı almış ve histopatolojik verileri incelenmiş toplam 1.770 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların 566'sı Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK), 1.275'i ise Bazal Hücreli Karsinom (BHK) tanısı almıştır. Bu hastalardan 71 hasta, hem Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK) hem de Bazal Hücreli Karsinom (BHK) tanısı almıştır. Hastaların yaş ortalaması 65,9 yaş olup, cinsiyet dağılımı: %56,8 erkek(n=1005), %43,2(n=765) kadın olarak bulunmuştur. SHK hastalarının yaş ortalaması 70,2 olup, yaşlar 12–112 arasında değişmektedir. BHK hastalarının yaş ortalaması 64,5 olup, yaş aralığı 20–112. SHK grubunda hastaların %66,3'ü erkek (n=375), %33,7'si kadın (n=191) idi. BHK grubunda ise %52,9'u erkek (n=675), %47,1'i kadın (n=600) olarak saptandı. Her iki grup için erkek cinsiyeti daha baskın olmakla birlikte, bu fark SHK hastalarında daha belirgindi. SHK hasta grubunda, nüks saptanan 45 hasta (%7,95) tespit edilmiştir. BHK hasta grubunda ise nüks belirlenen 96 hasta (%7,5) mevcuttur. Nüks SHK hastalarının yaş ortalaması yaklaşık 70,1 olup, cinsiyet dağılımı SHK grubu genel popülasyonuna benzerlik göstermektedir. Nüks BHK hastalarının yaş ortalaması 65,6 olup, %56,2'si erkek, %43,8'i kadındır. Nüks BHK oranı %7,5 olup bu oran SHK hastalarında %7,95 olarak tespit edilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada 10 yıllık veriler ışığında, plastik cerrahi pratiğinde cerrahi olarak tedavi edilen non-melanom deri kanseri olgularının nüks oranları değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, literatürle genel uyum göstermekte birlikte bazı farklılıklar da dikkat çekmektedir.

Non-melanom deri kanserleri bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) farklı dinamiklere sahiptir. Literatürde BHK nüks oranı %5-10 iken SHK olgularında bu oran %8-15 arasında değişmektedir(2). Literatürde BHK olgularında genel olarak daha düşük nüks oranları gözlenmiş ancak, hastalarımızda nüks oranları SHK hastlarında gelişen nüks oranlarıyla hemen hemen aynıdır(3). SHK olgularında ise tümörün kötü diferansiye olması, perinöral invazyon ve lenfovasküler invazyon varlığı nüks için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır.

Anatomik yerleşim açısından bakıldığında; baş-boyun bölgesi, özellikle burun, göz çevresi ve kulak gibi kritik alanlarda yerleşen tümörlerde nüks oranlarının diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum, cerrahi sınırların estetik ve fonksiyonel nedenlerle dar tutulmak zorunda olmasıyla ilişkilendirilebilir. Özellikle BHK olgularında, burun üzeri ve nazolabial bölge gibi "yüksek riskli" alanlarda nüks oranı belirgin olarak fazladır. Bu bölgelere yönelik yapılan eksizyonlarda intraoperatif frozen ve mohs cerrahisi tekniklerinin kullanılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Eksizyon sınırlarının durumu da nüksle güçlü şekilde ilişkilidir. Cerrahi sınır negatif olan olgularda nüks oranı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bu durum, cerrahi sınırların yeterliliğinin onkolojik kontrol açısından hayati önem taşıdığını bir kez daha göstermektedir. Ne var ki estetik kaygılar, rekonstrüksiyon zorlukları ve anatomik sınırlamalar nedeniyle, özellikle yüz gibi bölgelerde geniş cerrahi sınırlar her zaman mümkün olamamaktadır. Bu nedenle Mohs mikrocerrahisi gibi tekniklerin uygulanabilir olduğu merkezlerde tercih edilmesi, lokal kontrol başarısını artırabilir.

Ayrıca, cerrahi sonrası takip süresi ve sıklığı da nükslerin zamanında saptanmasında önemlidir. Çalışmamızda birçok nüks olgusunun ilk 3 yıl içinde ortaya çıktığı gözlenmiştir. Bu, erken dönem takiplerin yoğun yapılmasının önemini vurgulamaktadır.

Bu retrospektif çalışmanın sınırlılıkları arasında; takip sürelerinde farklılıklar, kayıt eksiklikleri ve bazı histopatolojik alt tiplerin dosya sisteminde yeterince ayrıştırılamaması yer almaktadır.

Sonuç

Non-melanom deri kanserlerinde nüks oranları, tümör tipi, cerrahi sınır durumu ve anatomik yerleşim gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Plastik cerrahi pratiğinde onkolojik prensiplere bağlı kalarak yeterli cerrahi sınırların sağlanması, rekürrens riskini azaltmak açısından kritik önemdedir. Özellikle riskli anatomik bölgelerde Mohs cerrahisi veya intraoperatif frozen değerlendirmeleri gibi yöntemlerin entegrasyonu nüks oranlarını azaltabilir.

1. Rogers HW, et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States. Arch Dermatol. 2010;146(3):283–287.

2. Trakatelli M et al. "Surgical excision margins for nonmelanoma skin cancer: a systematic review." Br J Dermatol. 2005.

3. Brantsch KD et al. "Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study." Lancet Oncol. 2008.

Anahtar Kelimeler: SCC, BCC, non-melanom, deri kanseri

SB-111

Non-Melanom Deri Kanserlerinin Periferik Kan Parametreleri Açısından Karşılaştırılması: 2020-2025 Arası Retrospektif Analiz

Berk Tahhan, Mehmet Nesim Güney, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giriş:

Non-melanom deri kanserleri, bazal hücreli karsinom (BCC) ve skuamöz hücreli karsinom (SCC) başta olmak üzere dünya genelinde en sık görülen malign tümörlerdir. Her ne kadar BCC düşük metastaz riski ve genellikle iyi prognoz ile seyretse de, SCC daha agresif seyredebilmekte ve metastatik olgular ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Son yıllarda, sistemik inflamatuvar yanıtın tümör gelişimi ve progresyonundaki rolü üzerinde durulmakta, tam kan sayımı parametrelerinden elde edilen nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR) ve monosit/lenfosit oranı (MLR) gibi biyobelirteçlerin prognostik değer taşıyabileceği öne sürülmektedir. Bu çalışma, non melanom deri kanseri hastalarında bu parametrelerin histopatolojik alt tiplere göre dağılımını ve olası prognostik önemini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem:

Ocak 2020- Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen hastaların retrospektif olarak incelenmesi planlanan bu çalışmaya, histopatolojik olarak non melanom deri kanseri tanısı almış toplam 290 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 87'si SCC, 173'ü BCC ve 30'u diğer alt tipler (Merkel hücreli karsinom, bowen hastalığı ve nadir tümörler) idi. Demografik veriler (yaş, cinsiyet), ek hastalıklar, sigara öyküsü ve tam kan sayımı parametreleri kaydedildi. NLR, PLR ve MLR oranları hesaplandı. Alt gruplar arasındaki karşılaştırmalar non-parametrik Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Bulgular medyan ve interquartile range (IQR) olarak raporlandı ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 70,8±15,1 yıl olup, 158'i erkek (%55,2) ve 128'i kadın (%44,8) idi. Gruplara göre dağılım ve inflamatuvar oranların medyan (IQR) değerleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

SCC hastalarında NLR ve PLR değerleri diğer alt tiplere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (NLR için $p=0,00015$; PLR için $p=0,0209$). MLR değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tartışma:

Bu çalışmada, NMDK hastalarında tam kan sayımından elde edilen inflamatuvar oranların histolojik alt tiplere göre dağılımı incelendi. SCC grubunda hem NLR hem de PLR değerlerinin BCC ve diğer alt tiplere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu, SCC'nin daha agresif biyolojik davranışı ve olası sistemik inflamatuvar yanıtın daha belirgin olması ile ilişkili olabilir. Literatürde benzer şekilde, yüksek NLR ve PLR değerlerinin SCC hastalarında artmış metastaz ve nüks riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, bu kolay ve düşük maliyetli parametreler, risk sınıflaması ve hasta takibinde yardımcı biyobelirteçler olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, çalışmanın retrospektif tasarımı ve tek merkezli olması kısıtlılık olarak dikkate alınmalıdır. İleriye dönük, çok merkezli ve daha geniş kohortlarda yapılacak çalışmalarla bu sonuçların desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: bazal hücreli karsinom, periferik kan parametreleri, skuamöz hücreli karsinom

[

SB-112

Malar Bölgedeki Kutanöz Malignitelerin Flep veya Greft ile Onarımları Sonrası Hasta Değerlendirilmesi

İsmail Egemen Gürbüz, Süleyman Yıldızdal
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş:

Cilt kanserleri, en sık görülen malignitelerden birisidir. Bu kanserlerin rezeksiyonu sonrasında oluşan defektin onarımında plastik cerrahi temel rolü oynar. Plastik cerrahi onarım tekniklerine bakıldığında primer onarımdan, serbest flep tekniklerine kadar çok farklı metodlar söz konusudur. Özellikle malar bölgede gelişen cilt kanserleri birden fazla yöntem ile onarılabilir. Bu yöntemlerden birkaçı kullanılan lokal flepler veya deri greftleridir. Lokal flepler ileri dönemde basamaklanma deformitesi yapmaz iken deri greftleri kullanıldığında uzun dönemde en önemli sorun basamaklanma deformitesidir. Ancak hastanın genel durumu ve lezyonun lokalizasyonu ve boyutu düşünüldüğünde her hastada lokal flep kullanımı mümkün olmamaktadır. Deri greftleri ise kolay uygulanabilen ancak ileri dönemde estetik kazanımların daha az olduğu bir rekonstrüksiyon yöntemidir. Her ne kadar doku rekonstrüksiyonunda fonksiyonel kazanımlar ön planda olsa da iyileşme süreçleri ve estetik kazanımlar hastada psikososyal etkiler oluşturur. Bu çalışmanın amacı, yüzde görünür bölgelerden çıkarılan malign cilt lezyonlarında greft ve flep ile onarım yapılan hastalarda aktivite, yorgunluk ve sosyal katılım gibi değişkenlerin zaman içindeki seyrini karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:

Katılımcıların tamamı bilgilendirilmiş onam formunu imzalayarak çalışmaya gönüllü olarak dahil edilmiştir.

Ayrıca, her bir operasyonun cerrahi süresi ve iyileşme dönemi de kayıt altına alınmıştır.

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen bu prospektif gözlemsel çalışmaya, yüzün görünür bölgelerinde (özellikle malar bölge) cilt kanseri tanısı almış, 18 yaş üzeri ve cerrahi planlanan hastalar dahil edilmiştir. Flep grubunda onarım yöntemleri temel olarak Limberg flebi ve VY ilerletme flebi yapılan hastalar çalışmaya dahil edilerken; Mustarde ve benzeri nispeten ileri rekonstrüksiyon lokal flep yöntemleri ile onarım yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastaların anamnezleri preop dönemde alınmış ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olan yahut SSRI benzeri psikiyatrik ilaç kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastaları Katılımcılara cerrahi öncesi ve postoperatif 1. ile 6. ayda olmak üzere üç farklı zamanda Kanser Yorgunluk Skalası, Aktivite-Rol Dengesi Anketi ve Katılım Ölçeği uygulanmıştır. Onarım tipi (greft ya da flep), tümör tipi, cerrahi detaylar ve demografik veriler hastane bilgi sistemi üzerinden elde edilmiştir. Her iki grup için (n=20 greft, n=20 flep) toplam 40 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Kanser yorgunluk skalası 15 sorudan oluşan ve her soru için 1-5 puan ile; hastanın yorgunluk durumunu, aktivitlere katılma isteğini, sözel iletişim becerilerini, günlük temel ihtiyaçlarını karşılayabilme durumlarını ve genel konsantrasyonunu değerlendiren bir ankettir. Aktivite- Rol Dengesi anketi ise 11 sorudan oluşan ve her soru için 4 basamaklı bir değerlendirmesi bulunan hastanın günlük aktivitelerini, hobilerini, varsa iş hayatını aktivite – rol perspektifinde değerlendiren bir ankettir. Katılım Ölçeği ise 18 sorudan oluşan her soruda iki basamaklı yanıtları bulunan her basamakta 1-5 puan ile; iş bulma becerisi, sosyal hayata katılımları, partnerleri ile ilişkilerini, sosyalleşme alanlarına katılımını, dış görünüşlerinden memnuiyetlerini ve ev işlerine katılım motivasyonlarını ele alan bir testtir.

Bulgular:

Her iki grupta toplam 20'şer hasta değerlendirilmiştir. Greft uygulama grubuna bakıldığında ortanca yaş 66 (20–89), flep grubunda ise ortanca yaş 63 (24–102) olduğu görülmüştür. Greft yapılan hastaların %60'ı erkek, %40'ı kadındır. Flep yapılan hastalarda ise %65'i erkek, %35'i kadındır. Greft yapılan hastaların 14'ü BCC, 5'i SCC ve 1'i malign melanomdu. Flep yapılan hastaların 16'sı BCC ve 4'ü SCC idi. Greft ve flep grupları yaş, cinsiyet ve tümör tipi açısından benzer özellik göstermiştir (p>0.05).

İlk değerlendirme zamanlarında greft grubunda daha fazla pansuman ihtiyacı doğmuş, bu da hastaların gündelik hayatlarını aksatmıştır.

Postoperatif 1. ayda Kanser Yorgunluk Skalası açısından greft hastaları değerlendirildiğinde yorgunluğun daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup, diğer anketlere bakıldığında temel ihtiyaçları ve temel yaşam fonksiyonları açısından fark görülmezken, hobileri ve sosyal aktivitelerinde bir kısıtlılık görülmüştür. Hastaların büyük bir kısmı daha sık pansuman ve hastane kontrolü sebebiyle sosyal hayatlarında kısıtlılık yaşadığını belirtmiştir.

Postoperatif 6. ay verilerinde greft ve flep gruplarında yorgunluk benzer bulunmuştur (p>0.05). Sosyal katılım puanları flep grubunda erken dönemlerde belirgin artış göstermiş olsa da uzun dönem sonuçları (postoperatif 6. ayda) benzerdir. Rol dengesi açısından ise postoperatif

6. ayda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Gruplar arası analizlerde özellikle flep uygulanan hastaların sosyal hayata dönüşlerinin daha hızlı olduğu gözlemlenmiştir ancak temel yaşam fonksiyonları açısından iki grup arasında fark herhangi bir zamanda gözlemlenmemiştir.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS programı kullanılarak yapılmıştır.

Sonuç:

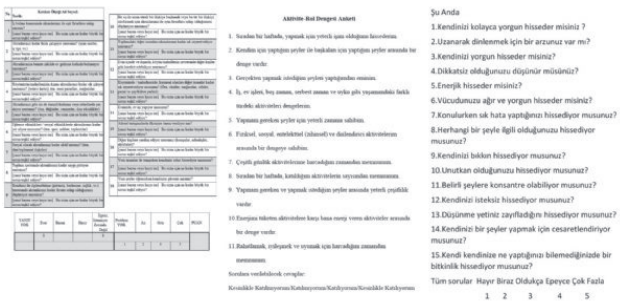
Elde edilen sonuçlar, rekonstrüksiyon sürecinin yalnızca klinik değil, bireyin bütüncül yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Özellikle yüz bölgesindeki cerrahilerde, estetik memnuniyetin sosyal uyum ile doğrudan ilişkili olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışma, yüz bölgesindeki rekonstrüktif cerrahiler sonrası yalnızca estetik ve fonksiyonel değil, aynı zamanda psikososyal etkilerin de dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Flep hastalarında sosyal hayata dönüşün daha hızlı olduğu bulunsa da, 6. ay karşılaştırmalarında nihai olarak gruplar arası fark gözlenmemiştir.

Elde edilen veriler, rekonstrüksiyon planlamasında yalnızca cerrahi teknik değil, hasta odaklı çok yönlü karar süreçlerinin önemini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Aktivite, Flep, Greft, Katılım, Malign Tümör, Yorgunluk

Anketler



Anketler normal görüntü kalitelerinde yüklenememektedir. Anketlerin görüntü kaliteleri yüksek halleri elimizde mevcuttur En soldaki anket: Katılım Ölçeği Ortadaki anket: Aktivite Rol Dengesi Anketi En sağdaki anket: Kanser Yorgunluk Skalasıdır.

SB-113

Nadir Görülen Deri Eki Tümörü,Mikrokistik Adneksiyal Karsinom Eksizyonu ve Bilateral Ters Karapandzic Flebi ile Onarım: Olgu Sunumu

Muhammet Çaylı, Muhammed Furkan Görücü, Erol Kozanoğlu, Bora Edim Akalın, Ufuk Emekli
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mikrokistik adneksiyal karsinom,kıl folikülleri ve ekrin bezlerden köken alan, nadir görülen, düşük dereceli ancak belirgin lokal invaziv potansiyele sahip bir kutanöz adneksiyal tümördür. İlk olarak Goldstein ve arkadaşları tarafından 1982 yılında tanımlanan bu tümör, genellikle baş-boyun bölgesinde, özellikle de periorbital, nazolabial ve perioral bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Mikrokistik adneksiyal karsinom, nadir görülmesi nedeniyle tüm kutanöz malignitelerin %0,005'inden daha azını oluşturmaktadır. Mikrokistik adneksiyal tümör, dünya çapında yaklaşık birkaç yüz vaka olarak raporlanmıştır. Hastaların çoğu 50–70 yaş aralığında olup kadın ve erkeklerde benzer sıklıkta görülür.Klinik olarak genellikle sert, deriden hafif kabarık, yavaş büyüyen ve çoğunlukla asemptomatik nodül veya plak şeklinde izlenir. Yavaş seyri nedeniyle sıklıkla benign lezyonlar, bazal hücreli karsinom, trikoblastom veya sklerozan trikoepiteliom ile karıştırılabilir. Bununla birlikte Mikrokistik adneksiyal karsinom, tanı konulamadığında yıllar içinde derin dermis, subkutan yağ dokusu, kas, kemik ve perinöral yapılara invazyon gösterebilir.Perinöral invazyon oranı literatürde %30–60 arasında bildirilmiş olup, bu durum nüks riskini anlamlı derecede artırmaktadır. Lezyonlar, yüzeysel shave biyopsilerle genellikle yanlış tanı alır; derin biyopsi tanıda kritik öneme sahiptir. Histopatolojik olarak küçük kistik yapılar, solid adneksiyal adacıklar, duktal diferansiyasyon ve yoğun stromal desmoplazi ile karakterizedir. İmmünohistokimyasal olarak EMA, CEA ve CK7 pozitifliği sıklıkla görülürken, S-100 ve Ber-EP4 genellikle negatiftir; bu da bazal hücreli karsinomdan ayrımda yardımcıdır.Mikrokistik adneksiyal karsinomda metastaz nadirdir; hastalık genellikle lokal invazyon ile seyreder. Tedavide altın standart, tümör sınırlarının mikroskopik olarak değerlendirildiği Mohs mikrocerrahisi olup, bu yöntemle lokal nüks oranı %5'in altına indirilebilmektedir.Geniş cerrahi eksizyonda ise nüks oranı %30–47 arasında bildirilmektedir. Cerrahiye uygun olmayan veya nüks eden olgularda radyoterapi seçeneği değerlendirilmiş olsa da, etkinliği konusunda kesin bir konsensus bulunmamaktadır. Takip için ilk beş yıl boyunca hastaların 6–12 aylık periyotlarla izlenmesi önerilmektedir. Bu olgu sunumunda, üst dudakta yerleşimli bir mikrokistik adneksiyal karsinomun tanı süreci,cerrahi eksizyonu ve işlevsel-estetik rekonstrüksiyon yönteminden bahsedilecektir.

Olgu ve Yöntem: 49 yaş kadın hasta, üst dudağında 2024 yılından beri var olan son 1 aydır giderek büyüyen, kaşıntılı lezyon nedeniyle ilk olarak dış merkez dermatolojiye başvurmuş. Dış merkez dermatoloji tarafından alınan 2 kadran insizyonel biyopsi sonucu bazal hücreli karsinom şeklinde sonuçlanmış. Giriş bölümünde de bahsedildiği gibi lezyonlar, yüzeysel insizyonel veya punch biyopsilerle genellikle yanlış tanı alır; derin biyopsi tanıda kritik öneme sahiptir. Ardından hasta lezyonun total eksizyonu açısından dermatoloji tarafından plastik cerrahiye yönlendirilmiş. Hastaya başvurduğu bir plastik cerrahi kliniğinde bu tümörün eksizyonu ardından rekonstrüktif yöntem olarak serbest radial ön kol flebi anlatılmış. Ardından hasta tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede üst dudakta vermilyon sınırından başlayan sınırları belirsiz, 2x1 cm'lik yüzeyel eritemli lezyon görüldü.Bölgesel lenfadenopati saptanmadı.Lezyon fikse ve sertti. Bunun üzerine invazyon değerlendirilmesi açısından kontrastlı Mr ve Bt görüntülemeleri yapıldı.Görüntülemelerde herhangi bir invazyon bulgusu görülmedi. Yapılan fizik muayeneler ve görüntülemeler sonucunda geniş eksizyon kararlaştırıldı.

Bulgular: Operasyon lokal anestezi altında infraorbital blok ile desteklenerek hasta ve hekim açısından konforlu bir şekilde gerçekleştirildi. 5 mm sağlam cerrahi sınır konulacak şekilde burun sınırında kolumella,sağ ve sol nostril tabanı dahil olmak üzere lezyon enblok eksize edildi.

Ardından peroperatif frozen biyopsi incelenmesi için alınan piyesler patolojiye gönderildi.

Frozen inceleme tümör görülmedi şeklinde sonuçlandıktan sonra rekonstrüksiyona geçildi. Eksizyon sonrası oluşan defekti kapatmak için estetik ve işlevsel açıdan kritik olan orbikülaris oris kasının korunması gerekliliği ve simetri ihtiyacı göz önünde bulundurularak, bilateral ters Karapandzic flebi tasarlandı. Flep hazırlanırken orbikülaris oris kası ve innervasyonu korunarak rotasyon-ilerletme sağlandı,dudak vermilyonu yeniden şekillendirildi.

Postoperatif dönemde yara iyileşmesi sorunsuzdu, oral kontinens ve dudak hareketleri tatmin edici düzeydeydi. Histopatolojik inceleme, bazıları bazaloid görünümlü infiltran adalardan oluşan tümöral bir infiltrasyonun söz konusu olduğunu, perinöral invazyonun mevcut olduğunu ve cerrahi sınırların tümörsüz olduğunu doğruladı.Hastanın belli aralıklarla tarafımızca ve dermatolojik takipleri devam etmektedir.

Tartışma: Üst dudak, hem estetik hem de işlevsel açıdan yüzün en kritik yapılarından biridir. Konuşma, beslenme, mimik ve ağız kapama gibi işlevlerde aktif rol oynar. Mikrokistik adneksiyal karsinom eksizyonu sonrası bu bölgedeki doku kaybı, sadece kozmetik deformiteye değil, oral kontinens ve artikülasyon bozukluklarına da yol açabilir. Bu nedenle rekonstrüksiyon planlamasında hem onkolojik güvenlik hem de işlevsel-estetik bütünlüğün korunması önceliklidir. Özellikle üst dudakta gerçekleştirilen rekonstrüksiyonlarda, doku uyumu, kas fonksiyonunun korunması ve simetri sağlanması uzun dönem hasta memnuniyeti açısından belirleyici olmaktadır.Tedavide temel yaklaşım geniş cerrahi eksizyondur.Ancak dudak bölgesindeki cerrahi rezeksiyonlar, defektin büyüklüğüne ve lokalizasyonuna bağlı olarak çeşitli rekonstrüktif teknikler gerektirebilir.Rekonstrüksiyon planlamasında, dudak hareketliliğini, oral sfinkter işlevini ve simetriyi korumak önceliklidir.Küçük üst dudak defektlerinde (<1/3 dudak genişliği) primer kapama yeterli olabilir; ancak daha büyük defektlerde lokal flepler ile tek aşamalı, estetik ve işlevsel açıdan başarılı rekonstrüksiyon sağlanabilir. Karapandzic, Abbe/Estlander ve nasolabial flepler gibi teknikler de cerrahi tercihler arasında yer almakta olup,bunlar dudak hareketliliği ve sinir-damar bütünlüğünü koruma avantajı sunar.Literatürde lokal flep yöntemlerinin ortalama % 8 komplikasyon oranı olduğu belirtilse de, işlevsel ve estetik sonuçlar genel olarak olumludur.Ancak tümörün derin ve perinöral yayılım eğilimi nedeniyle, yeterli cerrahi sınırların sağlanması önemlidir. Geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda işlevsel kayıpları önlemek için vaskülo-nöral yapıları koruyan lokal flep teknikleri tercih edilir.

Üst dudakta orta hatta yerleşen geniş defektlerin onarımı, özellikle dudak hareketliliğinin ve oral sfinkter işlevinin korunması açısından cerrahi açıdan zorludur. Bu durumlarda, orbikülaris oris kası, damar ve sinir bütünlüğünü koruyarak dudak kontinensini sürdüren Karapandzic flebi önemli bir rekonstrüktif seçenektir. Bilateral ters Karapandzic flebi ise, defektin her iki taraftan ilerletilerek kapatılması sayesinde dudak simetrisinin korunmasına, yeterli ağız açıklığının sağlanmasına ve duyusal işlevin devamına olanak tanır.

Mikrokistik adneksiyal karsinom, düşük dereceli malignite sınıfında yer almasına rağmen, derin dokulara ve sinir yapılarında ilerleyebilme yeteneği nedeniyle geniş cerrahi eksizyon gerektiren bir tümördür.Özellikle üst dudak gibi

estetik ve işlevsel açıdan kritik bölgelerde, tümörün güvenli cerrahi sınırlarla çıkarılması sonrasında oluşan defektin rekonstrüksiyonu, tedavinin en önemli basamaklarından biridir.Bilateral ters Karapandzic flebi, orbikülaris oris kasını ve sinir innervasyonunu koruyarak tam kat dudak defektlerinin onarımında yüksek işlevsel ve estetik başarı sağlayan bir yöntemdir. Bu teknik, özellikle 1/2–2/3 dudak kaybı olan olgularda oral kontinens, artikülasyon ve mimik hareketlerinin korunmasına olanak tanır. Ayrıca flebin vasküler pedikülü korunarak yapılan rotasyon-ilerletme, dudak kenarlarında simetriyi sürdürür ve iz görünümünü minimalize eder.Literatürde, Karapandzic flebi ile onarılan üst dudak defektlerinde oral kontinens oranı %90'ın üzerinde, konuşma bozukluğu insidansı ise %5'in altında bildirilmiştir.Bizim olgumuzda da postoperatif dönemde hem işlevsel hem estetik sonuçlar tatmin edici bulunmuş, takiplerinde nüks izlenmemiştir.Sonuç olarak, üst dudakta Mikrokistik adneksiyal karsinom eksizyonu sonrası bilateral ters Karapandzic flebi,onkolojik güvenliği bozmadan işlevsel ve estetik bütünlüğü koruyan, güvenilir ve etkili bir rekonstrüksiyon yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Mikrokistik Adneksiyal Karsinom, Ters Karapandzic Flebi, Üst Dudak Rekonstrüksiyonu

Preoperatif



SB-114

Dermatofibrosarkoma Protuberans: Tek Merkezli Rekonstrüktif Deneyimlerimiz

Burak Tunahan Ekincikli,
Selahattin Galyan, Muhammed Enes Birgül,
Berk Yücetürk, Kamuran Zeynep Sevim
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş

Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), nadir görülen, yavaş büyüyen ancak lokal olarak oldukça invaziv seyreden, dermal kökenli bir yumuşak doku tümörüdür. Genellikle genç erişkin bireylerde görülmekle birlikte, çocukluk çağında da nadiren rapor edilmiştir. Histolojik olarak düşük dereceli malignite göstermesine rağmen, cerrahi sınırların yeterli olmadığı durumlarda lokal nüks riski oldukça yüksektir. [1] Metastaz potansiyeli oldukça düşüktür; bu da cerrahiyi tedavide öncelikli hâle getirmektedir. DFSP, klinik olarak genellikle düzgün sınırlı, yavaş büyüyen, ciltle ilişkili nodüler lezyonlar şeklinde prezente olur ve ayırıcı tanıda benign dermatofibroma veya epidermal kist gibi lezyonlarla karışabilir. Tanının doğrulanması histopatolojik inceleme ile mümkün olmakta ve CD34 pozitifliği karakteristik bir bulgu olarak öne çıkmaktadır [2]. DFSP tedavisinin geniş cerrahi eksizyon olması nedeniyle oluşan defekt boyutunun görece büyük olması ileri rekonstrüktif operasyonlara ihtiyaç doğurabilmektedir.

Çalışmamızda, kliniğimizde son yedi yıl içerisinde DFSP tanısı ile opere edilen hastaların klinik, cerrahi ve rekonstrüktif özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık. Bu retrospektif analiz, farklı anatomik bölgelerde yerleşimli DFSP olgularının yönetimine dair cerrahi karar süreçleri, uygulanan rekonstrüksiyon yöntemleri ve erken dönem sonuçlarını kapsamaktadır.

Bulgular

Kasım 2018 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimizde DFSP tanısı ile ameliyat edilen 11 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hasta verileri ameliyat notları, patoloji raporları ve poliklinik takip kayıtları temel alınarak değerlendirildi. Analiz edilen parametreler arasında hastaların yaş ve cinsiyeti, lezyonun anatomik lokalizasyonu, uygulanan cerrahi yöntem, rekonstrüksiyon tipi, histopatolojik tanı ve sınır durumu, ayrıca postoperatif takipte nüks durumu yer aldı. Tüm olgularda öncelikli hedef, sağlam cerrahi sınırlarla tümörün eksize edilmesiydi. Eksizyon sonrası oluşan defektin kapatılması için defekt lokalizasyonuna, büyüklüğüne ve doku ihtiyacına göre greft, lokal flep veya serbest flep yöntemleri tercih edildi.

Hastaların yaşları 20 ile 65 arasında değişmekte olup ortalama yaş 42,6 idi. Kadın ve erkek olgular sayıca birbirine yakındı. Lezyonların yerleşim yerleri oldukça değişkendi: sırt (iki hasta), sağ krus (iki hasta), karın ön duvarı (iki hasta), skapula, sternum, diz, sakral bölge ve sol inguinal alan birer hastada yerleşimliydi. Her hastada preop planlanan 3 ila 4 cm güvenli cerrahi sınır ile geniş lokal eksizyon uygulandı. Eksizyon sonrası oluşan defekt çapı 8 ila 15 cm arasında olup oldukça değişkendi. Patoloji verilerine göre elde dilen negatif cerrahi sınır ortalama 2 ila 3 cm arasındaydı. Cerrahi sınırlar, tüm hastalarda histopatolojik olarak negatif bulundu. Rekonstrüksiyon amacıyla farklı teknikler uygulandı. Özellikle serbest doku transferi gerektiren büyük defektlerde mikrocerrahi yöntemlerle serbest flep kullanımı tercih edildi. Serbest ALT (anterolateral tight) flebi bir hastada, serbest SCIP (superficial circumflex iliac artery perforator) flebi bir hastada ve serbest LD (latissimus dorsi) flebi başka bir hastada başarılı şekilde uygulandı. Karın ön duvarında yerleşimli iki hastada DIEP propeller flebiyle

rekonstrüksiyon sağlandı. Daha küçük defektlerde ise tam kalınlık ve kısmi kalınlıkta deri greftleri ile kapatma yeterli oldu. Sırt bölgesindeki bir olguda lokal perforatör flep kullanıldı. Bir hastada eş zamanlı olarak boyun yerleşimli tiroglossal kist eksizyonu da gerçekleştirildi.

Hastalar ortalama 18,3 ay süreyle takip edildi. Bu sürede herhangi bir lokal nüks veya uzak metastaz saptanmadı. Flep kaybı, hematom, seroma veya enfeksiyon gibi ciddi postoperatif komplikasyonlara rastlanmadı. Tüm hastalarda fonksiyonel ve estetik sonuçlar tatmin edici düzeydeydi. Patolojik değerlendirmede tümör dokusunda CD34 pozitifliği saptandı ve bu durum ayırıcı tanıda DFSP'yi destekleyici nitelikteydi. Ayrıca histolojik olarak fibrohistiocytoma gibi benign lezyonlarla ayırımı sağlayan bu belirteç, klinik tanı sürecinde de yol gösterici olabilir [3].

Tartışma

Literatürde DFSP için önerilen en etkin tedavi yaklaşımı geniş lokal eksizyondur. Mohs mikrografik cerrahinin nüks oranlarını daha da düşürdüğü bildirilmiş olmakla birlikte, bu yöntem her merkezde uygulanabilirlik açısından sınırlamalara sahiptir [4]. Geniş eksizyonlar özellikle estetik açıdan kritik bölgelerde ciddi doku defektlerine yol açabilir. Bu nedenle cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olarak rekonstrüksiyon planlaması önceden yapılmalıdır. Rekonstrüktif seçenekler arasında lokal flepler, bölgesel flepler ve mikrocerrahiyle uygulanan serbest flepler, defektin yeri ve büyüklüğüne göre titizlikle seçilmelidir. [5] Bizim serimizde, farklı rekonstrüksiyon teknikleriyle yapılan onarımlar, estetik ve fonksiyonel olarak başarılı sonuçlar vermiştir.

Sonuç

Sonuç olarak, DFSP tedavisinde cerrahi eksizyon temel yaklaşımı oluştururken, defektin anatomik lokalizasyonu ve büyüklüğü rekonstrüktif yöntem seçimini belirlemektedir. Geniş eksizyon sonrası uygun teknikle yapılan rekonstrüksiyon, hem nüksü önlemede hem de estetik/işlevsel başarıda kritik rol oynamaktadır. Çalışmamız, farklı bölgelerdeki DFSP olgularının cerrahi yönetimine dair geniş bir yelpazede deneyim sunmakta ve mikrocerrahi rekonstrüksiyonların güvenle uygulanabileceğini göstermektedir. Ayrıca, erken dönemde lokal nüks gözlenmemesi, cerrahi sınırların yeterliliğini ve seçilen rekonstrüktif stratejilerin başarısını desteklemektedir. Uzun dönem takiplerle bu sonuçların doğrulanması, DFSP yönetiminde ileri düzey rehberlik sağlayacaktır.

Kaynakça

1. Archontaki, Maria, et al. "Dermatofibrosarcoma protuberans: a case series of 16 patients treated in a single institution with literature review." Anticancer research 30.9 (2010): 3775-3779.

2. AIBA, SETSUYA, et al. "Dermatofibrosarcoma protuberans is a unique fibrohistiocytic tumour expressing CD34." British journal of Dermatology 127.2 (1992): 79-84.

3. Kutzner, Heinz. "Expression of the human progenitor cell antigen CD34 (HPCA-1) distinguishes dermatofibrosarcoma protuberans from fibrous histiocytoma in formalin-fixed, paraffin-embedded tissue." Journal of the American Academy of Dermatology 28.4 (1993): 613-617.

4. Weiss, S. W., & Goldblum, J. R. (2014). Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors (6th ed.). Elsevier.

5. Zhou, BingJie, et al. "Aesthetic Reconstruction of Secondary Wounds after Extended Resection of Dermatofibrosarcoma Protuberans: A Retrospective Study in One Center." Journal of Cosmetic Dermatology 24.5 (2025): e70217.

Anahtar Kelimeler: CD34, dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), Mohs cerrahisi, Rekonstrüksiyon, Serbest flep

SB-115

Uyanık Cilt Kanseri Cerrahisinde Algoritmik Yöntem: Cerrahiden Karar Modeline Klinik ve Eğitsel Bir Yaklaşım

Menekşe Kastamoni Başkan[1], Süleyman Çeçen[1], Selçuk Akın[1], Şaduman Balaban Adım[2], Güzin Yeşim Özgenel[1]
[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa
[2]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ

Cilt kanseri, dünyada en sık görülen malignite türüdür ve özellikle ileri yaşla birlikte artan insidansı nedeniyle klinik pratiğin önemli bir bölümünü oluşturur. Günümüzde tanı ve tedavi süreçlerinde erken müdahale olanakları sayesinde, bu tümörlerin büyük çoğunluğu lokal anestezi altında güvenli şekilde eksize edilebilmektedir. Ancak eksizyon sonrası rekonstrüktif planlama, hasta yaşı, tümör tipi, boyutu, lokalizasyonu ve eşlik eden komorbiditeler gibi birçok parametreye bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlik, hem cerrahi karar sürecinde standardizasyonu zorlaştırmakta hem de eğitim sürecindeki genç cerrahlar için karar vermeyi güçleştirmektedir. Bu çalışmanın temel amacı; lokal anestezi altında opere edilen geniş bir cilt kanseri hasta serisinde, tümör özellikleri ile rekonstrüktif tercihler arasındaki anlamlı ilişkileri belirleyerek, hem klinisyenlere karar desteği sunacak hem de asistan eğitimi açısından yapılandırılmış bir rehber işlevi görecek veri temelli algoritmik bir model geliştirmektir.

YÖNTEM

Çalışmamızda, 2019–2024 yılları arasında kliniğimizde lokal anestezi altında eksize edilen toplam 613 malign cilt lezyonu (533 hasta) retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya yalnızca malign lezyonlar dahil edildi; benign ya da premalign lezyonlar, ayrıca genel anestezi veya sedasyon altında opere edilen olgular dışlandı. Veriler, elektronik hasta kayıt sistemi üzerinden toplandı. Toplanan veriler arasında; yaş, cinsiyet, lezyon sayısı, lezyon lokalizasyonu, tümör tipi, tümör boyutu, cerrahi sınır durumu, rekonstrüksiyon yöntemi ve eşlik eden sistemik hastalıklar yer aldı. Anestezi uygulamaları cerrah tarafından gerçekleştirildi. Küçük lezyonlarda lidokain kullanılırken, daha geniş lezyonlarda prilokain ve salin ile hazırlanan özel solüsyonlar tercih edildi. Rekonstrüksiyon yöntemleri primer kapama, greftleme (FTSG/STSG), lokal flepler, kama rezeksiyon ve sekonder iyileşme olarak sınıflandırıldı. Elde edilen veriler Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Ki-kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi. Anlamlı ilişkiler doğrultusunda klinik algoritma oluşturuldu.

BULGULAR

Ortalama hasta yaşı 68,5 olup, hastaların %61,3'ü erkekti. Lezyonların %86,1'i baş-boyun bölgesinde lokalizeydi. En sık lezyon yerleşimleri arasında burun, kulak, periorbital alan, alın ve yanak bölgeleri öne çıktı.

Histopatolojik dağılımda bazal hücreli karsinom (BCC) %65,4 ile en sık gözlenen tümör tipi olurken, bunu %21 oranıyla skuamöz hücreli karsinom (SCC) takip etti. Nadir görülen diğer maligniteler arasında malign melanom, pleomorfik dermal sarkom, müsinöz adenokarsinom, ve basoskuamöz karsinom yer aldı.

Rekonstrüksiyon yöntemleri içinde en sık tercih edilen teknik primer kapama (n=269) olurken, bunu tam kalınlıkta deri grefti (FTSG) (n=153) ve flep cerrahisi (n=113) izledi. Flep rekonstrüksiyonları içinde; Limberg flebi (n=42), bilobed flep (n=20), nasolabial flep (n=17), fasiyokutanöz ilerletme

flebi (n=19), V-Y flep (n=4), rotasyonel flep (n=4), alın flebi, glabellar, Antia-Buch, Estlander ve Mustardé gibi basit ve kompleks flepler yer aldı. Bu çeşitlilik, hem basit hem de kompleks flep uygulamalarının vaka bazlı tercih edildiğini ve cerrahi beceri gerektiren geniş bir yelpazede operasyonların başarıyla yürütüldüğünü göstermektedir.

Komorbidite analizi sonucunda, hipertansiyon ve diyabet mellitus en sık eşlik eden hastalıklar olup, bu hastalarda yaş ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p = 0.000005$). Ayrıca, yaş ile tümör hacmi arasında zayıf ama anlamlı pozitif bir korelasyon saptandı ($p = 2.22\times10^{-7}$). Tümör hacmi ile cerrahi sınır pozitifliği ($p < 0.01$), tümör tipi ile rekonstrüksiyon yöntemi ($p < 0.0001$) ve sınır durumu ile tercih edilen rekonstrüksiyon tipi ($p \ll 0.0001$) arasında da anlamlı ilişkiler bulundu.

ALGORİTMA GELİŞTİRME SÜRECİ

Elde edilen istatistiksel veriler ışığında, cerrahi karar sürecini destekleyecek bir algoritma modeli oluşturuldu. Karar ağacı aşağıdaki üç ana değişkene göre yapılandırıldı:

Tümör tipi (BCC, SCC, nadir tümörler)

Tümör boyutu (<=1 cm, 1–2 cm, >2 cm)

Hasta yaşı (<60 / >=60)

Bu kategorilere göre önerilen rekonstrüksiyon yöntemleri haritalandırıldı. Örneğin, küçük BCC'lerde primer kapama ön planda iken, büyük hacimli SCC olgularında greft veya kompleks flepler önerilmektedir. Algoritma, kıdemli cerrahların ortak kararı ve klinik uygulanabilirlik göz önünde bulundurularak şekillendirilmiştir (Şekil 1).

TARTIŞMA

Elde edilen bulgular, literatürle büyük ölçüde örtüşmektedir. Lokal anestezinin, özellikle yaşlı ve eşlik eden sistemik hastalıklara sahip hastalarda, komplikasyon riskini azaltarak güvenli bir cerrahi alan sunduğu bir kez daha ortaya konmuştur. Bununla birlikte, rekonstrüksiyon kararlarının hasta profiline göre çeşitlenmesi ve tümör parametreleriyle sıkı ilişkili olması, algoritmik bir yaklaşıma duyulan ihtiyacı doğrulamaktadır.

Geliştirilen modelin en dikkat çekici yönlerinden biri, sadece klinik karar verme sürecini kolaylaştırması değil, aynı zamanda eğitim sürecindeki genç cerrahlar için güvenli ve öngörülebilir bir rehber sunmasıdır. Bu algoritma sayesinde asistanlar, hasta özelliklerine göre hangi rekonstrüksiyon yönteminin tercih edilmesi gerektiğini sistematik olarak öğrenme ve uygulama fırsatı bulabilirler.

Ayrıca bu algoritma, multidisipliner toplantılarda ortak karar süreçlerini hızlandırabilir ve kurumlar arası uygulama standartlarının geliştirilmesine katkı sunabilir.

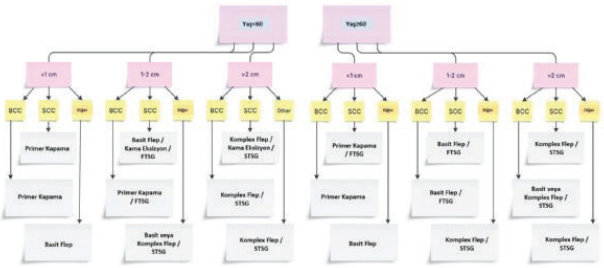
SONUÇ

Bu çalışma, lokal anestezi altında gerçekleştirilen cilt kanseri cerrahisinin güvenliğini ve etkinliğini ortaya koyarken, veriye dayalı bir algoritmanın hem klinik hem de eğitsel anlamda cerrahlara önemli kolaylıklar sunduğunu göstermektedir. Tümör tipi, boyutu ve hasta yaşına dayanan karar modeli; fonksiyonel ve estetik sonuçları iyileştirebilir, eğitim sürecini destekleyebilir ve uygulamalar arasında tutarlılık sağlayabilir.

Bu bağlamda, geliştirdiğimiz algoritma; "tümörden yönteme" ilerleyen süreçte, cerrahiden algoritmik karara geçişin başarılı ve uygulanabilir bir örneği olarak literatüre katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Planlama, Klinik Karar Aracı, Lokal Anestezi, Rekonstrüksiyon Algoritması, Uyanık Cilt Kanseri Cerrahisi

Tümör Boyutu, Tipi ve Yaş Parametrelerine Göre Rekonstrüksiyon Karar Algoritması



SB-116

Malign Melanom Yerleşiminin Prognoz İle Olan İlişkisinin Gözden Geçirilmesi: SLNB Çağı

Ahmet Biçer, Ayberk Şahin, Yiğit Özer Tiftikcioğlu, Tahir Gürler
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç:

Malign melanomda primer tümör lokalizasyonu ile pozitif sentinel lenf nodu (SLN) sayısının prognoz üzerindeki etkisini kendi klinik deneyimimiz ile değerlendirmek.

Gereç-Yöntem:

Ocak 2015 – Ağustos 2025 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda opere edilen 548 malign melanom hastası retrospektif olarak incelendi. Hastalarda primer tümör yerleşimi ve pozitif sentinel lenf nodu sayısı ile ölüm sayısı ve tanı sonrası hayatta kalınan süre arasındaki ilişkiler Kruskal Wallis testi ve Bonferroni düzeltmeli post-hoc Mann-Whitney U Testi ile, parametrik değişkenler ise ANOVA ve post-hoc Tukey testleri kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular:

Hastaların 247'si kadın, 301'i erkekti. Primer tümör 136 hastada baş-boyunda, 160'ında gövdede, 102'sinde üst ekstremitede, 141'inde alt ekstremitede, 9'unda ise diğer bölgelerdeydi. SLNB yapılan 420 hastanın 121'inde pozitiflik saptandı.Sentinel pozitif hastaların 83 tanesinde 1 adet sentinel lenf nodu, 29 tanesinde 2 adet sentinel lenf nodu, 6 tanesinde 3 adet pozitif sentinel lenf nodu 3 tanesinde 4 adet sentinel lenf nodu pozitifliği tespit edilmiştir. Çalışma sonlandığı dönemde hastaların 52 kadın 97 erkek olacak şekilde 149'u hayatını kaybetmişti. Pozitif SLN sayısı ile sağkalım arasında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p<0.05$). Primer tümör lokalizasyonu ile sağkalım arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tartışma ve Sonuç:

Çalışmamızda malign melanom hastalarında, literatür ile uyumlu şekilde pozitif sentinel lenf nodu sayısı ile prognoz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Birden fazla sentinel lenf nodunda metastaz varlığı, sağkalımı olumsuz etkileyen bağımsız bir prognostik faktör olarak öne çıkmıştır. Buna karşılık, primer tümör lokalizasyonunun prognostik etkileri literatürde tam olarak ortaya konmamış olup, bizim klinik deneyimimizde mortalite ile anlamlı bir ilişkisi gösterilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Malign melanom, primer tümör lokalizasyonu, prognoz, sentinel lenf nodu biyopsisi

SB-117

Plantar Bölge Malign Tümörleri ve Rekonstrüksiyon Seçenekleri

Ömer Faruk Dilek, Mutlu Deng Alvaç,
Oğuzhan Gürel, Kamuran Zeynep Sevim
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Ayak tabanı (plantar bölge), kalın deri yapısı, yüksek basınca maruz kalan ağırlık taşıma işlevi ve sınırlı yumuşak doku hareketliliği ile anatomik olarak kendine has bir bölgedir ve ideal bir rekonstrüksiyon ile bu özelliklerin yerine konması hedeflenir. Plantar bölgenin malign tümörleri nadir görülmekle birlikte rezeksiyon sonrası artakalan defektler rekonstrüksiyon zorlukları oluşturmaktadır[1]. Basit fasiyokütan lokal flepler ya da greftler gibi klasik rekonstrüktif yaklaşımlar çoğunlukla dayanıklı doku örtüsü ile fonksiyonun korunmasını aynı anda sağlamakta yetersiz kalmaktadır[2]. Bu bildiride plantar yüzeyde meydana gelen malign tümörler ve rezeksiyon sonrasında doku bütünlüğünün ve yürüme fonksiyonunun yeniden sağlanmasını hedefleyen rekonstrüktif stratejiler paylaşılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2020-2025 yılları arasında hastanemizde plantar malign tümör nedeniyle plantar bölgeye rezeksiyon uygulanan 29 hasta (ortalama yaş 52,3) retrospektif olarak incelendi. Bu malign tümörlerin n=18 tanesi malign melanom (MM), n=11 tanesi ise skuamoz hücreli karsinom (SCC) idi. n=4 hasta nüks nedeniyle opere edilmişti. Bunların n=1 tanesi SCC nüksü iken n=3 tanesi MM nüksü idi. Bütün rezeksiyonlar insziyonel veya punch biyopsi ile elde edilmiş doku tanısını müteakip yapıldı. MM lezyonları 2 cm, SCC lezyonları ise 1 cm cerrahi sınırlarla eksize edildi. MM lezyonlarının n=15 tanesine rezeksiyon öncesinde sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) yapıldı. n=9 tanesine ise bölgesel lenf nodu mevcudiyeti nedeni ile eş zamanlı inguinal, popliteal ve/veya paraortik lenf nodu diseksiyon yapıldı (sırasıyla n=8, n=2, n=1). Taban cerrahi sınırlarında yakınlık/devamlılık düşünülen n=4 vakada frozen ile inceleme yapıldı.

Rekonstrüksiyon seçenekleri için ayak doppler inceleme ile tespit edilen vasküler yeterlilik ve komorbiditeler göz önünde bulunduruldu. Rekonstrüksiyonlar deri grefti (kısmi ya da tam kalınlıkta deri grefti), lokal flepler(Sural flap, hemisoleus flebi, peroneal kas flebi, fasiyokütan rotasyon flebi) ve serbest flepler(Anterolateral uyluk, süperfisyel sirkümfleks iliyak arter) ile yapıldı. Fonksiyonellik Alt Ekstremite Fonksiyonel Skoru (LEFS) ile değerlendirildi. Flep kaybı, ülserasyon ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar ve nüks, uzak veya rejyonel metastaslar 12 aylık takip süresi boyunca kaydedildi. Hastaların hepsi postoperatif tümör konseyi değerlendirmesine tabi tutuldu ve multidisipliner takip altına alındı.

BULGULAR ve TARTIŞMA

MM'ların ortalama lezyon çapı 2.7cm (1.5 ile 5cm arası), SCC'lerin ise 2.9cm (1 ile 4cm arası) olarak bulundu. İnsizyonel biyopsi ile tanı almış MM lezyonlarının Breslow kalınlık ortalaması 6.1 mm (0.4 ile 14mm arası) idi. MM alt tipleri nodüler, akral lentiginöz, süperfisyel yayılan, iğsi hücreli tiplerden oluştu. MM'lar 2cm, SCC'ler ise 1 cm cerrahi sınır ile eksize edildi. Eksizyonlar sonrası oluşan ortalama defekt boyutu 22 cm2 idi. SLNB yapılan n=15 hastanın n=3 tanesinde inguinal metastaz saptanırken n=12 tanesinde lenf nodları temizdi. Primer MM eksizyonu tarafımızca yapılan hastaların hiçbirinde lokal nüks gözlenmezken, SLNB pozitifliği olan 1 hastada 18 ay içerisinde uzak metastaz veya in-transit lezyonlar saptandı. Onkolojik takip yapılan bu hasta 48 ay içerisinde hayatını kaybetti. Primer SCC eksizyonu tarafımızca olan 11 adet hastanın yalnızca 1 tanesinde lokal nüks gelişti ve reeksizyon ve deri grefti ile rekonstrüksiyon yapıldı. Yine bu hasta grubunda uzak metastaz görülmemekle birlikte ortalama 53 aylık takibin sonucunda SCC nedenli bir ölüm tespit edilmedi. Nüks nedeniyle opere edilen hastaların hepsinde reeksizyon ve greft ile rekonstrüksiyon tercih edilirken, MM tanılı hastalar ortalama 16 ay sonra uzak metastaz sonrasında hayatını kaybetti. SCC tanılı olanlarda ise ortalama 10 ay sonunda lokal nüks veya uzak metastaz saptanmadı

Çalışmamızda rekonstrüksiyonlar deri grefti (kısmi ya da tam kalınlıkta), lokal flepler (sural flep, hemisoleus flebi, peroneal kas flebi, fasiyokütan rotasyon flebi) ve serbest flepler (anterolateral uyluk flebi, süperfisyel sirkümfleks iliyak arter flebi) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. n=2 (bir adet anterolateral uyluk flebi ve bir adet süperfisyel sirkümfleks iliyak arter flebi) adet olguda total serbest flep kaybı görülmüş ve sekonder cerrahi girişim(debridman ve deri grefti) gerekmiştir. Primer deri grefti uygulanan n=8 hastada yara iyileşme problemleri %25(n=2) oranında saptanmış olup, bu oran flep uygulanan gruba göre(%25 vs %10) anlamlı derecede yüksektir. Serbest flep grubunda ortalama hastane yatış süresi lokal flep ve deri greti grubuna kıyasla daha uzun olmakla birlikte(sırasıyla ortalama 13.6 gün 8.4 gün ve 5.6 gün) günlük yaşama dönme süresi ortalama olarak daha kısa(sırasıyla ortalama 36.5 gün, 42.2 gün ve 56.9 gün) ve bulunmuştur.Preoperatif yapılan doppler ultrasonografide alt ekstremite damarlarında monofazik akım izlenen hastalarda serbest flep yerine deri grefti veya sural flep tercih edilmiştir. Sural flep uygulanan n=6 hastalardan n=2 olguda parsiyel dehisans gelişmiş ve revizyon cerrahisi uygulanmıştır. Fonksiyonel değerlendirmede LEFS skorları, serbest flep grubunda(ortalama 62.3) lokal flep(ortalama 53.5) ve deri grefti (ortalama 48.6) grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Malign melanom (MM), agresif yayılım gösteren kötü prognozlu bir tümördür. Cerrahi sonrası oluşan doku defektlerinde uygun rekonstrüksiyon yöntemi, fonksiyonel ve estetik sonuçlar açısından önemlidir.

Çalışmamızda kullanılan rekonstrüksiyon teknikleri arasında serbest flepler, daha uzun hastane yatış süresine rağmen daha hızlı günlük yaşama dönüş (ortalama 36.5 gün) ve daha yüksek fonksiyonel sonuçlar (LEFS skoru: 62.3) sağlamıştır. Bu da serbest fleplerin kontur uyumu ve fonksiyonel geri kazanım açısından üstün olduğunu göstermektedir. Özellikle ALT flebi gibi serbest flepler, geniş ve kompleks defektlerde ideal bir seçenektir.

Deri grefti uygulanan hastalarda yara iyileşme sorunları (%25) daha sık görülmüş, fonksiyonel skorlar ise en düşük düzeyde kalmıştır. Lokal flepler (özellikle sural flep), vasküler yetersizlik durumlarında uygun bir alternatif olmakla birlikte, parsiyel dehisans gibi komplikasyonlar gözlenmiştir.

Serbest flep başarısızlığı iki olguda gözlenmiş ve revizyon cerrahisi gerekmiştir. Bu durum, mikrovasküler cerrahinin deneyim ve uygun hasta seçimi gerektirdiğini göstermektedir. Preoperatif doppler değerlendirmesi, cerrahi planlamada kritik rol oynamıştır.

Sonuç olarak, MM'ye bağlı alt ekstremite defektlerinde serbest flepler, seçilmiş hastalarda estetik ve fonksiyonel açıdan en başarılı sonuçları sunmaktadır. Ancak hasta seçimi, damar durumu ve cerrahi deneyim dikkate alınarak bireyselleştirilmiş bir yaklaşım benimsenmelidir.

SONUÇ

Malign tümör eksizyonu sonrası plantar ayak tabanı rekonstrüksiyonu, bireyselleştirilmiş ve fonksiyon odaklı bir yaklaşım gerektirir. Uygun flep seçimi fonksiyonel iyileşmeyi artırır, komplikasyonları azaltır, ikincil operasyon gereksinimini azaltır, bağımsız mobilizasyona dönüşü

hızlandırır ve bu fonksiyonel anatomik bölgenin korunması sayesinde yaşam kalitesinin devamlılığını sağlar.

KAYNAKLAR

1. Wei FC, Jain V, Celik N, Chen HC, Chuang DC, Lin CH. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thigh flaps. Plast Reconstr Surg. 2002;109(7):2219-26.

2. Laitonjam M, Khan MM, Krishna D, Cheruvu VPR, Minz R. Reconstruction of foot and ankle defects: a prospective analysis of functional and aesthetic outcomes. Cureus. 2023 Jun 25;15(6):e40946

3. Hasegawa M, Torii S, Katoh H, Esaki S. The distally based superficial sural artery flap. Plast Reconstr Surg. 1994;93(5):1012-20.

Anahtar Kelimeler: Plantar Tümörler, Serbest Flep, Lokal Flep, LEFS skoru, Plantar Rekonstrüksiyon

Malign Melanom Rekonstrüksiyonu için Reverse Sural Flep ve Free SCIP Flebi



C ve D: Topukta Malign Melanom Reverse Sural Flep C preop; D Postop 2.ay A ve B: Topukta Malign Melanom Free SCIP A Preop; B Postop 1.ay

SB-118

Nüks Vulvar Skuamöz Hücreli Karsinom Cerrahisinde Perforatör Propeller Flep ile Onarım

Merve Kaplanlı Sarıdoğan, Can Koç, Yasir Vural, Kemalettin Yıldız
Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Vulvar karsinom tüm jinekolojik kanserlerin %4'ünü oluşturan nadir görülen bir neoplazmdır.1 Vulva skuamoz hücreli karsinomu (SHK) en sık görülen türdür ve tüm vulva neoplazmlarının %90'ını oluşturur.2 HPV ilişkili olmayan vulvar SHK'de en sık neden liken sklerosis olmakla birlikte, vulvar SHK'lerin %45-61 oranında liken sklerosis zemininde meydana geldiği gösterilmektedir.3 Erken evre vulva kanseri olan hastalar için standart tedavi cerrahidir ve genellikle inguinal lenf nodu diseksiyonu ile vulvektomi kombinasyonunu içerir.

Radikal veya parsiyel vulvektomi sonrası oluşan doku defektleri, vulvar bölgenin fonksiyonel, estetik ve anatomik özellikleri nedeniyle zorlayıcıdır. Defektin boyutu ve yeri rekonstrüksiyon yönteminin seçilmesinde belirleyici olur.

Propeller flapler tek aşamalı, donör saha morbiditesi minimal ve rutin uzunluk, genişlik oranlarıyla sınırlı olmayıp uzun ve dar bir flep olarak da kaldırılabilmesiyle bu alanda etkin bir rekonstrüksiyon seçeneği olarak öne çıkmaktadır.4 Bu çalışmada, nüks vulvar SCC tanısıyla vulvektomi uygulanan bir hastadaki doku defektinin perforatör propeller flep ile rekonstrüksiyonu sunulmaktadır.

Materyal-Method

Diyabet ve hipertansiyon öyküsü olan 59 yaşında kadın hasta sol labium majusta 2x2cm ülsere hiperemik lezyon ve sağ labium majusta 2x1cm hiperemik lezyon şikayeti ile hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvurdu. Fizik muayenede sol labium minus medial yüzde litik alanlar içeren hiperemik görünüm dikkati çekti. Hasta, 2022 yılında liken sklerozis zemininde gelişen vulvar skuamöz hücreli karsinom tanısıyla radikal vulvektomi ve bilateral inguinal sentinel lenf nodu diseksiyonu operasyonu geçirmiş, sonrasında üç yıl boyunca nüks olmaksızın takip edilmişti.

Vulvar eksizyonel biyopsi yapılan hastanın patoloji raporunda sağ labium majus biyopsi materyali liken sklerozis ile, sol labium majus biyopsi materyali nüks keratinize skuamoz hücreli karsinom ile uyumlu bulundu. PET-CT incelemesinde, primer lezyonun vulvada sınırlı olduğu, lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz bulgusuna rastlanmadığı gözlendi. Real time-PCR HPV testi negatif izlendi. Konsey değerlendirmesi sonucunda, hastaya kadın hastalıkları ve doğum ekibi tarafından basit vulvektomi uygulanması kararı verildi.

Kadın hastalıkları ve doğum ekibince genel anestezi altında basit vulvektomi operasyonu gerçekleştirilerek defekt primer kapatıldı. Postoperatif patoloji incelemesinde derin cerrahi sınırda tümör devamlılığı saptanması üzerine hastaya reeksizyon planlanarak yeniden opere edilmesine karar verildi ve tarafımıza reeksizyon sonrası oluşacak doku defekti rekonstrüksiyonu için konsülte edildi. Kadın hastalıkları ve doğum ekibince önceki operasyon materyalinin patoloji raporunda tanımlanan 3x5cm ebatında sol labium minus medial kısımda saat 4 hizasında tümör pozitif saha 1 cm cerrahi sınır elde edilecek şekilde eksize edildi. Eksizyon sonrası oluşan 6x5cm doku defektine yönelik sol uyluk medialinden 15x6cm profunda femoral arter bazlı perforatör propeller flep dizayn edildi, 2 adet perforan damar doppler ultrason ile belirlendi, flep proksimaldeki ve daha dominant olan pedükül baz alınarak tasarlandı ve distaldeki perforan sakrifiye edildi. Pedikül uzunluğunu ve hareketliliğini arttırmak için kas içi diseksiyon yapıldı,flep defekt alanına 180° rotate edilerek defekt örtüldü,2 adet hemovac dren yerleştirildi.

3 aylık takip süresince flep sağ kalımı doğal olup nekroz,enfeksiyon,detaşman veya diğer komplikasyonlar izlenmedi.Cerrahi sonrası fonksiyonel ve estetik bütünlük tatmin edici düzeydeydi.

Tartışma

Vulvar skuamöz hücreli karsinom, tüm jinekolojik maligniteler arasında nadir görülmekle birlikte, lokal invazyon eğilimi ve rekürrens riski nedeniyle multidisipliner yaklaşım gerektirir. Evre 1 ve 2 tümörler için temel tedavi cerrahi eksizyon olup,vulvektomi ya da radikal lokal eksizyon ile birlikte derinlik >1mm olan invaziv tümörlerde sentinel lenf nodu diseksiyonu uygulanır.2 Cerrahi sonrası oluşan defektin rekonstrüksiyonu; defekt boyutu,anatomik bölgenin fonksiyonel önemi, estetik beklentiler ve

yara iyileşme potansiyeli göz önünde bulundurularak planlanmalıdır

Radikal veya basit vulvektomi sonrası primer kapatma her zaman mümkün olmayabilir. Geniş doku kaybı, bölgenin mobilizasyon kısıtlılığı ve gergin kapatma riskleri, flep kullanımını gerektirir. Rekonstrüktif yöntemin belirlenmesi sırasında dikkate alınması gereken ana konu defektin boyutu ve içeriğidir.Bu amaçla lokal ilerletme flepleri, myokütanöz flepler ve serbest doku flepleri gibi farklı teknikler tarif edilmiştir.Vulva defektlerinin kapatılması tercihen çok güvenilir flepler olan ve farklı ihtiyaçları karşılamak için farklı tekniklerle kaldırılabilen fasyokutanöz flepler kullanılarak gerçekleştirilir. Küçük ve orta boy defektler V-Y flepleri, ada gluteal kıvrım flepleri, pedikküllü pudendal uyluk flepleri veya perforatör propeller flepler ile kapatılabilir.5 Vulva defekti büyükse,hem anterior hem posterior uzanımı mevcut ise distal bazlı vertikal rektus abdominis myofasyokutan flepleri (VRAM) veya serbest doku flepleri kullanılabilir.5

Vulvar bölge için ideal flep yeterli doku hacmi sağlayabilen iyi vaskülerize,doku benzerliği yüksek,minimal donör alan morbiditesi oluşturan,yürüme ve oturma esnasında olumsuz etkileri en aza indirgeyen,doğal ve estetik görünüm yaratan ve fonksiyonel bütünlüğü koruyarak hızlı yara iyileşmesine olanak tanıyan bir rekonstrüksiyon sağlamalıdır.5Perforatör propeller flepler, bu kriterleri büyük ölçüde karşılayan ve son yıllarda jinekolojik onkoloji ile rekonstrüktif cerrahide giderek daha fazla tercih edilen bir tekniktir.

Propeller fleplerin temel avantajı,pedikülün takip edilerek tüm yumuşak dokulardan diseke edilmesiyle 180 'ye kadar döndürülebilmesi,doku uyumunun yüksek olmasıdır. Smeets ve arkadaşları propeller fleplerin vulvar ve perineal rekonstrüksiyonda yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile güvenle uygulanabileceği bildirilmiştir.6

Sunulan olguda hastanın daha önce radikal vulvektomi öyküsü bulunması ve nüks sonrası yapılan basit vulvektomi ile oluşan defektin boyutu, rekonstrüksiyon yöntemini sınırlayan faktörlerdi. Ayrıca hastanın diyabet ve hipertansiyon gibi komorbiditeleri, yara iyileşme sürecinde risk faktörü oluşturabilirdi. Bu nedenle donör saha morbiditesi minimal, operasyon süresini gereksiz uzatmayan ve doku uyumu yüksek bir teknik olarak perforatör propeller flep tercih edildi.Alternatif olarak gracilis myokütan flep de vulvar rekonstrüksiyonda güvenle kullanılabilecek bir seçenektir.Bizim olgumuzda gracilis flep, mevcut flebin başarısız olması veya olası bir nüks durumunda kullanılmak üzere kurtarma seçeneği olarak planlanmıştır

Sonuç

Vulvar SHK cerrahisi sonrası geniş doku defektlerinde perforatör propeller flepler, anatomik uyum, güvenilir dolaşım ve düşük morbidite avantajları nedeniyle etkin bir onarım seçeneği sunar. Özellikle nüks olgularda, önceki cerrahilerin oluşturduğu doku kaybı ve yara iyileşme riskleri göz önünde bulundurulduğunda, bu teknik güvenilir ve pratik bir çözüm olarak değerlendirilebilir.

Referanslar

1.Institute NC. SEER Cancer Statistics: Vulvar Cancer. National Cancer Institute. https://seer.cancer.gov/statfacts/html/vulva.html

2.Zweizig S, Korets S, Cain JM. Key concepts in management of vulvar cancer. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2014;28(7):959-966.

3.Judson PL, Habermann EB, Baxter NN, Durham SB, Virnig BA. Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma. Obstetrics & Gynecology. 2006;107(5):1018-1022.

4.Panse N, Karanjkar A. Propeller flaps. Indian Journal of Plastic Surgery. 2022;55(04):321-330.

5.Salgarello M, Farallo E, Barone-Adesi L, et al. Flap algorithm in vulvar reconstruction after radical, extensive vulvectomy. Annals of plastic surgery. 2005;54(2):184-190.

6.Smeets, L., Hendrickx, B., & Teo, T. C. (2012). The propeller flap concept used in vaginal wall reconstruction. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery, 65(5), 629-633.

Anahtar Kelimeler: perine rekonstrüksiyonu, propeller flep, skuamoz hücreli karsinom, vulvar karsinom

Resim 1



Fig 1:Sol labium nüks SHK preoperatif görünüm Fig 2:Nüks SHK'ye yönelik basit vulvektomi sonrası postoperatif görünüm Fig 3: Taban cerrahi sınır pozitif gelmesi nedeniyle yapılan reeksizyon sonrası Fig 4: Perforatör propeller flep ile doku defektinin kapatılması Fig 5:Postoperatif 3.ay

SB-119

Dermatofibrosarkoma protuberans: 15 yıllık tek merkez deneyimi vaka serisi

Mustafa Akkuş, Gökçe Yıldıran, Hande Akdeniz

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş:

Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), düşük dereceli bir yumuşak doku sarkomu olup, genellikle klinik olarak belirgin sınırların ötesine uzanan infiltratif, parmak benzeri bir büyüme paterni ile karakterizedir. Bu nedenle, lokal nüks riskini en aza indirmek için temiz cerrahi sınırlarla tam eksizyon büyük önem taşır. Ancak bu sınırın ne kadar

olması gerektiği, anatomik lokalizasyona ve tümörün boyutuna göre değişkenlik gösterebilmektedir(1). Ayrıca, cerrahi sonrası rekonstrüksiyon ihtiyacı da hem kozmetik hem fonksiyonel sonuçlar açısından önemlidir. Uygulanan tedavi yöntemleri primer onarım, deri grefti ya da flep rekonstrüksiyonu gibi farklı seçenekleri içerebilir(2). Genellikle 3-4. dekatlarda sık görülen bu lezyonun çocuk ve ergenlik dönemlerinde de ortaya çıktığı bilgisi literatürde mevcuttur.(3)

Bu çalışmada, kliniğimizde tanı almış DFSP hastalarının verileri analiz edilerek, klinik-pratikte karşılaşılan zorluklar ve tedaviye yönelik çıkarımlar tartışılmıştır.

Materyal-Metod:

Kliniğimizde 2011-2025 yılları arasında DFSP kesin tanısı almış 15 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, lezyonun cm2 cinsinden boyutu, lokalizasyonu, ön tanı, kesin patolojik tanı, tedavi yöntemi (eksizyon+primer onarım/greft/flep), intraoperatif olarak bırakılan makroskobik cerrahi sınır (cm), patolojik olarak raporlanan mikroskobik sınır (cm), ikinci cerrahi ihtiyacı, bunun sınırları ve takip süresi ölçülmüştür.

Tüm hastalara geniş lokal eksizyon uygulanmış olup, cerrahi sınır kararları tümörün klinik boyutu, yerleşimi ve dokular arası yayılım potansiyeli dikkate alınarak bireysel olarak verilmiştir. Rekonstrüksiyon yöntemleri, defekt boyutu, lokal doku kalitesi ve estetik-fonksiyonel beklentilere göre belirlenmiştir. Patolojik tanı ve sınır değerlendirmesi, uzman patoloji ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir. Takip sürecinde hastalar düzenli aralıklarla kontrol edilmiş, lokal nüks ve komplikasyonlar açısından izlenmiştir.

Bulgular:

Bu retrospektif çalışmada yaş ortalaması 52,8(19-74) olan 5 kadın, 10 erkek toplam 15 hasta belirlendi. 7 gövde bölgesinde, 4 üst ekstremite, 3 alt ekstremite ve 2 baş boyun olmak üzere 16 adet patolojik tanısı dermatofibrosarkom olan lezyon üzerinde çalışılmıştır. Bir hastada sağ supraklavikular ve umblicus süperirorunda birer adet patolojik tanısı DFSP olan iki lezyon vardı. Hastanın detaylı fizik muayenesinde sağ humerustan enkondrom eksizyonu dışında ek patolojiye rastlanılmadı.

Tanı aşamasında 5 hastadan MRG, 4 hastadan USG ve 1 hastadan hem USG hem MR görüntülemeleri incelenmiştir. 4 lezyona insizyonel biyopsi sonrası eksizyonel biyopsi ve 12 lezyona direkt olarak eksizyonel biyopsi uygulanmıştır. Eksizyon sonrası 4 hastaya reeksizyon uygulanmıştır. Eksizyona ek olarak 6 hastaya primer onarım, 7 hastaya kısmi kalınlıkta greft ile onarım ve 3 hastaya lokal flep ile onarım gerçekleştirilmiştir.

15 lezyonun patolojik tanısı dermatofibrosarkom protuberans ve 1 lezyonun tanısı miksoid dermatofibrosarkom olarak neticelendi. 5 lezyona reeksizyon yapıldı. Reeksizyon gereken lezyonların 3'ü gövde, 1 tanesi üst ekstremite ve 1 tanesi baş boyun bölgesindeydi. 11 lezyon eksizyon sonrası takip edildi. İlk operasyonda cerrahi sınır ortalama 2,66 cm(0-5 cm) ve patolojik sınır ortalama 1,25 cm(0-3,5 cm) olarak neticelendi. Reeksizyon yapılan 5 lezyonda cerrahi sınır ortalama 3,4 cm(3-5 cm) ve patolojik sınır ortalama 2,7 cm(2,5-3 cm) olarak neticelendi. 7 hastanın lezyonları ön tanısı ile uyumsuzdu. Hastalar ortalama 9.3 ay takip edildi ve takiplerde nüks gözlenmedi.Hiçbir hastaya adjuvan radyoterapi uygulanmadı.

Olgu 1:

37 yaşında erkek hasta, sağ trokanterik bölgede son bir yıldır giderek büyüyen ağrısız bir nodül ile dermatoloji tarafından amelanotik melanom ön tanısıyla tarafımıza danışılan hasta. Hastanın tıbbi öyküsünde mide ca nedeniyle 2 yıl önce opere olduğu ve ilaçsız takip edildiği öğrenildi. Klinik muayenede, yaklaşık 3x1 cm boyutlarında, sınırları iyi tanımlanmış, sert, infiltre görünümlü ve eritemli nodül gözlendi. USG de aşırı kanlanma paterni gösteren solid kitle olarak değerlendirildi. Iki kadran insizyonel biyopsi, CD34 pozitifliği ile desteklenen DFSP'yi doğruladı. Eksizyonel biyopsi de 3 cm'lik marjlarla rezeke edilen lezyonda subkutan yağ dokuya invazyon gözlenmedi. Defekt sağ uyluk anterior bölgeden hasat edilen kısmi kalınlıkta greft kullanılarak rekonstrükte edildi. Histopatoloji, 2 cm'lik sınır ile invazyon kanıtı olmayan negatif cerrahi marjları doğruladı. Tümörün boyutu ve sağlanan cerrahi ve patolojik marjlar göz önüne alındığında adjuvan radyoterapi önerilmedi. Hasta, on beş aylık takip süresinin ardından hastalıksız kaldı

Olgu 2:

53 yaşında kadın hasta, abdomen sağ alt kadranda son iki yıldır giderek büyüyen 3x2 cm ağrısız bir nodül ile başvurdu. Hastanın tıbbi öyküsünde ek patoloji olmadığı öğrenildi. Klinik muayenede, yaklaşık 3*2 cm boyutlarında, sınırları düzensiz ve orta hatta boynuzsu görünümde, sert, infiltre görünümlü nodül gözlendi.(ŞEKİL 1A) Dış merkez kesin patolojik tanısı miksoid zeminde CD34 pozitifliği ile desteklenen miksoid DFSP olarak ve sınır pozitifliği saptanması üzerine reeksizyon yapıldı. Reeksizyonda 5 cm'lik marjlarla rezeke edilen lezyonda subkutan yağ dokuya invazyon gözlenmedi. Defekt abdobinoplasti flebi kullanılarak rekonstrükte edildi (ŞEKİL 1B). Histopatoloji, 3 cm'lik sınır ile invazyon kanıtı olmayan negatif cerrahi marjları doğruladı. Tümörün boyutu ve sağlanan cerrahi ve patolojik marjlar göz önüne alındığında adjuvan radyoterapi önerilmedi. Hasta, on iki aylık takip süresinin ardından hastalıksız kaldı

Tartışma ve Sonuç:

Birçok çalışma, DFSP eksizyonu için yaklaşık 2–3 santimetrelik makroskopik cerrahi sınırın optimal olduğunu belirtmektedir. Özellikle, tümörün 2–3 cm'lik bir sınırla ve alttaki fasya ile birlikte en blok çıkarılmasının, DFSP'nin mikroskobik uzanımlarını etkili bir şekilde ortadan kaldırdığı ve nüks oranlarını belirgin şekilde azalttığı gösterilmiştir. Bu cerrahi sınır, özellikle gövde veya ekstremitelerdeki primer DFSP lezyonları için, onkolojik güvenlik ile normal doku korunumunu dengeli bir şekilde sağlar. Cerrahi sınırların yeterliliği, DFSP tedavisinde lokal nüksü önlemenin en kritik basamağıdır. Literatürde önerilen 2–3 cm'lik makroskopik cerrahi sınır, çalışmamızda da çoğu olguda hedeflenmiş ve patolojik olarak ortalama >=1 mm temiz sınır sağlanan olgularda nüks izlenmemiştir. Ancak bazı olgularda cerrahi sınırın yetersiz bulunması nedeniyle ikinci cerrahi gerekmiştir. Bu durum, özellikle baş-boyun gibi anatomik olarak sınırlı bölgelerde optimal sınır sağlamanın güçlüğüne işaret etmektedir.

Tedavi sonrası rekonstrüksiyon yöntemi, lezyonun lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlı olarak değişiklik göstermiştir. Primer onarım, küçük lezyonlarda yeterli olurken; daha büyük defektlerde greft ve lokal flepler tercih edilmiştir. Estetik ve fonksiyonel sonuçlar açısından hastaların büyük çoğunluğunda memnuniyet verici sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda takip süresi boyunca herhangi bir metastaz saptanmamış, bu da DFSP'nin düşük metastatik potansiyelini doğrulamaktadır. Ancak lokal nüks açısından uzun dönem izlem kritik öneme sahiptir.

Kaynaklar:

1.Kedous S, Amri A, Methnani A, et al. Head and neck dermatofibrosarcoma protuberans: Case series of extensive resections and reconstructions with literature review. F1000Res. 2025;14:294. Published 2025 May 12. doi:10.12688/f1000research.162699.2

2.Lim MC, Halim AS. Dermatofibrosarcoma protuberans post excision reconstruction options and outcome: 10 years single center experience. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2025;104:139-145. doi:10.1016/j.bjps.2025.02.034

3.Tsai YJ, Lin PY, Chew KY, Chiang YC. Dermatofibrosarcoma protuberans in children and adolescents: Clinical

presentation, histology, treatment, and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(9):1222-1229. doi:10.1016/j.bjps.2014.05.031

Anahtar Kelimeler: Dermatofibrosarkoma, dermatofibrom, lokal agresif

SB-120
Atipik Klinik Özellikler Gösteren Malign Melanom: Üç Olgu Sunumu

Mehmet Furkan Uyanık, Aytaç Bülent Kuku, Mustafa Talha Okutan, Ayhan Işık Erdal
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Malign melanom, en agresif seyirli deri kanserlerinden biridir. Erken tanı ve tedaviyle sağkalım oranları yüksek olmakla birlikte bazı olgularda atipik klinik sunumlar gözlenir. Bu atipik özellikler tanıda gecikmeye ve yanlış yönlendirmelere yol açarak hastaların prognozunu olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada, klasik klinik özelliklerin dışında seyreden, tanı ve yönetim süreçleri açısından zorlayıcı olan üç malign melanom olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumları

Hasta 1:

Rektum adenokarsinomu öyküsü bulunan ve postoperatif takiplerine uyum göstermeyen 65 yaşında erkek hasta, sağ inguinal bölgede hızla büyüyen ve dev boyutlara ulaşan konglomere lenf nodları sebebiyle başvurdu. Sağ inguinal lenf nodlarına yapılan tru-cut biyopside metastatik malign melanom tanısı konuldu. Tanı sonrası çekilen PET-BT'de sağ bacak lezyonunda ve sağ inguinal lenf nodlarında tutulum saptandı. Neoadjuvan kemoterapi sonrası sağ bacaktaki lezyon uygun sınırlar ile eksize edildi ve sağ inguinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji, malign melanom ve metastatik lenf nodları ile uyumluydu. Bu olguda hastanın takiplerine uyum göstermemesi sebebiyle sağ inguinal bölgedeki lenf nodlarının hızla büyüyerek dev boyutlara ulaşması ve eşzamanlı rektum kanseri öyküsü, tanı ve yönetim sürecini zorlaştıran atipik özellikler olarak dikkat çekti.

Hasta 2:

63 yaşında erkek hasta, sağ inguinal bölgede şişlik ile başvurdu. Dış merkezde çekilen USG'sinde uyluk posteromedialinde 8×7×9 cm'lik kitle saptandığı ve dış merkezde alınan biyopsi sonucunun malign melanom metastazı olarak raporlandığı öğrenildi. Primer odağın araştırılması amacıyla sağ ayak plantar yüzde şüpheli lezyon eksize edildi ve patoloji sonucu in situ melanom olarak bulundu. Akciğer ile karaciğer metastazları da mevcut olan hastaya sağ inguinal bölgedeki dev kitle için palyatif eksizyon yapıldı. Bu hastada in situ melanomaya rağmen yaygın ve agresif metastazların varlığı malign melanomun atipik seyri açısından dikkat çekti.

Hasta 3:

70 yaşında erkek hasta, Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminde sağ el baş parmağına aldığı travma sonrası gelişen ve uzun süre iyileşmeyen renk değişikliği nedeniyle başvurdu. Hasta, lezyonun deprem sonrası travmaya bağlı olduğunu düşünerek uzun süre tıbbi değerlendirme arayışına girmemiş, bu durum tanının gecikmesine yol açmıştır. Lezyonun pansumanlarla iyileşmemesi üzerine yapılan punch biyopsi sonucu malign melanom olarak raporlandı.

Tanı sonrası çekilen PET-BT'de sağ epitroklear ve aksiller lenf nodlarında patolojik tutulum izlendi. Aynı gün yapılan ultrasonografide sağ aksillada 16×9 mm boyutunda, reaktif olarak yorumlanan lenf nodları saptandı; epitroklear bölgede ise lenf nodu görüntülenemedi. Hastaya sağ el baş parmak proksimal falanks seviyesinden amputasyon ve eş zamanlı olarak sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) yapıldı. Patoloji sonucunda amputat materyalinde malign melanom saptanırken, iki adet sentinel lenf nodu reaktif olarak raporlandı.

Kemoterapi ve radyoterapi planlanmayan hastanın kontrollerine uyum göstermediği öğrenildi. Ameliyat sonrası yaklaşık iki sene sonra hastanın sağ kol fleksör yüzünde subkutan nodül gelişti ve nodülün eksizyonu sonrası patoloji sonucu malign melanom metastazı ile uyumlu bulundu. Tanı sonrası yapılan ultrasonografide sağ aksillada 3×2 cm boyutunda metastatik lenf nodu tespit edildi. Hastaya sağ epitroklear bölge lenf nodları ve in-transit lezyonların eksizyonu ile birlikte seviye 1–2–3 sağ aksiller lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirildi.Patoloji, metastatik melanom ile uyumluydu.

Bu olguda özellikle dikkat çeken, başlangıçta yapılan SLNB'nin negatif bulunmasına rağmen iki yıl içinde epitroklear ve aksiller bölgeye yayılan metastatik lenf nodlarının ve in-transit lezyonların ortaya çıkmasıdır. Ayrıca, deprem sonrası travmanın lezyonun başlangıçta yanlış değerlendirilmesine neden olarak tanının gecikmesine yol açması da vurgulanması gereken önemli bir noktadır. Bu durum, malign melanomda sentinel lenf nodu biyopsisinin sınırlılıklarını ve tümör biyolojisinin öngörülemezliğini gösteren atipik bir klinik seyir olarak değerlendirildi.

Tartışma

Melanom genellikle ciltte pigmentli lezyon olarak tanımlanır; ancak bazen primer odakla uyumsuz, agresif ve hızlı ilerleyen metastatik seyir gösterebilir. Özellikle ikinci olguda in situ melanomdan kaynaklanmasına rağmen dev metastazların gelişmesi ve üçüncü olguda negatif SLNB'ye rağmen iki yıl içinde metastazların ortaya çıkması literatürde nadir bildirilen özelliklerdendir. Bu durum, biyolojik heterojenitenin ve immün yanıtın melanom seyrinde önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Bu tür atipik sunumlarda tanı gecikmesini önlemek için yüksek klinik şüphe ile hareket edilmesi gerekir. Ayrıca, sunulan olgular, özellikle üçüncü hastada olduğu gibi, tedavi sonrası dönemde düzenli klinik ve radyolojik takibin ne denli kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Başlangıçta benign seyirli gibi izlenebilecek olgular zaman içinde agresif progresyon gösterebilir. Bu nedenle hastaların uzun dönem takiplerinin aksatılmadan sürdürülmesi hem nükslerin erken yakalanması hem de sistemik yayılımın önlenmesi açısından önemlidir.

Sonuç

Sunulan olgular, malign melanomun klasik klinik sunumlarının ötesinde seyir gösterebileceğini vurgulamaktadır. Atipik özellikler, tanı ve tedavi sürecini güçleştirebilir. Şüpheli lezyonlarda erken biyopsi ve dikkatli takip, multidisipliner yaklaşım ve literatür bilgisi doğrultusunda planlanan tedavi, hastaların prognozunun iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Atipik klinik özellikler, Malign melanom, Metastatik melanom, Sentinel lenf nodu biyopsisi, Tanıda gecikme

Olgu resimleri



Sol: Olgu 1 İnguinal Lenf nodlarının intraoperatif görüntüsü Orta: Olgu 2 Lezyon eksizyonu sonrası intraoperatif görüntü Sağ: Olgu 3 Preoperatif görüntü

SB-121

Browptosis Tedavisinde Gliding Browlift Tekniğinin Kaş Pozisyonuna Etkisinin Değerlendirilmesi

Batuhan Temiz, Süleyman Yıldızdal, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

Giriş:

Kaş pozisyonu, yüzün genel estetik algısında ve bireyin ifadesinde kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle kaşın şekli, yüksekliği ve lateral kısmının konumu; kişinin genç, dinamik ve dinlenmiş bir görünüme sahip olup olmadığını belirleyen temel parametreler arasında yer alır. Kaş ve periorbital bölgedeki estetik değişiklikler, zamanla yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği gibi; genetik yatkınlık, mimik kaslarının aşırı çalışması, çevresel faktörler ve travmalar neticesinde de gelişebilmektedir. Bu değişiklikler, özellikle lateral kaş bölgesinde pitozise neden olarak, kişide yorgun, üzgün veya yaşlı bir yüz ifadesine yol açabilir.

Kaş kaldırmaya yönelik pek çok cerrahi teknik zaman içerisinde geliştirilmiştir. Bunlar arasında klasik direkt kaş kaldırma, endoskopik subperiostal kaş kaldırma, temporal lift gibi yöntemler sayılabilir. Her birinin avantajları ve dezavantajları bulunmakla birlikte, son yıllarda daha az invaziv, kısa iyileşme süresine sahip Gliding Brow Lift (GBL) tekniği literatürde dikkat çeken ve giderek daha fazla uygulama alanı bulan yenilikçi yöntemlerden biridir.

Viterbo ve arkadaşları tarafından tanımlanan Gliding Brow Lift, minimal insizyonla uygulanabilen, öğrenme eğrisi kısa ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sunan bir teknik olduğu bildirilmiştir.

Literatürdeki veriler, GBL uygulanan hastalarda, kaşın özellikle lateral kısmında belirgin bir elevasyon sağlandığını ve bu etkinin uzun dönemli olarak da sürdüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca, hasta memnuniyetinin yüksek olduğu, relaps pitozisin yeniden gelişme oranlarının oldukça düşük olduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmamızda, Gliding Brow Lift yönteminin prospektif olarak kaş pozisyonu üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, uzun dönemde kaş pozisyonunu nesnel olarak ölçerek tekniğin güvenilirliğini ölçülmesi ve sunulması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod:

Etik kurul onayının (E-24/370) ardından Temmuz 2024 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimize Gliding Brow Lift (GBL) operasyonu planıyla başvuran hastalar prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18-65 yaş aralığında olmak, lateral kaş pitozu tanısı almış olmak olarak belirlendi. Daha önce kaş kaldırma cerrahisi geçirmiş olan, sistemik hastalığı bulunan veya yara iyileşme problemi yaşayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastaların demografik verileri, eşlik eden hastalık öyküleri, geçirilmiş cerrahiler, GBL ile eş zamanlı yapılan işlemler, operasyon tarihi ve uygulanan anestezi türü kayıt altına alındı. Kaş pozisyonuna yönelik ölçümler preoperatif olarak ve postoperatif 1. ay, 6. ay takiplerinde yapıldı. Ölçümler standardize fotoğraflar üzerinden dijital ortamda gerçekleştirildi. Ölçüm parametreleri midpupiller hattan geçen horizontal çizgi baz alınarak 4 ayrı bölgeye olan vertikal mesafe ölçülerek elde edildi. Lateral kaş kuyruğu, lateral kantus, midpupiller hat ve medikal kantus noktaları ölçüm için temel alındı.Tüm veriler sistematik şekilde toplanarak değerlendirilmek üzere kaydedildi. Buna ek olarak preoperatif ve postoperatif poliklinik kontrollerinde tek soruluk memnuniyet anketi ile hastaların kaş pozisyonlarına dair memnuniyetleri ölçüldü.

Bulgular:

Temmuz 2024 ve Temmuz 2025 arasında prospektif olarak gerçekleştirilen çalışmada toplam 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara operasyon bilateral olarak gerçekleştirildi. 68 kaş üzerinden değerlendirme yapıldı. Hastaların 29 ' u kadın, 5' i erkek ve ortalama yaş 39,5 olarak ölçüldü. 26 hasta genel anestezi ile opere olurken 8 hasta lokal anestezi altında opere edildi. Hastaların preoperatif olarak kaş pozisyonlarına dair memnuniyet anketine ortalama 2,11 puan verdikleri görülürken, bu sonuç 1. Ayda 3,76 ve 6. Ayda 3,6 olarak gözlendi. (1- hiç memnun değilim, 2-memnun değilim, 3- kararsızım, 4- memnunum, 5 çok memnunum)

Lateral kaş bölgesinde preoperatif döneme göre 1. Ayda ortalama 5,2 ± 2,4 (mm), 6. Ayda 2,6 ± 2,1 (mm) kaş elevasyonu gözlendi.Lateral kantus hattında preoperatif döneme göre 1. Ayda ortalama 4,3 ± 2,5 (mm), 6. Ayda 2,7± 2 (mm) kaş elevasyonu gözlendi. Midpupiller hatta kaş bölgesinde preoperatif döneme göre 1. Ayda ortalama 1,7 ± 2,9 (mm), 6. Ayda 0,9 ± 1,8 kaş elevasyonu gözlendi. Medikal kantal hatta kaş bölgesinde preoperatif döneme göre 1. Ayda ortalama 1,4 ± 2,7 (mm), 6. Ayda 1,1 ± 2,1 (mm) kaş elevasyonu gözlendi. (EK TABLO 1)

Fitzpatrick 4 olarak değerlendirilen 2 hastada hiperpigmente skar görünümü izlendi. 2 hastada minimal hematom izlenirken cerrahi drenaj yapılmadan takiplerde iyileşme görüldü. 6.ay kontrollerinde 4 hastada frontal skalpte parestezi görüldü. Takip sürecinde hiçbir hastaya revizyon GBL operasyonu uygulanmadı.

Sonuç:

Viterbo ve arkadaşları tarafından tanımlanan Gliding Brow Lift tekniği, öğrenme eğrisi kısa ve uygulaması nispeten kolay, etkili bir kaş elevasyonu yöntemi olarak öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, uzun dönem takiplerde kaş pitozisi relapsı ve hiperpigmente skar oluşumu gibi bazı istenmeyen sonuçları da beraberinde getirebilmektedir. Hastalar, erken postoperatif dönemde estetik sonuçlardan genel olarak memnun olduklarını ifade etmiş; ancak takip süresi uzadıkça kaş pozisyonunda yeniden düşme meydana geldiğini ve buna bağlı olarak estetik kaygılarının arttığını bildirmişlerdir. Bu nedenle, GBL tekniğinin etkinliğinin ve kalıcılığının net bir şekilde ortaya konabilmesi için uzun dönemli ve çok merkezli çalışmalarla desteklenmesi önem taşımaktadır. Elde edilecek bu veriler, kaş kaldırma operasyonlarının daha efektif planlanmasına ve hasta memnuniyetinin arttırılmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: browlift, GBL, gliding browlift, kaş kaldırma

Kaş Elevasyon Ölçümleri

Tablo 1

Kaş Laterali	
1.Ay	5,2 ± 2,4 (mm)
6.Ay	2,6 ± 2,1 (mm)
Lateral Kantus	
1.Ay	4,3 ± 2,5 (mm)
6.Ay	2,7± 2 (mm)
Midpupil	
1.Ay	1,7 ± 2,9 (mm)
6.Ay	0,9 ± 1,8 (mm)
Medial Kantus	
1.Ay	1,4 ± 2,7 (mm)
6.Ay	1,1 ± 2,1 (mm)

Preoperatif döneme göre posoperatif 1. ve 6. aydaki kaş elevasyon miktarları milimetre türünden gösterilmiştir.

SB-122

Hyaluronik Asit Temelli Biyorejuvenasyon: Fotoyaşlanma Düzeyine Göre Cilt Kalitesi Üzerindeki Etkilerin Analizi

Fadile Aydoğan[1], Billur Sezgin Kızılok[1], İsmail Küçüker[2], Ünzile Seyman Civelek[3], Batu Özlüşen[1], Melike Refia Taşlıpınar[1], Eren Kervancıoğlu[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Prof. Dr. İsmail Küçüker Kliniği, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul
[3]Dr. Ünzile Seyman Civelek Kliniği, Dermatoloji, İstanbul

GİRİŞ

Yaşlanma, ciltte viskoelastisite kaybı, kuruluk, pigmentasyon ve kırışıklık gibi birçok estetik ve yapısal değişikliğin gerçekleştiği kaçınılmaz bir süreçtir. Bu değişiklikler hem intrinsik yaşlanma süreçlerine hem de ultraviyole ışınları, sigara ve çevresel toksinler gibi ekstrinsik faktörlere bağlı olarak meydana gelir. Son yıllarda fibroblast aktivitesini stimüle etmeye yönelik biyostimülasyon temelli tedavi yaklaşımları ön plana çıkmış; bu kapsamda hyaluronik asit (HA) temelli biyorejuvenasyon ürünleri cilt kalitesini iyileştirme amacıyla yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, bu tedavilerin klinik etkinliğini objektif ölçütlerle değerlendiren ve farklı hasta gruplarında hangi parametrelerde anlamlı iyileşmeler sağlandığını ayrıntılı biçimde ortaya koyan kapsamlı çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle, bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulmasında yol gösterici olabilecek, hasta özelliklerine göre tedavi yanıtlarını karşılaştırmalı biçimde analiz eden çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda, çapraz bağlı olmayan HA içeren bir mezoterapi ürününün farklı fotoyaşlanma evrelerine göre sınıflandırılmış hastalarda hiperpigmentasyon, UV lekeleri, kırışıklık, cilt doku kalitesi ve gözenek görünürlüğü parametreleri incelenerek objektif dijital ölçüm yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Çalışmaya, Mayıs 2022 – Mayıs 2024 tarihleri arasında yüz cilt kalitesini iyileştirme amacıyla Plastik Cerrahi kliniğine başvuran 65 kadın hasta dahil edilmiş olup, hastalar Glogau fotoyaşlanma skalasına göre evrelendirilmiştir. Erkek hastalar, yüz kıllanmasının dijital analiz hassasiyetini azaltabileceği gerekçesiyle çalışma dışı bırakılmıştır. Kullanılan ürün Teosyal Redensity 1® (TEOXANE, İsviçre, Geneva) olup, 15 mg/mL çapraz bağlı olmayan hyaluronik asite ek olarak 8 aminoasit, 3 antioksidan, 2 mineral, B6 vitamini ve lidokain içermektedir. HA mezoterapisi, 30G iğne ile infraorbital, perioral ve yanak bölgelerine, yaklaşık 1 cm aralıklarla mikroenjeksiyon tekniği ile uygulanmıştır. İşlem 3 hafta arayla 2 seans olarak uygulanmıştır. Değerlendirmeler VISIA® (Canfield Scientific, ABD) görüntüleme sistemi ile uygulama öncesi, uygulama sonrası 3. hafta ve 6. haftalarda yapılmıştır.

SONUÇLAR

Hastaların median yaşı 37 (31–64) olup, hastalar Glogau fotoyaşlanma skalasına göre Glogau tip 1 (n=19), tip 2 (n=31) ve tip 3 (n=15) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Tip 4 hasta çalışmada yer almamıştır. Yapılan değerlendirme sonucu HA içerikli mezoterapi sonrasında hiperpigmentasyon, UV lekeleri, kırışıklık, cilt doku kalitesi ve gözenek görünürlüğü gibi tüm parametreler üzerinde anlamlı düzeyde iyileşmeler gözlenmiştir. Kırışıklık persentil değeri, başlangıçtan 3. haftaya kadar ortalama %23.3 artış göstermiş olup, 6. hafta sonunda bu artış %56'ya ulaşmıştır ($p<0.001$). Cilt doku kalitesinde de benzer şekilde ilk uygulamadan 3 hafta sonra %27.4, 6. haftada ise %62.5 artış gözlenmiştir ($p<0.001$). Hiperpigmentasyon persentil değerlerinde 1. seans sonrası ortalama %31.4 artış, ikinci seans sonrası ise toplamda %66.5'lık bir iyileşme izlenmiştir ($p<0.001$). UV lekelerinde ise ilk seans sonrası %35.2, ikinci seans sonunda ise %51.1 oranında düzelme kaydedilmiştir ($p<0.001$). En sınırlı yanıt ise gözenek görünürlüğü parametresinde saptanmış, 6 haftalık toplam artış %21.8 olsa da, 1. ve 2. seanslar arasında elde edilen %10'luk artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.257$).

Ortalama hasta memnuniyeti skoru tüm gruplar genelinde 10 üzerinden 8.84 olup, hastaların %93.8'i işlemi tekrar yaptırmak istediğini belirtmiştir. Tedavi sonrası ciddi komplikasyon görülmemiş olup, yalnızca 17 hastada hafif morluk ve 3 hastada geçici ödem gelişmiş; bu durumlar 10 gün içinde tamamen gerilemiştir.

TARTIŞMA

Uygulama sonrası hiperpigmentasyon, kırışıklık ve cilt doku kalitesi yüzdelik skorlarında, özellikle ilk ve ikinci seanslar arası dönemde, ilk uygulamaya kıyasla daha belirgin artış gözlenmiştir. Bu bulgu, HA bazlı mezoterapinin kümülatif ve progresif bir etki gösterdiğini, optimal sonuçlar için tekrar eden uygulamaların gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.

Değerlendirilen tüm parametreler arasında en sınırlı iyileşme gözenek görünürlüğünde izlenmiştir. İlk ve ikinci seans arasındaki değişim istatistiksel anlamlılık göstermemiştir. Bu durum, gözenek boyutunun mezoterapiye daha sınırlı veya gecikmeli yanıt verdiğini düşündürmektedir. Sebum üretimi, cilt elastikiyeti ve genetik faktörler gibi çoklu mekanizmaların etkili olduğu gözenek görünürlüğü parametresi için fraksiyonel lazerler veya topikal retinoid içeren kombinasyon tedavileri önerilebilir.

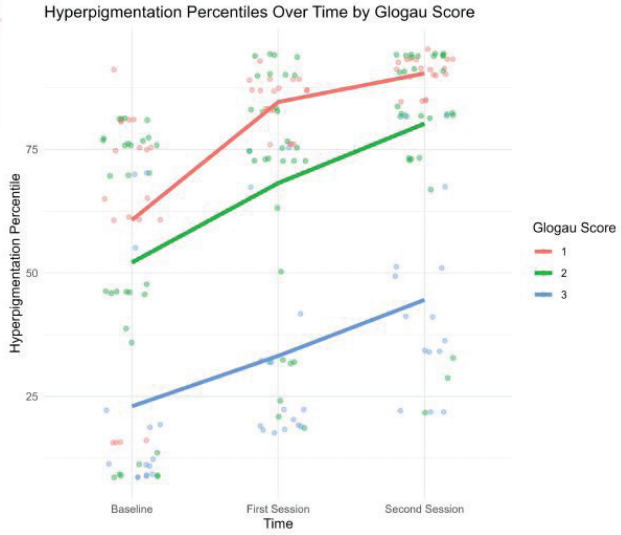
Kırışıklık ve cilt doku kalitesi yüzdelik skorları zamanla anlamlı şekilde iyileşmiş olsa da, bu iyileşme Glogau grupları arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu bulgu, HA bazlı biyorejuvenasyonun farklı düzeydeki foto-yaşlanma gruplarında benzer düzeyde olumlu etki sağlayabildiğini desteklemektedir. Bununla birlikte, kırışıklık parametresinde en yüksek iyileşme Glogau Tip 2 grubunda gözlenmiş olup, bu durum erken–orta düzeyde fotoyaşlanma bulguları olan hastaların HA mezoterapisinden en fazla fayda gören grup olduğunu düşündürmektedir.

Özellikle dikkat çekici bir bulgu, objektif cilt parametrelerinde ölçülebilir iyileşmelere rağmen Glogau Tip 3 grubundaki hasta memnuniyetinin Tip 2 grubuna

göre anlamlı derecede düşük olmasıdır. Bu durum, ileri yaşlanma evrelerinde hastaların estetik beklentileri ile elde edilebilecek klinik iyileşmeler arasında bir uyumsuzluk olabileceğine işaret etmektedir. Bu hasta grubunda dermal yapının ve yumuşak dokunun ileri düzeyde bozulmuş olması nedeniyle yalnızca enjeksiyon bazlı tedaviler yeterli olmayabilir. Bu nedenle, enerji bazlı cihazlar, fraksiyonel lazerler ya da cerrahi yaklaşımlar gibi daha invaziv tedavi seçenekleri bu hasta grubunda kombine tedavi planlarına dahil edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: biyorejuvenasyon, hyaluronik asit mezoterapisi, visia analizi

Hiperpigmentasyon percentile değerlerinin hyaluronik asit mezoterapisi uygulaması sonrası değişimi



Hiperpigmentasyon percentile değerlerinin hyaluronik asit mezoterapisi uygulaması sonrası değişimi. ilk ve ikinci seanslar arası dönemde, ilk uygulamaya kıyasla daha belirgin artış gözlenmiştir. Tüm parametreler için ilgili tablodan yapılmıştır.

SB-123

250 Superomedial Pediküllü Meme Küçültme Hastasının Bottoming Out Deformitesi Açısından Değerlendirilmesi

Melis Şeyma Yalçınkaya, Atakan Şahiner, Murat Şahin Alagöz, Emrah Kağan Yaşar, Ceyhun Uzun
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ

Redüksiyon mamoplasti, büyük ve sarkık memelerin estetik ve fonksiyonel yeniden şekillendirilmesi amacıyla yaygın olarak uygulanan cerrahi bir prosedürdür. Cerrahinin temel amacı meme başı canlılığı ve duyusunu koruyarak fonksiyonel, simetrik ve estetik sonuçlar elde etmektir. Günümüzde meme küçültme cerrahisi için farklı avantaj ve dezavantajlar içeren birçok teknik kullanılmaktadır. Bu prosedürlerde meme anatomisinin dikkatli planlanması ile meme başı ve meme tabanı arasındaki oranların korunması, komplikasyon ve deformitelerin önlenmesi açısından elzemdir.

Superomedial pedikül tekniği, güvenilir vaskülarizasyonu ve estetik açıdan tatmin edici sonuçları sayesinde günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte uzun dönem takiplerde memenin alt kutbunda hacim artışı ve areolanın nispeten yukarıda yerleşimi ile karakterize bottoming out deformitesi (psödoptozis) görülebilmektedir.

Bu çalışmada, kliniğimizde superomedial pedikül tekniğiyle redüksiyon mamoplasti gerçekleştirilen 250 hastada bottoming-out deformitesi görülme sıklığı ile etki eden risk faktörleri ve klinik sonuçlar değerlendirilmiştir.

MATERYAL-METOD

2021-2024 yılları arasında kliniğimizde superomedial pediküllü redüksiyon mamoplasti operasyonu gerçekleştirilen 250 hasta retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, uygun görsel ve klinik veriye sahip olup meme hacminde belirgin artış veya sarkıklık nedeniyle superomedial pediküllü redüksiyon mamoplasti planlanan hastalar ve en az 6 ay takip süresi olanlar dahil edildi. Malignite öyküsü olanlar, radyoterapi almış olgular ve daha önceden geçirilmiş meme cerrahisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara ait yaş, beden kitle indeksi ve gebelik öyküsü gibi demografik veriler hastane veri tabanından elde edildi. Eksize edilen doku miktarı, preoperatif nipple-notch mesafesi, postoperatif takip süreleri ve komplikasyonlar not edildi. Bottoming out deformitesi, postoperatif dönemde klinik ve görüntüleme kriterlerine göre meme şekli ve simetrisi ile birlikte değerlendirildi ve nipple-inframammarian fold (IMF) arası mesafede ameliyat öncesine göre 2 cm'den fazla uzama, areolanın nispeten üstte yerleşimi ve meme projeksiyonunda azalma kriterleriyle tanımlandı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 38,7 (22-61) ve ortalama beden kitle endeksleri 28,4 kg/m2 olarak hesaplandı. Ortalama eksize edilen doku miktarı 1435 gram (620-2850) olarak saptandı. Ortalama takip süresi 36 ay (12-84 ay) olarak not edildi. Toplam 250 hastadan 21'inde (%8.4) bottoming out deformitesi saptandı. Deformite gelişen grupta ortalama eksizyon miktarı 1298 gram olarak hesaplanırken; gelişmeyen grupta 1597 gram olarak hesaplandı ($p<0.05$). Preoperatif nipple-notch mesafesi deformite gelişen hastalarda ortalama 30,4 cm iken; gelişmeyenlerde 29 cm olarak saptandı ($p<0,05$). Yaş, beden kitle indeksi ve gebelik öyküsü ile bottoming out gelişimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Eksizyon miktarı, preoperatif nipple-notch mesafesi ve komplikasyon oranı ile aradaki fark istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız, superomedial pediküllü redüksiyon mamoplasti sonrası bottoming-out deformitesinin yaklaşık %8,4 oranında görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu oran, literatürde bildirilen değerlerle uyumlu olup, superomedial pedikül tekniğinin alt pol desteğinin inferior pedikül tekniklerine göre daha avantajlı olduğunu doğrulamaktadır. Hammond ve arkadaşları tarafından inferior pedikül – Wise patern tekniği ile yapılan çalışmalarda bottoming-out oranları %40-50'lere kadar varan oranlarda bildirilmiştir. Buna karşın, Hall-Findlay'in vertikal skarlı superomedial pedikül serilerinde bu oran %10 civarındadır. Bizim sonuçlarımız da bu verileri desteklemektedir.

Hastalarda bottoming out deformitesi için risk faktörleri arasında alt polden eksizyon miktarının yetersiz olması, ağır ve ptotik meme dokusu, cilt elastikiyetinin zayıf olması (özellikle ileri yaş hastalar ve masif kilo kaybı sonrası), preoperatif dönemde nipple-notch mesafesinin uzun olması ve postoperatif dönemde aşırı kilo alımı veya gebelik yer almaktadır. Cerrahi planlamada bu faktörlerin dikkate alınması, uzun dönem sonuçların başarısını arttıracaktır. Inferior dermoglandüler flepler, pillar sütürleri, mesh veya internal bra uygulamaları gibi alt pol desteğini arttırıcı cerrahi modifikasyonların uygulanması, deformite riskini düşürebilir. Bu modifikasyonlar özellikle yüksek riskli

hastalarda (uzun nipple-notch mesafesi ve düşük eksizyon miktarı) deformite riskini azaltmada etkili olabilir. Sonuç olarak, superomedial pedikül tekniği literatürle uyumlu şekilde düşük psödoptozis oranı ile güvenilir bir yöntemdir ancak risk faktörleri göz önünde bulundurulmalı ve hastalar preoperatif dönemde uygun şekilde bilgilendirilerek gereği halinde uygun modifikasyonlarla desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1.Hall-Findlay EJ. A simplified vertical reduction mammaplasty: Short scar, superomedial pedicle. Plast Reconstr Surg. 1999;104(3):748–759.
2.Davison SP, Mesbahi AN, Ducic I, Sarcia M, Dayan J, Spear SL. The versatility of the superomedial pedicle with various skin reduction patterns. Plast Reconstr Surg. 2007 Nov;120(6):1466-1476. doi: 10.1097/01.prs.0000282033.58509.76. PMID: 18040175.
3.Makboul M, Abdelhamid MS, Al-Attar GS. Long-term follow-up and patient satisfaction after reduction mammoplasty: Superomedial versus inferior pedicle. Indian J Plast Surg. 2016 May-Aug;49(2):214-219. doi: 10.4103/0970-0358.191299. PMID: 27833284; PMCID: PMC5052994.

Anahtar Kelimeler: redüksiyon mamoplasti, superomedial pedikür, bottoming out, psödoptozis, komplikasyon

Superomedial Pediküllü Redüksiyon Mamoplasti Sonrası Bottoming Out Deformitesi



Bottoming out deformitesi gelişmemiş hastanın preoperatif (1A) ve postoperatif (1B) fotoğrafları Bottoming out deformitesi gelişmiş hastanın preoperatif (2A) ve postoperatif (2B) fotoğrafları

Superomedial Pediküllü Redüksiyon Mamoplastide Demografik Veriler, Ortalama Eksizyon Miktarı ve Preoperatif Nipple-Notch Mesafesi ile Bottoming-Out Gelişimi Arasındaki İlişki

	Bottoming out deformitesi gelişen (n=21)	Bottoming out deformitesi gelişmeyen (n=229)	p değeri
Ortalama yaş	39,5	38,6	>0.05
Ortalama BKİ (kg/m2)	28,7	28,3	>0.05
Gebelik öyküsü (%)	52	50	>0.05
Ortalama eksizyon miktarı (gram)	1298	1597	<0.05
Preoperatif nipple-notch mesafesi	30,4	29	<0.05

BKİ: Beden Kitle İndeksi

SB-124

Rinoplasti Sonrası Tetani Semptomlarıyla Ortaya Çıkan Pseudopseudohipoparatiroidizm: Nadir Bir Olgu Sunumu

Simay Erşahin[1], Mustafa Melih Canlı[2]
[1]*Tatvan Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bitlis*
[2]*Antalya Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Antalya*

Giriş: Albright herediter osteodistrofisi (AHO), GNAS gen mutasyonuna bağlı gelişen, iskelet sistemi deformiteleri ve hormonal dirençle karakterize nadir bir genetik bozukluktur. Bu spektrumda yer alan pseudopseudohipoparatiroidizm (PPHP), AHO'nun fenotipik bulgularını taşımasına rağmen laboratuvar testlerinde paratiroid hormon (PTH) direnci saptanmayan formudur. Bu hastalarda dismorfik özellikler ön planda olsa da elektrolit dengesi genellikle normaldir ve tanı sıklıkla atlanabilir. Burada, rinoplasti sonrası gelişen hiperventilasyon ve tetani benzeri bulgular sonrası PPHP tanısı alan nadir bir olguyu sunmaktayız.

Olgu Sunumu / Yöntem: 19 yaşında, sistemik hastalığı bulunmayan kadın hasta estetik nedenlerle açık rinoplasti operasyonu için başvurdu. Preoperatif muayene ve laboratuvar değerlendirmesi normaldi. Cerrahi, genel anestezi altında, transkolumellar V insizyonla gerçekleştirildi. Lokal anestezide kullanılan adrenalin (1:300 dilüsyon, 1 ampul) içeren solüsyondan 10 cc subkutan ve septuma enjekte edildi. Operasyon süresi

90 dakika idi. Ameliyat sırasında komplikasyon gelişmedi.

Postoperatif 5. saate kadar devam eden aşırı kusmaya rağmen sıvı replasmanı ve antiemetik tedaviye rağmen semptomlar gerilemedi. 8. saatte hasta taşikardi ve bilateral el parmaklarında kasılma şikayetleriyle tekrar değerlendirildi. EKG'de sinüs taşikardisi (110 bpm), kan gazında respiratuvar alkaloz (pH: 7.62, pCO_2: 16 mmHg, HCO_3^-: 16.4 mmol/L) saptandı. Kalsiyum: 9.8 mg/dL, albümin: 4.6 g/dL, magnezyum: 1.8 mg/dL düzeylerinde idi; ancak iyonize kalsiyum ölçülemedi. Klinik tetani tablosu üzerine intravenöz kalsiyum glukonat ve nefes egzersizleri başlandı.

Ayrıntılı fizik muayenede sağ el 4. parmak, sol el 3. ve 4. parmak ile her iki ayakta 4. parmakta kısalık (brakidaktili), bilateral başparmaklarda distal falankslarda kısalık ("murderer's thumb") gözlendi. Radyolojik olarak

metakarpal kısalık (Archibald bulgusu) doğrulandı. Gelişen hiperventilasyonun oluşturduğu alkalozun proteinlere bağlı kalsiyumu artırıp iyonize kalsiyumu düşürerek tetaniyi tetiklemiş olabileceği düşünüldü. Adrenalin içeren lokal anesteziklerin vasküler ve hücresel düzeyde kalsiyum mobilizasyonuna etkisi de bu patofizyolojide rol oynamış olabilir.

İzlemde hasta 1. gün taburcu edildi ve endokrinolojiye yönlendirildi. Takipte PTH düzeyi alt sınırda (18 pg/mL), D vitamini düşük (8.1 ng/mL) saptandı. Diğer elektrolitler normal sınırlarda idi. Endokrinoloji takibinde PPHP tanısı kondu.

Tartışma: AHO'nun klasik klinik özellikleri arasında kısa boy, yuvarlak yüz, brakidaktili, subkutan kalsifikasyonlar ve mental retardasyon yer alır. PHPT'de PTH düzeyi yüksek iken, PPHP'de hormon seviyesi normaldir. Bizim vakamızda da AHO bulguları mevcut olmasına rağmen, PTH düzeyi düşük-normal sınırlarda, iyonize kalsiyum ölçülememiş, total kalsiyum ise normaldi. Türkiye'de D vitamini eksikliği sık görülmektedir; bu hastada da eksiklik mevcuttu.

Tetani gelişimi, rinoplasti sonrası sık gözlenmeyen bir komplikasyondur. Respiratuvar alkaloz gibi fizyolojik değişiklikler, serum iyonize kalsiyumunu düşürerek kas spazmları ve nöromüsküler irritabiliteye yol açabilir. Ayrıca adrenalin, β-adrenerjik reseptörler üzerinden hücre içi kalsiyum akışını artırarak serbest kalsiyumu azaltabilir. Her ne kadar ameliyat süresi kısa ve komplikasyonsuz olsa da, PPHP'ye özgü kemik metabolizma özellikleri nedeniyle bu hasta grubu hipokalsemik belirtilere daha duyarlı olabilir.

Rinoplasti sonrası osteotomi bölgelerinde iyileşmenin kemik metabolizması bozukluklarından etkilenip etkilenmeyeceği konusunda bir endişe oluşsa da, 1. haftada atel ve tamponların çıkarılması sırasında kemik iyileşmesinde herhangi bir problem gözlenmedi.

Sonuç: Bu olgu, PPHP tanısının rastlantısal olarak konulmasına vesile olan ve rinoplasti sonrası gelişen tetani ile fark edilen nadir bir vakadır. Cerrahlar, postoperatif nöromüsküler semptomlarla karşılaştıklarında, özellikle ayırt edici iskelet sistemi anomalileri mevcutsa, altta yatan genetik sendromları akılda tutmalıdır. Ayrıca lokal adrenalin kullanımı ve hiperventilasyonun kalsiyum fizyolojisi üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. PPHP gibi nadir tanıların bilinmesi, olası komplikasyonların erken tanısı ve multidisipliner yönetimi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: brakidaktili, paratiroid bezleri, rinoplasti

Resim 1



Hastanın postoperatif olarak çekilen el ve ayak fotoğraflarında, sağ el 4. parmakta, sol el 3. ve 4. parmakta ve her iki ayak 4. parmağında kısalık (brakidaktili) dikkati çekmektedir. El ve ayak direk grafilerinde ilgili metakarp ve metatarslarda kısalık (Archibald bulgusu, siyah ok ile) ve bilateral başparmak distal falanklarında belirgin kısalık ("murderer's thumb", kırmızı daire ile) izlenmektedir.

SB-125

PMS Dönemi Estetik Cerrahi Talebini Etkiler mi? 898 Genç Kadında VKİ Temelli Bir İnceleme

Ali Veli, Mustafa Bayrakcı, Elçin Alpat, Savaş Serel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş:

Estetik cerrahi talepleri, kadınlarda yalnızca fiziksel gereksinimlere değil; psikolojik, hormonal ve döngüsel değişkenlere de bağlı olarak şekillenmektedir. Özellikle menstrüel döngüdeki hormonal dalgalanmaların, beden algısı ve karar alma mekanizmalarında geçici etkiler yarattığı bilinmektedir. Premenstrüel sendrom (PMS) dönemi, bu bağlamda dikkat çeken bir evredir. Bu çalışmada, genç kadınların estetik cerrahi başvurularının PMS dönemine denk gelip gelmediği, bunun vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkisi, talep edilen işlem türleri ve bazı psikiyatrik tanılarla bağlantısı araştırılmıştır.

Yöntem:

2022–2025 yılları arasında sistem üzerinden Ankara Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi polikliniğine estetik cerrahi amacıyla başvuran, 18–42 yaş arası, adet düzensizliği tanısı olmayan 898 kadın hasta retrospektif olarak incelendi. Her hastanın sistem üzerinden başvuru yaptığı tarih, kendi menstrüel döngüsüne göre analiz edildi. Bireysel döngü uzunluğu ve son adet tarihi üzerinden PMS dönemi (son 7 gün) belirlendi. PMS durumu hasta beyanı, yüz yüze görüşmeler ve mobil uygulama verileriyle doğrulandı. Hastalar VKİ değerlerine göre dört gruba ayrıldı. Gözlenen PMS dönemi başvuru oranları, beklenen bireysel PMS oranlarıyla karşılaştırıldı (binom testi). Ayrıca cerrahi işlem tercihleri ve bildirilen psikiyatrik tanılar da analiz edildi.

Bulgular:

1. PMS dönemi başvurularına dair veriler:

• Normal VKİ (n=244): PMS döneminde başvuran hasta sayısı 68 (%27.9) olup, beklenen %25.4'e göre anlamlı fark göstermedi (p=0.2284)

• Fazla kilolu (n=206): PMS döneminde başvuran 46 hasta (%22.3) olup, beklenen %25.4'ün altında kalmış, fakat fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.3374)

• Obez (n=269): 131 hasta (%48.7) PMS döneminde başvurmuş olup, bu fark anlamlıdır (p<0.0001)

• Morbid obez (n=179): 85 hasta (%47.5) PMS döneminde başvurmuş ve anlamlı farklılık göstermiştir (p<0.0001)

2. Estetik cerrahi işlem tercihleri (VKİ'ye göre):

• Normal VKİ: Burun estetiği %34.8, Meme estetiği %35.7, Vücut şekillendirme %12.1

• Fazla kilolu: Burun estetiği %31.2, Meme estetiği %33.9, Vücut şekillendirme %18.7

• Obez: Burun estetiği %26.1, Meme estetiği %29.8, Vücut şekillendirme %29.4

• Morbid obez: Burun estetiği %19.3, Meme estetiği %28.7, Vücut şekillendirme %36.5

3. Psikiyatrik tanıların VKİ gruplarına göre dağılımı:

• Anksiyete bozukluğu: Normal %8.5, Fazla kilolu %9.4, Obez %6.3, Morbid obez %9.9

• Depresyon: Normal %9.8, Fazla kilolu %5.4, Obez %8.6, Morbid obez %3.3

• Beden algı bozukluğu: Normal %3.6, Fazla kilolu %1.8, Obez %3.4, Morbid obez %5.5

Sonuç:

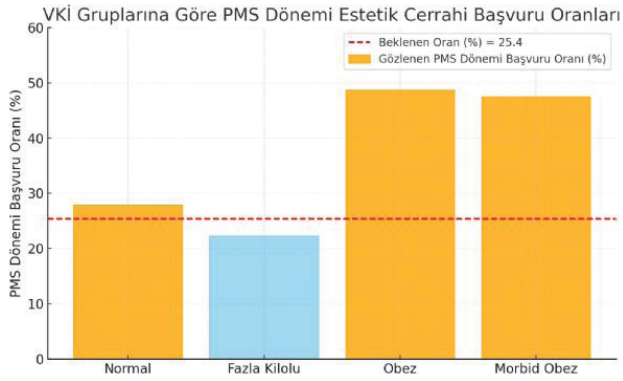
Obez ve morbid obez gruplarda PMS dönemine denk gelen estetik cerrahi başvurularında anlamlı artış gözlenmiştir. Daha düşük VKİ'ye sahip gruplarda fark anlamlı olmamakla birlikte, vücut şekline ve beden imajına ilişkin hassasiyetin, döngüsel dönemlerle birleşerek müdahale motivasyonunu artırabileceği düşünülmektedir. Estetik işlem tercihlerinin VKİ'ye göre değişkenlik göstermesi ve vücut şekillendirme işlemlerinin özellikle yüksek VKİ grubunda öne çıkması, bu eğilimi desteklemektedir.

Tartışma:

Literatürde PMS döneminde kadınların beden algısında geçici bozulmalar, benlik saygısında azalma ve dış görünümle ilgili müdahale isteğinde artış olduğu bildirilmektedir. Hormonal dalgalanmaların yarattığı psikolojik değişimlerin özellikle yüksek VKİ grubundaki bireylerde estetik başvuru kararlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmamız, bu varsayımla uyumlu şekilde, yüksek VKİ gruplarında PMS dönemine denk gelen başvuruların anlamlı düzeyde arttığını göstermiştir. Klinik değerlendirme sürecinde menstrüel dönem takibinin göz önünde bulundurulması, hasta beklentilerinin ve cerrahi kararların daha sağlıklı yönetilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel sendrom, beden algısı, obezite

VKİ gruplarına göre PMS döneminde estetik başvuru oranları



SB-126

Lipödem Cerrahisinde Lenf Koruyucu Yaklaşım: Liposuction ile Birlikte Gerilimsiz Cilt Eksizyonu

Emre Berk Bulut, Anıl Demiröz
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Lipödem, çoğunlukla kadınlarda görülen, alt ekstremitelerde simetrik, progresif ve ağrılı yağ birikimi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Bu yağ birikimi genellikle diyete dirençlidir. Hastalık, hormonal değişiklik dönemlerinde (puberte, gebelik, menopoz) tetiklenebilir ve ilerleyici bir seyir gösterir. Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da genetik yatkınlık, mikrovasküler disfonksiyon ve inflamasyonun rol oynadığı düşünülmektedir. Hidrasyonun artırılması, orta-düşük yoğunlukta egzersiz ve antiinflamatuar, ketojenik diyetler konservatif tedavide yer alır. Eşlik eden lenfödem yoksa manuel lenf drenajı ve kompresyon tedavisinin lipödem üzerinde belirgin bir etkisi bulunmamaktadır. Bu nedenle, ileri evre lipödemde cerrahi müdahale, semptomların kalıcı olarak azaltılması ve fonksiyonel iyileşme için gereklidir.Cerrahi tedavide temel yöntem, liposuction ile hastalıklı adipoz dokunun uzaklaştırılmasıdır. Bu yöntem, lenf koruyucu tekniklerle uygulandığında hem ağrının azaltılmasında hem de mobilitenin artırılmasında etkilidir. Bununla birlikte, ileri evre vakalarda liposuction sonrasında ciddi cilt sarkmaları ve kontur deformiteleri görülebilmekte, bu da ilave deri eksizyonlarını ve germe prosedürlerini gerekli kılmaktadır. Bu cilt fazlalıkları postop dönemde kompresyon tedavileri ile cilt laksisitesi sayesinde tekrar kontrakte olarak kontür problemlerinin önüne geçmeye çalışır. Ama ileri evre hastalarda fazla cilt kompresyon sırasında kendi üzerine katlanarak dolaşım problemlerine sebebiyet verebilir. Literatürde Charles prosedürü ve Thompson tekniği gibi radikal debulking yöntemleri tanımlanmış olsa da, bu yaklaşımlar mevcut lenfatik dolaşıma hasar vermesi ve yüksek komplikasyon oranları nedeniyle sınırlı kullanılmaktadır.Bu çalışmada, liposuction ile kombine olarak uygulanan gerilimsiz cilt eksizyonu içeren cerrahi prosedürlerimizin sonuçları değerlendirilmiş ve konvansiyonel uyluk germe prosedürlerinin literatürde bildirilmiş komplikasyon oranları ve uzun dönem sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Amacımız, bu kombine yaklaşımın etkinliğini, komplikasyon profilini ve lenfödem gelişimi açısından güvenliğini değerlendirmektir.

Yöntem:

2021–2025 yılları arasında klinik olarak lipödem tanısıyla liposuction ve gerilimsiz cilt eksizyonu yapılan 11 kadın hasta retrospektif değerlendirildi. Hastalar yaş, dermografik özellikler, eşlik eden hastalıklar, uygulanan cerrahi teknik, alınan lipoaspirat miktarı ve postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Yara iyileşme problemleri, enfeksiyon, seroma, hematom, lenfödem gelişimi ve skar özellikleri izlendi. Komplikasyonlar "minör" (konservatif yönetimle iyileşen) ve "majör" (revizyon cerrahisi gerektiren) olarak sınıflandırıldı. Literatürde liposuction olmadan yapılan germe prosedürü serileri komplikasyon ve uzun dönem sonuçlar açısından derlenerek karşılaştırıldı.

Cerrahi Yöntem:

Hastaların ayakta alt ekstremite medial orta hattı işaretlendi. Kruris bölgesinde cerrahi kuru turnike altında gerçekleştirilirken, uyluk bölgesinde tümesan teknik ile power-assisted liposakşın (PAL) yöntemi tercih edilmiştir. Tüm olgularda cerrahi, lenfatik sistemin korunmasına özen gösterilerek planlanmıştır. Tümesan solüsyon olarak 1:1.000 1 ml epinefrin ve 100 mg 5 cc lidokain ile hazırlanmış 1 L ringer laktat kullanılıp, infiltrasyon sonrası yaklaşık 15 dakika beklenmiştir. Nörovasküler ve lenfatik yapıların korunması amacıyla ekstremite aksını paralel olarak toplamda maksimum 4 L olacak şekilde, subkutan yağ dokusunun fizyolojik kalınlığı olan 0.5–1 cm'ye ulaşılması hedeflenerek sonlandırılmıştır. Fazla cilt miktarı, işlem sonrası yapılan "pinch test" ile orta hatta birleştirilerek değerlendirilmiş, stapler yardımıyla kapatma provası yapılmıştır. Gerginliksiz kapamaya olanak verecek en geniş cilt eksizyonu planlanmış, sadece deri dokusu dermis seviyesinden çıkarılmış; subdermal düzeydeki lenfatik ve venöz yapıların bütünlüğü korunmuştur. Eksizyon hattı uyluk, diz ve kruris için medial hatta olacak şekilde, gerekli hastalarda inguinal ve gluteal krizlere uzanım t skarlı olacak şekilde planlanmıştır. Kanama kontrolünün ardından bir adet dren yerleştirilmiş, cilt ve cilt altı planlara uygun şekilde sütüre edilmiştir.

Postop kısa gerimli bandajlama ve kompresyon giysisi ile baskı uygulanmıştır. Postoperatif mobilizasyon genellikle 2. gün başlatılmıştır. Cerrahi planlama, her hastanın anatomik kontur deformitesine, fonksiyonel şikayetlerine ve cilt fazlalığına göre bireyselleştirilmiştir.

Bulgular:

Hastaların Yaş ortalaması 49,4 (25–70 yaş). Liposuction işlemi ortalama 3900 cc (bilateral) hacimle, tümesan teknik ve lenf koruyucu prensiplerle yapıldı. Bunların 6 tanesi de minör yara iyileşme problemi olup (yara ayrışması, yüzeyel cilt nekrozu) 5'i konservatif tedavi ile iyileşti. Sadece 1 hasta enfeksiyon ve minör yara iyileşmesi problemi nedeniyle hospitalize edilmiş ve ileri yara bakımı ile iyileşmiş ve sekonder cerrahi gereksinimi olmamıştır. Hastalarda erken ve geç dönem takiplerde hematom, seroma gelişmedi. Ortalama 24 aylık takip süresince hiçbir hastada lenfödem gelişmedi.

Tartışma:

Medial uyluk germe, özellikle masif kilo kaybı ve ileri evre lipödem hastalarında yüksek komplikasyon oranları ile ilişkilendirilmiştir. Chen ve ark. (2023), komplikasyon oranını %68 olarak bildirmiş; en sık yara ayrışması (%42), seroma (%18) ve hematom (%7) görülmüştür. Momeni ve ark. (2018) ise masif kilo kaybı sonrası medial uyluk germede bu oranı %64 olarak rapor etmiş, özellikle vertikal skarlı tekniklerde yara ayrışması ve seroma riskinin arttığını belirtmiştir. Sisti ve ark. (2021) tarafından yapılan derlemede komplikasyon oranlarının %30–70 arasında değiştiği, en sık sorunların yara ayrışması, seroma, skar migrasyonu ve kontur deformiteleri olduğu ifade edilmiştir.

Bizim serimizde kombine liposuction ve gerilimsiz cilt eksizyonu uygulanan 11 hastada komplikasyon oranı %54,5 olup, tümü minör düzeydeydi ve konservatif yöntemlerle iyileşti. Hiçbir olguda majör komplikasyon veya sekonder cerrahi gereksinimi olmadı. Ortalama 24 aylık takipte hiçbir hastada yeni gelişen lenfödem izlenmemesi, lenf koruyucu tekniklerin ve gerilimsiz kapamanın güvenilirliğini desteklemektedir. Literatürde bildirilen yüksek komplikasyon oranları ile karşılaştırıldığında, bizim sonuçlarımız bu yaklaşımın hem komplikasyon riskini azaltabileceğini hem de uzun dönem lenfödem gelişimini önleyebileceğini göstermektedir.

Sonuç:

Liposuction ve gerilimsiz cilt eksizyonu ileri lipödem tedavisinde tek başına liposakşın ve eksizyonel prosedürlere göre daha düşük komplikasyon oranı, daha iyi fonksiyonel sonuç ve estetik memnuniyet sağlamaktadır. Literatürde sadece uyluk germe yapılan lipödem ve masif kilo kaybı olgularında komplikasyon oranlarının %60-70'e ulaştığı ve en sık yara ayrışması ile seroma görüldüğü bildirilmektedir. Bizim serimizde kombine cerrahi uygulanan 11 hastanın 6'sında (%54,5) komplikasyon gelişti. Çalışmamızda 6 komplikasyon vakasına rağmen hiç majör komplikasyon gözlenmiş, 24 aylık takipte hiçbir hastada lenfödem gelişmemiştir. Literatür ve kendi serimizde, liposuction ve germe prosedürlerinin lenf koruyucu tekniklerle uygulanmasının lenfödem riskini artırmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar, kombine yaklaşımın güvenilir ve etkin bir tedavi seçeneği olduğunu ortaya koymaktadır. Elde edilen sonuçların daha güvenilir olması olması için daha geniş örneklem büyüklüklerine sahip, prospektif ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır

Anahtar Kelimeler: liposakşın, lipödem, uyluk germe

PEROP



Diz medialine yönelik liposakşın sonrasında eksizyon yapılan hastanın perop resimleri. A- Tek taraflı tümesan solüsyon enjeksiyonu sonrasında belirgin çap farkı B-Liposakşın sonrasında eksizyonu planlanan cildin inceliği C- Gerilimsiz kapama amacıyla prova dikişleri ile hizalanan eksizyon paterni D- Subdermal eksizyon ve korunan lenfatik yapılar E- Subdermal eksizyon sonrası F-Eksizyon sonrasında prova dikişleri G- Eksize edilen materyal

SB-127

Otoplasti Sonrası Çocuklarda ve Ergenlerde Akademik Başarı ve Sosyal Uyum Değişimi

Ali Veli, Elçin Alpat, Savaş Serel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara

Giriş:

Kepçe kulak deformitesi, çocuk ve ergenlerde akran zorbalığı, özgüven kaybı ve sosyal çekilme gibi olumsuz psikososyal sonuçlara yol açabilir. Otoplasti, estetik kazanımlarının ötesinde bireyin sosyal ve akademik işlevselliğinde de olumlu değişiklikler yaratabilir. Bu çalışma, otoplasti cerrahisinin çocukluk ve ergenlik dönemindeki bireylerde akademik başarı ve sosyal uyum üzerindeki etkilerini yaş gruplarına ve cinsiyete göre retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:

2014–2024 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'na başvurarak otoplasti cerrahisi geçirmiş, DSM-5'e göre herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan 158 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Yaş gruplarına göre dağılım: ilkokul (n=60; 31 erkek, 29 kız), ortaokul (n=52; 27 erkek, 25 kız), lise (n=46; 25 erkek, 21 kız). Akademik başarı, ameliyat öncesi ve sonrası yıl sonu not ortalamalarıyla Millî Eğitim Bakanlığı e-Okul sistemi üzerinden elde edilmiştir. Sosyal uyum düzeyi, ebeveynler tarafından doldurulan Children's Social Understanding Scale – Short

Form (CSUS-SF) ile ölçülmüştür (puan aralığı: 12–60). Veriler normal dağılıma göre değerlendirilmiş, eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılmış ve etki büyüklüğü Cohen's d ile hesaplanmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular:

Akademik Başarı Değişimi

- İlkokul Kızlar: 82.4 → 86.3 ($p<0.001$, $d=0.74$)
- İlkokul Erkekler: 81.9 → 85.7 ($p<0.001$, $d=0.67$)
- Ortaokul Kızlar: 81.6 → 85.4 ($p=0.031$, $d=0.59$)
- Ortaokul Erkekler: 81.1 → 81.6 ($p=0.64$, $d=0.10$)
- Lise Kızlar: 78.0 → 77.6 ($p=0.50$, $d=0.08$)
- Lise Erkekler: 77.5 → 77.2 ($p=0.72$, $d=0.04$)

Sosyal Uyum Değişimi (CSUS-SF Skoru)

- İlkokul Kızlar: 42.4 → 47.3 ($p<0.001$, $d=0.89$)
- İlkokul Erkekler: 41.8 → 46.2 ($p<0.001$, $d=0.81$)
- Ortaokul Kızlar: 41.3 → 44.2 ($p=0.027$, $d=0.56$)
- Ortaokul Erkekler: 40.5 → 42.7 ($p=0.093$, $d=0.39$)
- Lise Kızlar: 38.9 → 41.2 ($p=0.041$, $d=0.53$)
- Lise Erkekler: 38.3 → 39.0 ($p=0.29$, $d=0.13$)

Toplam Akademik Başarı Değişimi

- Tüm Hastalar: 80.7 → 83.3 ($p<0.001$, $d=0.54$)
- Kızlar ($n=75$): 80.8 → 83.9 ($p<0.001$, $d=0.61$)
- Erkekler ($n=83$): 80.6 → 82.8 ($p=0.042$, $d=0.44$)

Toplam Sosyal Uyum Değişimi (CSUS-SF)

- Tüm Hastalar: 41.0 → 44.2 ($p<0.001$, $d=0.66$)
- Kızlar: 41.1 → 45.0 ($p<0.001$, $d=0.70$)
- Erkekler: 40.9 → 43.5 ($p=0.019$, $d=0.61$)

Tartışma:

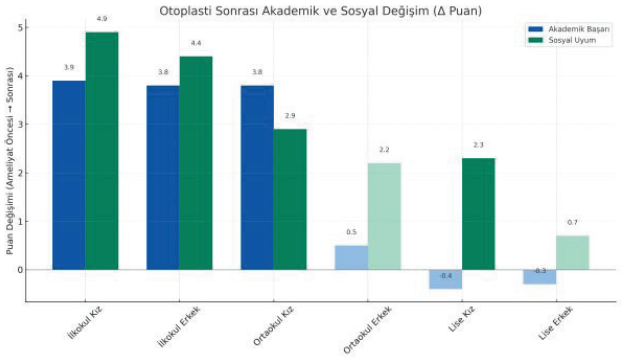
Bu çalışmada elde edilen veriler, otoplasti cerrahisinin küçük yaş gruplarında akademik başarı ve sosyal uyum üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceğini göstermektedir. Bulgularımız, Bradbury ve arkadaşlarının (1992) otoplasti sonrası okul uyumunun arttığını gösteren bulgularıyla uyumludur. Bununla birlikte, bu çalışma, akademik başarı gibi nesnel çıktıları değerlendirmesiyle literatürdeki birçok çalışmadan ayrılmaktadır.

Sonuç:

Otoplasti, sadece estetik iyileşme sağlamaz; erken yaşta uygulandığında akademik performans ve sosyal uyumda da anlamlı katkılar sunabilir. Özellikle küçük yaş gruplarında ve kız çocuklarında etkiler daha belirgindir. Cerrahi planlamalarda yaş ve cinsiyet faktörleri dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Otoplasti, akademik başarı, sosyal uyum

Otoplasti Sonrası Akademik ve Sosyal Uyum Değişimleri (Değişim Histogramı)



- Akademik değişim: • Koyu mavi ($p<0.05$)
- Açık mavi ($p>=0.05$) • Sosyal değişim: • Koyu yeşil ($p<0.05$) • Açık yeşil ($p>=0.05$)

SB-128

Poland Sendromu ile Eş Zamanlı Kontralateral Jinekomasti: Tek Seanslı Onarım Deneyimi

Fatih Osman Demir, Can Koç, Merve Kaplanlı Sarıdoğan, Kemalettin Yıldız

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş

Poland Sendromu (PS), genellikle erkeklerde görülen, sıklıkla göğüs duvarında pektoralis majör ve minör kasların aplazisi/agenezisi ile seyreden, unilateral meme hipoplazisi ve üst ekstremitede çeşitli konjenital anomalilerle birlikte olabilen nadir bir konjenital sendromdur.[1] Klinik spektrumu minimal kas eksikliği ve meme başı asimetrisinden, brakidaktili ve sindaktili gibi üst ekstremite anomalilerine kadar uzanabilir.[2] Jinekomasti, erkeklerde glandüler meme dokusunun benign proliferasyonu ile karakterize, tek veya çift taraflı izlenebilen bir durumdur. En sık ergenlik döneminde fizyolojik olarak ortaya çıkmakla birlikte, bazı endokrin bozukluklar, ilaç kullanımı veya idiopatik nedenlerle de gelişebilir. İncelenen yaş aralığı ve tanı kriterlerine göre insidansı %35-65 arasında değişmektedir.[3] Jinekomastinin evrelemesinde yaygın kullanılan sınıflandırma Simon sınıflandırmasıdır. Tedavi planlamasında bu sınıflandırma, cerrahi yöntemin seçilmesinde yol gösterir.

Poland sendromu ile birlikte karşı memede jinekomasti bulunması literatürde oldukça nadirdir. Günümüze kadar yaklaşık 7 adet vaka bildirilmiştir.[4-8] Bu çalışmada Poland Sendromu ve jinekomastinin birlikte bulunduğu iki vakanın tek seansta liposakşın ve yağ grefti ile onarımı sunulmaktadır.

Vaka Sunumu

1.Vaka

17 yaşında erkek hasta, göğüs bölgesinde belirgin asimetri şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sol memede hacim artışı gözlenirken; sağ memenin superolateralinde kas yapısında belirgin eksiklik olduğu saptandı. Hastanın anamnezinde ilaç kullanımı veya ek sistemik hastalık öyküsü bulunmamaktaydı.

Sol memede yapılan değerlendirmede evre 2a jinekomasti tespit edilirken, sağ memede pektoralis majör kasının

doğumsal hipoplazisi nedeniyle Poland Sendromu tanısı kondu. (Figure 1a) Sağ üst ekstremitede ise herhangi bir konjenital deformite veya anomaliye rastlanmadı. Jinekomastinin etiyolojisini araştırmak amacıyla yapılan rutin hormonal testlerde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Klinik tanı ultrasonografi ile doğrulandı ve ultrasonografide ek bir kitleye rastlanmadı.

Tedavi planı kapsamında, sol memedeki jinekomastinin düzeltilmesi için liposakşın; sağ memedeki asimetriyi gidermek üzere ise tekrarlayan yağ grefti uygulaması önerildi. Abdominal bölge yağ grefti donör alanı olarak seçildi.

Operasyon öncesi infiltrasyon için Klein solüsyonu kullanıldı. Sol meme bölgesine 600 cc, periumbilikal bölgeye ise 400 cc olmak üzere toplam 1000 cc infiltrasyon yapıldı. Liposakşın, standart Coleman tekniğine uygun şekilde gerçekleştirildi ve sol memeden 500 cc lipoaspirat elde edildi. Yağ grefti için 3 mm çift delikli kanüller ve 50 cc Leur-lock enjektörler kullanılarak 500 cc lipoaspirat toplandı. Dekantasyon sonrası yaklaşık 400 cc yağ grefti, subkutan planda sağ meme bölgesine uygulandı. Hasta postop bir yıl takip edildi. Hastanın takip sürecinde ek bir şikayeti olmadı ve iyileşme süreci sorunsuz gerçekleşti. Estetik sonuçlardan duyulan memnuniyet, 0'ın 'tamamen memnuniyetsizlik' ve 10'un 'maksimum memnuniyet' anlamına geldiği Visual Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Bu değerlendirmede skor 10/10 olarak kaydedildi. (Figure 1b)

2.Vaka

25 yaşında erkek hasta sol memede hacim artışı şikâyeti ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede sol memede grade 2b jinekomasti izlenirken, sağ meme superolateral polunde pektoralis majorun doğuştan defektif olduğu gözlendi. (Figure 1c) Hastanın başka bir ek bulgusu bulunmamaktaydı. Ultrason değerlendirmesi klinik bulgularla uyumlu bulundu ve ek bir kitleye rastlanmadı. Rutin hormon testlerinde ek bir bulguya rastlanmadı. Tedavi planı kapsamında, sol memedeki jinekomastinin düzeltilmesi için yağ alma işlemi; sağ memedeki asimetriyi gidermek üzere ise tekrarlayan yağ grefti uygulaması önerildi. Abdominal bölge yağ grefti donör alanı olarak seçildi.

Operasyon öncesi Klein solüsyonu ile sol meme ve periumblikal bölge infiltre edildi.. Liposakşın, standart Coleman tekniğine uygun şekilde gerçekleştirildi ve sol memeden 700 cc lipoaspirat elde edildi. Yağ grefti hazırlığı için 3 mm çift delikli kanüller ve 50 cc Leur-lock enjektörler kullanılarak 750 cc lipoaspirat toplandı. Dekantasyon sonrası yaklaşık 450 cc yağ grefti, subkutan planda sağ meme bölgesine uygulandı. Operasyon sonrasında hasta bir yıl takip edildi. Postoperatif 1. yılda VAS skoru 9/10 olarak belirlendi. Hastanın ek bir şikayeti olmadı ve iyileşme süreci sorunsuz gerçekleşti. (Figure 1d)

Tartışma

Poland Sendromu (PS), genellikle tek taraflı pektoralis majör kas hipoplazisi ile karakterize, nadir görülen konjenital bir sendromdur. PS'li hastalarda en sık sağ taraf tutulmakta olup, erkeklerde daha yaygın olarak izlenmektedir.[1] Üst ekstremite anomalileri (brakidaktili, sindaktili gibi) eşlik edebilirken, bazı hastalarda yalnızca pektoral kas defektiyle sınırlı formlar da görülebilir.[1] Sunulan olgularda sağ memede pektoralis majör kas hipoplazisi mevcuttu, üst ekstremite deformitesi saptanmadı. Bu, PS'nin daha hafif formlarına örnek teşkil etmektedir.

Poland sendromunun rekonstrüksiyonunda, deformitenin derecesine göre farklı cerrahi seçenekler mevcuttur. Kas eksikliğinin belirgin olduğu ve eşlik eden meme hipoplazisinin bulunduğu vakalarda latissimus dorsi kas flebi, silikon implant ya da kişiye özel 3D protezler ile rekonstrüksiyon tercih edilmektedir.[2] Ancak minimal deformiteye sahip hastalarda bu tür invaziv ve protez/implant temini açısından yüksek maliyetli yöntemler gereksiz olabilir. Özellikle kas hacminin kısmi eksik olduğu, meme hacminin ise kompanzasyonla sağlanabileceği durumlarda otolog yağ grefti ile hacim restorasyonu, düşük morbidite ve yüksek hasta memnuniyeti açısından avantajlıdır. Sunulan olgularda doku eksikliği minimal derecede olduğundan yağ grefti ile simetri sağlanması hedeflenmiştir.

Jinekomasti, erkeklerde estetik kaygıya yol açabilen, glandüler meme dokusunun benign proliferasyonudur. Cerrahi tedavisinde liposakşın, glandüler eksizyon veya her ikisinin kombinasyonu, jinekomastinin derecesine ve doku bileşimine göre tercih edilmektedir. [9] Liposakşının minimal invaziv yapısı, kısa iyileşme süresi ve düşük komplikasyon oranları nedeniyle tercih edilmektedir. Sunulan olgularda ise mevcut jinekomasti evresi dikkate alınarak, yalnızca liposakşın uygulanmış ve hastalarda estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir.

Yağ grefti uygulamalarında donör alan seçimi, greftin miktarı, kalitesi ve hasta konforu açısından önemlidir. Abdominal bölge, genellikle yağ birikiminin yoğun olduğu, erişimin kolay olduğu ve liposakşın sırasında minimal morbidite sağladığı bir alan olarak tercih edilir. Ayrıca hastaların BMI değerlerinin yüksek olması, hem yeterli miktarda yağ elde edilmesini hem de fonksiyonel ve estetik açıdan uygun bir donör alan kullanımını mümkün kılmıştır. Bu çalışmada da PS olan tarafa uygulanacak yağ grefti için abdominal bölge seçilmiş ve gerekli miktarda kaliteli yağ elde edilmiştir.

Poland sendromu ile jinekomastinin aynı bireyde ve farklı memelerde eş zamanlı olarak görülmesi literatürde oldukça nadirdir. Çoğu olgu, PS'nin neden olduğu meme hipoplazisi veya amasti ile ilgilidir; ancak karşı memede jinekomastiye rastlanması, asimetriyi daha da belirgin hale getirerek hastalarda estetik ve psikolojik sorunlara yol açabilir.[6, 10] Bu vakalarda öncelikle jinekomasti düzeltilmeli, ardından tek veya tekrarlayan yağ grefti ile hipoplastik memede simetri sağlanmalıdır.

Sonuç

Sunulan olgularda, minimal invaziv yöntemler olan liposakşın ve otolog yağ grefti kombinasyonu, her iki patolojinin estetik olarak başarılı bir şekilde düzeltilmesini sağlamıştır. Bu yaklaşım, simetriyi koruma ve fonksiyonel sonuçları optimize etme açısından düşük morbidite ve yüksek hasta memnuniyeti sunmasıyla etkili bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Orta şiddetli Poland Sendromu ile jinekomastinin birlikteliğinde de bu tekniğin hem estetik hem de fonksiyonel açıdan güvenli ve başarılı bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Jinekomasti, Kontrolateral, Liposakşın, Poland Sendromu, Yağ Grefti

Vakaların Pre ve Post-op Görüntüleri



a.) 1. Vaka pre-operatif görüntüsü b.) 1. Vaka post-operatif 6. ay görüntüsü c.) 2. Vaka pre-operatif görüntüsü d.) 2. Vaka post-operatif 6. ay görüntüs

SB-129

Adölesan Dönemde Rinoplasti Başvurularının Sıklığı: Tek Merkezli Retrospektif Bir Analiz

Simay Erşahin[1], Ayben Leblebici[2]
[1]*Tatvan Devlet Hastenesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Departmanı, BİTLİS*
[2]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, ESKİŞEHİR*

Giriş: Estetik ve işlevsel hedefler için cerrahın burnun bileşenlerini yeniden şekillendirdiği, plastik cerrahinin en karmaşık ve zorlu prosedürlerinden biri olan rinoplasti, yaygın olarak burun estetiği olarak bilinir, gençler arasında popüler bir cerrahi prosedürdür. Kozmetik Cerrahi ABD Ulusal Veri Bankası İstatistiklerine (2016) göre, 18 yaş altı 39.709 aday kozmetik cerrahi prosedürlerine tabi tutulmuştur. Dünya sağlık örgütüne göre 10-19 yaş adölesan dönem olarak tanımlanır. Adölesanlarda rinoplasti yetişkinlere göre daha önemlidir çünkü yetişkinlerden farklı olarak kraniyofasiyal yapı hala büyümektedir ve kıkırdak yapısını değiştirmek komplikasyonlara, ameliyat sonrası bozulmaya veya büyümenin bozulmasına yol açabilir. İkincil rinoplasti oranı ergenlerde yetişkinlere göre daha fazladır. Öte yandan, kronik rinit, konka ve adenoid hipertrofisi, koanal atrezi ve burun tıkanıklığına yol açan deviasyonlu nazal septum, burun, paranazal sinüsler ve orta yüzün büyümesinin engellenmesine yol açabilir, bu nedenle endike olduğunda septorinoplasti yapmak faydalıdır. Ülkemizde rinoplasti isteği olan çocukların oranını bildiren çalışma bulunmamaktadır.

Gereç-Yöntem: Rinoplasti isteği olan adolesanların tedavisine ilişkin olarak, bir devlet hastanesinde Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinin deneyimini değerlendirmek için retrospektif bir çalışma yürütüldü. 1 Ağustos 2023 – 30 Ocak 2025 arasında rinoplasti isteği ile polikliniğe başvuran hastaların yaşı, cinsiyeti, nefes darlığı varlığı, ciddi aks deviasyonu ve septum deviasyonu varlığı, bu hastaların kaçına rinoplasti yapıldığı dosya kayıtlarından retrospektif incelenerek kaydedildi. 19 yaş ve altındaki hasta oranı ve rinoplasti nedenleri belirlendi. Veriler, retrospektif bir kohort çalışması olarak değerlendirilmiştir. Nicel veriler (başvuru sayıları, cinsiyet dağılımı, rinoplasti yapılan hasta sayıları) frekans ve oranlarla analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Fisher'ın kesin testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.01$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamında, 1 Ağustos 2023 - 30 Ocak 2025 tarihleri arasında polikliniğimize toplam 5382 hasta başvurmuş ve bu hastaların 867'si (%16,1) rinoplasti talebiyle gelmiştir. Rinoplasti talebinde bulunan hastaların 302'si (%34,8) erkek, 565'i (%65,1) kadındır. Bu hastaların 135'i (%15,57) 19 yaş ve altında dağılım göstermekte olup, bu grubun 54'ü (%40) erkek ve 81'i (%60) kadındır. Toplam başvurular arasında rinoplasti operasyonu gerçekleştirilen hasta sayısı 88'dir (%10.1). Rinoplasti yapılan hastaların 64'ü (%72,73) kadın, 24'ü (%27,27) erkektir. 20 yaş ve üstü başvuran hastaların 82'sine (%11.2) operasyon gerçekleştirilirken, 19 yaş altında başvuran hastaların 6'sına (%4.4) operasyon gerçekleştirilmiştir (%4.4). 6 hastanın 2'si 18 yaşında, 4'ü 19 yaşındaydı ve 3'ü erkek, 3'ü kadındır (%50). Erişkin hasta grubunda (%93.2) ciddi aks deviasyonu olan hasta sayısı 7 (%8.5), septal deviasyon ve nefes darlığı eşlik eden hasta sayısı 15 (%18.3) ve konka hipertrofisi olan hasta sayısı 40 (%48.8) iken, adölesan hasta grubunda (%6.82) 4 hastada (%66.7) ciddi aks deviasyonu, 5 hastada (%83,33) septal deviasyon ve nefes darlığı şikayeti, 3'ünde konka hipertrofisi (%50) saptanmış, yalnızca 1 hastada (%16,67) ek fonksiyonel patolojiye rastlanmamıştır. 19 yaş altında rinoplasti operasyonu yapılan ve ciddi aks deviasyonunun eşlik ettiği hastalar Şekil 2,3,4 ve 5'te sunulmuştur. Cerrahi için başvuran hastalarda, opere edilme yüzdesi adölesan yaş grubunda daha az olarak bulunmuştur. Cerrahi yapılan hastalarda adölesan ve erişkin grup arasında aks deviasyonu varlığı, septal deviasyon ve nefes darlığı sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut iken ($p<0.01$), konka hipertrofisi açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Yetişkinlerle karşılaştırıldığında, ergenlerin burun kıkırdağı-kemik oranı daha büyüktür, daha büyük bir nazolabial açı ve daha az çıkıntılı dorsal hump ve burun ucuna sahiptirler. Burun kızlarda yaklaşık 12 ila 16 yaşına, erkeklerde ise 15 ila 18 yaşına kadar büyümeye devam eder, bu nedenle anormal burun büyümesine yol açan edinilmiş veya doğuştan gelen burun anormallikleri, normal burun büyümesini, işlevini ve estetiğini geri kazandırmak için seçilen vakalar rinoplastilerle düzeltilmelidir. Günümüzde daha konservatif yaklaşımların uygulanmasıyla, ergenlik çağındaki çocuklarda rinoplasti, kraniyofasiyal büyüme üzerinde herhangi bir önemli etki olmaksızın gerçekleştirilebilmektedir.

Çalışmamızda, toplam 5382 hastanın %16,1'inin rinoplasti talebiyle başvurduğu ve toplam başvuruların %15,5'inin 19 yaş ve altında olduğu görülmüştür. ABD'de 10 yılda rinoplasti yapılan 310.540 hastanın 24.322'sinin (%7,8) 18 yaş ve altında olduğu ve pediatrik yaş grubunda revizyon rinoplasti oranının yetişkinlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (1). Bu oran çalışmamızda %6.8 olup, 19 yaş ve altındaki rinoplasti yapılan hastaların hiçbirine revizyon gerekmemiştir. Bu oran, literatürdeki estetik cerrahi taleplerinin genç popülasyonda artmakta olduğuna dair bulgularla uyumludur (2).

Kalantar-Hormozi ve ark.ları, Ocak 2013 ile Nisan 2017 tarihleri arasında estetik nedenlerle rinoplasti uyguladıkları, 18 yaş ve altı 40 hastayı değerlendirmiş; bu hastaların 38'inin (%95) kadın olduğunu ve %35'inde çeşitli derecelerde burun tıkanıklığı semptomlarının bulunduğunu bildirmiştir (3). Chauhan ve ark.larının 2005-2008 yılları arasında gerçekleştirdiği çalışmada ise, 13-19 yaş arasında rinoplasti yapılan 30 hastanın en sık operasyon endikasyonları arasında travma öyküsü (%41,7), estetik ve fonksiyonel nedenlerin birlikteliği (%24,5) ile yarık dudak kaynaklı burun deformiteleri (%15,8) yer almıştır (4). Çalışmamızda 19 yaş ve altında rinoplasti yapılan kadın oranı %50 bildirilmiştir. Ciddi aks deviasyonu oranı %66.7, septal deviasyon ve nefes darlığı şikayeti oranı %83.3 olup, hastaların tamamına yakın kısmına fonksiyonel patolojiler eşlik etmektedir. Erişkin hastalara kıyasla opere edilen hasta yüzdesi daha düşüktür ve ciddi aks bozukluğunun, nefes darlığının ve septum deviasyonunun operasyon kararını etkilediği net olarak görülmektedir. Bu bulgular, adölesan rinoplasti taleplerinin yalnızca estetik değil, önemli oranda fonksiyonel gerekçelere dayandığını göstermektedir. Cerrahi karar sürecinde bu çok boyutlu yaklaşımın göz önünde bulundurulması gerektiği kanaatine varılmıştır. Rinoplasti adölesan dönemde en popüler cerrahi işlemlerden biridir ancak burnun büyümeye devam ettiği bir dönem olduğundan seçilmiş vakalarda rinoplasti uygulanmalıdır. Çalışmamızda adölesanlarda estetik kaygılara yüksek oranda eşlik eden fonksiyonel bozukluklar varlığında rinoplasti yapıldığına dikkat çekmek istiyoruz.

Referanslar:

1- Shah JP, Youn GM, Wei EX, Kandathil C, Most SP. Septoplasty Revision Rates in Pediatric vs Adult Populations. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2022;148(11):1044-1050

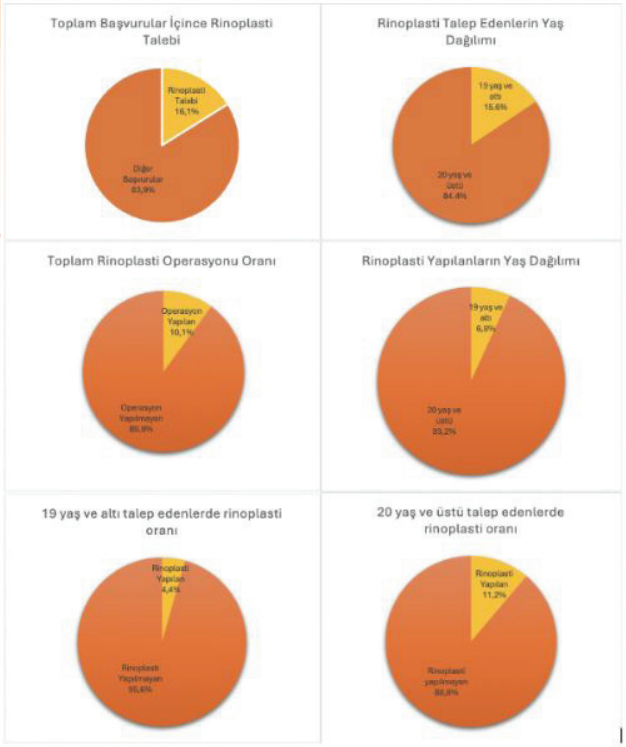
2- 21. American Society of Plastic Surgeons. (2022). 2022 National plastic surgery statistics

3- Kalantar-Hormozi A, Ravar R, Abbaszadeh-Kasbi A, Rita Davai N. Teenage Rhinoplasty. World J Plast Surg. 2018;7(1):97-102

4- Chauhan N, Warner J, Adamson PA. Adolescent rhinoplasty: challenges and psychosocial and clinical outcomes. Aesthetic Plast Surg. 2010;34(4):510-516

Anahtar Kelimeler: adolescence, aesthetic, rhinoplasty

Şekil 1.



Rinoplasti yapılan hasta oranları

SB-130

Ciddi asimetrik memelerde santral pedikül tekniğinin daha yüksek volüm eksizyonu sağlayan modifiye uygulaması

Aziz Parspancı
Özel Pendik Yüzyıl Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Meme küçültme amacıyla başvuran birçok hastada meme hipertrofisine ek olarak asimetrilerin de olduğu görülebilmektedir. Bazı hastalarda bu asimetriler ciddi seviyede olabilmekte ve hastalar küçültmeden çok asimetrinin düzeltilmesi motivasyonu ile ameliyat için daha istekli olabilmektedir. Bu hastalar özellikle giyinmede zorluk çekmekte, psikolojileri olumsuz etkilenmekte ve yaşam kalitesini artırmak için özel sütyen dolguları kullanmaktadır1. Ciddi meme asimetrisi durumlarında asimetrinin derecesine göre her bir memede farklı pedikül seçimleri yapılarak küçültme ve/veya dikleştirme planlaması gerekebilmektedir. Bu durum ameliyat sonrası dönemde her bir memede farklı pedikül kullanımına bağlı olarak NAC pozisyonlarının simetrisini sağlamada zorluklara ve uzun dönemde her iki meme arasında asimetrik sarkmalara neden olabilmektedir. Bu çalışmada ciddi asimetrik memelerde her iki tarafta da pedikül seçimi santral pedikül şeklinde yapılmış ve sonuçlar paylaşılmıştır.

Yöntem: Ağustos 2024 ve Haziran 2025 tarihleri arasında meme küçültme ve/veya meme asimetrisi nedeniyle başvuran hastalardan 11 kadın hasta, Dr. Roy de Vita ve arkadaşlarının yapmış olduğu meme asimetrisi sınıflamasına göre grup III meme asimetrisi olarak değerlendirilmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir.1 Bu hastalarda ameliyat öncesi çizimler her iki meme için de santral pedikül tekniğine uygun şekilde yapılmıştır. Ameliyat öncesi planlamaya göre önce küçük olan tarafta daha önce Dr. Serdar Eren ve arkadaşları tarafından tanımlanmış teknikle mastopeksi ve/veya redüksiyon yapılmış ve ardından daha büyük olan tarafa çalışmadaki modifiye uygulama ile redüksiyon ve dikleştirme işlemi uygulanmıştır. Bu modifikasyonda daha önce tanımlanmış olan teknikten farklı olarak dezepitelize edilen kısmın laterali trianguler dermal flep şeklinde lateral pilar hizasının 1 cm önüne kadar eleve edilmektedir. Deri fleplerinin elevasyonu sonrasında da dezepitelize edilmiş kısımların lateral sınırı boyunca yukarıdan aşağı doğru oblik şekilde memenin alt-dış ve üst-dış kadranlarını enblok şekilde içeren adipoglandüler rezeksiyon yapılmaktadır. Rezeksiyon sonrasında daha önce eleve edilmiş olan dermal flep pektoral kas fasyasına tespit edilmektedir. Medial kısmın da kas fasyasına tespiti sonrası gland şekillendirilmektedir. Ardından deri fleplerı yerlerine inset edilip katlar usülüne uygun şekilde onarılmaktadır. Her iki tarafta bu aşamalardan sonra hasta perop oturtulmakta ve yeni areola pozisyonları ölçülerek belirlenmektedir. Bu bölgelerde areolaların tabandan çıkarılacağı kısımlarda tam kat eksizyonlar yapılmakta, areolalar tabandan doğurtulmakta ve takiben cilt onarımları yapılmaktadır. Tekniğin uygulama aşamaları ve ciddi meme asimetrisi olan bir hastada yapılan uygulamanın postop 3. ay sonucu Şekil 1(a-h)'de gösterilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 37,63 (27-55), ortalama eksize edilen doku miktarları sağ memede 305 gr (0-680), sol memede 281 gr (100-700) ölçülmüştür. Ortalama takip süresi 8,18 ay (4-11), ortalama BMI 28,18 (25-32) ölçülmüştür. Hastaların 7'sinde sol taraf, 4'ünde sağ taraf memenin diğer memeye göre daha büyük olduğu izlenmiştir. Tüm hastalar postop 4. saatte mobilize edilmiş ve postop 1. günde oral antibiyotik ve analjezik reçete edilerek taburcu edilmiştir. Drenler 7 hastada postop 1. günde, 3 hastada postop 2. günde ve 1 hastada postop 3. günde çekilmiştir. 1 hastada bilateral ters T bölgesinde yaklaşık 1 cm lik dehissans pansumanla takip edilmiş ve sekonder iyileşmiştir. Bir hastada da modifiye uygulama yapılan tarafta dog ear olduğu görülmüş ve revizyon yapılması planlanmıştır. Hastalarda hematom, seroma, enfeksiyon, parsiyel veya total herhangi bir NAC problemi izlenmemiştir.

Sonuç: Santral pedikül tekniği hem meme küçültme hem de mastopekside kullanılan güvenilir bir tekniktir. Santral pedikül meme küçültme tekniğinin bu modifiye kullanımı ile ciddi meme asimetrilerinde her iki tarafta aynı pedikül seçimi yapılabilmektedir. Ayrıca her iki memede NAC pozisyonu, farklı pedikül seçilmesi durumuna göre daha simetrik konumlandırılabilmektedir. Bu modifikasyon özellikle asimetrik memelerde büyük olan taraftan daha fazla doku eksizyonuna izin vererek her iki tarafta da aynı pedikülün kullanılmasını sağlayabilmektedir. Her iki memede kullanılan pediküllerin aynı olması da uzun dönemde oluşabilecek pitoz durumlarında farklı pedikül kullanımına göre daha tatmin edici sonuçlar sağlayabilmektedir.

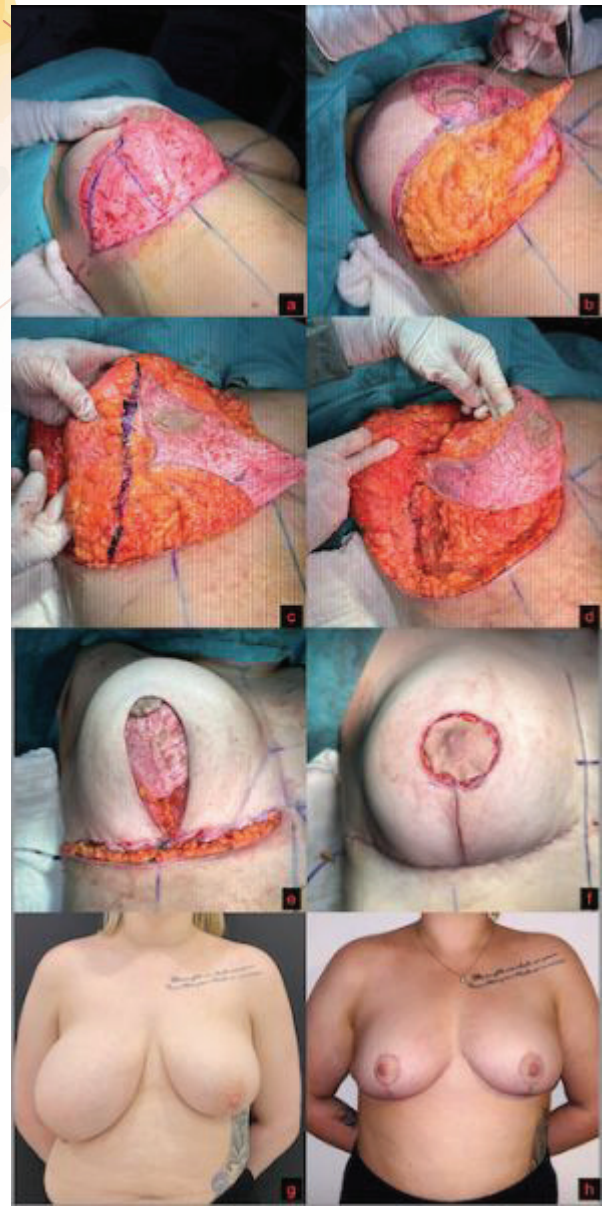
Referanslar

1. de Vita R, Buccheri EM, Villanucci A, Ragusa LA. Breast Asymmetry, Classification, and Algorithm of Treatment: Our Experience. Aesthetic Plast Surg. 2019;43(6):1439-1450. doi:10.1007/s00266-019-01489-0

2. Eren S, Öreroğlu AR. Modified Central Pedicle in Breast Reduction and Mastopexy: The Dermal Suspension Technique. Aesthetic Plast Surg. 2022;46(6):2753-2765. doi:10.1007/s00266-022-02980-x

Anahtar Kelimeler: Meme asimetrisi, meme küçültme, pedikül seçimi, santral pedikül

Şekil 1



Tekniğin uygulama aşamaları ve ciddi meme asimetrisi olan bir hastada yapılan uygulamanın postop 3. ay sonucu (Sağ memeden 680 gr, sol memeden 100 gr doku eksizyonu yapılmıştır)

SB-131

Serum İnflamatuar Biyobelirteçler ile Redüksiyon Mamoplastide Çıkarılan Meme Dokusu Miktarı Arasındaki İlişki: Retrospektif Bir Analiz

Muhammed Furkan Görücü, Elif Gündeş Alten, Erol Kozanoğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş: Meme dokusu, yalnızca lokal yapısal bir organ değil, aynı zamanda metabolik ve endokrin açıdan aktif bir dokudur. Özellikle meme dokusunun yağ komponenti (adipoz doku), sistemik inflamatuar yanıtın şekillenmesinde kritik rol oynar. Adipozitler, leptin ve adiponektin gibi adipokinlerin yanı sıra interlökin-6 (IL-6) ve tümör nekroz faktör-alfa (TNF-α) gibi proinflamatuar sitokinler salgılayarak karaciğerde C-reaktif protein (CRP) üretimini artırır ve dolaşımda kronik düşük dereceli inflamasyona yol açar.

Bu biyolojik süreç, CRP düzeylerinin obezite, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalıklarla olan yakın ilişkisini açıklar. Ayrıca inflamatuar belirteçlerden nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve platelet/lenfosit oranı (PLO), immün sistemin inflamatuar aktivitesini dolaylı yoldan yansıtan, kolay ve ucuz hesaplanabilen parametrelerdir.

Mevcut literatürde NLO ve PLO, çoğunlukla cerrahi komplikasyonlar, perioperatif stres ve onkolojik prognoz ile ilişkilendirilmiştir. Ancak meme dokusunun miktar olarak çıkarıldığı bir cerrahi işlemde bu inflamatuar belirteçlerle çıkarılan doku ağırlığı arasındaki doğrudan ilişki henüz yeterince araştırılmamıştır.

Bu bağlamda, redüksiyon mamoplasti sırasında çıkarılan meme dokusu miktarı, lokal adipoz dokunun sistemik inflamatuar yanıt üzerindeki etkisini ölçmek için eşsiz bir klinik fırsat sunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada redüksiyon mamoplasti sırasında çıkarılan meme dokusu miktarı ile preoperatif inflamatuar biyobelirteçler (NLO, PLO ve CRP) arasındaki ilişkinin incelenmesi; ayrıca bu ilişkinin yaş ve vücut kitle indeksi'ne (VKİ) göre düzeltilmiş çok değişkenli analiz ile bağımsızlığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada,2021–2025 yılları arasında kliniğimizde, bilateral redüksiyon mamoplasti operasyonu yapılan 18 yaş üstü kadın hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, preoperatif hemogram (Nötrofil,Lenfosit,Trombosit), CRP (varsa),operasyonda çıkarılan doku miktarı ve preoperatif VKİ değerlerine sahip olan hastalar dahil edildi. Akut enfeksiyon, malignite ve kronik inflamatuar hastalıkların eşlik ettiği hastalar ise çalışmadan hariç tutuldu.NLO ve PLO hemogramdan hesaplandı.Pearson korelasyonu ile ilişkiler incelendi, CRP alt grubunda ayrı analiz yapıldı.Yaş ve VKİ'ye göre çok değişkenli regresyon uygulandı.

Bulgular: Toplam 52 hasta incelendi; bunların 31'inde CRP değeri mevcuttu.NLO ($r=0.048$, $p=0.737$) ve PLO ($r=-0.044$, $p=0.757$) ile çıkarılan doku miktarı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.CRP ile çıkarılan doku arasında orta-güçlü pozitif korelasyon saptandı ($r=0.564$, $p<0.001$).Çok değişkenli regresyonda; VKİ bağımsız ve anlamlı prediktör olarak bulundu ($p=0.041$); CRP sınırda anlamlılık gösterdi ($p=0.067$).Yaş ve sigara anlamlı bulunmadı.

Tartışma: Bu çalışma, literatürde eksik kalan "çıkarılan meme dokusu miktarı ile inflamatuar biyobelirteçlerin ilişkisi" sorusunu ele alarak, redüksiyon mamoplasti operasyonu ile adipoz doku-inflamasyon eksenini araştırmak için bir klinik model olarak kullanmıştır.

Öncelikle, çalışmamızda CRP ile çıkarılan doku arasında orta-güçlü pozitif korelasyon bulunmuş ve bu sonuç, CRP'nin

adipoz doku kaynaklı inflamatuar aktiviteyi yansıtabileceğini göstermiştir. Çok değişkenli analizde VKİ'nin bağımsız ve anlamlı bir prediktör olarak öne çıkması, literatürdeki antropometrik modelleri doğrulamaktadır. Ancak CRP'nin bağımsız katkısının sınırda anlamlılık düzeyine ulaşması, inflamasyonun VKİ'den bağımsız bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir.Bu durum, CRP'nin yalnızca obezite değil aynı zamanda lokal meme adipoz dokusunun sistemik inflamasyona katkısını da gösterebileceği yönünde yeni bir bakış açısı sunmaktadır.

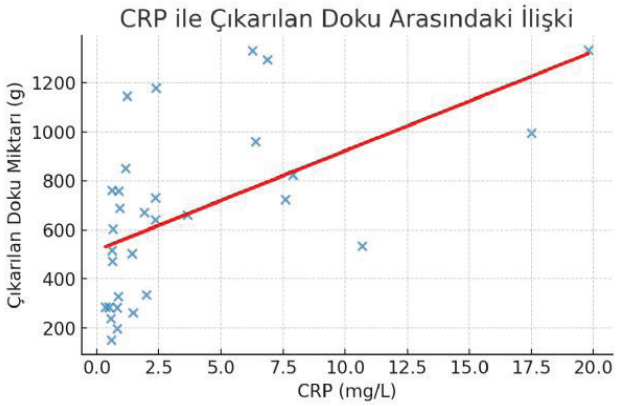
NLO ve PLO'nın doku miktarı ile anlamlı ilişki göstermemesi ise dikkate değerdir. Literatürde bu parametrelerin genellikle komplikasyon riski, postoperatif bulantı-kusma veya mortalite tahmini gibi perioperatif stres yanıtı göstergesi olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bulgularımız, NLO ve PLO'nın doku yükünü yansıtmada yetersiz olduğunu, buna karşın CRP'nin inflamatuar yükü daha doğrudan temsil edebileceğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın güçlü yönlerinden biri, tek merkezde, geniş bir zaman aralığını kapsayan hasta grubunda yapılmış olması ve çıkarılan doku miktarının objektif ölçümle değerlendirilmiş olmasıdır. Bu, literatürde çoğunlukla tahmini antropometrik verilerle yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında önemli bir avantaj sağlamaktadır.

Bununla birlikte, çalışmanın retrospektif tasarımı ve özellikle CRP verisi mevcut olan alt grubun sınırlı örneklem büyüklüğü önemli kısıtlılıklardır.Prospektif, daha geniş serilerde yapılacak çalışmalar ile CRP'nin gerçekten bağımsız bir biyobelirteç olarak kullanılabilirliği doğrulanmalıdır.Bulgularımız CRP'nin çıkarılan meme dokusu miktarı ile ilişkili en güçlü biyobelirteç olduğunu göstermekte, NLO ve PLO'nın bu bağlamda sınırlı değerini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, meme redüksiyonu hastalarında sistemik inflamasyonun anlaşılmasına katkı sunmakta ve obezite/metabolik sendrom patofizyolojisine yeni kanıtlar eklemektedir.Redüksiyon mamoplasti sırasında çıkarılan meme dokusu miktarı özellikle CRP ve VKİ ile ilişkili bulunmuştur.NLO ve PLO bu ilişkide belirleyici değildir. CRP'nin anlamlılığa yakın bağımsız katkısı, meme yağ dokusunun sistemik inflamasyonla ilişkisini desteklemektedir. Bu bulgu, obezite ve metabolik sendrom patofizyolojisinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabilir ve cerrahi sonrası iyileşmenin öngörülmesinde yol gösterici olabilir.

Sonuç: Çıkarılan doku miktarı CRP ve VKİ ile ilişkilidir; NLO/PLO ilişkisi saptanmamıştır. Bulgular, adipoz doku-inflamasyon ekseninin meme redüksiyonu popülasyonunda klinik yansıması olabileceğini; CRP'nin doku yükünü yansıtabileceğini düşündürmektedir. Doğrulama için daha büyük, prospektif çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: CRP, İnflamasyon, NLO, PLO, Redüksiyon Mamoplasti



Mavi noktalar: Her hasta için CRP ve çıkarılan doku miktarı
Kırmızı çizgi: Lineer regresyon trendi

SB-132

Septorinoplasti Ameliyatlarında Septal Ekstension Greft Uygulama Yönünün Cerrahi Sonuçlara Etkisi: Tek Taraflı mı, Çift Taraflı mı?

Muaz Zuhurlu[1], Münür Selçuk Kendir[2]
[1]*Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Amaç:

Septorinoplasti ameliyatlarında nazal tip projeksiyonunun ve rotasyonunun uzun dönem korunması, hem estetik hem de fonksiyonel başarı için temel hedeflerden biridir. Bu bağlamda, septal ekstensiyon greft (SEG) uygulamaları, özellikle burun ucu desteğini sağlamada ve tip rotasyonunu kontrol altında tutmada en sık başvurulan tekniklerden biridir. SEG'ler, septumun kaudal ucuna yerleştirilen kıkırdak greftler aracılığıyla burun ucunun istenilen projeksiyonda sabitlenmesini amaçlar. Ancak bu greftlerin septuma tek taraflı mı yoksa çift taraflı mı uygulanmasının daha avantajlı olduğu konusu halen tartışmalıdır. Tek taraflı uygulamalarda cerrahi teknik daha basitken, asimetrik projeksiyon veya rotasyon riski ortaya çıkabilir. Çift taraflı uygulamalar ise daha kompleks olabilir ancak daha simetrik ve stabil bir tip desteği sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, tarafımızca gerçekleştirilen 129 primer septorinoplasti vakası üzerinden tek taraflı ve çift taraflı SEG uygulamalarının kısa ve orta vadeli cerrahi sonuçlara olan etkilerini değerlendirmek, iki teknik arasında estetik ve fonksiyonel farkları ortaya koymak ve mevcut literatürle karşılaştırmalı bir analiz sunmaktır.

Yöntem:

Ocak 2023 ile temmuz 2024 tarihleri arasında, tek bir cerrah tarafından açık teknikle primer septorinoplasti uygulanan 129 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, uygulanan SEG tipi (tek/çift taraflı), komplikasyon gelişimi, burun ucu projeksiyonu, revizyon ihtiyacı ve estetik simetri değerlendirmeleri analiz edildi. Tüm olgularda primer greft materyali olarak septal kıkırdak kullanılırken, yetersiz durumlarda auriküler kıkırdakla destek sağlandı. Ameliyat sonrası minimum 6 aylık takip süresi boyunca estetik başarı ve fonksiyonel memnuniyet hem klinik değerlendirmelerle hem de hasta anketleriyle ölçüldü.

CRP ile Çıkarılan Doku Arasındaki İlişki

Bulgular:

Hasta grubunun %76'sını (n=98) kadınlar oluşturmakta olup, ortalama yaş 28,7±5.6 idi. Hastaların %68'ine (n=88) çift taraflı, %32'sine (n=41) ise tek taraflı SEG uygulandı (Figür 1). tek veya çift greft uygulanmasının kararı hasta mevcut septal kıkırdak durumunda ve burun ucunda eğrilik olup olmamasına göre verildi. Hastaların yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p>0.05). Çift taraflı SEG uygulanan hastalarda nazal tip projeksiyonunun uzun dönemde daha stabil kaldığı, burun ucu rotasyonunun daha iyi korunduğu ve estetik simetrinin daha yüksek oranda sağlandığı gözlendi (p>0.05). Tek taraflı SEG uygulanan hastalarda ise özellikle burun ucunda hafif lateralizasyon ve kolumellar eğrilik gibi minör estetik sorunlara daha sık rastlandı (p>0.05). Tek taraflı gurptan 5 (%12) hastada, çift taraflı gruptan 2 hastada (%2) burun ucunda eğrilik oluştu. Çift taraflı uygulanan bir hasta hariç revizyon gerekmedi ve bu hastalar öğretilen burun masajı ile tam düzeltme göstermiştir. Revizyon oranı çift taraflı SEG grubunda %1,1 iken, tek taraflı SEG grubunda bu oran %0 olarak belirlendi. İlginç olarak, revizyon gereken hastada daha önce çift ekstensiyon uygulanmıştır. Hastadaki burun ucu eğriliği 3. Aydan itibaren belirmeye başladı ve 6 ay masaj uygulamasına rağmen düzelme sağlanamamıştır. 1. Yılın sonunda hasta revizyon ameliyatına alındı ve daha önce uygulanan çift ekstensiyon grefti rezeke edilerek tek taraflı sola greft uygulandı. Ayrıca çift taraflı SEG grubunda, hasta memnuniyeti skoru belirgin şekilde daha yüksek bulundu. Wang ve ark. (2021), fan şeklinde çift taraflı greft yapısının karşılıklı eğilme kuvvetlerini dengeleyerek burun ucunda uzun süreli destek sağladığını belirtmektedir.

Sonuç

Bu çalışma, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da, çift taraflı septal ekstension greft uygulamasının estetik simetri, cerrahi stabilite ve hasta memnuniyeti açısından tek taraflı uygulamaya göre daha üstün sonuçlar sağladığını ortaya koymaktadır. Ancak burada önemli olan, tekniklerin birbirine üstünlüğünden ziyade, hastaya özel anatomik yapı ve ihtiyaçlar doğrultusunda kişiselleştirilmiş bir yaklaşımın benimsenmesidir. Cerrahın deneyimi ve hastaya özgü detaylı anatomik değerlendirme doğrultusunda uygulanacak bireyselleştirilmiş cerrahi strateji, optimal sonuçlar elde etmek açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bulgularımız, çift taraflı SEG kullanımının özellikle estetik beklentisi yüksek, genç kadın hastalarda güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu desteklemektedir. Bu alandaki mevcut verilerin güçlendirilmesi adına, gelecekte daha geniş örneklemli, prospektif ve randomize kontrollü çalışmaların yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: burun ucu, ekstension grefti, septorinoplasti, septu

Figür 1



Solda tek taraflı septal ekstensiyon uygulanan bir hasta

Tablo 1

Parametre	Değer	P değeri
Toplam hasta sayısı	129	
Ortalama yaş	28,7 ± 5.6	p>0.05
Çift taraflı SEG uygulanan hasta	88	
Tek Taraflı SEG Uygulanan Hasta	41	
Çift Taraflı SEG ile Burun Ucu eğiriliği	2 hasta (%2)	p>0.05
Tek Taraflı SEG ile Burun Ucu Eğriliği	5 hasta (%12)	p>0.05
Çift Taraflı SEG ile Revizyon Oranı	1 hasta (%1,1)	p>0.05
Tek Taraflı SEG ile Revizyon oranı	0 hasta (%0)	p>0.05
Çift Taraflı SEG ile Estetik simetri	4.8 ± 0.4	p>0.05
Çift Taraflı SEG ile Hasta Memnuniyeti	4.7 ± 0.2	p>0.05
Tek Taraflı SEG ile Estetik simetri	4.4 ± 0.3	p>0.05
Tek Taraflı SEG ile Hasta Memnuniyeti	4.2 ± 0.9	p>0.05

Hastaların verileri

SB-133

Meme Rekonstrüksiyonunda Tek Merkezde Yirmi Beş Yıllık Deneyim: Rekonstrüksiyon Tercihindeki Eğilimler

Alper Öztürk, Başak Ece Özdamar, Gökhan Doğan, Serhat Şibar, Serhan Tuncer, Mehmet Sühan Ayhan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş:

Meme kanseri, dünya genelinde kadınlarda melanom dışı cilt kanserlerinden sonra en sık görülen malignitedir. Mastektomi, meme kanserinin temel tedavisi olmakla birlikte; mastektomi endikasyonlarındaki değişimler, meme koruyucu cerrahi ile adjuvan radyoterapinin birlikte kullanımının artması ve radyoterapi protokollerindeki gelişmeler, hem onkolojik tedavi yaklaşımlarında hem de rekonstrüktif cerrahide önemli değişikliklere yol açmıştır.

Meme rekonstrüksiyonunda altın standart abdomen bazlı öz doku ile onarım olmakla birlikte son yıllarda, implant bazlı rekonstrüksiyonlara yönelik artan bir eğilim gözlemlenmektedir. Bu eğilim; implant teknolojisindeki ilerlemeler, cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, hastaların daha kısa ameliyat süresi ve daha hızlı iyileşme tercihleri gibi çeşitli faktörlere bağlanabilir.

Bu çalışmada amacımız, son 25 yıllık süreçte kliniğimizde gerçekleştirilen meme rekonstrüksiyonlarına ait deneyimimizi paylaşmak; bu süre zarfında tercih edilen rekonstrüksiyon yöntemlerinin sıklığını ve zamana bağlı değişimini değerlendirmek, kullanılan rekonstrüksiyon tekniklerinin dağılımını analiz ederek hem hasta tercihlerinde hem de güncel klinik pratiğimizde meydana gelen değişimleri ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem:

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan hastaların elektronik tıbbi kayıtlarının analizi yoluyla yürütülmüş retrospektif gözlemsel bir çalışmadır.

Çalışmaya dahil edilen örneklem grubunda belirli tarih aralıklarında benzer hasta sayısının sağlanabilmesi amacıyla, hastalar rekonstrüksiyon ameliyatlarının tarihlerine göre dört ana gruba ayrılmıştır:

- Grup 1: 2000 Ocak – 2004 Aralık
- Grup 2: 2005 Ocak – 2009 Aralık
- Grup 3: 2010 Ocak – 2014 Aralık
- Grup 4: 2015 Ocak – 2019 Aralık
- Grup 5: 2020 Ocak – 2024 Aralık

Örneklemimize bu tarihler arasında hastanemizde ameliyat edilen, tıbbi kayıtlarına ulaşılabilen, 18 yaş ve üzeri kadın hastalar dahil edilmiştir.

Aşağıdaki veriler toplanmıştır:

- Yaş ve ameliyat tarihleri,
- Meme rekonstrüksiyon tekniği,
- Eş zamanlı ya da gecikmiş rekonstrüksiyon,
- Saf öz doku ile rekonstrüksiyon işlemi sonrasında kısmi ve total flep kaybı

2000 Ocak-2024 Aralık tarihleri aralığında mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu uygulanan toplam 732 hasta tespit edilmiş, ancak 73 hastanın değerlendirmeye alınan parametrelerin eksik olması nedeniyle bu hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Örneklemimiz 659 hastadan oluşmaktadır.

Bulgular:

Ocak 2000 – Aralık 2024 arasında kurumumuzda yapılan tüm meme rekonstrüksiyonları retrospektif incelendi. Dahil kriterlerini karşılayan 659 hastaya, toplam 779 memeye rekonstrüksiyon uygulandı. Hastaların 539'u tek taraflı, 120'i çift taraflı cerrahi geçirdi.

Uygulanan yöntemlere göre dağılım: 327 hasta saf öz doku, 79 hasta öz doku + implant (hibrit), 62 hasta doğrudan implant, 191 hasta ise ekspander sonrası implant rekonstrüksiyonu idi.

Saf öz doku ile rekonstrüksiyon grubundaki flep dağılımı: 235 derin inferior epigastrik arter perforatör flep (DİEP), 74 transvers rektus abdominis kas-deri flebi(TRAM), 45 latissimus dorsi kas-deri flebi (LD), 3 transvers gracilis kas deri flebi (TMG), 3 torakodorsal arter perforatör flep (TDAP),1 süperior gluteal arter perforatör flep (SGAP), 1 süperfisial inferior epigastrik arter flep (SIEA), 1 interkostal perforatör flep idi. TRAM flep ile rekonstrüksiyonların 23'ü pediküllü, 41'i serbest doku aktarımı idi. Ortalama yaş: saf öz doku ile rekonstrüksiyon grubunda 47,26; hibritte 43,3; ekspander-implantta 46,5; doğrudan implantta 42,9 yıl olarak hesaplandı.

Ameliyat yılına göre yapılan sınıflandırmada; Grup 1'de 39 meme rekonstrüksiyonu uygulanmış olup 30'u öz doku (%76,9), 2'si hibrit (%5,1), 7'si ekspander implant (%17,9) ile rekonstrüksiyondu. Grup 2'de toplam 169 meme rekonstrüksiyonu uygulanmış olup, bunların 116'sı (%68,6) öz doku, 10'u (%5,9) hibrit, 26'sı (%15,3) ekspander-implant ve 17'si (%10) doğrudan implant rekonstrüksiyonuydu. Grup 3'de 175 memenin 96'sı (%54,8) öz doku, 22'si (%12,5) hibrit, 39'u (%22,2) ekspander-implant, 18'i (%10,2) doğrudan implant ile onarıldı. Grup 4'teki 172 memenin 67'si (%38,9) öz doku, 22'si (%12,7) hibrit, 66'sı (%38,3) ekspander-implant ve 17'si (%9,8) doğrudan implant rekonstrüksiyonuydu. Grup 5'te yer alan 224 memenin 53'ü (%23,6) öz doku, 25'i (%11,1) hibrit, 109'u (%48,6) ekspander-implant ve 37'si (%16,5) doğrudan implant rekonstrüksiyonuydu.

Toplamda 364 rekonstrüksiyon eş zamanlı, 295'i geç yapıldı. Saf öz doku ile rekonstrüksiyonların 284'ü geç, 43'ı eş zamanlıydı. Geç öz doku ile rekonstrüksiyonlarda ortalama süre 2,86 yıl idi.

Abdomen bazlı fleplerin 30'u pediküllü, 280'i serbest doku aktarımıydı. Abdomen bazlı pediküllü fleplerin 4'ünde (%13) parsiyel nekroz görüldü. Serbest doku aktarımlarında 31 kısmi (%11), 13 total kayıp (%4,6); LD fleplerinde 4 kısmi (%8,8), 2 total (%4,4) görüldü. Genel olarak saf öz doku ile rekonstrüksiyonlarda kısmi kayıp oranı %10,7; total kayıp %4,1 olarak saptandı.

Tartışma ve Sonuç

Bu retrospektif çalışmada, 2000–2024 yılları arasında kliniğimizde gerçekleştirilen meme rekonstrüksiyonlarının dağılımı incelenmiş ve yıllar içinde tercih edilen rekonstrüksiyon yöntemlerinde belirgin bir değişim saptanmıştır.

Yaş dağılımı incelendiğinde, saf öz doku ile rekonstrüksiyon geçiren hastaların ortalama yaşının (47,2 yıl), doğrudan implant grubu (42,9 yıl) ve hibrit gruba (43,3 yıl) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, genç hastaların daha az invaziv, daha hızlı iyileşme sağlayan seçeneklere yöneldiğini düşündürmektedir.

2000–2004 döneminde tüm rekonstrüksiyonların %76,9'unu oluşturan saf öz doku rekonstrüksiyon teknikleri, 2020–2024 döneminde %23,6'ya kadar gerilemiştir. Bu belirgin azalma; uzun cerrahi süreleri, ikinci bir cerrahi saha gerekliliği, donör saha morbiditesi ve hastaların daha kısa iyileşme süresi beklentisi gibi çeşitli klinik ve hasta kaynaklı faktörlerle ilişkilendirilebilir. Ayrıca implant teknolojisindeki ilerlemeler, prepektoral yerleşim gibi daha az invaziv cerrahi yaklaşımların artan popülaritesi ve estetik sonuçlardaki iyileşme de bu eğilimi desteklemektedir. Öte yandan, son yıllarda rekonstrüksiyon tercihlerini şekillendiren en önemli unsurlardan biri de hastaların onkolojik önceliklere verdiği önemdir. Saf öz doku

ile rekonstrüksiyonun uzun süren, teknik olarak kompleks ve eş zamanlı mastektomiyle birlikte yapılması durumunda hastanın onkolojik tedavisini etkileyebilecek nitelikte olması, hastaları bu yöntemi tercih etmekten alıkoymaktadır. Klinik verilerimiz, hastaların öncelikli hedefinin onkolojik güvenlik olduğunu, estetik rekonstrüksiyonun ise genellikle ikinci planda değerlendirildiğini göstermektedir. Bu nedenle, öz doku ile rekonstrüksiyonların büyük çoğunluğu (%86,8) geç döneme ertelenmiştir. Sonuç olarak, erken dönemde onkolojik güvenliğe odaklanan hasta yaklaşımı ile uzun ve kompleks cerrahilerden kaçınma eğilimi birleşerek, implant bazlı ya da hibrit rekonstrüksiyon yöntemlerinin zamanla daha çok tercih edilmesine yol açmıştır.

Anahtar Kelimeler: meme rekonstrüksiyonu, öz doku, implant

Hastalara göre rekonstrüksiyon dağılımı ve Yıllara göre saf öz doku ile rekonstrüksiyon yüzdesi





Hastalara göre rekonstrüksiyon türü dağılımı ve Yıllara göre meme rekonstrüksiyon tekniklerinin yüzdelik dağılımı

SB-134

Pazarlama ve Etik İkilemi: YouTube'da Meme Rekonstrüksiyonu Videoları

Ecem Yeğin[1], Özlem Özgür[2], Batuhan Aysever[2], Tansu Altıntaş[2], Mehmet Emre Yeğin[2]
[1]*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Bu çalışmanın amacı, meme rekonstrüksiyonu ile ilgili İngilizce YouTube videolarının bilgi kalitesini objektif bir puanlama sistemi kullanarak nicel olarak değerlendirmek ve video etkileşimini ve bilgi kalitesini etkileyen faktörleri belirlemektir.

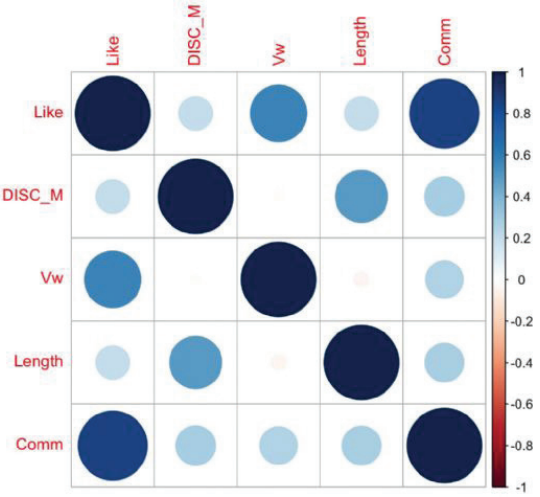
Gereç ve Yöntemler: 2008 ve 2025 yılları arasında yüklenen ve "meme rekonstrüksiyonu" ve "DIEP flebi" gibi anahtar kelimeler kullanılarak belirlenen toplam 117 ilgili İngilizce YouTube videosu analiz edilmiştir. Dört sayısal ölçüt (Uzunluk, Beğeniler, Yorumlar, Görüntülemeler) ve dört kategorik faktör (Tür, Kalite, İçerik Türü, Ülke) incelenmiştir. Tüm videolar, iki plastik cerrahi asistan doktoru tarafından DISCERN puanlama sistemi kullanılarak çift kör olarak puanlanmıştır. İstatistiksel analizler, R kullanılarak gerçekleştirilmiştir ve anlamlılık $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Sonuçlar: Değerlendirilen videolar toplam 19,4 saatlik içerik içermiş ve 3 milyondan fazla izlenme almıştır. Uzunluğun hiçbir kategorik faktör üzerinde anlamlı bir etkisi görülmemiştir. Video türü, ortalama beğeni sayısını önemli ölçüde etkiledi ($p=0,037$) ve animasyon içerik, bilgilendirici içerikten daha fazla beğeni aldı ($p=0,029$). Yükleme ülkesi de beğenileri önemli ölçüde etkiledi ($p<0,001$); Kanada videoları diğer ülkelerden gelen videolardan daha fazla beğeni aldı. Video kalitesi, DISCERN medyanlarını önemli ölçüde etkiledi ($p=0,030$); 2160p videolar, 360p videolardan daha yüksek puan aldı ($p=0,043$). Yükleme ülkesinin yorum medyanları üzerinde de önemli bir etkisi oldu ($p=0,026$). İçerik, görüntüleme medyanlarını güçlü bir şekilde etkiledi ($p<0,001$); animasyon içerik, hem deneyim ($p=0,002$) hem de bilgilendirici ($p<0,001$) içerikten önemli ölçüde daha fazla izlendi.

Sonuç: YouTube'daki meme rekonstrüksiyonu videoları, izleyici etkileşimini ve algısını büyük ölçüde etkiliyor. Animasyon, özellikle görüntüleme ve beğeni çekmede etkili olup, karmaşık tıbbi bilgileri daha iyi aktarıyor. Özellikle düşük DISCERN puanlarına sahip bazı sağlık çalışanlarının videolarında değişen bilgi kalitesi, pazarlama ve eğitim konusunda etik endişelere yol açmaktadır. Bu durum, bilim insanlarının, sağlık otoritelerinin ve platformların güvenilir çevrimiçi sağlık bilgilerini garanti altına almak ve hasta özerkliğini korumak için standartlaştırılmış değerlendirme ve akran değerlendirme sistemleri geliştirmeleri gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Etik, Hasta Eğitimi, Mastektomi, Meme Rekonstrüksiyonu, Sosyal Medya, Youtube

Figür 1



Kullanılan karşılaştırma parametrelerinin birbirini üzerine etkisi.

SB-135

Mastektomi Sonrası Özdoku İle Meme Rekonstrüksiyonu Adaylarında Genetik Mutasyon Analizi

Hilal Gülseren Atasever[1], Ahmed Yasin Acehan[1], Gökhan Doğan[1], Fatih Mülayim[2],
Mehmet Ali Ergün[2], Serhat Şibar[1],
Mehmet Sühan Ayhan[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Meme kanseri hastalarında mastektomi sonrası özdoku ile meme rekonstrüksiyonu, altın standart olarak kabul edilmektedir.[1] Cerrahi planlamasında aşamalardan biri, hastanın mikrocerrahi için uygunluğunun belirlenmesidir. [2] Bu belirlemede kalıtsal trombofili için risk faktörlerinin taranması, varlığında preoperatif uygun genetik taramanın yapılması gereklidir. Özdoku ile meme rekonstrüksiyonu esnasında tromboza yatkınlık ile ilişkilendirilebilecek mutasyonlar Faktör II, Faktör V, MTHFR, Faktör XIII, PAI-1 genlerindeki mutasyonlardır.[3] Bu çalışmada, kliniğimizde özdoku ile meme rekonstrüksiyonu adayı olan hastalarda, tromboza yatkınlık açısından risk faktörleri incelenmiş, varlığında, belirlenmiş genlerde preoperatif genetik mutasyon araştırılması yapılarak cerrahi yaklaşım algoritması belirlemek amaçlanmış ve postoperatif sonuçlar incelenmiştir.

Hasta Seçimi ve Yöntem

Ocak 2000-Temmuz 2025 yılları arasında mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu adayı olan, verilerine ulaşılabilen toplam 692 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastalardan, anamnezinde ailede trombofili öyküsü, idiyopatik tromboembolik atak öyküsü, tekrarlayan venöz tromboembolizm öyküsü, tekrarlayan abortus ve intrauterin exitus öyküsü gibi kalıtsal trombofili düşündüren 25 hasta preoperatif genetik mutasyon değerlendirilmesi amacıyla Tıbbi Genetik Anabilim Dalı'na konsülte edildi. 25 hastanın 3'ü MTHFR homozigot, 18'i MTHFR heterozigot, 5'i FV heterozigot mutasyonuna sahipti. 3 hastada PAI-1 geninde 4G/4G varyantı mevcuttu. 4 hastada mutasyon saptanmadı. 10 hasta kombine mutasyona sahipti. 25 hastanın 8 tanesi DIEP flep, 11 tanesi pediküllü L/D flep, 3 tanesi pediküllü TRAM flep, 1 tanesi ekspander-implant, 2 tanesi direkt implant ile onarılmıştır. Serbest DIEP flep ile rekonstrüksiyon yapılan 8 hasta, mutasyon saptanmayan ve MTHFR geninde heterozigot mutasyona sahip hastalar içerisindedir. 25 hastadan yalnız 2 tanesinde postoperatif dönemde vasküler tromboz nedeniyle flep kaybı gelişmiş ve debridman sonrası pediküllü L/D flebi ile onarım yapılmıştır. Her iki hasta da MTHFR geninde heterozigot mutasyonu olan, serbest DIEP flep ile rekonstrüksiyon yapılmış hastalardır.

Tartışma ve Sonuç

Meme kanseri öyküsü nedeniyle mastektomi olan ve özdoku ile meme rekonstrüksiyonu adayı olan, anamnezinde kalıtsal trombofili risk faktörleri bulunduran hastalarda preoperatif trombofili ile ilişkili genetik mutasyon analizi operasyon kararını etkilemede yardımcı olabilir.[4] Bu hasta grubunda serbest doku naklinden kaçınarak pediküllü flepler ile rekonstrüksiyon sağlamak; operasyon süresini kısaltmak, postoperatif tromboembolik komplikasyon oranlarını azaltmak ve flep kaybını önlemek amacıyla düşünülebilir. Güncel literatürde MTHFR gen lokusundaki heterozigot mutasyonların tromboz riskini artırmadığı görüşü benimsenmiştir.[5] Klinik pratiğimizde kalıtsal trombofili şüphesi olan ve MTHFR heterozigot mutasyonu olan hasta popülasyonunda konservatif bir yaklaşımla pediküllü flepler ile rekonstrüksiyon tercih edilmektedir. Bunun istisnası olarak MTHFR heterozigot mutasyonu olan ve serbest flep ile rekonstrüksiyon sağladığımız iki hastada vasküler tromboz sebebiyle flep kaybı yaşanması bu hasta grubunda mikrocerrahi güvenilirliği açısından soru işareti oluşturmuştur.

Sonuç olarak bu vaka serisi ile kalıtsal trombofiliye yatkınlık oluşturacak gen mutasyonu olan hastalarda ilk aşamada meme rekonstrüksiyonu için pediküllü fleplerin tercih edilmesinin olası trombotik komplikasyonları önleyebileceği, MTHFR gen lokusundaki heterozigot mutasyonların, normal popülasyonda tromboz riskini artırmadığı güncel literatür bilgisi ile beraber, mikrovasküler cerrahi adayı olan ve serbest özdoku nakli ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hasta grubunda tromboz ve flep kaybı riskinin artışına sebep olabileceği ve bu konuda ek çalışmalara ihtiyaç olabileceğini düşündürmektedir.

Referanslar

1. Bordianu A, Predescu D, Mehedintu C, Bordianu R. Autologous breast reconstruction with abdominal flaps: A review. Ann Breast Surg. 2020;4:8. doi:10.21037/abs.2019.12.01

2. Menon A, Brown CA, Losken A, Garcia Nores GDP. Microsurgical breast reconstruction in the United States: a narrative review of the current state. Gland Surg. 2024 Aug 31;13(8):1535-1551. doi: 10.21037/gs-24-63. Epub 2024 Aug 20. PMID: 39282034; PMCID: PMC11399014.

3. Goodman CS, Coulam CB, Jeyendran RS, Acosta VA, Roussev R. Which thrombophilic gene mutations are risk factors for recurrent pregnancy loss? Am J Reprod Immunol. 2006 Oct;56(4):230-6. doi: 10.1111/j.1600-0897.2006.00419.x. PMID: 16938111.

4. Sezgin B, Ayhan S, Tuncer S, Sencan A, Aral M. Hypercoagulability in microvascular breast reconstruction: an algorithmic approach for an underestimated situation. J Reconstr Microsurg. 2012 Oct;28(8):515-20. doi: 10.1055/s-0032-1315771. Epub 2012 Jun 28. PMID: 22744893.

5. Sahai A, Sharma V, Mishra P, Siddanoor A, Bhatia A, Pande DG. Hypercoagulability and the A1298C MTHFR Mutation: Case Series of Unexplained Pulmonary Embolism. Methodist

Anahtar Kelimeler: Genetik mutasyon, Mastektomi, Meme rekonstrüksiyonu, Mikrocerrahi, Trombofili

Resim 1,2



Resim 1: MTHFR geninde heterozigot mutasyona sahip 48 yaş kadın hasta, bilateral serbest DIEP flep ile rekonstrüksiyon sonrası immediate postoperatif sonucu Resim 2: Aynı hasta, 3. Gün venöz tromboz nedeniyle sol taraf total flep debridmanı + pediküllü L/D flep ile onarım sonrası postoperatif 1. Ay sonucu

SB-136

Meme Rekonstrüksiyonunda Nipple Areola Kompleksi Pozisyon Değişimleri: İmplant ve Otolog Doku Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Murat Deha Uruç, Mustafa Yavuz,
Zeynep Deniz Akdeniz Doğan
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malignite olup, modern cerrahi ve onkoplastik yaklaşımlar tedavi sonrası yaşam kalitesi ve kozmetik sonuçlara odaklanmaktadır. Bu evrimde nipple koruyucu mastektomi (NKM) öne çıkmış, onkolojik güvenliği korurken estetik açıdan daha doğal sonuçlar sağlamıştır. NKM sonrası rekonstrüksiyon, meme zarfının korunması sayesinde projeksiyonun sürdürülmesine ve ek cerrahi girişimlerin önlenmesine katkı sunmaktadır. Bununla birlikte, nipple–areola kompleksinin (NAC) pozisyonu, estetik bütünlük açısından kritik önemdedir. Literatürde nipple malpozisyon oranlarının %13–75 arasında bildirildiği ve özellikle radyoterapi, implant taban genişliği ve insizyon tipi gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir.

Mastektomi sonrası rekonstrüksiyon iki temel yöntemle gerçekleştirilmektedir: implant bazlı veya otolog doku transferi. İmplant yerleşimi prepektoral ve subpektoral planlarda yapılabilir. Prepektoral yaklaşım, animasyon deformitesini önleme avantajıyla giderek yaygınlaşırken; otolog rekonstrüksiyon doğal doku özellikleri sayesinde stabil estetik sonuç sunar. Bununla birlikte, her iki yöntemde de NAC pozisyon değişimi cerrahlar için önemli bir sorundur.

Bu çalışmanın amacı lateral insizyon ile NKM sonrası eş zamanlı yapılan prepektoral nano pürtüklü yüzey implant ve otolog doku rekonstrüksiyonlarında, NAC pozisyonundaki değişimler istatistiksel olarak değerlendirilmektir.

Hastalar ve Method

2021–2025 yılları arasında kliniğimizde mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılan hastalar retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Lateral insizyon ile nipple koruyucu mastektomi (NKM) sonrası eş zamanlı olarak prepektoral implant ile onarım yapılan hastalar ve otolog doku ile onarım yapılan hastalar olarak belirlendi. Nipple koruyucu olmayan mastektomiler, lateral insizyon dışında kesi ile yapılan mastektomiler, radyoterapi almış veya subpektoral/dual plan protez konulmuş hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hastalar iki gruba ayrıldı: NKM sonrası prepektoral nano pürtüklü yüzey implant ile onarım yapılanlar Grup 1, otolog doku ile onarım yapılanlar ise Grup 2 olarak tanımlandı.

Her memede preoperatif ve postoperatif dönemde nipple–areola kompleksinin (NAC) pozisyonundaki değişimleri incelemek için üç parametre ölçüldü: jugulum–nipple (JN), midklaviküler–nipple (MCN) ve nipple–inframamari fold (N-IMF) mesafeleri. Ayrıca her iki grupta hasta bazlı olarak ortalama yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı ve kemoterapi öyküsü kaydedildi.

İstatistiksel analizlerde preop–postop farklar (Δ) ve yüzdesel değişimler hesaplandı. Gruplar içi karşılaştırmalarda eşleştirilmiş t-testi, gruplar arası farklarda bağımsız t-testi uygulandı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya Grup 1'de 10 hasta -16 meme, Grup 2'de 13 hasta -15 meme olmak üzere toplam 23 hasta ve 31 meme dahil edildi. Grup 1'in yaş ortalaması 43,6 ± 6,7 yıl, VKİ ortalaması 22,7±1,1 sigara kullanım oranı %20 ve kt uygulanma oranı %20 iken; Grup 2'de yaş ortalaması 43,5 ± 6,8 yıl, VKİ 24,2±2,8 sigara kullanım oranı %23,kt uygulanma oranı %61,5 idi. Ortalama yaş (p=0,983), VKİ (p=0,087) sigara kullanım oranları (p=1,000) ve kt uygulanma oranı (p = 0.117) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

Sağ ve sol meme değerleri birleştirildiğinde, Grup 1'de JN mesafesi 20,9 cm'den 20,9 cm'ye hemen hemen değişmeden kalmıştır (Δ≈-0,03 cm; p=0,91). MCN mesafesi 20,8 cm'den 20,8 cm'ye sabit kalmıştır (Δ≈-0,03 cm; p=0,88). N-IMF mesafesi ise 8,7 cm'den 7,7 cm'ye gerilemiş, ancak bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Δ≈-1,03 cm; p=0,12).

Grup 2'de JN mesafesi 23,0 cm'den 23,3 cm'ye artış göstermiştir (Δ≈+0,27 cm; p=0,42). MCN mesafesi 22,7 cm'den 23,3 cm'ye yükselmiş olup bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Δ≈+0,63 cm; p=0,02). N-IMF mesafesi ise 8,6 cm'den 8,6 cm'ye değişmemiştir (Δ≈-0,03 cm; p=0,77).

Gruplar arası karşılaştırmalarda JN mesafesi için anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,73). MCN mesafesinde otolog gruptaki artış, implant grubuna göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,031). N-IMF mesafesinde ise implant grubunda görülen azalma otolog gruba göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,039).

Tartışma

Çalışmamızın temel bulgusu, implant bazlı rekonstrüksiyonun nipple–areola kompleksinde (NAC) superiora yer değiştirmeye yol açtığını göstermesidir. Bu bulgu, literatürde de sıkça vurgulandığı üzere implant taban çapı daraldıkça nipple'ın superior ve lateral kayma eğilimi göstermesi ile uyumludur. İmplantın yuvarlak ve sabit yapısına yumuşak dokunun adaptasyonu ve postoperatif cilt büzüşmesi, NAC pozisyonundaki değişimin olası nedenleri arasında yer almaktadır.

Otolog rekonstrüksiyon grubunda anlamlı değişim olmaması, bu yöntemin doku bütünlüğünü daha iyi koruması ve biyolojik olarak doğal meme dokusuna benzemesiyle açıklanabilir. Bu bulgu, otolog rekonstrüksiyonun uzun dönemde daha stabil estetik sonuç sunduğunu desteklemektedir.

İnsizyon tipinin NAC pozisyonuna etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Lateral insizyon, fibrozis ve lateral sıkışma ile implantın dışa kaymasına yol açabilir. Literatürde bazı alternatif insizyon modellerinin NAC çekilmesini ve nekrozunu azalttığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda sadece lateral insizyonlu vakalar dahil edilmiştir, bu nedenle farklı insizyon tipleri ile kıyaslama yapılamamıştır.

Radyoterapinin rekonstrüksiyon üzerindeki olumsuz etkileri de bilinmektedir. PMRT'nin özellikle implant grubunda kapsüler kontraktür ve malpozisyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Çalışmamıza PMRT hastaları dahil edilmemiş, bu sayede radyoterapi kaynaklı bias dışlanmıştır. Ancak bu durum, sonuçların radyoterapi alan hastalara genellenebilirliğini sınırlamaktadır.

Bu çalışma, lateral insizyon ile gerçekleştirilen nipple-sparing mastektomi sonrası eş zamanlı rekonstrüksiyonlarda implant ve otolog yöntemlerin NAC pozisyonuna etkilerini karşılaştırmıştır. İmplant grubunda özellikle JN ve MCN mesafelerinde anlamlı artış izlenirken, otolog doku grubunda belirgin değişiklik saptanmamıştır. N-IMF mesafelerinde ise her iki grupta anlamlı farklılık görülmemiştir.

Gruplar arası kıyaslamada JN mesafesindeki değişim farkı anlamlı bulunmamış olup (p=0,73), otolog grubunda NAC'ın yukarı yönlü yer değiştirmeye daha yatkın olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, otolog doku uygulamalarında NAC pozisyonunda cerrahi sonrası yükseklik artışı eğilimini ortaya koymaktadır Çalışmamızın kısıtlılıkları retrospektif tasarımı,minimum 6 aylık takip süresi olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: NSM, Meme rekonstrüksiyonu, NAC kompleksi

Tablo 1

Grup	Ölçüm	Preop ortalama	Postop ortalama	Ortalama farkı	Yüzdesel değişim	p değeri
ADM	JN	21.28125	21.28125	-0.03125	-0.1466275 6598240456	0.42067655 761163836
ADM	MCN	21.09375	21.09375	-0.03125	-0.1479289 9408284022	0.30506433 355136997
ADM	N-IMF	7.90625	7.90625	-1.03125	-11.538461 53846154	0.011125310 855973592
ADM-	JN	22.63333 3333333333	22.63333 3333333333	0.2666666 6666666666	1.19225037 25782418	0.602696982 8688985
ADM-	MCN	23.0	23.0	0.6333333 333333333	2.83159463 4873324	0.173148916 65035115
ADM-	N-IMF	8.766666 666666667	8.766666 666666667	-0.0333333 3333333333	-0.3787878 7878787773	0.799741189 5202192

ADM olan grup ile olmayan grup arı ayrı nipple kompleksi ölçüm değişimlerinin istatiksel olarak gösterilmesi

SB-137

Meme Küçültme Cerrahisinde Vücut Kitle İndeksi ile Çıkarılan Meme Dokusu ve Hemoglobin Düşüşü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Burak Demircioğlu, Ahmet Faruk Yücel, Şeyhmus Mete
[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ / AMAÇ

Redüksiyon mamoplasti, makromastiye bağlı fiziksel ve psikososyal şikâyetleri azaltmaya yönelik uygulanan, plastik cerrahinin en sık gerçekleştirilen meme cerrahilerinden biridir. Postüral bozukluklar, sırt ve boyun ağrısı, intertrigo ve yaşam kalitesinde azalma gibi sorunları gidermeyi hedefleyen bu girişim, aynı zamanda estetik beklentileri de karşılamaktadır.

Cerrahi planlama sürecinde, hastaya özgü faktörlerin doğru değerlendirilmesi, postoperatif sonuçların öngörülmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Vücut kitle indeksi (VKİ), obezite ve cerrahi risklerle doğrudan ilişkili bir parametre olup, çıkarılacak doku miktarı ve cerrahi sonrası hemoglobin düzeyindeki değişim üzerinde etkili olabilir. Bu nedenle VKİ ile çıkarılan meme dokusu ve hemoglobin düşüşü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, cerrahi planlama ve hasta yönetimini optimize etme açısından klinik değer taşımaktadır.

Bu çalışma, redüksiyon mamoplasti uygulanan hastalarda VKİ ile çıkarılan meme dokusu miktarı ve postoperatif hemoglobin düşüşü arasındaki ilişkiyi analiz etmeyi amaçlamaktadır. Elde edilen bulguların, ameliyat öncesi risk değerlendirmesi ve cerrahi planlamaya katkı sağlaması hedeflenmektedir.

YÖNTEMLER

Bu retrospektif çalışmada, 2020–2025 yılları arasında kliniğimizde bilateral redüksiyon mamoplasti uygulanan hastalar değerlendirildi. Çalışmaya, eksik veri içermeyen ve tam kayıtlı preoperatif ve postoperatif hemoglobin düzeylerine sahip 54 hasta dâhil edildi.

Toplanan veriler şunları içermektedir:

- Yaş
- Vücut kitle indeksi (VKİ) (kg/m²)
- Sağ ve sol memeden çıkarılan doku miktarı (gram)
- Preoperatif ve ilk 24–48 saatlik postoperatif hemoglobin düzeyleri (g/dL)

Toplam çıkarılan meme dokusu gram cinsinden hesaplandı. Hemoglobin düşüşü, preoperatif ve postoperatif Hb farkı olarak tanımlandı.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Tüm değişkenlerin normal dağılım gösterdiği saptandı ($p > 0.05$). Bu nedenle değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi.

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics v31 programı kullanılarak gerçekleştirildi. $p<0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya redüksiyon mamoplasti uygulanan 54 kadın hasta dahil edildi. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi (BKİ) 28.0 ± 4.4 kg/m², ortalama çıkarılan meme dokusu miktarı 1346.8 ± 685.9 gram ve ortalama hemoglobin düşüşü 2.54 ± 0.97 g/dL olarak saptandı.

Tüm değişkenlerde eksiksiz veri mevcuttu. Değişkenlerin dağılım özellikleri Shapiro-Wilk normallik testi ile incelenmiştir. Sadece BKİ değişkeni normal dağılıma uymadığı için ($p = 0.012$), tüm korelasyon analizlerinde Spearman sıralama korelasyon katsayısı (r_s) kullanılmıştır.

Korelasyon analizleri sonucunda:

- VKİ ile çıkarılan meme dokusu miktarı arasında orta–güçlü düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_s = 0.587$, $p < 0.001$). Bu bulgu, yüksek BKİ'ye sahip hastalarda cerrahi olarak daha fazla meme dokusu çıkarıldığını göstermektedir.
- BKİ ile hemoglobin farkı arasında zayıf düzeyde pozitif ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r_s = 0.299$, $p = 0.028$). Bu sonuç, yüksek BKİ'ye sahip bireylerde postoperatif dönemde hemoglobin düzeyinde daha fazla düşüş görülebileceğini düşündürmektedir.
- Çıkarılan meme dokusu ile hemoglobin farkı arasında da orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki izlenmiştir ($r_s = 0.347$, $p = 0.010$). Bu durum, çıkarılan dokunun hacminin cerrahi kan kaybı ile ilişkili olabileceğini desteklemektedir.

Elde edilen tüm korelasyon katsayıları pozitif yönlü olup, çıkarılan meme dokusu miktarının ve BKİ'nin postoperatif hemoglobin düzeyine olan etkisini istatistiksel olarak desteklemektedir.

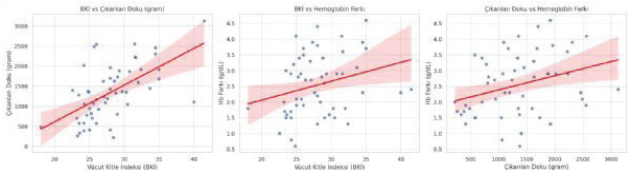
SONUÇ

Bu çalışmada, redüksiyon mamoplasti uygulanan hastalarda beden kitle indeksi ile çıkarılan meme dokusu miktarı ve postoperatif hemoglobin düşüşü arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yüksek BKİ'ye sahip hastalarda daha fazla doku çıkarıldığı ve buna bağlı olarak hemoglobin düzeyinde daha belirgin bir düşüş yaşandığı görülmüştür.

Cerrahi planlama sürecinde hastanın BKİ değerinin dikkate alınması, çıkarılacak doku hacmi ve olası kan kaybı risklerinin öngörülmesine katkı sağlayabilir. Bu bulgular, redüksiyon mamoplasti uygulanan hastalarda bireyselleştirilmiş preoperatif değerlendirme ve intraoperatif kan yönetiminin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beden kitle indeksi, Meme küçültme, Postoperatif kan kaybı, Postoperatif hemoglobin değeri, Preoperatif hemoglobin değeri, Redüksiyon mamoplasti

Korelasyon Grafikleri



SB-138

Meme İmplantına Bağlı Gelişen Kapsül Kontraktürünü Önlemede Autologus Condıtıoned Serum (ACS) Ve Dexamethasone Etkinliğinin Rat Modeli Üzerinde Karşılaştırılması

Yağmur Nahide Bakkaloğlu[1], Uğur Koçer[1], Nezih Sungur[1], Pelin Seher Öztekin[2], Cebrail Aygün[1]

[1]ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANA BİLİM DALI,ANKARA
[2]ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI, ANKARA

Amaç: Estetik amaçlı meme büyütme operasyonları, estetik cerrahide en sık tercih edilen ilk 5 operasyondan bir tanesidir. Bunun yanı sıra, kanser neticesinde mastektomi sonrası rekonstrüsiyonda da otolog onarıma alternatif olan meme implantları hastalar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Vücuda yerleştirilen tüm implantlarda olduğu gibi meme implantı sonrası da vücutta yabancı cisim reaksiyonu başlar ve buna bağlı olarak implant etrafı bir kapsül ile çevrilir, kapsülün kontraksiyonu, meme implantı sonrası görülen en sık uzun dönem komplikasyonudur. Kapsül kontraktürünü önleme amaçlı birçok farklı araştırma yapılmış olup farklı ilaçlar denense de, bu komplikasyonu kesin şekilde önleyecek bir ilaç henüz bulunamamıştır. Kontraktür etiyolojisinde rol aldığı düşünülen enflamasyon süreci, hematom oluşması, enfeksiyon ve fibrozisi önleme hedefi ile farklı ilaçlar kullanılmaktadır. Enflamasyonu baskılamak amaçlı kortikosteroidler ve Non steroidal antienflamatuar ilaçlar, enfeksiyonu önleme amaçlı antibiyotikler ve fibrotik sürecin önüne geçmek amacı ile montelukast gibi lökotrien reseptör antagonistleri kullanılmaktadır. Yapılan çalışmada, anti-enflamatuar etkisi kanıtlanmış bir kortikosteroid olan dexamethasone ile farklı romatolojik hastalıklarda enflamasyon sürecini baskılaması hedeflenen İnterlökin 1 reseptör antagonisti (IL 1Ra) bakımından zengin olan otolog şartlandırılmış serum'un (ACS) ameliyat esnasında implant cebine enjeksiyonu sonrası kapsül kontraktürünü önlemedeki etkileri araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya, Ankara Eğitim ve Arastirma Hastanesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu onayı alınmasını takiben başlanmıştır. 30 adet yaşları 2 ile 4 ay arasında değişen ortalama 200-250 gr ağırlığındaki erkek Sprague Dawley türü sıçanlar, her grupta 10 sıçan olacak şekilde 3 grupta incelenmiştir. Her bir sıçanın sırtında oluşturulan 2 adet implant cebine, hazırlanan silikon bloklar yerleştirilmesini takiben, Grup 1'deki sıçanların implant cebine ACS, grup 2'deki sıçanların implant cebine dexamethasone ve kontrol grubu olan grup 3'teki sıçanların implant ceplerine serum fizyolojik enjekte edilmiştir. Tüm sıçanlara implant yerleştirilmesini takiben 3. ayda ultrason görüntüleme ve MR görüntüleme sonrası alınan örnekler patolojiye gönderilerek kapsül kalınlığı ve histolojik inceleme gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile, gruplar arası farkların istatistiksel açıdan anlamlılığını test etmek için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan istatistiksel analiz sonucu, kontrol ve Otolog şartlandırılmış serum (ACS) grubu arasında kapsül kalınlığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. ($p < 0.001$) Kapsül kalınlığı en yüksek Kontrol grubunda (ort ± SS= 596.66 ± 20.75) iken en düşük olarak ACS grubunda izlenmiştir (ort ± SS = 161.21 ± 28.73) Dexamethasone grubu, kontrol ve ACS grupları ile kıyaslandığında, kapsül kalınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (ACS-Dex, $p = 0.067$; Dex-Kontrol, $p = 0.067$) Yapılan Mann-Whitney U testine göre ise ACS-Kontrol grubu arasındaki kapsül kalınlığı farkının, Dexamethasone-Kontrol grubu arasındaki farka göre istatistiksel açıdan önemli ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir ($z= -3.368$, $p = 0.001$). ACS grubunun fibrozis derecesinin sıra ortalamasının (sıra ort. = 8.28), kontrol grubuna (sıra ort. = 20.56) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu gözlemlenmiştir ($p = 0.001$) Dexamethasone ve ACS grupları arasında fibrozis değerleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 1.000$). ACS ve kontrol grupları arasında inflamatuar hücre infiltrasyon yoğunluğu karşılaştırıldığında, ACS grubundaki inflamatuar hücre yoğunluğunun kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Sonuç: Yapılan çalışma sonucu 3 aylık post-operatif dönemde, otolog şartlandırılmış serum (ACS) kullanılan sıçanlarda, enflamasyon ve kapsül kalınlığının diğer gruplara kıyasla daha az izlendiği görülmüştür. Ultrason görüntülemede ölçülen kapsül kalınlığında, gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Deksametazon, kapsüp kontraktürü, otolog şartlandırılmış serum, silikon implant

şekil 1.5



(A) Silikon implantların yerleştirilme öncesi insizyon planı, (B) Panniculus carnosus kası altında oluşturulan plana, hazırlanan silikon bloğun yerleştirilmesi

SB-140

Kedi Kaynaklı Dren Teması Sonrası Gelişen Pasteurella multocida Etkenli Doku Genişletici Enfeksiyonunun Cerrahi Olmayan Yöntemle Başarılı Yönetimi: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi

Melike Refia Taşlıpınar[1], Yiğit Yeni[3], Lal Sude Gücer[2], Billur Sezgin Kızılok[1]
[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Koç Ünversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
[3]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç

Meme implant enfeksiyonları çoğunlukla Staphylococcus türleri ile ilişkilidir ve genellikle implantın çıkarılmasını gerektirir. Pasteurella multocida, zoonotik bir patojen olup, meme implant enfeksiyonlarına nadiren neden olur. Bu bildiride, bilateral mastektomi sonrası prepektoral ekspander yerleştirilen bir hastada, kedisinin dren tüpünü ısırması sonrasında gelişen P. multocida enfeksiyonunun cerrahi yöntemlere başvurmadan başarıyla yönetildiği nadir bir olgu sunulmuş ve literatürde bildirilen diğer olgular derlenerek irdelenmiştir.

Olgu

42 yaşındaki kadın hasta, sağ invaziv duktal karsinom nedeniyle sağ terapötik ve sol profilaktik cilt koruyucu mastektomi ve bilateral prepektoral ekspander rekonstrüksiyonu geçirmiştir. Ameliyat sonrası 14. günde ateş, eritem, ödem ve sağ drenden pürülan, peynir kıvamında akıntı olması nedeniyle başvurdu. Hasta, kedisinin dren tüpünü üç gün önce ısırdığını ifade etti. Dren hemen çıkarıldı ve kültür için steril örnek alındı. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz (26 x 10^9/L) ve CRP yüksekliği (66.7 mg/L) saptandı. İlk iki gün boyunca periprostetik poş serum fizyolojik ve rifampisin ile irrige edildi. Kültürde P. multocida üremesi sonrası irrigasyona ampisilin-sulbaktam solüsyonu ile 5 gün daha devam edildi. İlk olarak ampirik intravenöz (IV) piperasilin-tazobaktam (3x4.5 g/gün) başlanan antibiyotik tedavisi, kültürün sonuçlanmasının ardından IV ampisilin-sulbaktam (4 g/gün) ile devam etti. Klinik tablonun düzelmesinden sonra 2 haftalık oral amoksisilin-klavulanat (3 g/gün) tedavisi ile taburcu edildi. Takiben hastanın adjuvan radyoterapisi komplikasyonsuz tamamlandı.

Yöntem

Yatak başı irrigasyon, hedefe yönelik intravenöz ve oral antibiyotiklerle birlikte kullanılmış ve hastaya herhangi bir cerrahi müdahalede bulunulmamıştır. Olgu sonrası literatür taraması yapılarak, benzer olgular tablo şeklinde karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Hasta cerrahi girişim yapılmaksızın, sadece irrigasyon ve hedefe yönelik antibiyotik tedavisi ile tamamen iyileşmiştir. Kontrol kültürlerinde üreme saptanmamış, ekspander korunmuş ve radyoterapi sorunsuz tamamlanmıştır. Literatürdeki benzer 5 olgudan sadece biri (Martinez et al.) doku genişleticinin korunmasını başarmıştır. Bizim olgumuz, cerrahiye gerek kalmadan başarı sağlanan ilk vakadır.

Tartışma ve Literatür Derlemesi

Pasteurella multocida, kedi ve köpeklerin orofarenksinde kolonize olan küçük, hareketsiz, fakültatif anaerobik gram-negatif bir kokobasildir. Meme implant enfeksiyonlarına nadiren neden olmakla birlikte, enfeksiyon tablosu genellikle hızlı gelişir ve semptomlar olaydan saatler sonra başlayabilir. Vakaların çoğu hayvan ısırıkları veya tırmalamaları ile ilişkilidir. Bununla birlikte, sadece hayvanın yara yerini yalaması ya da drenle teması gibi daha dolaylı bulaş yolları da literatürde tanımlanmıştır.

Meme implant enfeksiyonlarında biofilm oluşumu sıklıkla implantın çıkarılmasını gerektirir. Ancak P. multocida'nın biofilm oluşturma kapasitesi sadece in vitro olarak gösterilmiştir; dolayısıyla konservatif tedaviye karşı dirençli olmasında biofilm oluşumunun klinik olarak etkisi gösterilmemiştir.

Johnson ve ark., literatürdeki ilk P. multocida meme implant enfeksiyonu olgusunu bildirmiştir. Başlangıçta IV antibiyotik tedavisi ile enfeksiyon kontrol altına alınmış ancak haftalar sonra enfeksiyon tekrarlamış ve implant çıkarılmıştır. Mathieu, Lenne ve Ruffenach'ın vakalarında enfekte implantlar cerrahi olarak çıkarılmış ve IV antibiyotik tedavisi verilmiştir. Martinez ise cerrahi debridman ve üçlü antibiyotik irrigasyonu ile ekspanderi korumayı başarmıştır. Bizim vakamız, P. multocida enfeksiyonuna bağlı ekspanderin cerrahi girişim olmadan, yalnızca irrigasyon ve hedefe yönelik antibiyotik tedavisi ile başarıyla korunduğu literatürdeki ilk olgudur.

Erken tanı, antibiyotik tedavisinin erken başlanması ve dikkatli irrigasyon başarı açısından kritik öneme sahiptir. Ayrıca postoperatif dönemde evcil hayvanlarla yakın temasın enfeksiyon için ciddi bir risk oluşturduğu bu ve benzeri vakalarda gösterilmiştir. Hastaların yara hijyeni konusunda eğitilmesi ve hayvan temasından kaçınılması önemlidir.

Protezli eklem enfeksiyonlarında olduğu gibi, P. multocida da genellikle penisilin grubu antibiyotiklere duyarlıdır; bu da amoksisilin-klavulanat gibi hedefe yönelik ajanlara erken geçişin uygun olduğunu destekler.

Sonuç olarak, P. multocida enfeksiyonu meme implantları için nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Bu olgu, bu tür enfeksiyonların konservatif yöntemlerle de tedavi edilebileceğini göstererek, klinik farkındalığı artırmayı ve hasta eğitiminin önemine dikkat çekmeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doku genişletici, Kedi ısırığı, Meme implant enfeksiyonu, Pasteurella multocida

Literatürde Bildirilen Pasteurella multocida Etkenli Meme İmplantı Enfeksiyonu Vakalarının Karşılaştırması

Yazar (Yıl)	Yaş	Hayvan Teması	İmplant Türü	Tedavi	Sonuç
Johnson et al. (2000)	47	Kedi ile yakın temas	Ekspander	IV antibiyoterapi, takiben eksplantasyon	Eksplantasyon
Mathieu et al. (2008)	43	Köpek ile yakın temas	Ekspander	Eksplantasyon + IV antibiyoterapi	Eksplantasyon
Martinez et al. (2014)	50	Kedinin dren tüpünü ısırması	Ekspander	Cerrahi debridman+antibiyotik irrigasyon+ IV antibiyoterapi	İmplant korundu
Ruffenach et al. (2021)	46	Kedi ile yakın temas	Ekspander	Eksplantasyon + IV antibiyoterapi	Eksplantasyon
Lenne et al. (2016)	33	Kedi ile yakın temas	Silikon implant	Eksplantasyon + IV antibiyoterapi	Eksplantasyon
Güncel olgu	42	Kedinin dren tüpünü ısırması	Ekspander	Yatakbaşı antibiyotikli irrigasyon + IV antibiyoterapi	İmplant korundu

SB-141

Redüksiyon Mamoplasti Hastalarında İntraoperatif Kanama Miktarını Etkileyen Cerrahi Teknik Dışı Faktörler ve Önleyici Stratejiler'

Mustafa Canberk Gürbüz[1], Baran Özkara[1], Tülay Çardaközü[2], Zeynep Açık[2], Ceyhun Uzun[1], Murat Şahin Alagöz[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı,Kocaeli

Giriş

Kanama komplikasyonları, plastik cerrahide postoperatif komplikasyonların yüksek bir alt grubu olmakla birlikte etkileri oldukça ciddi olabilir. Beklenmeyen cerrahi kanamalar; operasyon süresinin uzaması, plansız şekilde tekrar ameliyathaneye alınma ve sağlık hizmeti maliyetlerinde belirgin artış ile ilişkilendirilmiştir.1

Ameliyatla ilişkili kan kaybı sonrasında sadece bir ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gerektiren hastalarda bile; pulmoner, yara yeri, septik ve tromboembolik komplikasyonlar ile genel mortalite oranları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.3-4 Bu hastalar aynı zamanda ortalama olarak daha uzun bir postoperatif hastanede kalış süresi geçirmekte ve bu durum sağlık hizmeti maliyetlerinin yükünü daha da artırmaktadır.

Perioperatif kritik kanama ve postoperatif hematom oluşumuna yatkınlık oluşturan çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar arasında ileri yaş, yüksek vücut kitle indeksi (VKİ), tütün kullanımı, hipertansiyon, malignite öyküsü, kanama diyatezleri ve antikoagülan ilaç kullanımı yer almaktadır. Yakın zamanda yapılan geniş çaplı, çok merkezli bir çalışmada; estetik meme cerrahilerinin, estetik vücut ve yüz cerrahilerine kıyasla hematom oluşumu açısından bağımsız olarak daha yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir.2

Daha önceki bir çok çalışmalar bu konuyu meme rekonstrüksiyonu bağlamında incelemiştir. Biz ise bu çalışmada redüksiyon mamoplasti hastaları arasında kan transfüzyonü gerektiren kanama komplikasyonlarının görülme sıklığını belirlemeyi ve yüksek kanama komplikasyonu prevalansı ve oranına sahip hasta grubunu tanımlamayı amaçladık. Bu çalışmanın bulguları, transfüzyon gerektiren perioperatif - postoperatif kanama riskini artırabilecek işlemleri ve hasta özelliklerini belirlemeye yardımcı olacak; böylece postoperatif morbiditenin azaltılması ve genel klinik bakımın iyileştirilmesi hedeflenecektir.

Materyal-Metod:

2022-2025 yılları arasında redüksiyon mammoplasti yapılan 130 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, VKİ, preoperatif ve postoperatif hemoglobin düzeyleri, intraoperatif tahmini kanama miktarı, postoperatif drenaj miktarı, eksize edilen doku miktarı, eşlik eden hastalıklar (HT, DM), antitrombotik ajan kullanımı, intraoperatif kan basıncı ölçümleri ve transfüzyon ihtiyacı gibi parametreleri analiz edildi. Ek hastalığı bulunan ve antitrombotik ajan kullanan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Veriler, hasta takip formlarından elde edilerek istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 114 hastaya ait tam veri seti değerlendirildi. Ortalama yaş 37,1 ± 10,8 yıl, ortalama BMI 28,9 ± 4,8 idi. Preoperatif ortalama hemoglobin seviyesi 12,7 g/dL iken postoperatif ortalama hemoglobin seviyesi 10,5 g/dL olarak saptandı (ortalama düşüş 2,16 g/dL). Ortalama tahmini kan kaybı 440 mL, ortalama drenaj miktarı 85 mL ve ortalama eksize edilen doku miktarı 1613 gram olarak belirlendi. Ortalama intraoperatif sistolik ve diyastolik basınç sırasıyla 107 mmHg ve 64 mmHg idi.

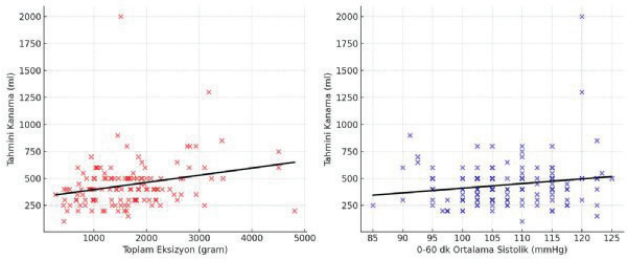
İstatistiksel analizlerde, intraoperatif 0-60 dakika arası sistolik kan basıncı ile tahmini kanama miktarı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı (r = 0.40). Benzer şekilde, toplam eksizyon miktarı ile kanama miktarı arasında da güçlü pozitif korelasyon gözlendi (r = 0.96). Bu bulgular, intraoperatif hemodinaminin ve cerrahi doku hacminin kan kaybı üzerinde anlamlı etkileri olduğunu göstermektedir. Transfüzyon gereksinimi ise %7 oranında gözlendi.

Sonuç:

Redüksiyon mamoplasti işlemi sırasında gelişebilecek kanama komplikasyonları hasta güvenliği ve klinik sonuçlar açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada, ileri yaş, yüksek BMI, komorbidite mevcudiyeti ve intraoperatif hipotansiyon gibi faktörlerin kan kaybı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda, hasta kan yönetimi stratejilerinin redüksiyon mamoplasti hastalarında da aktif şekilde uygulanması, kanama komplikasyonlarının önlenmesine ve postoperatif morbiditenin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kanama, Meme, Redüksiyon, Sistolik kan basıncı

Resim 1



Eksizyon miktarı ve 0-60 dakikalar arası Sistolik kan basıncına bağlı tahmini kanama miktarındaki değişim

SB-142

Meme Rekonstruksiyonunda Aselüler Dermal Matris (ADM) Kullanımının Kapsüler Kontraktür Üzerindeki Etkisi: Retrospektif Bir Analiz

Murat Deha Uruç, Zekeriya Kerem Dokuzluoğlu, Zeynep Deniz Akdeniz Doğan
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden biridir ve mastektomi, sıklıkla uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir. Onkolojik cerrahi sonrası meme rekonstrüksiyonu estetik ve psikolojik açıdan önemli bir basamaktır. Günümüzde özellikle nipple koruyucu mastektomi (NKM) sonrası prepektoral implant yerleştirilmesi basitliği ve nispeten kısa iyileşme süreleri nedeniyle giderek artan şekilde tercih edilmektedir. Ancak bu prosedürün en sık görülen ve estetik/fonksiyonel sonuçları olumsuz etkileyen komplikasyonlarından biri kapsül kontraktürüdür (KK). KK'nin şiddeti, Baker derecelendirme sistemi (Evre I-IV) ile değerlendirilir; Evre

III-IV, ciddi kontraktürü ve buna bağlı kozmetik deformite ile ağrıyı ifade eder.

KK gelişiminde birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Radyoterapi (RT), bu faktörler arasında özellikle öne çıkmaktadır. RT alan rekonstrükte memelerde kapsül oluşumu, RT almayanlara kıyasla üç kat daha olasıdır (%38.6'ya karşı %14,1, p<0.001). RT'nin bu etkiyi, lokal immünolojik yanıtı bozarak, enfeksiyon riskini artırarak veya yakın dokularda fibrozise neden olarak gösterdiği öne sürülmektedir. Ameliyat sonrası iskemik cilt semptomları, hematom ve seroma oluşumu gibi kan akışı yetersizliği de KK için önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir.

Son yıllarda, kapsül kontraktürü riskini azaltma ve estetik sonuçları iyileştirme amacıyla aselüler dermal matris (ADM) kullanımı yaygınlaşmıştır. ADM, hücresel komponentleri uzaklaştırılmış, kolajen, elastin, fibronektin gibi yapısal proteinleri koruyan biyolojik bir iskeledir. İmplant ile çevre doku arasında bariyer oluşturarak inflamatuar yanıtı modüle etmeyi ve daha yumuşak, vaskülerleşmiş bir kapsül oluşumunu teşvik etme potansiyeline sahiptir. Ancak mevcut çalışmalar ADM'nin kapsül kontraktürünü azaltma konusundaki etkinliği hakkında çelişkili sonuçlar sunmaktadır.

Bu çalışma, ADM'nin kapsül kontraktürü gelişimi üzerindeki etkisini değerlendirmek, risk faktörlerinin katkısını ortaya koymak ve farklı kombinasyonların kontraktür riskini nasıl etkilediğini analiz etmek amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme Rekonstruksiyonu, İmplant, Aselüler Dermal Matris (ADM), Kapsül Kontraktürü

Hastalar ve Yöntem

Çalışmaya 2021–2025 yılları arasında kliniğimizde mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılan hastalar retrospektif olarak dahil edilmiştir. Dahil edilme kriterleri, mastektomi sonrası eş zamanlı olarak prepektoral nano pürtüklü implant ile onarımda grup 1 ADM kullanılan, grup 2 ADM kullanılmayan olarak 2 ayrı gruba ayrılmıştır. Subpektoral veya dual plan protez yerleştirilmiş olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Her hasta için sağ ve sol meme ayrı olarak değerlendirilmiş, ancak demografik parametreler (yaş, BMI, sigara) hasta bazında analiz edilmiştir. Kapsül kontraktürü gelişimi Baker sınıflamasına göre evre 1-2 olanlarda mevcut değil, evre 3-4 olanlarda mevcut olarak değerlendirilmiştir. Hastaların her meme bazında geçirdiği seroma,hematom,selülit gibi major komplikasyonlar incelenmiştir. İstatistiksel analizlerde Student t-testi, Ki-kare testi, Fisher's exact test ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya grup 1 de hasta 38 meme,Grup 2 de ise hasta - 42 meme olmak üzere hasta ve meme dahil edildi. Grup 1'de yaş ortalaması 41.1 ± 5.8 yıl, vki ortalaması 23.9 ± 3.6,sigara kullanım oranı %47.6, rt uygulanma oranı %42.1, major komplikasyon görülme oranı %13.2, iken; Grup 2'de 44.5 ± 6.8 yıl, iki ortalaması 23.1 ± 3.4, sigara kullanım oranı %38.7,rt uygulanma oranı %34.1, major komplikasyon görülme oranı %11.4 idi. Ortalama yaş (p=0.069),vki ortalaması (p=0.408),sigara kullanım oranı (p=0.725),rt uygulanma oranı (χ^2=0.27, p=0.604), major komplikasyon görülme oranı (p=1.000) anlamlı bulunmadı.

KT uygulanma oranı ADM kullanılan grupta %73,7 iken ADM kullanılmayan grupta %36,4 olarak saptandı. Yapılan ki-kare analizinde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (χ^2=9,97, p=0,0016).

Meme bazlı kapsül kontraktür oranı Grup 1'de %42.1 (16/38), Grup 2'de %27.3 (12/44) olarak hesaplandı. ADM kullanımı ile kapsül kontraktür gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (χ^2, p=0.238). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yaş, vki, sigara kemoterapi ve major komplikasyonlar kapsül kontraktür gelişimiyle bağımsız ilişkili bulunmadı.Buna karşın radyoterapi, kapsül kontraktürü için bağımsız ve anlamlı bir risk faktörü olarak saptandı (OR=4,04; %95 GA: 1,31–12,47; p=0,015).

Kombinasyon analizlerinde radyoterapi ile ADM birlikteliğinde kapsül kontraktürü riskinde belirgin artış eğilimi izlendi (OR=12,7; %95 GA: 0,36–447,9), ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p≈0,10). Benzer şekilde RT+ADM+sigara kombinasyonunda risk artışı eğilimi görüldü (OR=3,97; %95 GA: 0,18–88,3), ancak bu da anlamlı değildi (p≈0,20). ADM ile komplikasyon birlikteliğinde de risk artışı eğilimi olmakla birlikte (OR=3,17; %95 GA: 0,06–165,0), istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

RT+sigara kombinasyonu (OR=1,24; %95 GA: 0,01–103,9) ve ADM+sigara kombinasyonu (OR=0,63; %95 GA: 0,02–21,8) ise anlamlı ilişki göstermedi. Üçlü ve dörtlü kombinasyonlarda (RT+ADM+komplikasyon, ADM+sigara+komplikasyon, RT+ADM+sigara+komplikasyon vb.) modeller istikrarsız kaldı ve güven aralıkları sınırsız genişlik gösterdiğinden yorumlanabilir bir sonuç elde edilemedi.

Bu bulgular, tek başına faktörlerin etkisinin sınırlı olduğunu, özellikle radyoterapinin kapsül kontraktürü riskini artıran ana faktör olduğunu, ADM'nin ise tek başına veya diğer risk faktörleriyle kombinasyonunda anlamlı bir etki göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tartışma

Çalışmamızın sonuçları, ADM'nin tek başına kapsül kontraktür riskini azaltmadığını göstermiştir. Bu bulgu, ADM'nin koruyucu etkisini vurgulayan bazı çalışmalardan farklılık göstermektedir. Literatürde özellikle radyoterapi alan hastalarda ADM'nin kapsül kontraktürü riskini düşürdüğü ileri sürülmüş olsa da, bizim serimizde ADM kullanımı anlamlı bir koruyucu etki yaratmamıştır.

Sigara kullanımının kapsül kontraktürü ile anlamlı ilişki göstermemesi, örneklem büyüklüğümüzün kısıtlılığından kaynaklanabilir. Ancak vasküler yapı üzerine olumsuz etkisi nedeniyle sigaranın kapsüler fibrozisi tetikleyebileceği bilinmektedir.

Çok değişkenli analizimizde en dikkat çekici bulgu, radyoterapinin kapsül kontraktürü riskini bağımsız ve anlamlı biçimde artırmasıdır. Bu sonuç, radyoterapinin kapsül kontraktürü patogenezinde anahtar rol oynadığını desteklemektedir. Kombinasyon analizlerinde RT ile ADM veya komplikasyon gibi faktörlerin birlikte varlığında risk artışı eğilimi görülmekle birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Üçlü ve dörtlü kombinasyonlarda örneklem azlığı nedeniyle güven aralıkları çok geniş olup modeller instabil kalmıştır.

Bu durum, kapsül kontraktür gelişiminin multifaktöriyel doğasını yansıtmakla birlikte, sonuçların temkinli yorumlanması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışma, ADM'nin tek başına kapsül kontraktür riskini azaltmadığını, sigaranın anlamlı bağımsız bir risk faktörü olmadığını, ancak radyoterapinin kapsül kontraktürü gelişiminde bağımsız ve güçlü bir risk faktörü olduğunugöstermektedir. Kombinasyon analizlerinde anlamlı sonuçlara ulaşılamamakla birlikte, özellikle RT'nin varlığı risk artışı eğiliminin merkezinde yer almaktadır. Bulgularımız kapsül kontraktürün multifaktöriyel doğasını ve özellikle radyoterapinin kritik rolünü vurgulamaktadır. Klinik uygulamada hasta seçimi ve cerrahi planlamada bu faktörlerin göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme Rekonstruksiyonu, İmplant, Aselüler Dermal Matris (ADM), Kapsül Kontraktürü

[

SB-143

Süperfisiyal İnferior Epigastrik Arter Flebi ile Meme Onarımında Olası Flep Kaybına Karşı Hemiabdominal Flebin Korunması

Başak Ece Özdamar, Haluk Mert Belhan, Nurullah Gündüz, Mehmet Sühan Ayhan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş:

Meme rekonstrüksiyonunda abdominal bazlı flepler ile onarım altın standart kabul edilmektedir. Uygun hastalarda rekonstrüksiyon tek taraflı (hemiabdominal) flep ile gerçekleştirilebilir; kontralateral hemiabdominal flep ise eksize edilir. Flep kaybı riski taşıyan hastalarda sekonder bir morbidite yaratmadan onarımı tamamlayabilmek amacıyla, kullanılmayan hemiabdominal flebin yerinde bırakılarak bir "can simidi" flep olarak korunması, literatürde tanımlanmış alternatif bir stratejidir (1).

Bu olgu sunumunda, sol mastektomi öyküsü bulunan ve intraoperatif değerlendirme sonrasında süperfisiyal inferior epigastrik arter (SİEA) flebinin tercih edildiği hastada, olası dolaşım bozukluklarına karşı ipsilateral hemiabdominal flep korunmuştur. Bu yaklaşım, yüksek riskli olgularda rekonstrüksiyon güvenliğini artırmaya yönelik alternatif bir yöntem olarak değerlendirilmektedir.

Olgu:

Otuz bir yaşındaki kadın hasta, sol mastektomi sonrası özdoku ile meme rekonstrüksiyonu isteği ile başvurdu. Hastanın 12 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Meme volümü "B cup" düzeyindeydi ve sağ memenin boyutundan memnundu. Geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü bulunmayan hastada rekonstrüksiyon için yeterli abdominal doku mevcuttu. Hastaya gecikmiş serbest derin inferior epigastrik arter perforatör (DIEP) flep ile meme rekonstrüksiyonu planlandı (resim 1-A).

Donör saha inferior insizyonu sonrası sağ SIEA güçlü pulsatil akıma ve yeterli kalibrasyona sahip olduğu izlendi. DIEP perforatörleri korunarak flep kaldırıldı. Hemiabdominal flep, onarım için yeterli hacimde olduğundan ikiye ayrıldı ve DIEP perforatörleri geçici olarak klemplendi. İntravenöz indosiyanin yeşili (ICG) uygulanarak yapılan floresan anjiyografide flep perfüzyonunun iyi olduğu belirlendi. Kapiller geri dolum ve renk değerlendirmesi de normaldi. Flebin SIEA üzerinden kaldırılmasına karar verildi.

Sağ hemiabdominal SİEA flebi ile meme rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi (resim 1-B). SİEA flebin alıcıya adapte edilmesinin ardından, ipsilateral hemiabdominal doku, majör perforatörleri korunarak yerinde bırakıldı ve "delay" fenomenine benzer biçimde korundu. Üst abdominal adipokutanöz doku diseke edildikten sonra donör saha olan sağ hemiabdomen ile eksize edilmeyen sol hemiabdominal flep birlikte uygun anatomik planda kapatıldı (resim 1-C).

Postoperatif ilk 48 saat boyunca flebin ısı, turgor, renk ve kapiller geri dolumu her iki saatte bir olacak şekilde izlendi. Bu sürenin sonunda flepte dolaşım bozukluğu saptanmadı. Ardından genel anestezi altında korunmuş ipsilateral flep eksize edilerek karın duvarı nihai olarak kapatıldı (resim 1-D). Hasta, postoperatif beşinci gün taburcu edildi.

Tartışma:

Literatürde, DIEP flep ile yapılan rekonstrüksiyonlarda yaklaşık %1,22, SIEA flep ile yapılanlarda ise %1,82 oranında total flep kaybı bildirilmiştir (2,3). Obezite, diyabetes mellitus ve sigara kullanımı gibi faktörler komplikasyon riskini artırmaktadır.

TRAM ve DIEP fleplerine kıyasla, SIEA flebinde rektus abdominis kası ve anterior fasyaya müdahale edilmemesi; donör saha komplikasyonlarını azaltır (4). Gerçek bir abdominoplasti flebi olan SIEA flebinde, karın duvarı zayıflığı, fıtık ya da çıkıntı gelişmesi beklenilmez, yara enfeksiyonu daha az görülür ve hastaların postoperatif erken mobilizasyonu kolaylaşır (4,5). Ayrıca tek taraflı SIEA flebi uygulanan hastalar, msTRAM ve DIEP fleplerile yapılan rekonstrüksiyonlara kıyasla ortalama 1 gün daha kısa süre hastanede kalmaktadır (6). Olgumuzda donör saha morbiditesini azaltmak için SİEA flebi tercih edilmiştir. Postoperatif dönemde görülebilecek olası komplikasyonlara karşı ipsilateral adipokutanöz hemiabdomen, serbest DİEP flep kullamına uygun olarak rektus fasyası bütünlüğü bozulmadan korunmuştur.

Flep kaybı riski yüksek olan ve yeterli abdominal dokuya sahip hastalarda, ipsilateral hemiabdominal flebin korunması güvenli ve etkili bir strateji sunar. Bu yaklaşım, serbest flep cerrahisinde daha az deneyime sahip cerrahlar için de komplikasyon yönetiminde avantaj sağlar. Ayrıca cerrahinin iki aşamada planlanabilmesine olanak tanır. Nitekim literatürde, serbest flep rekonstrüksiyonlarında uzamış anestezi süresi ile 30 günlük komplikasyon, revizyon ve flep kaybı oranlarının arttığı bildirilmektedir (7). Hemiabdominal flebin korunması, bilateral rekonstrüksiyon planlanan, özellikle deneyimli iki cerrahi ekip bulunmayan kliniklerde ameliyat süresini kısaltmak amacıyla da önerilmiştir (8). Ayrıca, mastektomi sonrası eş zamanlı onarımlarda, patolojik değerlendirme tamamlanana kadar flebin korunması gerekebilecek ek rezeksiyonlar için güvenli bir çözüm sunar. Bununla birlikte, bu teknik ikinci bir operasyon gerektirir ve preoperatif dönemde hastanın bilgilendirilmesi gerekir.

Sonuç:

Hemiabdominal flep korunması, serbest flep rekonstrüksiyonlarında flep kaybı riskine karşı cerrahlara güvenli ve esnek bir çözüm sunar. Klinik deneyim ve vaka seçimiyle birlikte bu yöntem, seçilmiş hastalarda etkin bir rekonstrüktif alternatif olabilir.

Kaynakça

1. Rozen WM, Whitaker IS, Acosta R. Banking a hemiabdominal DIEP flap: oncologic indications. Microsurgery. 2010;30(1):83-4. doi: 10.1002/micr.20716. PMID: 20013985.

2. Musmann RJ, Andree C, Munder B, Hagouan M, Janku D, Daniels M, Aufmesser-Freyhardt B, Becker K, Oramary A, Bromba A, Stockhausen N, Wolter A, Fertsch S. Secondary solution for breast reconstruction following total DIEP flap loss: A single-center experience after 3270 DIEP flaps. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2024 May;92:11-25. doi: 10.1016/j.bjps.2024.02.059. Epub 2024 Feb 28. PMID: 38489983.

3. Grünherz L, Wolter A, Andree C, Grüter L, Staemmler K, Munder B, Schulz T, Stambera P, Hagouan M, Fleischer O, Seidenstücker K, Abu-Gazaleh A, Fertsch S, Aldeeri M, Kour F, Kornetka J, Aufmesser B, Thamm OC. Autologous Breast Reconstruction with SIEA Flaps: An Alternative in Selected Cases. Aesthetic Plast Surg. 2020 Apr;44(2):299-306. doi: 10.1007/s00266-019-01554-8. Epub 2019 Dec 6. PMID: 31811341.

4. Wu LC, Bajaj A, Chang DW, Chevray PM. Comparison of donor-site morbidity of SIEA, DIEP, and muscle-sparing TRAM flaps for breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2008 Sep;122(3):702-709. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181823c15. PMID: 18766032.

5. Mortada H, AlNojaidi TF, AlRabah R, Almohammadi Y, AlKhashan R, Aljaaly H. Morbidity of the Donor Site and Complication Rates of Breast Reconstruction with Autologous Abdominal Flaps: A Systematic Review and Meta-Analysis. Breast J. 2022 Jun 24;2022:7857158. doi: 10.1155/2022/7857158. PMID: 35847769; PMCID: PMC9249529.

6. Chevray PM. Breast reconstruction with superficial inferior epigastric artery flaps: a prospective comparison with TRAM and DIEP flaps. Plast Reconstr Surg. 2004 Oct;114(5):1077-83; discussion 1084-5. doi: 10.1097/01.prs.0000135328.88101.53. PMID: 15457015.

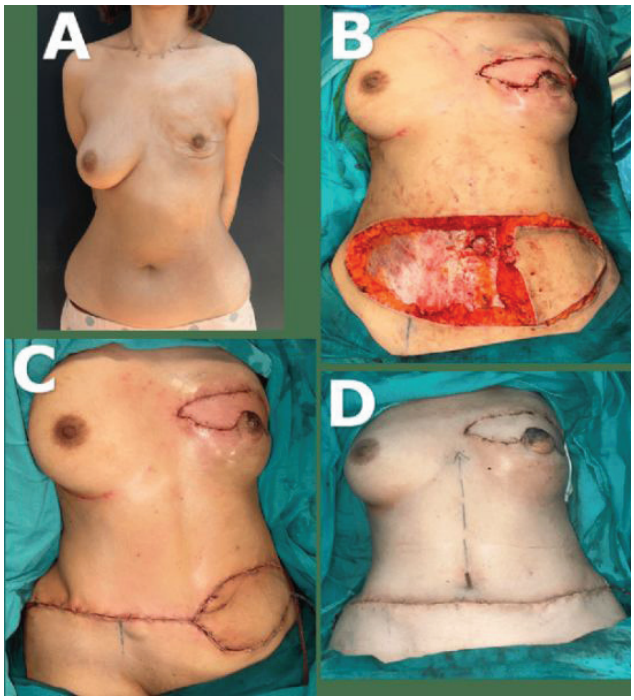
7. Kim BD, Ver Halen JP, Grant DW, Kim JY. Anesthesia duration as an independent risk factor for postoperative complications in free flap surgery: a review of 1,305 surgical cases. J Reconstr Microsurg. 2014 May;30(4):217-26. doi: 10.1055/s-0033-1358382. Epub 2013 Oct 25. Erratum in: J Reconstr Microsurg. 2014 May;30(4):e2. PMID: 24163224.

8. Acartürk TO, Parsak CK. Preservation of the contralateral abdominal flap following harvest of unilateral deep inferior epigastric artery perforator flap for staged bilateral breast reconstruction. J Reconstr Microsurg. 2008 May;24(4):247

9. doi: 10.1055/s-2008-1078689. Epub 2008 May 30. PMID: 18521779.

Anahtar Kelimeler: Meme Rekonstrüksiyonu, Süperfisiyal İnferior Epigastrik Arter Flebi, Flep Korunması, Flep Saklanması, Flep Bankalanması

Hemiabdominal Flebin Korunması



Resim 1. Preoperatif görünüm (A); SİEA flep ile meme rekonstrüksiyonu ve hemiabdominal flebin korunması, intraoperatif görünümleri (B-C); Korunan hemiabdominal flebin eksizyonu sonrası nihai karın duvarı onarımı, postoperatif görünüm (D)

SB-144

Redüksiyon Mamoplasti Materyallerinde Histopatolojik Bulgular ve Preoperatif Görüntüleme İlişkisi

Ali Osman Tuncer, Refik Ozan Bozdayı, Savaş Serel, Servet Elçin Bozdayı
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş (Amaç)

Redüksiyon mamoplasti operasyonlarında çıkarılan meme dokularının patolojik incelemesi, altta yatan gizli lezyonların tespiti açısından önemlidir. Preoperatif meme görüntülemesi (mammografi/ultrason) sonucu BIRADS kategorizasyonu ile cerrahi rezektatta saptanan histopatolojik bulgular arasında bir ilişki olması beklenebilir. Bu çalışmada, redüksiyon mamoplasti uygulanan hastalarda yaş, ek hastalık varlığı, sigara kullanımı ve preoperatif görüntüleme (BIRADS) bulgularının çıkarılan doku örneklerindeki histopatolojik sonuçlarla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya, kliniğimizde redüksiyon mamoplasti ameliyatı uygulanmış 100 hastanın verileri dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri (yaş, ek hastalık öyküsü, sigara kullanımı), ameliyat öncesi meme görüntüleme raporlarındaki BIRADS kategorileri ve postoperatif çıkarılan dokuların patoloji sonuçları kaydedildi. Görüntüleme bulguları ile patoloji sonuçları arasındaki ilişki incelendi. Ayrıca yaş, sigara kullanımı ve ek hastalık varlığı gibi faktörlerin histopatolojik lezyon saptanma oranına etkisi istatistiksel olarak analiz edildi. İstatistiksel karşılaştırmalarda ki-kare ve Fisher testi, korelasyon analizinde Spearman testi kullanıldı; $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 41.8±12.1 yıl (dağılım 18–73) idi. Olguların %40'ında en az bir ek sistemik hastalık mevcuttu ve %31'i sigara kullanmaktaydı. Preoperatif görüntüleme sonuçlarına göre 50 hasta BIRADS 1 (%50), 41 hasta BIRADS 2 (%41) ve 9 hasta BIRADS 3 (%9) olarak raporlanmıştı.

Rezeksiyon materyallerinin patolojik incelemesinde 39 hastada spesifik patolojik lezyon saptanmadı (%39). En sık rastlanan histopatolojik bulgu fibrokistik değişiklikler olup 39 olguda görüldü (%39). Duktal epitelyal hiperplazi ise hafif, orta veya şiddetli derecelerde toplam 22 hastada raporlandı (hafif %7, orta %7, şiddetli %8). Hiçbir olguda atipik hiperplazi veya malignite saptanmadı.

Preoperatif görüntüleme bulguları ile patoloji sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.003$). BIRADS 3 kategorisindeki tüm hastaların (%100) cerrahi materyallerinde histopatolojik lezyon saptanırken, BIRADS 1 hastalarının yalnızca %48'inde herhangi bir lezyon izlendi. BIRADS değeri arttıkça patoloji saptanma olasılığı belirgin şekilde yükselmekteydi. Nitekim, Spearman korelasyon analizi, preoperatif BIRADS kategorisi ile rezektat patoloji bulgularının şiddeti arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon olduğunu gösterdi ($r=0.39$, $p<0.001$).

Sigara kullanan hastalarda histopatolojik lezyon görülme oranı, sigara kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmasına rağmen (%74'e karşı %55), bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.08$). Hastaların yaşı ile patolojik lezyon saptanma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$). Benzer şekilde, ek hastalık varlığı da rezektatlarda lezyon saptanması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip değildi.

Sonuç

Redüksiyon mamoplasti materyallerinin histopatolojik incelemesi sonucunda preoperatif görüntüleme bulguları (BIRADS) ile çıkarılan dokulardaki histopatolojik lezyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş; özellikle BIRADS 3 olgularda patolojik lezyon insidansı belirgin olarak daha yüksek seyretmiştir. Bununla birlikte, BIRADS 1–2 kategorisindeki hastaların da hatırı sayılır bir kısmında fibrokistik değişiklikler ve duktal hiperplazi gibi lezyonlar görülebilmektedir. Sonuç olarak, redüksiyon mamoplasti ile çıkarılan meme dokularının, preoperatif görüntüleme sonucu ne olursa olsun, rutin histopatolojik incelemesi gizli premalign/malign lezyonların atlanmaması için önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Makromama, Redüksiyon, Mamoplasti, görüntüleme, patoloji

SB-145

Travmatik Ön kol Laserasyonlarında Skar İyileşmesi ve Vancouver Skar Skalasıyla Yüksek Frekanslı Ultrasonun Skar Değerlendirmesinin Karşılaştırılması: Prospektif Bir Çalışma

Mert Ersan[1], Onur Yılmaz[2], Cihan Dural[1], Muhammed Revaha Kırtıllı[2], Suat Genç[2]
[1]Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Skar dokusu oluşumu, travma veya cerrahi girişim sonrası yara iyileşmesinin fizyolojik bir sonucu olup fibroblast aktivasyonu, kollajen sentezi ve yeniden şekillenme süreçlerini içerir. Skar dokusu yalnızca estetik değil, aynı zamanda fonksiyonel açıdan da önemli sorunlara yol açar. Üst ekstremite yaralanmalarında skar; eklem hareket kısıtlılığı, cilt elastisitesinde azalma, ağrı ve hassasiyet gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir.

Klinik pratikte skar değerlendirmesi çoğunlukla subjektif ölçekler ile yapılmaktadır. Bunlar arasında Vancouver Skar Skalası (VSS), pratik uygulanabilirliği ve yaygın kullanımı nedeniyle öne çıkmaktadır. Ancak gözlemci bağımlılığı ve düşük standardizasyon kapasitesi VSS'nin önemli sınırlılıklarındandır. Yüksek frekanslı ultrasonografi (YFUS), invaziv olmayan, güvenilir ve tekrarlanabilir objektif ölçüm imkânı sağlamaktadır. Bu çalışma, travmatik ön kol laserasyonlarında primer sütürasyonla onarım sonrası gelişen skarların hem VSS hem de YFUS ile prospektif olarak değerlendirilmesini ve yöntemler arasındaki uyumun ortaya konmasını amaçlamaktadır.

Materyal ve Metot

Bu prospektif çalışma, İstanbul Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Etik Kurulu'nun E-48670771-514.99-269536204 sayılı onayıyla yapıldı, çalışmaya katılan tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışmaya, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Acil Plastik Cerrahi Polikliniği'ne başvuran ve ön kolda basit kesi nedeniyle primer sütür uygulanan 40 hasta dahil edildi. Dahil edilme kriterleri arasında 18 yaş üzeri olmak ve tendon yaralanmasının bulunmaması yer alırken; diyabet, immün yetmezlik, yara kenarında nekroz, günlük ondan fazla sigara kullanımı ve ikincil cerrahi gereksinimi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm işlemler aynı cerrah tarafından standart teknik ile uygulandı. Hastalar postoperatif 1. hafta (T0), 1. ay (T1), 3. ay (T2) ve 6. ay (T3)'te değerlendirildi. Subjektif değerlendirmeler iki bağımsız gözlemci tarafından VSS ile yapılırken objektif ölçümler, Clarius L20 HD3 (Clarius Mobile Health, Canada) ultrason cihazı ile gerçekleştirildi. Spearman korelasyonu, tekrarlı ölçüm ANOVA ve weighted kappa testleri kullanılarak zamana göre skar kalınlıkları incelendi ve subjektif parametreler objektif parametrelerle kıyaslandı.

Bulgular

Çalışmaya 24 erkek ve 16 kadın olmak üzere toplam 40 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 34,6 ± 11,2 yıl idi. Yaralanmaların %85'i kesici-delici alet, %15'i ise metal yüzey travması sonucu oluşmuştu. Ultrason ile ölçülen skar kalınlığı 1. haftada 3,5 ± 0,4 mm iken, 1. ayda 4,2 ± 0,45 mm'ye yükseldi, 3. Ayda 3,1±0,35mm'ye geriledi ve son olarak 6. ayda 2,3 ± 0,3 mm'ye geriledi ($p<0,001$) VSS kalınlık skoru 1. haftada 1,3 ± 0,4 iken 1. ayda 2,0 ± 0,5'e yükseldi, ardından 3. Ayda 1,2 ± 0,4 mm'ye geriledi ve 6. ayda 0,5 ± 0,3'e düştü ($p<0,001$). VSS total skoru 1. haftada 6,5 ± 1,0 iken 1. ayda 8,5 ± 1,2 ile zirve yaptı sonrasında 3. Ayda 6,0 ± 1,0 mm'ye geriledi ve 6. Ayda 3,5 ± 0,8'e geriledi. USG kalınlığı ile VSS kalınlık alt skoru arasında tüm zaman noktalarında istatiki olarak anlamlı bir korelasyon izlendi ($r = 0,56–0,63$, $p < 0,01$). USG kalınlığı ile VSS total arasında istatiki olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki tespit edildi ($r = 0,34–0,42$, $p < 0,05$). USG, kalınlıktaki artışı 1. Hafta – 1. Ay arasında daha belirgin şekilde ortaya koyarken, VSS skorları bu değişimi daha sınırlı yansıttı.

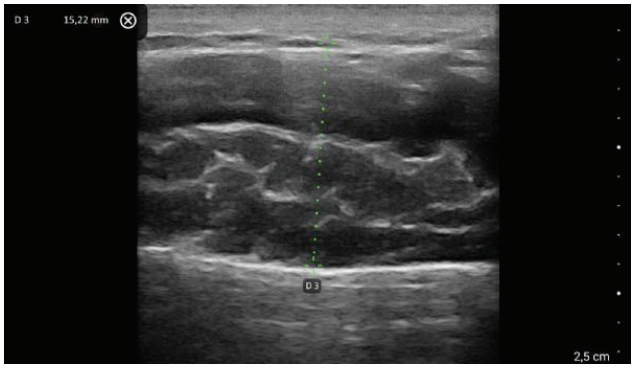
Skar kalınlığı ve VSS skorları ilk ayda anlamlı artış göstermiş, 1. ayda en yüksek değerlere ulaşmış, sonrasında ise 3. Ay ve 6. ayda düzenli bir azalma eğilimi göstermiştir. Bu değişim, USG ile daha erken ve daha objektif şekilde saptanmıştır.

Sonuç

Ön kol laserasyonlarında primer sütürasyon sonrasında 1. aya kadar artan skar kalınlığı, daha sonrasında azalmaya başlamaktadır. Yüksek frekanslı ultrasonografi, travmatik ön kol laserasyonlarında skar dokusunun objektif değerlendirilmesinde güvenilir ve duyarlı bir yöntemdir. Subjektif ölçümlere objektif parametrelerin eklenmesi, skar iyileşmesinin daha kapsamlı ve güvenilir şekilde izlenebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laserasyon, Skar Değerlendirmesi, Travmatik Ön kol Yaralanmaları, Vancouver Skar Skalası, Yüksek Frekanslı Ultrasonografi

skar kalınlık usg



USG kalınlık, VSS height ve VSS total skorlarının zaman içindeki değişimi

Zaman Noktası	USG Kalınlık (mm) (Ort ± SS)	VSS Height (0–3) (Ort ± SS)	VSS Total (0–13) (Ort ± SS)
T0 (1. hafta)	3,5 ± 0,4	1,3 ± 0,4	6,5 ± 1,0
T1 (1. ay)	4,2 ± 0,45	2,0 ± 0,5	8,5 ± 1,2
T2 (3. ay)	3,1 ± 0,35	1,2 ± 0,4	6,0 ± 1,0
T3 (6. ay)	2,3 ± 0,3	0,5 ± 0,3	3,5 ± 0,8

VSS total, VSS kalınlık ve USG kalınlık ortalamaları

SB-146

Sternum Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Süperior Epigastrik Arter Bazlı Transpozisyon Flebi

Bilgen Can, Yasin Çetin, Emrah Işıktekin
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş

Median sternotomi sonrası yara komplikasyonları hastanede kalış süresini uzatır ve morbidite ve mortaliteye neden olur.(1) Klinik bulgular yüzeysel deri enfeksiyonlarından total sternektomi gerektiren mediastinite kadar değişir. Seri debridman, uygun antibiyotik tedavisi ve vakum destekli kapatma (VAC), rekonstrüksiyon öncesi yara hazırlığının temel ilkeleridir. Çeşitli cerrahi flep seçenekleri ve algoritmalar bildirilmiş olsa da (2-5), güvenilirliği nedeniyle pektoral kas flepi ilk tercih olmaya devam etmektedir.Perforatör flepler, daha az invaziv olmaları, donör bölgede morbiditeyi azaltmaları ve yüksek riskli hastalar için cerrahi yükü azaltmaları nedeniyle sternum yarası rekonstrüksiyonunda önemli bir gelişme olarak son zamanlarda kullanılmaya başlanmıştır. Süperior epigastrik arter perforatör (SEAP) flebi, hacimli yapısı ve yara bölgesinden uzaklığı sayesinde sağlıklı doku sağlaması nedeniyle ideal bir rekonstrüksiyon seçeneği olarak sunulmuştur. Ancak, özellikle venöz yetmezlikle ilgili yüksek komplikasyon oranları bildirilmiş ve bu flebin yaygın kullanımını sınırlamıştır.6-8

Bu çalışma, sternum yaralarının rekonstrüksiyonu için SEAP transpozisyon flepini sunan ilk çalışmadır ve kas fleplerine göre deri fleplerin tercih edildiği sternum yaralarının türlerini tartışmayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem

2020-2024 arasında Balıkesir Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda SEAP tabanlı transpozisyon flebi ile sternum rekonstrüksiyonu yapılan 9 hastanın verilerini retrospektif olarak analiz edildi. Yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), komorbiditeler, flep boyutu, postoperatif komplikasyonlar ve rekonstrüktif cerrahi sonrası hastanede kalış süresi ile ilgili veriler değerlendirildi.

Cerrahi teknik

Rekonstrüktif cerrahi öncesinde, hastalar rekonstrüksiyon için yaranın hazırlanması amacıyla seri debridman, kültüre özgü antibiyotik tedavisi ve VAC tedavisi uygulandı. Yaralar sternumun durumuna göre üç kategoriye ayrıldı: tip 1, sternum eksizyonu olmayan yaralar; tip 2, kısmi sternum eksizyonu olan yaralar; ve tip 3, total sternum eksizyonu olan yaralar.(5) Hasta genel anestezi altında entübe edildikten sonra, sırtüstü pozisyonda el tipi Doppler ultrasonografi kullanılarak perforatör işaretleme yapıldı. Tespit edilenler arasında, kostal kenara en yakın ve en medialde bulunan perforatör seçildi ve defekte eşit büyüklükte bir transvers flep planlandı. Flep, lateral-medial yönde supra-fasial seviyeden kaldırıldı. İşaretlenen perforatöre yaklaşıldığında, perforatöre zarar vermemek için künt diseksiyonla loupe büyütme altında kaldırma işlemi devam edildi. Perforatör görüldü ancak tamamen diseke edilmedi. Flebin defekt alanına yeterli mobiliizasyonu sağlandığında diseksiyon durduruldu ve flep defekte transpoze edildi. Donör bölgenin ve flepin altına drenler yerleştirildi.Postoperatif dönemde, 3 gün boyunca yatakta bacak egzersizleri yapıldı ve hasta 3. günde mobilize edildi. Mobilizasyon sonrası sıvı çıkışı <20 mL/gün olduğunda drenler çıkarıldı.

Sonuç

9 hastanın 7'si erkek, 2'si kadındı (ortalama yaş, 61,7 ± 6,9; ortalama BMI, 23,7 ± 0,9). Hastalar arasında en sık görülen komorbidite koroner arter hastalığıydı. Yara hazırlığı için geçen ortalama süre 18 gün, ortalama flep boyutu 18,0 ± 3,2 ´ 6,2 ± 0,7 cm ve komplikasyon oranı %33 idi. 2 hastada yüzeyel yara dehisansı gelişti ve topikal yara pansumanları ile iyileşti. Bir hasta, yeniden enfeksiyon nedeniyle kısmi sternektomi geçirdi ve ardından pektoralis kas flebi ile onarım yapıldı. Hiçbir hastada flep ile ilişkili venöz veya arteriyel yetmezlik gelişmedi. Rekonstrüksiyon cerrahisi sonrası en uzun hastanede kalış süresi 16 gündü.

Tartışma

Plastik cerrahinin sternum yaralarının tedavisinde ve rekonstrüktif prensiplerin uygulanmasında yer almasıyla mortalite oranları ve hastanede kalış süresi önemli ölçüde azalmıştır.(1,5)

Daha az invaziv bir yöntem olan perforatör flepler yüksek riskli hastalar için avantajlıdır. SEAP flep tekniği, kalp cerrahisi sırasında iç meme perforatör arteri kullanılmış hastalarda güvenle uygulanabilir ve yüksek ölü boşluk doldurma etkisine sahiptir(6-8). Ancak, bu avantajlara rağmen, bildirilen yüksek venöz yetmezlik oranları, bu tekniğin yaygın olarak kullanılmasını engellemiştir.

Bertheuil ve ark. bükülmeyi önlemek için SEAP'ın intramüsküler diseksiyonunun artırılması gerektiğini önermişlerdir; ancak buna rağmen, %74,1'lik bir venöz yetmezlik oranı bildirmişlerdir, bu da damarların bükülme eğiliminde olduğunu veya bu bölgede perforan arterle birlikte bulunmayabileceğini düşündürmektedir.(8)

Geleneksel SEAP flepleri ile ilgili çalışmalarda BMI'nin bu flepler üzerindeki etkileri bildirilmemiştir, ancak flep kalınlığının SEAP tabanlı transpozisyon flepinin hareketliliğini azaltacağına inanıyoruz.

Kim ve arkadaşları, vücudun perforatör açısından zengin veya gevşek bölgelerinde, perforatör diseksiyonu yapılmadan flep mobilizasyonu gerçekleştirilebileceğini ve buna perforatör bazlı flep adını verdiklerini belirtmişlerdir. (9) Perforatör bazlı fleplerde, flep tabanının korunması, perforatörden elde edilen desteğin yanı sıra subfasial pleksustan flepe venöz ve arteriyel destek sağlar. Bu çift dolaşım, geleneksel SEAP fleplerde görülen venöz komplikasyonların üstesinden gelmeyi ve bu anatomik bölge için önerilen en boy oranından bağımsız olarak defekte göre flepleri planlamayı mümkün kılar. En uzun flepimiz 24 x 7 cm boyutlarındaydı ve hiçbir flepte arteriyel veya venöz komplikasyon gelişmedi.

SEA perforatörlerinin karın bölgesinde lokalizasyonu, flebin hareketliliğini bozmadan perforatörü flep içine dahil etmemizi sağladı. Flepin karın bölgesinde transvers konfigürasyonla tasarlanması, flepin gerilmeden kolayca hareket etmesini sağlarken, donör skarını meme altı kıvrımı içinde gizler.

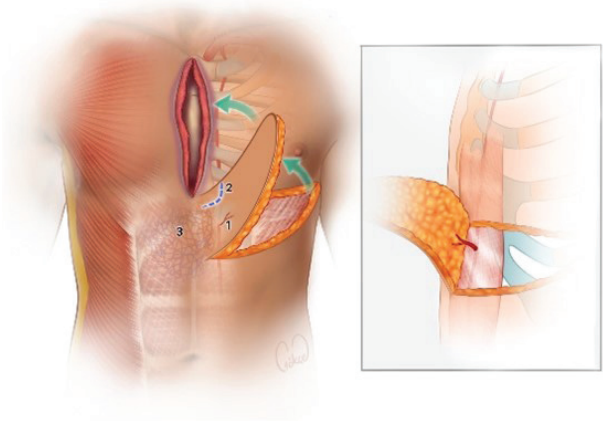
Bu, az sayıda hastayı içeren retrospektif bir çalışmaydı. Sonuçlarımız, hasta sonuçlarına değil, bölgenin perforatör anatomisi ile ilgili bilgilere dayanmaktadır. Bu bilgileri kullanarak, geleneksel SEAP ile bildirilen venöz komplikasyonları aşmak için bu flebi tasarladık. Bu

hastalarda flep kaybının hayati yapıların açığa çıkmasına neden olabileceği göz önüne alındığında, flepin güvenilirliği yüksek önceliklidir. Bu nedenle, geleneksel SEAP flepinin sadece venöz yetmezliği önleyen modifikasyonlarla kullanılmasının uygun olduğu sonucuna vardık. SEA tabanlı transpozisyon flebi tasarlamak, venöz yetmezlik sorunlarını çözdü ve hiçbir hasta sülük tedavisi veya intravenöz vazodilatörlere ihtiyaç duymadı. Bu çalışmadaki komplikasyonların %33'ü yara iyileşmesi ile ilgiliydi. Hiçbir hastada arteriyel veya venöz komplikasyon görülmedi, bu da geleneksel SEAP flepleri kullanıldığında bildirilenlere kıyasla hastanede kalış süresini önemli ölçüde kısalttı. (7,8,10,11)

Flep tekniğimiz sadece sternumu stabil olan hastalarda kullanıldı. Sternum eksizyonu geçiren hastalarda torasik stabilizasyon için sadece pektoral kas flebi ile rekonstrüksiyonun yeterli olduğu bildirilmiştir.(12-15) Ancak, deri fleplerinin tek başına torasik stabilizasyon üzerindeki etkileri daha önce bildirilmemiştir.Kas flepleri içindeki kas dokusunun zamanla yavaş yavaş yağ ile yer değiştirdiği bilinmektedir. (16) Uzun vadede, kas fleplerinin torasik stabilizasyon üzerinde deri flepleriyle aynı etkiye sahip olacağı varsayılabilir. Ancak Robicsek ve ark. sternum kenarlarını birbirinden ayırmada pektoralis kasının etkisinin, pektoralis kasını eklemi yerinden iki taraflı olarak ayırarak ortadan kaldırılabileceğini ve ayrılan pektoralis kaslarını orta hatta birbirine dikerek sternum önü dolgu etkisiyle torasik stabilizasyon sağlanabileceğini öne sürmüştür.(12) Sternum dehisansı rekonstrüksiyonu ile ilgili çalışmalarda, göğüs kafesinin instabilitesi ile ilişkili herhangi bir komplikasyon bildirilmemiştir. Bu çalışmalarda, başarılı sonuçlar ağırlıklı olarak ölü boşlukları doldurma başarısına göre değerlendirilmiştir. Bu nedenle, sternum eksizyonu geçiren hastalar için farklı fleplerin torasik stabilizasyon üzerindeki etkilerini karşılaştıran uzun dönemli çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: perforatör deri flepleri, sternum yarası rekonstrüksiyonu, superior epigastrik arter tabanlı transpozisyon flebi, venöz yetmezlik

Şekil 1



SB-147

Onkolojik Rezeksiyon Sonrası Toraks Duvarı Rekonstrüksiyonunda Rektus Abdominis Kas Flebi: Güvenli ve Etkin Bir Seçenek

Perçin Karakol, Musa Mert Tapkı,
Berkan Şanlı, İbrahim Şahin,
İbrahim Enes Aydoğan, Yasin Canbaz
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş:

Onkolojik cerrahi sonrası toraks duvarı yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda tercih edilen çeşitli musküler ve muskulokutan flep seçenekleri mevcuttur. Bu flepler pediküllü veya serbest flep konseptinde tasarlanabilmektedir. Literatürdeki çoğu vakada flepler pediküllü olarak tasarlanmıştır. Bu amaçla kullanılan kaslar genellikle Latissimus Dorsi, Pektoralis Major, Serratus Anterior, Rektus Abdominis ve Eksternal Oblik'tir. Biz de bu çalışmamızda onkolojik cerrahi sonrasında gelişen toraks duvarı defektlerinin rekonstrüksiyonunda Rektus Abdominis kas flebi uygulamalarına yönelik tecrübelerimizi aktarmayı amaçladık.

Yöntem:

Şubat 2023 – Şubat 2025 tarihleri arasında onkolojik rezeksiyon sonrası toraks duvar defekti gelişen ve Rektus Abdominis kas flebi ile rekonstrüksiyon gerçekleştirdiğimiz 8 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Hastalarımızın tamamı erkek olup yaş ortalamaları 65 (52–78) idi. Primer tanılar 2 hastada osteosarkom, 2 hastada kutanöz skuamoz hücreli karsinom, 2 hastada dermatofibrosarkom protuberans, 1 hastada leiyomiyosarkom ve 1 hastada küçük hücreli dışı akciğer malignitesiydi. Ortalama yumuşak doku defekti boyutu 20×20×7 cm (15×15×5 cm – 25×25×9 cm) olarak ölçüldü. Küçük hücreli dışı akciğer malignitesi tanısı olan hasta, göğüs cerrahisi ekibi tarafından yapılan omentoplasti sonrası fistül gelişimi nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Diğer hastaların cerrahi işlemleri ise göğüs cerrahisi ekibiyle eş zamanlı gerçekleştirildi. Yedi hastamızda sağ taraflı toraks duvarı defekti nedeniyle sağ rektus abdominis kası kullanıldı. Bir hastada ise pnömonektomiye bağlı İnternal Mammarian arterin sakrifiye edilmesi nedeniyle sol rektus abdominis kası tercih edildi. Rektus abdominis kas flebi pediküllü olarak tasarlandı. Kas flebi, inferior epigastrik arter sakrifiye edilerek, superior epigastrik arter bazlı olarak eleve edilip, tünelize edilerek defekt bölgesine inset edildi. Son olarak, cilt rekonstrüksiyonu için uyluk bölgesinden alınan kısmi kalınlıkta deri greftleri kas flebinin üzerine adapte edildi. Hastalarımızın hiçbirinde postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç:

Rektus abdominis kas flebi, post-onkolojik toraks duvarı defektlerinin rekonstrüksiyonunda güvenilir, etkili ve estetik açıdan tatmin edici bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Uzun vasküler pedikülü ve güvenilir kanlanması, büyük toraks duvarı defektlerinin onarımında önemli avantajlar sağlar. Pediküllü rektus abdominis flebi, toraks duvarına güvenli bir şekilde taşınabilir ve defekt bölgesine yerleştirilebilir. Literatürde bu flebin başarılı onarım sonuçları, düşük komplikasyon oranları ve yüksek hasta memnuniyeti ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, rektus abdominis kas flebinin estetik ve fonksiyonel sonuçlar sunduğu, hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırdığı ve toraks duvarı sağlamlığını sağladığı bildirilmiştir. Çalışmamızda, rektus abdominis kas flebi ile gerçekleştirilen rekonstrüksiyonlar komplikasyonsuz şekilde tamamlanmış, postoperatif

dönemde izlemde olumsuz bir durumla karşılaşılmamıştır. Multidisipliner yaklaşımın da bu tür rekonstrüksiyonlarda tedavi başarısını arttırdığı literatürle desteklenmektedir. Bu veriler, rektus abdominis kas flebinin post-onkolojik dönemde toraks duvarı defektlerinin rekonstrüksiyonunda güvenli, etkili ve estetik açıdan başarılı bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Onkolojik rezeksiyon, Rektus Abdominis kas flebi, Toraks duvarı defekti

SB-148

Yanık Sonrası Kontraktür Rekonstrüksiyonu ve SF-36 ile İşlevsellik Değerlendirmesi

Egehan Güngörmez, Berk Yücetürk, Alper Yerlioğlu, Bayım Cheche, Burak Arkan
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş

Yanık sonrası gelişen kontraktürler, özellikle büyük ve derin yanıklarda sıklıkla karşılaşılan ciddi komplikasyonlardandır. Bu kontraktürler, eklem hareket açıklığını kısıtlayarak hem estetik hem de fonksiyonel sorunlara yol açabilir[1]. Özellikle üst ekstremite, boyun ve alt ekstremite yanıkları sonrası gelişen kontraktürler, bireyin günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde kısıtlayabilir.

Plastik ve rekonstrüktif cerrahide uygulanan çeşitli tekniklerle bu kontraktürlerin düzeltilmesi mümkündür. Ancak sadece estetik iyileşme değil, aynı zamanda hastanın genel yaşam kalitesindeki değişimin de değerlendirilmesi, tedavinin başarısını daha bütüncül olarak ortaya koyar. Yanık sonrası hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en sık SF-36 ve BSHS-B ölçekleri ile değerlendirildiği, özellikle fiziksel rol kısıtlılığı ve ağrı alt alanlarında belirgin etkilenme olduğu bildirilmiştir. [2]

Bu bağlamda, SF-36 gibi standardize edilmiş ölçüm araçları, hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğini değerlendirmede önemli bir rol oynar. Bu çalışmada, kontraktür rekonstrüksiyonu geçiren hastaların SF-36 ile ölçülen yaşam kalitelerindeki değişimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metod

Bu prospektif çalışma kapsamında, 2021–2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda yanık sonrası kontraktür şikayetiyle başvuran ve cerrahi tedavi uygulanan toplam 34 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olup, hastaların %70.5'i erkek (n=24), %29.5'i kadındır (n=10).

Hastalara uygulanan tedavi modaliteleri %61.7'si çoklu Z-Plasti ve W-Plasti (n=21), %26.4'ü K-M Plasti (n=9), %11.7si ise greft (n=4) uygulaması şeklindedir.

Tüm hastalara postoperatif ortalama 6.ayda (4-11 ay) SF-36 (Short Form-36) yaşam kalitesi anketi uygulanmıştır. SF-36, hastaların genel sağlık durumu, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol kısıtlılığı, duygusal rol kısıtlılığı, sosyal işlevsellik, mental sağlık, enerji/vitalite ve ağrı gibi sekiz alt boyutta değerlendirme yapılmasını sağlayan geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçüm aracıdır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 34 hastanın fonksiyonel ve yaşam kalitesi değerlendirmesi SF-36 anketi ile yapıldı. Preoperatif ortalama puanlar, normal popülasyon referans değerleri ile kıyaslandığında, tüm alt alanlarda daha düşük bulundu. Özellikle Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü ve Sosyal Fonksiyon alanlarında belirgin kısıtlılıklar gözlendi.

Preoperatif puanlara bakıldığında; Fiziksel Fonksiyon: ortalama 58,2 (referans: >80). Fiziksel Rol Güçlüğü: ortalama 52,6 (referans: >75). Ağrı: ortalama 61,4 (referans: >70). Genel Sağlık Algısı: ortalama 55,8 (referans: >70). Canlılık (Vitalite): ortalama 63,1 (referans: >65). Sosyal Fonksiyon: ortalama 57,9 (referans: >75). Duygusal Rol Güçlüğü: ortalama 65,3 (referans: >75). Mental Sağlık: ortalama 68,7 (referans: >75) olarak saptandı.

Alt grup analizinde, çoklu Z-plasti ve W-plasti yapılan hastalarda fiziksel fonksiyon skorlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlendi. (ortalama 72,5) Buna karşın yalnızca greft uygulanan hastalarda ortalama puanlar preoperatif değerlendirmelerden daha iyi olmasına rağmen çoklu Z plasti ve/veya W-plasti uygulanan hastalara kıyasla daha düşük izlendi. (ortalama 64,7)

Ayrıca, genç hastaların (<=30 yaş) SF-36 toplam skorlarının daha yüksek olduğu, özellikle fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarında daha iyi sonuçlar elde ettikleri belirlendi. Kadın hastalarda ağrı ve duygusal rol güçlüğü puanlarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu dikkat çekti.

Toplam hasta grubunun SF-36 skorlarında postoperatif dönemde, preoperatif döneme kıyasla genel sağlık durumu başta olmak üzere tüm parametrelerde artış olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma

Yanık sonrası gelişen kontraktürler, hem estetik hem de fonksiyonel açıdan hastalarda ciddi yaşam kalitesi kaybına yol açmaktadır. Bu çalışmada, özellikle çoklu Z-plasti gibi klasik ancak etkili yöntemlerle yapılan cerrahi rekonstrüksiyonların, hasta işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir.

SF-36 gibi standardize edilmiş anketler sayesinde, yalnızca cerrahi başarının değil, aynı zamanda hasta memnuniyetinin ve psikososyal iyileşmenin de değerlendirilebilmesi sağlanmaktadır. Bulgularımız, yanık sonrası kontraktür tedavisinde uygun cerrahi yaklaşımın yaşam kalitesini anlamlı düzeyde artırabileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, K-M plasti ve deri grefti gibi alternatif tekniklerin uzun dönem etkilerini değerlendirmek için daha geniş hasta gruplarında ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Yanık sonrası gelişen kontraktürlerin cerrahi tedavisi, hasta işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki yaratmaktadır. Özellikle Z-plasti gibi teknikler, uygun endikasyonlarda kullanıldığında hastaların yaşam kalitesinde belirgin iyileşme sağlamaktadır; özellikle SF-36 skorları, fonksiyonel ve psikososyal alanlarda anlamlı düzelmeler olduğunu göstermektedir [3]. SF-36 gibi araçlarla bu etkinin objektif olarak değerlendirilmesi, tedavi planlamasına değerli katkılar sunmaktadır.

Kaynakça

1.Wasiak, J., Lee, S. J., Paul, E., Mahar, P., & Spinks, A. (2014). Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn. Burns, 40(4), 568–574.

2.Spronk I, Legemate CM, Oen IMMH, van Loey NEE, Polinder S, van Baar ME. Health related quality of life in burn patients: A systematic review. PLoS One. 2018;13(5):e0197507. doi:10.1371/journal.pone.0197507

3. Kildal M, Andersson G, Gerdin B. Health status in Swedish burn patients: Impact of burn-related and non-burn-related factors. Burns. 2001 Dec;27(8):809-15. doi:10.1016/s0305-4179(01)00044-4

Anahtar Kelimeler: yanık, kontraktür, SF-36, Z-plasti

SB-149
BTM'in Farklı Endikasyonlardaki Kullanım Deneyimleri

Eray Işık, Mehmet Aydın, Burak Ergün Tatar, Burak Özkan
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Biodegradable temporal matriks (BTM), son yıllarda rekonstrüktif cerrahide önemli bir yer edinmiştir. Özellikle kemik, tendon veya vasküler yapıların ekspoze olduğu ve lokal doku seçeneklerinin kısıtlı olduğu durumlarda etkin bir kapama sağlar. BTM, geçici biyolojik bir kapama sağlayarak hem ağrı kontrolü hem de yara yatağının granülasyon dokusu ile hazırlanmasını mümkün kılar. Bu yazıda, farklı endikasyonlarda (skalp nekrozu, diabetik ayak, iskemik parmak, parmak tümörleri, flep pedikül üstü, pyoderma gangrenosum) BTM kullanımını literatür ışığında tartışmaktayız. Ayrıca bu çalışmada, kliniğimizde BTM'in farklı endikasyonlarda kullanımı üzerine deneyimlerimizi paylaşmaktayız.

2024–2025 yılları arasında kliniğimizde toplam 26 hastada (11 kadın, 15 erkek) BTM uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 54 idi. BTM kullanım endikasyonları çoktan aza olacak şekilde aşağıdaki gibiydi:

Flep pedikül üstü (12), Diabetik ayak (6), İskemik parmak (3), Parmak tümörleri (2), Pyoderma gangrenosum (2), Skalp nekroz (1) olmak üzere toplam 26 hasta mevcuttu.

Uygulamalarda BTM, ekspoze kemik/tendon veya pedikül alanına yerleştirilmiş, granülasyon dokusu gelişimi sonrası ikinci aşamada greftleme planlanmıştır. Hastalar postoperatif dönemde yara iyileşmesi, enfeksiyon ve komplikasyonlar açısından takip edilmiştir.

Farklı Endikasyonlar

Skalp Nekrozu

Skalp defektleri genellikle radyoterapi veya vasküler yetersizlik sonrası gelişir ve sıklıkla kemik ekspozisyonu ile seyreder. BTM, ekspoze kemik üzerine granülasyon dokusu gelişimini uyararak greftleme için uygun bir zemin hazırlar. Bu durum özellikle ileri yaş hastalarda veya flep seçeneklerinin kısıtlı olduğu olgularda önemlidir.

İskemik Parmak

Diyabetik veya vasküler nedenlere bağlı gelişen parmak iskemileri amputasyon riski taşır. BTM bu tür olgularda amputasyon ihtimalini azaltarak defektin geçici olarak kapatılmasına ve revaskülarizasyona olanak tanır.

Parmak Tümörleri

Kaposi Sarkomu veya skuamöz hücreli karsinom gibi tümörlerde geniş eksizyon sonrası kemik/periost ekspozisyonu sık görülür. BTM, patoloji sonucu beklenirken pansuman işlevi görür, ağrı kontrolü sağlar ve granülasyon dokusu gelişimini kolaylaştırır. Sonrasında basit bir greftleme ile fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuç elde edilir.

Flep Pedikül Üstü

Serbest flep veya lokal flep cerrahisinde pedikülün açık bırakılması gereken durumlarda, pedikülün güvenli bir şekilde örtülmesi önemlidir. BTM, pedikül üzerinde bariyer görevi görerek enfeksiyon riskini azaltır ve flep revaskülarizasyonuna katkı sağlar.

Pyoderma Gangrenosum

Otoimmün/inflamatuvar kaynaklı bu nekrotizan ülserlerde direkt greftleme genellikle başarısız olur. BTM, inflamasyon kontrol altına alındığında yara yatağını hazır hale getirerek başarılı bir kapamaya zemin oluşturur.

Tartışma

BTM'in farklı endikasyonlardaki kullanımı, ortak avantajlar taşımaktadır:

1. Patoloji veya inflamasyon kontrolü beklenirken geçici biyolojik kapama sağlaması,
2. Ağrı ve pansuman ihtiyacını azaltması,
3. Revaskülarizasyon sonrası basit greftleme olanağı sunması,
4. Amputasyon veya radikal flep cerrahisi ihtiyacını azaltması.

Kendi serimizde en sık endikasyon flep pedikül örtülmesi (n=12) olup, bu grup literatürde de sık vurgulanmaktadır. Wagstaff ve ark. (2019), kompleks yara alanlarında BTM'in özellikle pedikül korumasında güvenilir olduğunu göstermiştir. Skalp defektlerinde Ioannides ve ark. (2015), BTM'in ekspoze kemik üzerinde granülasyon indüksiyonunda etkili olduğunu bildirmiştir. Bizim serimizde de 5 hastada benzer şekilde greftlemeye uygun yara yatağı elde edilmiştir.

İskemik parmak ve pyoderma gangrenosum gibi vasküler ve inflamatuvar nedenli lezyonlarda BTM'in amputasyon oranlarını azalttığı çeşitli yayınlarda belirtilmiştir (Greenwood, 2016; Tocco-Tussardi, 2020). Bizim iki pyoderma olgumuzda da inflamasyon kontrolü sonrası başarılı greftleme yapılabilmiştir.

Literatür ile karşılaştırıldığında serimizin hasta sayısı sınırlı olmakla birlikte, farklı endikasyonlarda BTM'in güvenilir ve fonksiyon koruyucu bir seçenek olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç

İki vakada biri iskemik ikisi diyabetik ayak olan hastalarda BTM yerine adapte olamadı. Hastaların 12'sine BTM sonrası deri grefti uygulaması, 4 hastada ekstra herhangi bir işlem yapılmadı, 4 hastanın yarası sekonder olarak iyileşti, 3 hastada BTM sonrası yara primer olarak kapatıldı.

BTM, yalnızca tümör veya travma sonrası değil; iskemik, inflamatuvar ve rekonstrüktif farklı klinik senaryolarda da etkin bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Çeşitli endikasyonlarda amputasyon veya büyük flep cerrahisi gereksinimini azaltarak, fonksiyon koruyucu ve hasta konforunu artırıcı bir yöntemdir.

Kaynaklar

1. Greenwood JE, Dearman B. Biosynthetic matrices for wound healing and reconstruction. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016.
2. Wagstaff MJ, Schmitt T, Caplash Y, Greenwood JE. The use of NovoSorb® BTM in complex wounds: clinical outcomes and future applications. Burns Open. 2019.
3. Tocco-Tussardi I, et al. Dermal substitutes in reconstructive surgery: review and clinical applications. Int J Mol Sci. 2020.
4. Ioannides C, et al. Application of dermal substitutes in complex scalp reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2015.
5. Sood A, Granick MS, Tomaselli NL. Wound dressings and comparative effectiveness data. Adv Wound Care. 2014.

Anahtar Kelimeler: biodegradable temporal matriks, diyabetik ayak, skalp nekrozu

BTM konulan vakaların endikasyon sayıları

Endikasyon	*Hasta Sayısı*
Flep pedikül üstü	*12*
Diyabetik ayak	*6*
İskemik parmak	*3*
Parmak tümörleri	*2*
Piyoderma gangrenozum	*2*
Skalp nekrozu	*1*
Toplam	*26*

SB-150

Bilateral Mekanik Ptozisli Favre-Racouchot Sendromu: Alışılmadık Bir Görünüm

Mehmet Bayram[1], Muhammet Doğan[2]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır*
[2]*Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya*

Giriş: Favre Racouchot sendromu, adını Fransız dermatolog Maurice Favre ve öğrencisi Jean Racouchot' dan almakta olup 1932' de Favre tarafından tanımlanmış ve 1951' de Favre ve Racouchot tarafından ayrıntılı şekilde incelenmiştir (1). Özellikle ileri yaş erkek hastalarda kronik güneş maruziyetine bağlı gelişen bir hastalık olup komedon ve kist içeren nodüler kütanöz elastozis olarak da bilinir. Etyopatogenezinde kronik güneş maruziyeti, sıcak hava, radyasyon, bazı fiziksel ajanlar ve uzun süreli sigara kullanımı yer almaktadır. Kronik güneşe maruz kalan bölgelerde solar elastik değişiklikler zemininde komedonlar ile karakterize bir hastalıktır (2).

Bu çalışmanın amacı güneşe maruziyet nedeniyle sık görülen ancak diğer hastalıklarla karıştırılan ve göz kapakları tutulumu nedeniyle ptozise yol açan hastaların tedavi takiplerinin sunulması ve bunların literatüre kılavuz olması amaçlanmaktadır.

Materyal-Metod: 1 Ocak 2024- 30 Haziran 2025 tarihleri arasında her 2 üst göz kapağında uzun süredir var olan çok sayıda nodül ve son 1 yıldır ptozis, görme kaybı ve üst göz kapağında yorgunluğa yol açan şekilsel bozukluk ve kitle nedeniyle plastik cerrahi polikliniğine 3 hasta başvurdu. Hastaların 2 tanesi kadın 1 tanesi erkek olup yaşları 46-62 arasındaydı. Hastaların uzun süreli güneş maruziyetleri ve sigara kullanım öyküleri mevcuttu. Hastalara ilgili konsültasyonlar istenildikten sonra operasyon planlandı.

Cerrahi teknik: Hastalar lokal anestezi altında operasyona alındı. Preoperatif çizimler yapıldı, eksize edilecek nodüler yapılar işaretlendi, lokal anestezik infiltrasyonu uygulandı. Nodüler komedonlar sınırdan taban dokusuna kadar eksize edildi, eksize edilen lezyonlar histopatolojik inceleme amacıyla patolojiye gönderildi, eksizyon laterale doğru üst blefaroplasti tekniğine uygun olarak uzatılarak lateraldeki cilt dokusu işaretlenen yerlerden eksize edildi, levator apeneurozu diseksiyonla açığa çıkarıldı, ptozis düzeltilmesi amacıyla 6-0 PDS ile levator plikasyonu yapıldı, lateralde eskize edilen cilt dokusu inceltilerek greft haline getirildi.2 hastanın yara yerleri uç uca primer süture edildi. Bir hastada ise doku defekti gelişmesi üzerine doku defekti gelişen yerlere hazırlanan greftler emilebilir süturlerle adapte edildi. Hastalar aynı gün taburcu edildi, hiç bir hastada postoperatif dönemde yara yeri detaşmanı, greft kaybı yaşanmadı. hastaların 1. hafta, 2.hafta, 1.ay ve 3. ay kontrollerinde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma: Favre-Racouchot sendromu özellikle güneşe maruz kalan alın, burun dorsumu, malar, periorbital ve temporal bölgede, geniş ağızlı siyah kahverengi inflame olmayan komedonlar ve zeminde solar elastik değişiklikler ile karakterize bir hastalıktır. Çevre cilt dokusu kalınlaşmış olup çizgiler ve kıvrımlar mevcuttur. Lezyonlar çoğunlukla bilateral olmakla beraber asimetrik güneş maruziyetine bağlı unilateral olgular da bildirilmiştir. Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber kronik güneş maruziyeti, sıcak hava, uzun süreli sigara kullanımı, radyasyon ve bazı fiziksel ajanlar ile ilişkilendirilmiştir. Tüm bu faktörlerin etkisiyle pilosebase ünitenin keratinizasyonu, kutanöz atrofi ve sonuçta komedon oluşumu ile sonuçlanır. Hastaların tedavisinde medikal ilaçlar ve cerrahi gibi farklı yaklaşımlar kullanılabilir. Tretinoin, adapalen veya tazaroten gibi topikal retinoidler farmakolojik tedavilerdir. Cerrahi teknikler arasında eksizyon, dermabrazyon, lazer uygulamaları yer almaktadır (3). Bu komedonların göz kapağı gibi spesifik yerlerde tutulum göstermesi ve görme problemlerine yol açması hastaların yönetimini zorlaştırmaktadır. Özellikle ihmal edilen vakalarda nodüler yapıların büyümesi sonucu çevre dokulara bası yapmakta ve cilt kalitesini bozmaktadır. Opere ettiğimiz hastalarda hem nodüler komedon eksizyonu hem de gereklilik varsa ptozisin düzeltilmesinin eş zamanlı yapılması daha tatmin edici sonuçlar elde edebilmektedir (4).

Sonuç: Favre-Racouchot sendromunun çok az bilinmesi ve nispeten diğer nodüler hastalıklara göre daha az görülmesi sebebiyle diğer nodüler hastalıklara karıştırılan ve tedavisi geciken bu hasta grubuna dikkat edilmesi ve özellikle göz kapakları gibi hayati öneme sahip bilgeleri tutulumunda ihmal edilmemesi tatmin edici sonuçların sağlaması sebebiyle dikkat edilmesi gerekmektedir.

Referanslar:

1. Jansen, T.,andPlewigGDemis DJ. "Favre-Racouchotdisea seClinicalDermatology." (1998): 4-44.

2. MELİKOĞLU, B., TABANLIOĞLU ONAN, D., & ALLI, N. (2013). Favre-RacouchotSyndrome; Case Report. Dermatoz, 4(4), 129-131.

3. Zhang R, Zhu W. Favre-Racouchotsyndromeasso ciatedwitheyelidpapilloma: a casereport. Journal of BiomedicalResearch. 2012 Nov;26(6):474-477. DOI: 10.7555/jbr.26.20110093. PMID: 23554787; PMCID: PMC3597049.

4. Tawfik HA, Eltabbakh AA. Bilateralnevuscomedonicus of theeyelids: An unusualcause of ptosisandectropion. Am J Ophthalmol Case Rep. 2020 Aug 29;20:100907. doi: 10.1016/j.ajoc.2020.100907. PMID: 32984649; PMCID: PMC7495012.

Anahtar Kelimeler: ptozis, Favre-Racouchot Sendromu, greft

Olgu



SB-151

Negatif Basınçlı Yara Tedavisinin (VAC) Yetersiz Kaldığı Olgularda Biyobozunur Geçici Matris (BTM) ile Yumuşak Doku Defekti Rekonstrüksiyonu: Üç Olguluk Seri

Ahmed Yasin Acehan, Muzaffer Duran, Emirhan Murat, Serhat Şibar
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu; enfeksiyon varlığı, altta kemik veya tendon ekspozisyonu, sistemik risk faktörleri ve daha önce başarısız olmuş girişimlerin bulunması nedeniyle cerrahi açıdan önemli güçlükler içerir. Bu tür olgularda geleneksel flep yaklaşımları her zaman uygulanamayabilir veya başarısızlıkla sonuçlanabilir. Yara yatağının hazırlanmasında yaygın olarak kullanılan Negatif Basınçlı Yara Tedavisi (VAC) ise bazı durumlarda tek başına yeterli granülasyon gelişimi sağlayamayabilir.

Son yıllarda Biyobozunur Geçici Matris (BTM), polimerik yapısı sayesinde granülasyon dokusunun güvenli gelişimini destekleyen ve greftleme için sağlam bir zemin hazırlayan sentetik dermal eşdeğer olarak öne çıkmıştır. Alt ekstremite, toraks ve baş-boyun gibi bölgelerde BTM kullanımı giderek daha sık raporlanırken, rekonstrüktif açıdan en zorlu anatomik alanlardan biri olan sakral bölgedeki uygulamaları oldukça sınırlı kalmıştır.

Bu vaka serisinde, VAC tedavisinin yetersiz kaldığı üç farklı lokalizasyonda BTM ile elde edilen sonuçlar sunulmakta; özellikle tüm rekonstrüktif seçeneklerin başarısız olduğu ve literatürde nadiren bildirilen sakral defekt olgusu üzerinden yöntemin potansiyeli ortaya konmaktadır.

Olgu 1

25 yaşında kadın hasta, yüksekten düşme sonrası pelvis kırığı ve yaklaşık 20 × 15 cm sakral doku kaybı ile başvurdu. İlk merkezde yapılan SGAP (Superior Gluteal Arter Perforatör) flebi nekroze haldeydi (Resim 1-A). Nekrotik flep debride edilerek karşı taraftan SGAP + LAP (Lumbal Arter Perforatör) kombinasyonu uygulandı; ancak malnütrisyon, dirençli enfeksiyon ve travmaya bağlı doku zedelenmeleri nedeniyle bu girişim de başarısız oldu. Hastanın takiplerinde Klebsiella spp. ve Pseudomonas aeruginosa üremeleri saptandı. Kaşeksiye bağlı genel durumu, yetersiz doku hacmi ve alıcı damar eksikliği nedeniyle serbest flep uygun görülmedi.

Hastaya 10 seans VAC tedavisi uygulandı ancak yeterli granülasyon dokusu elde edilemedi. Bu koşullarda defekte NovoSorb® BTM ve destekleyici VAC tedavisi uygulandı (Resim 1-B). Dört hafta içinde homojen granülasyon dokusu gelişti (Resim 1-C). Ardından kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG) ile kapatma yapıldı; greft tutulum oranı tama yakındı, küçük alanlar sekonder iyileşti (Resim 1-D). Takipte enfeksiyon veya greft kaybı izlenmedi. Hasta mobilize oldu ve günlük aktivitelerine döndü.

Olgu 2

70 yaşında, hipertansiyon ve hipotiroidisi bulunan erkek hasta; düşme sonrası gelişen hematomun boşaltılmasını takiben tibia ön yüzünde 10 × 8 cm boyutunda doku defekti ile başvurdu (Resim 1-E). Başlangıçta altı seans VAC tedavisi uygulandı ancak yeterli granülasyon dokusu elde edilemedi. Ardından defekte NovoSorb® BTM yerleştirildi (Resim 1-F). Üç hafta içinde homojen granülasyon gelişti. Hastaya greft uygulanması önerildi ancak hasta kabul etmedi; sekonder iyileşmeye bırakılan defekt tamamen kapandı (Resim 1-G).

Olgu 3

66 yaşında, diyabet ve periferik arter hastalığı öyküsü bulunan erkek hastada, 2. ve 3. parmak amputasyon hattına uzanan 5 × 12 cm ayak dorsum defekti ve tendon ekspozisyonu mevcuttu (Resim 1-H). Dört seans VAC tedavisi uygulanmasına rağmen tendon üzerinde yeterli granülasyon sağlanamadı. Bunun üzerine defekte NovoSorb® BTM ve eş zamanlı VAC tedavisi uygulandı. Takipte alan, tendon üzeri dahil tamamen granüle oldu (Resim 1-I) ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. İyileşme sorunsuz seyretti ve hasta fonksiyonel olarak tatmin edici sonuç elde etti (Resim 1-J).

Tartışma

BTM, rekonstrüktif cerrahide özellikle flep cerrahisinin mümkün olmadığı veya başarısızlıkla sonuçlandığı olgularda değerli bir alternatif sunmaktadır. Polimerik yapısı sayesinde enfekte ya da vasküler desteği zayıf zeminlerde bile güvenli granülasyon dokusu gelişimine olanak tanıması ve bu süreci hızlandırması, yalnızca VAC tedavisine kıyasla belirgin bir üstünlük sağlamaktadır.

Olgu 1, rekonstrüktif seçeneklerin neredeyse tamamen tükendiği, sakral bölgenin en zorlu defektlerinden birini temsil etmektedir. Ardışık flep kayıpları (SGAP ve LAP), dirençli enfeksiyon ve malnütrisyona ek olarak çevre dokudaki travma, hem lokal fleplerin kullanılmasını hem de alıcı damar eksikliği nedeniyle serbest fleplerin uygulanmasını imkansız hale getirmiştir. Kaşeksiye bağlı yetersiz donör doku hacmi de ek bir kısıtlılık oluşturmuştur. Bu olumsuz koşullarda uygulanan VAC tedavisi de tek başına yeterli granülasyon sağlayamamıştır. Tüm bu başarısız girişimlerin ardından kullanılan BTM, kısa sürede homojen granülasyon gelişimini desteklemiş ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile başarılı kapatma sağlanmıştır. Benzer şekilde Tan ve ark., anoreksiya nervoza hastasında BTM ile başarılı kapanma elde edildiğini bildirmiştir; bu da sistemik durumu bozulmuş, yüksek riskli hastalarda BTM'nin etkinliğini destekleyen bulgulardan biridir. Bu deneyim, rekonstrüktif seçeneklerin başarısız olduğu ve VAC'ın yetersiz kaldığı en komplike defektlerde dahi BTM'nin etkili bir alternatif olabileceğini göstermektedir.

Olgu 2'de VAC tedavisinin yetersiz kaldığı zeminde BTM uygulanmış ve kısa sürede homojen granülasyon gelişmiştir. Ek cerrahi girişim gerekmeksizin sekonder iyileşme ile tam kapanma sağlanması, BTM'nin yalnızca greftleme için hazırlık değil, seçilmiş olgularda nihai kapanmayı da mümkün kılabileceğini göstermektedir. Literatürde de McMahon ve ark., nazal bölgedeki küçük fakat kompleks defektlerde BTM'nin greftleme yapılmaksızın sekonder iyileşme ile başarılı kapanma sağladığını bildirmiştir.

Olgu 3 ise tendon ekspozisyonu nedeniyle doğrudan greftlemeye uygun olmayan zeminde, VAC'ın yetersiz kaldığı durumda BTM'nin güvenle kullanılabileceğini ve kısa sürede greftlemeye uygun bir yüzey oluşturduğunu göstermektedir.

Sonuç

Bu seride VAC tedavisinin yetersiz kaldığı olgularda BTM ile güvenilir granülasyon ve başarılı kapatma sağlanmıştır. Bulgular, BTM'nin yalnızca greftlemeye hazırlık değil, bazı durumlarda sekonder iyileşme ile nihai kapanmayı da mümkün kılabileceğini göstermektedir. Ayrıca, rekonstrüktif seçeneklerin tükendiği komplike olgularda etkili bir alternatif olarak değerlendirilebileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, BTM'nin etkinliğinin daha yüksek kanıt düzeyi sağlayacak geniş vaka serileri ile desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Biyobozunur Geçici Matris, Negatif Basınçlı Yara Tedavisi, Sakral Defekt, Yumuşak Doku Rekonstrüksiyonu

Resim 1. Olgu 1–3'te BTM uygulaması ve sonuçlar



(A) Olgu 1: Başvuru anındaki defekt ve nekroze flep görünümü (B) Olgu 1: BTM uygulaması sonrası intraoperatif görünüm. (C) Olgu 1: BTM sonrası 4. haftada granülasyon dokusu. (D) Olgu 1: Postoperatif 4. ay nihai görünüm. (E) Olgu 2: Tibia ön yüzünde defekt (BTM öncesi). (F) Olgu 2: BTM uygulaması sonrası intraoperatif görünüm. (G) Olgu 2: Postoperatif 6. ayda tamamen sekonder iyileşmiş defekt. (H) Olgu 3: Ayak dorsumunda tendon ekspozisyonu (BTM öncesi). (I) Olgu 3: BTM sonrası 4. haftada granülasyon dokusu. (J) Olgu 3: KKDG sonrası postoperatif 10. gün görünümü.

SB-152

Parçalı Yüz Kesilerinde Erken Dönem Yağ Enjeksiyonunun Skara Etkisi;Deneysel destekli Klinik Sonuçlarımız

Emrah Kağan Yaşar[1], Samet Kaya[1], Batuhan Polat[1], Ceyhun Uzun[1], Can İlker Demir[2], Ahmet Tuğrul Eruyar[3], Murat Şahin Alagöz[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kocaeli
[2]İstanbul Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul
[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Patoloji Ana Bilim Dalı,Kocaeli

Amaç

Yağ dokusu, biyouyumluluğu, kolay erişilebilirliği ve rejeneratif potansiyeli nedeniyle estetik ve rekonstrüktif cerrahide yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak yağ greftlerinin uzun dönem yaşamsallığı ve öngörülemeyen rezorpsiyon oranları, klinik uygulamalarda önemli bir kısıtlayıcı faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, yağ greftlerindeki adipoz kökenli mezenkimal kök hücrelerin (ADSC) yara iyileşmesini hızlandırabileceğini ve fibrotik yanıtı azaltabileceğini ortaya koymuştur. Bu çalışmanın amacı, travmaya bağlı deri bütünlüğü bozulmuş alanlara uygulanan yağ greftlerinin akut ve kronik fazda karşılaştırmalı etkinliğini hem deneysel model hem de klinik uygulama ile ortaya koymak ve erken faz uygulamanın yara iyileşmesi üzerindeki potansiyel faydalarını değerlendirmektir.

Yöntem

Etik kurul onayı alındıktan sonra, deneysel faz için 300–400 gram ağırlığında toplam 30 Wistar albino sıçan kullanıldı. İnguinal bölgeden elde edilen yağ dokuları sırt bölgesine oluşturulan subkutan poşlara yerleştirildi. Hayvanlar üç gruba ayrıldı:

Grup 1 (Akut uygulama): Sırt bölgesine 3x3 cm'lik alanda 27-G iğne ile travma uygulandıktan hemen sonra yağ grefti yerleştirildi

Grup 2 (Kronik uygulama): Aynı travma uygulamasından bir hafta sonra yağ grefti yerleştirildi.

Kontrol grubu: Önceden travma uygulanmaksızın yalnızca yağ grefti yerleştirildi.

Yağ greftleri 16 hafta boyunca yerinde bırakıldı. Sonrasında greftler çıkarılarak hacim ve ağırlık ölçümleri yapıldı, histolojik ve immünohistokimyasal analizler gerçekleştirildi. Histolojik değerlendirmelerde adiposit bütünlüğü, inflamasyon, kist/vakuol varlığı ve fibrozis düzeyleri dört dereceli (0–3) skorlama sistemi ile değerlendirildi. Anjiyogenez, kapiller indeks ile ölçüldü. İstatistiksel analizlerde parametrik olmayan veriler için Kruskal-Wallis ve Dunn post hoc testleri uygulandı.

Ayrıca, klinik fazda komplike yüz laserasyonları bulunan toplam 6 hasta, akut dönemde yağ grefti uygulaması ile tedavi edildi. Yağ, Coleman tekniği ile karın bölgesinden elde edilerek mikrofat haline getirildi ve fanning tekniğiyle intradermal ve subdermal düzeylere enjekte edildi. Olguların 1 yıllık takibi yapıldı.

Bulgular

Deneysel fazda:

Kapiller yoğunluk açısından en yüksek ortalama Grup 1'de gözlense de, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.061).

Adiposit bütünlüğü, inflamasyon ve kist/vakuol varlığı yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Fibrozis düzeyleri açısından ise anlamlı fark mevcuttu (p=0.002). Dunn testi sonuçlarına göre:

Kontrol grubundaki fibrozis düzeyi, Grup 1'e göre anlamlı derecede yüksekti (p=0.001).

Grup 2 ile kontrol grubu arasında da anlamlı fark vardı (p=0.036).

Ancak Grup 1 ile Grup 2 arasında anlamlı fark gözlenmedi (p>0.05).

Klinik fazda:

Uygulanan 6 hastanın tamamında enfeksiyon, yağ nekrozu veya kist oluşumu gibi komplikasyonlara rastlanmadı.

Özellikle 2 hasta olgusu detaylı olarak sunuldu; bu olgularda frontal sinir onarımı ve nanofat enjeksiyonu uygulanmış, bir yıl sonunda estetik ve fonksiyonel sonuçlar başarılı bulunmuştur.

Yağ greftleme işlemi sırasında kontur deformitelerinin önlenmesi adına fanning tekniği ile dikkatli uygulama yapıldı. Periorbital gibi ince ciltli bölgelerde mikrofat yerine nanofat tercih edildi.

Tartışma

Çalışmanın deneysel bulguları, erken dönemde uygulanan yağ greftlerinin en az gecikmiş uygulamalar kadar etkili olduğunu ve fibrozis gelişimini azalttığını göstermiştir. Kapiller yoğunluk ve adiposit bütünlüğü açısından anlamlı farklılık olmaması, travmatize alıcı yatağın greft yaşamsallığına doğrudan olumsuz etkisi olmadığını düşündürmektedir. Önceki literatürde bildirildiği gibi, mikroiğneleme ve silikon implant gibi yöntemlerle alıcı yatakta vaskülaritenin artırılmasının yağ grefti yaşamsallığını iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde iğneleme sonrası yapılan greftleme uygulamalarıyla kontrol grubuna kıyasla daha az fibrozis gözlenmiştir.

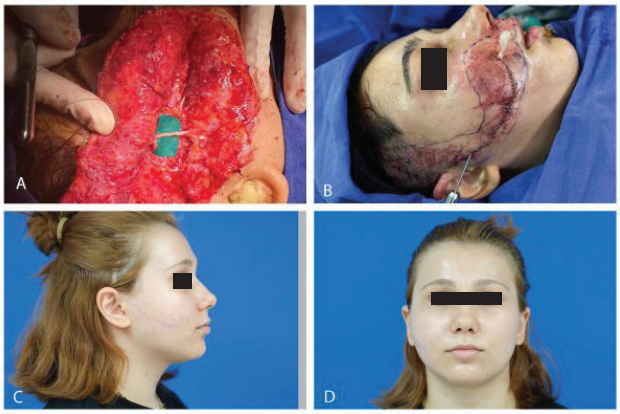
ADSC'lerin, TGF-β1 aracılı fibrozisi baskılaması, anjiyogenezi artırması ve doku elastikiyetini iyileştirmesi, yağ greftinin yara iyileşmesini olumlu yönde etkileyen temel mekanizmalar olarak değerlendirilmektedir. Alternatif tedaviler (kortikosteroidler, PRP, lazer, dolgu maddeleri) belirli faydalar sunsa da, yağ greftleme hem rejeneratif hem de volüm kazandırıcı etkileri tek seansta sunması açısından benzersizdir.

Sonuç

Bu çalışma, akut fazda uygulanan yağ greftlemesinin, fibrotik yanıtı azaltarak yara iyileşmesini destekleyebileceğini ve yüz laserasyonları gibi kompleks travmalarda güvenle kullanılabileceğini göstermiştir. Deneysel bulgular, kontrol grubuna kıyasla fibrozis gelişiminin anlamlı olarak azaldığını ortaya koyarken, klinik uygulamada da hasta memnuniyeti ve estetik sonuçlar tatmin edici bulunmuştur. Yağ grefti, uygun tekniklerle uygulandığında, hem estetik hem de fonksiyonel iyileşmeye katkı sağlayabilecek, etkili ve güvenli bir erken müdahale seçeneği olarak değerlendirilebilir. Ancak daha geniş örneklemli, uzun vadeli çalışmalarla bu bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: mikrofat, nanofat, skar, yağ enjeksiyonu

RESİM 1



A:perop eksplorasyon ve fasial sinirin frontal dalının kesik olduğu görsel B:Onarım sonrası yağ enjeksiyonunun yapıldığı görsel C:Onarım sonrası 1.yılda yandan görünüm D:Onarım sonrası 1. yılda önden görünüm

SB-153

Yara Tedavisinde Geleneksel Tedavi Uygulamaları; Biyoterapi Uygulanan Hastaların Retrospektif Değerlendirmesi

Ongun Alanlı, Kurtuluş Öz, Agit Sulhan,
Ahmet Uğur Bilmez, Perçin Karakol
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Özet

Bu retrospektif çalışmada, maggot tedavisi (larva debridman tedavisi, MDT) ve hirudoterapinin (sülük tedavisi) kronik yara yönetimi ve mikrocerrahi uygulamalardaki etkinlikleri değerlendirildi. Çalışmaya 01.06.2024 – 01.02.2025 tarihleri arasında kliniğe başvuran toplam 38 hasta dahil edildi (25 hirudoterapi, 13 maggoterapi). En az üç seans maggoterapi tedavisi sonrası granülasyon dokusunda artış ve yara akıntısında azalma gözlendi. Venöz konjesyona bağlı hirudoterapi uygulanan serbest flep ve minör replantasyon yapılan hastalardan 11 hastadada (%44) parsiyel veya total flep/replantasyon nekrozu gelişirken, 14 hastada (%66) tam iyileşme sağlandı. Uygun hasta seçimi ve standartizasyon ile Geçmişte geleneksel yöntem olarak görülen maggot tedavisi ve hirudoterapi, günümüzde kanıta dayalı olarak yara yönetimi ve mikrocerrahi kurtarma girişimlerinde yardımcı tedaviler olarak yeniden önem kazanmıştır.

Giriş:

Maggot tedavisi (larva debridman tedavisi, MDT) ve hirudoterapi (sülük tedavisi), canlı organizmaların tedavi amacıyla kullanıldığı iki biyoterapötik yöntemdir. MDT, steril sinek larvalarının (çoğunlukla Lucilia sericata) yaralara uygulanarak debridman, dezenfeksiyon ve iyileşmenin sağlanmasını amaçlar. Hirudoterapi ise tıbbi sülüklerin (Hirudo medicinalis) kullanılmasıyla venöz drenajın artırılması, doku konjesyonunun azaltılması ve antikoagülan, antiinflamatuvar, analjezik etkilere sahip biyolojik aktif mediyatörlerin salınmasını sağlar. Özellikle free flap ve minör replantasyon yapılan hastalarda venöz dönüşün yetersiz olması durumunda hirudoterapinin olumlu etkinliği bildirilmiştir. Bu çalışmada retrospektif olarak kliniğimize başvuran; sakral dekübit ve diyabetik ayak sebebi ile kronik yarası olan hastaların demografik verileri, şikayetlerinin insidansı ve yara yerinin üzerindeki etkinliği araştırılmıştır. Ayrıca minör replantasyon yapılan hastaların demografik verileri, komobirdleri, replantasyon seviyeleri, replantasyon başarı oranları kaydedilmiştir. Serbest flep yapılan hastaların da demografik verileri, komorbidleri, venöz konjesyon insidansları ve başarı oranları not edilmiştir.

Yöntem:

Bu çalışmaya retrospektif olarak 01.06.2024 – 01.02.2025 tarihleri arasında kliniğimizde polinikten yatan sakral dekübit, diyabetik ayak hastaları, serbest doku nakli yapılan ve acil servisten opere ettiğimiz minör replantasyon yapılan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların yönlendirme başvuruları / etiyolojileri, demografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Medikal kayıtları, uygulanan tedavilerin süresi ve sonuçları HBYS sistemi üzerinden retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların takip süreçlerinde yara yeri takiplerinde periyodik fotoğraflar alınmıştır. Her iki tedavide klinik değişkenlerin analizi ve karşılaştırılması için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular:

Toplamda 38 hasta (Hirudoterapi / Maggoterapi (25 % 65,7 /13, % 44,3) bu çalışmaya dahil edildi. Maggoterapi tedavisi uygulanan olguların yara yatakları değerlendirildi. Ortalama yaş kadınlarda 57,6 ve erkeklerde 62,4 olarak belirlenmiştir. En sık gözlenen semptom akıntılı ve kötü kokulu yaraydı (%90). Sekiz vakada (%61,5) alt ekstremitelerde diyabetik ülser, beş vakada (%38,5) ise sakral dekübit ülseri vardı. En az 3 seans kurtçuk tedavisinden sonra yara yataklarının granülasyon dokusu açısından daha zengin olduğu ve kurtçuk tedavisi öncesine kıyasla akıntının azaldığı gözlenmiştir. Toplamda Hirudoterapi uygulanan 25 hastanın ortalama kadın yaşı 32,7 erkeklerde ise 28,8 olarak tespit edilmiştir. 11 (%44) hastada total veya parsiyel flep / replantasyon nekrozu görülürken, geri kalan 14 (%66) hastada total iyileşme izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Geçmişte geleneksel yöntem olarak görülen maggot tedavisi ve hirudoterapi, günümüzde kanıta dayalı olarak yara yönetimi ve mikrocerrahi kurtarma girişimlerinde yardımcı tedaviler olarak yeniden önem kazanmıştır. Uygun hasta seçimi, steril tekniklere uyum ve komplikasyon takibi, başarılı sonuçlar için kritik öneme sahiptir. Protokollerin standardizasyonu ve endikasyonların genişletilmesi amacıyla ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Referanslar

(1)Sherman RA. Maggot therapy for treating diabetic foot ulcers unresponsive to conventional therapy. Diabetes Care. 2003;26(2):446–451.

(2)Mumcuoglu KY. Clinical applications for maggots in wound care. Am J Clin Dermatol. 2001;2(4):219–227.

(3) Whitaker IS, et al. Hirudo medicinalis: ancient origins of, and trends in the use of medicinal leeches throughout history. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004;42(2):133–137.

(4)Whitaker IS, et al. Leech therapy in reconstructive microsurgery—a review. Microsurgery. 2012;32(3):240–245.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik yara, Kronik yara, Maggoterapi, Hirudoterapi, Flep nekrozu, Replantasyon

SB-154

İnguinal Doku Defektlerinde Flep ile Rekonstrüksiyon Seçenekleri: Klinik Yaklaşımımız

Kamuran Zeynep Sevim, Mutlu Deng Alvaç, İbrahim Akpınar, Yunus Emre Atmaca, Furkan Tok
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

İnguinal bölge rekonstrüksiyonu, karmaşık anatomik yapısı, büyük damar yapılarına yakınlığı ve yüksek mekanik zorlanma alanı olması nedeniyle rekonstrüktif cerrahide önemli bir zorluk oluşturmaktadır. Özellikle onkolojik cerrahiler, kalp damar cerrahisini ilgilendiren vasküler operasyonlar ve inguinal enfeksiyonlar sonrası ortaya çıkan geniş inguinal doku defektlerinde, güvenilir ve sağlam yumuşak doku örtüsü sağlamak; enfeksiyon, damar maruziyeti ve yara ayrışması gibi komplikasyonları önlemek açısından kritik öneme sahiptir[1]. Bu çalışmanın amacı, büyük inguinal defektlerin lokal flepler ile rekonstrüksiyonunda fonksiyonel sonuçları, komplikasyon oranlarını ve uzun dönem dayanıklılığı değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2020-2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi kliniğinde; malignite eksizyonu, enfeksiyon veya travma nedeniyle doku kaybı gelişen ve lokal flepler ile (VRAM[Vertikal Rektus Abdominis Myokütanöz], TFL[Tensor Fasya Lata], sartorius muskulokütan flepleri; rotasyon, ve V-Y ilerletme fasiyokütan flepleri) rekonstrüksiyon uygulanan 11 hasta (ortalama yaş 60,4 yıl, 5 VRAM flebi, 3 TFL flebi, 2 ilerletme flebi, 1 rotasyon flebi) retrospektif olarak değerlendirildi. Defekt boyutları, flep tasarımı, erken ve geç postoperatif komplikasyonlar (flep kaybı, yara ayrışması, seroma, enfeksiyon), hastanede yatış süresi ve fonksiyonel sonuçlar analiz edildi. Tüm hastalar minimum 18 ay takip edildi.

TARTIŞMA

İnguinal bölge doku defektlerinde kas flepleri, fasyokütan fleplere kıyasla yüksek vaskülarizasyonları sayesinde enfeksiyon kontrolü ve hızlı iyileşme avantajı sunar[3]. Derin boşluk doldurma kapasiteleri büyük ve düzensiz defektlerde etkilidir. Küçük–orta boy yüzeyel defektlerde V-Y ilerletme veya rotasyon flepleri tercih edilirken, geniş ve üç boyutlu defektlerde VRAM flebi güvenilir kapatma sağlar. Daha lateral yerleşimli veya vasküler yapılara yakın defektlerde TFL flebi uygun bir seçenektir. Bu yaklaşım, defektin boyutu, derinliği, enfeksiyon varlığı ve çevre doku kalitesi değerlendirilerek seçilmelidir. VRAM flebi, geniş inguinal defektlerde güçlü yumuşak doku örtüsü sağlaması ve büyük damarları emniyetli şekilde kapatması nedeniyle güvenilir bir çözüm sunar[3]. Tam kas içeren VRAM flepleri daha büyük ve kompleks defektlerde tercih edildi. Donör saha komplikasyonları arasında en sık detaşman (%27 [n=3]) ve geç dönem karın duvarı zayıflığı (%18 [n=2]) görüldü. İnguinal bölgede flep ile sağlanan kalıcı yumuşak doku örtüsü sayesinde hiçbir hastada damar grefti veya protez materyalinin ekspozisyonu saptanmadı. Hastaların %81'i (n=9) postoperatif ikinci ayda bağımsız yürüme kapasitesine ulaştı.

SONUÇ

Geniş inguinal defektlerin lokal flepler, özellikle VRAM flebi ile rekonstrüksiyonu; güvenilir doku örtüsü, yüksek başarı oranı ve kabul edilebilir donör saha komplikasyonları ile etkili bir yöntemdir[4]. Özellikle vasküler greft veya protez kullanılan durumlarda, VRAM flebi damar maruziyetini önleyerek yara iyileşmesini hızlandırır ve fonksiyonel sonuçları iyileştirir[5].

KAYNAKLAR

1. Papadopulos NA, Kovacs L, Krammer S, Biemer E. Reconstruction of the groin region following oncological surgery. Ann Plast Surg. 2006;56(6):639-45.

2. Zhang H, Li Z, Li J, Zhu L, Ibrahim Y. The pedicled flap of adductor longus, a new technique for inguinal reconstruction. Front Surg. 2021;8:639893.

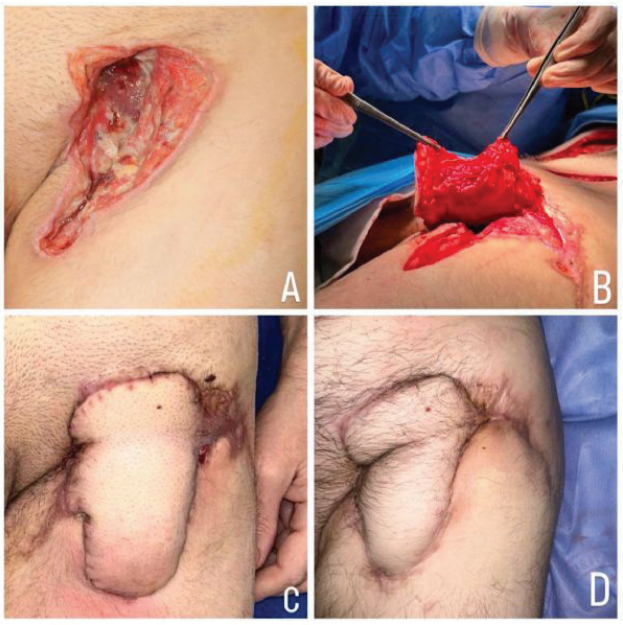
3. Malata CM, Backhurst JD, McLean NR, Scott JR. Reconstruction of complex groin wounds by the rectus abdominis musculocutaneous flap. Br J Plast Surg. 1994;47(6):397-404.

4. Heller L, Levin LS. Lower extremity microsurgical reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2001;108(4):1029-41.

5. Bellows CF, Smith A, Mair B, Helmer SD. Reconstruction of complex groin wounds using muscle flap coverage. Am J Surg. 2006;192(6):774-7.

Anahtar Kelimeler: Doku defekti, İnguinal Rekonstrüksiyon, Kas Flebi, VRAM

A: Sol İnguinal Doku Defekti B: Defektin Kapatılmasına Yönelik Planlanan VRAM Flebi C: Postoperatif 1. Ay D: Postoperatif 2. Ay



SB-155

Abdominal Nekrotizan Sweet Sendromu: Nekrotizan Fasiiti Taklit Eden Nadir Bir Tanısal Tuzak

Mustafa Kamer, Menekşe Kastamoni, Süleyman Çeçen, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Özet

Nekrotizan Sweet sendromu (nSS), nadir görülen ve sıklıkla nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonlarını taklit ederek yanlış tanıya ve gereksiz cerrahi girişimlere yol açabilen ciddi bir nötrofilik dermatozdur.

Bu yazıda, remisyona girmiş akut miyeloid lösemili 46 yaşındaki bir kadında karında hızla ilerleyen, başlangıçta nekrotizan fasiit olarak yanlış teşhis edilen nekrotik cilt lezyonları gelişmiştir. Agresif cerrahi debridmana rağmen lezyonlar ilerlemiş olup kültürlerin steril olması, fasyal tutulumun olmaması ve tekrarlayan biyopsilerde yoğun nötrofilik infiltrasyon görülmesiyle nSS tanısı konmuştur. Kortikosteroid ve intravenöz immünoglobulin ile tedaviye dramatik yanıt alınmış, yeni lezyon gelişimi durdurulmuş ve cilt greftleri ile yara kapanması sağlanmıştır.

Giriş

Sweet sendromu (SS), ya da akut febril nötrofilik dermatoz, ateş, ağrılı eritematöz deri lezyonları ve yoğun nötrofilik infiltrasyonla karakterize nadir bir inflamatuvar hastalıktır. SS'in klasik, malignite ile ilişkili ve ilaca bağlı alt tipleri bulunur. Hematolojik maligniteler, özellikle akut miyeloid lösemi (AML) ile güçlü bir ilişki gösterir. Lezyonlar genellikle yüz, boyun, gövde ve ekstremiteleri etkiler.

Nekrotizan Sweet sendromu (nSS) ise bu tablonun daha da nadir, ancak klinik olarak nekrotizan fasiit gibi ölümcül enfeksiyonları taklit eden agresif bir varyantıdır. Bu olgu sunumunda, remisyona girmiş AML'li bir hastada, karın bölgesinde gelişen ve nekrotizan fasiit ile karıştırılan abdominal nSS tablosu ele alınmış; doğru tanının nasıl cerrahiden çok immünsüpresif tedaviyle hayat kurtarıcı olduğu vurgulanmıştır.

Olgu Sunumu

46 yaşındaki kadın, acil servise karın sol tarafında lokalize, hızla ilerleyen nekrotik deri lezyonları ve sistemik inflamasyonla başvurdu (Şekil a). Ateşi 39,4°C idi, CRP 307,4 mg/L ve lökosit sayısı 21.02×10⁹/L olarak saptandı. Klinik durumu orta derecede bozulmuştu. Özgeçmişinde AML-M2 nedeniyle beş yıl önce allojenik kök hücre nakli yapılmış ve remisyondaydı.

Dermatolojinin ilk klinik değerlendirmesi piyoderma gangrenozum yönündeydi. Biyopsi yapıldı. Histopatolojik inceleme nekrotizan fasiiti dışlamasa da kuşkuyu artırdı. Nekrotizan fasiit için Laboratuvar Risk Göstergesi (LRINEC) skoru 10 idi. Hasta cerrahi debridmana alındı. Meropenem, teikoplanin ve liposomal amfoterisin B içeren geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine başlandı.

İlk debridman sonrası yeni lezyonlar ortaya çıktı, lezyonlar karnın sağ tarafına yayıldı (Şekil b). CRP başlangıçta düşse de (197 mg/L), yeni lezyonların gelişimiyle tekrar yükseldi (259 → 288 → 311 mg/L).

LRINEC kriterlerini karşılamasına ve agresif cerrahilere rağmen lezyonlar ilerlemeye devam etti (Şekil c). Kültürler sterildi, histopatolojide fasyal nekroz yoktu. Seri biyopsiler yoğun dermal nötrofilik infiltrat, karışık inflamatuvar hücre popülasyonları ve dermal fibrozisi gösterdi. Klasik fasyal tutulumun olmaması ve kültür negatiflikleri, tanının gözden geçirilmesine ve Nekrotizan Sweet sendromu tanısının konmasına neden oldu.

Dermatoloji önerisiyle sistemik prednizolon (80 mg/gün) başlandı. AML nüksü olasılığı nedeniyle hematoloji görüşü alındı. Kemik iliği biyopsisinde megaloblastik eritroid aktivite saptandı, relaps dışlanamadı. Bu nedenle IVIG (25 g, 3 haftada bir, toplam 2 doz) başlandı.

Tedavi sonrası günler içinde belirgin klinik iyileşme sağlandı. Yeni lezyonlar durdu, mevcutlar geriledi, ek cerrahiye gerek kalmadı. Ateş, CRP ve WBC düzeyleri hızla normale döndü. Sistemik steroidlerle inflamasyon kontrol altına alınınca hasta başarılı şekilde cilt grefti ile tedavi edildi (Şekil d-e). Postoperatif süreç sorunsuzdu, 10. gün taburcu edildi. Beş aylık takipte oral prednizolon (80 mg → 4mg) ile lezyonlarda tam düzelme görüldü. (Şekil f)

Tartışma

Nekrotizan Sweet sendromu (nSS), nadir görülen ancak klinik olarak nekrotizan fasiiti taklit ederek ciddi tanısal tuzaklar oluşturan bir nötrofilik dermatozdur. Literatürde bildirilen vakaların büyük kısmı ilk aşamada enfeksiyon zannedilerek antibiyotik tedavisine ya da cerrahi girişime yönlendirilmiş, ancak steril kültürler ve biyopsilerle nSS tanısı sonradan konabilmiştir [1,2,9].

Sunulan olgu, AML remisyonu sırasında, abdominal yerleşimli nSS gelişmesi bakımından literatürdeki çoğu vakadan ayrılmaktadır [2–4]. Özellikle Charpy ve arkadaşlarının serisinde abdominal tutulumun çok nadir olduğu, Strong ve Neumann gibi yazarlarda ise olguların genellikle aktif hematolojik hastalık döneminde ortaya çıktığı bildirilmiştir [2–4].

Tanı, klinik benzerlikler ve yüksek LRINEC skoruna rağmen; fasyal tutulumun olmaması, steril kültürler ve tekrarlayan biyopsilerde nötrofilik infiltrasyon ile doğru şekilde konabilmiştir. Cerrahi sonrası lezyonların yayılması, paterji etkisini düşündürmüş; bu durum Hresko ve Vongsachang gibi çalışmalarda da benzer şekilde bildirilmiştir [1,5].

Kortikosteroid ve IVIG tedavisiyle hızlı ve belirgin klinik yanıt alınmış, ek cerrahi gereksinim ortadan kalkmıştır. Bu bağlamda, bizim olgumuz nadir lokalizasyon, remisyon döneminde gelişme ve cerrahiden çok immünsüpresif tedaviyle tam iyileşme sağlanması bakımından literatürdeki diğer vakalardan ayrılarak özgün katkı sunmaktadır.

Sonuç

Nekrotizan Sweet sendromu, hematolojik malignitelerle ilişkili, klinik olarak enfeksiyonu taklit eden ve tanıda kolaylıkla gözden kaçabilen nadir ancak ciddi bir tablodur. Özellikle abdominal yerleşim gibi atipik tutulumlar, tanı sürecini daha da zorlaştırır. Enfeksiyöz görüntüye rağmen steril kültürler ve fasyal tutulum olmaması gibi ipuçları doğru tanıya yönlendirmelidir.

Bu tür olgularda nSS'yi erken fark etmek, cerrahiden kaçınmak ve immünsüpresif tedaviye zamanında geçmek, hem morbiditeyi hem de mortaliteyi belirgin şekilde azaltabilir.

Referanslar

1- Vongsachang H, Chiou CA, Azad AD, Lin LY, Yoon MK, Lefebvre DR, Stagner AM. Periorbital necrotizing sweet syndrome: A report of two cases mimicking necrotizing soft tissue infections. American Journal of Ophthalmology Case Reports 34 (2024) 102033.

2- Strong J, Zhou AE, Alkaabba F, Soldin D, Moon J, Alharthy H, Syed O, Liu Y, Turney K, Markidan J, Malone L, Lee ST, DeRosa P. A Case of Acute Myeloid Leukemia-Associated Necrotizing Sweet Syndrome. Case Rep Dermatol 2022;14:339–343.

3- Neumann MA-C, Nieper P, Simon F, Shimabukuro-Vornhagen A, Hallek M, Garcia Borrega J. A diagnostic challenge—First case of chronic lymphatic leukemia-associated necrotizing sweet syndrome. Eur J Haematol. 2024;112(4):650-653.

4- Charpy J, Chaghouri PE, Benattar N, Castet SM, Huguenin Y, James C, Fiore M. Atypical cases of necrotizing sweet syndrome in patients with myelodysplastic syndrome and acute myeloid leukaemia. British Society for Haematology

and John Wiley & Sons Ltd British Journal of Haematology, 2020, 191, e5–e37.

5- Hresko AM, Pickrell BB, Harper CM. Necrotizing Sweet Syndrome of the Hand and Forearm in the Immediate Postoperative Period: Case Report. HAND. 2023;19(7):NP1-NP7. doi:10.1177/15589447231207978

6- Sutra-Loubet C, Carlotti A, Guillemette J, Wallach D. Neutrophilic panniculitis. J Am Acad Dermatol. 2004;50(2):280-285. doi:10.1016/j.jaad.2003.10.006

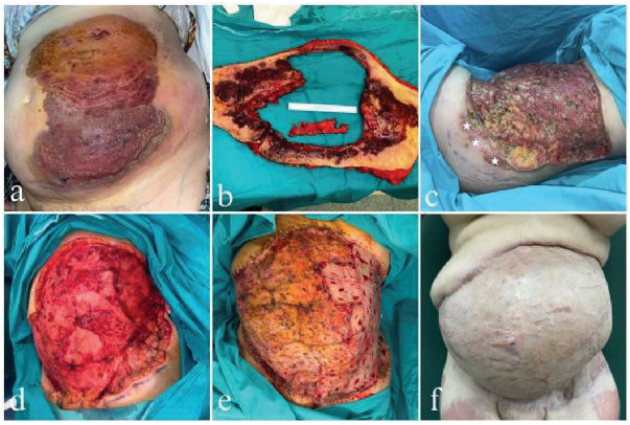
7- Yu KQ, Li HX, Wu J. Suspected coexistence of perianal necrotizing sweet syndrome in chronic myelomonocytic leukemia: A case report. World J Gastrointest Surg. 2024;16(4):1176-1183. doi:10.4240/wjgs.v16.i4.1176

8- Watson SL, Kuo A, Kishi SH, Fat MN, Boxrud CA. Periorbital Necrotizing Sweet's Syndrome: A Case Report. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2023;39(6):e197-e199. doi:10.1097/IOP.0000000000002463

9- Sanchez IM, Lowenstein S, Johnson KA, et al. Clinical Features of Neutrophilic Dermatosis Variants Resembling Necrotizing Fasciitis. JAMA Dermatol. 2019;155(1):79-84. doi:10.1001/jamadermatol.2018.3890

Anahtar Kelimeler: nekrotizan sweet sendromu, nekrotizan fasiit mimikri, abdominal tutulum, steroid tedavisi, lösemi, yanlış tanı

Olgu



a. Hastanın acil servise başvurduğu andaki cilt lezyonu. b. İlk debridmandan sonra gelişen yeni lezyonlara ait debridman materyali. c. Tekrarlayan debridmanlara rağmen ortaya çıkan yeni lezyonlar (yıldız işareti ile gösterilmiştir). d. Çoklu debridmanlar ve sistemik kortikosteroid tedavisi sonrasında oluşan abdominal doku defekti. e. Defektin iki seansta tamamen greftlenmesi. f. Postoperatif 5. ayda görünüm.

SB-156

Kompleks Doku Defekti İçeren Yaraların Dermal Matris ile İki Aşamalı Rekonstruksiyonu

Ahmet Said Doğruyol, Mustafa Onat Çetin, Serdar Can Yıldırım, Furkan Sarıkocalar, Murat Sinan Engin, Ahmet Demir
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş:

Kompleks yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu, özellikle tendon, kemik, eklem ya da protez gibi kritik yapıların ekspoze olduğu durumlarda ciddi cerrahi zorluklar yaratır. Bu tür defektlerde geleneksel deri grefti uygulamaları, uygun dermal yatak sağlanamadığı sürece yetersiz kalır ve greft başarısızlığı ile sonuçlanabilir. Dermal rejeneratif matriksler, bu eksikliği telafi etmeyi amaçlayan önemli bir teknolojik gelişme olarak öne çıkmaktadır.

NovoSorb® Biyobozunur Geçici Matris (BTM), tamamen sentetik, poliüretan bazlı ve iki aşamalı bir uygulama protokolüne sahip bir dermal yedek ürünüdür. Açık hücreli yapısı sayesinde hücresel infiltrasyon ve neovaskülarizasyonu destekleyerek stabil bir neodermis tabakası oluşumuna olanak tanır. Bu özellikleri sayesinde kemik, tendon gibi greft uygulanamayacak yüzeyleri deri greftlemesine uygun hale getirir ve cerrahın rekonstrüktif yelpazesini genişletir [1,2].

2 mm kalınlığında biyobozunur poliüretan açık hücreli köpük ile kaplı olan BTM, hücresel infiltrasyonu kolaylaştıran ve neo-dermis oluşumu için bir iskele görevi gören açık hücre yapısı içerir. Ayrıca, fizyolojik yara kapanmasını sağlayan ve malzemenin altındaki sıvı birikimini önlemek için fenestrasyonlara sahip biyobozunur olmayan bir kapatma membranı içerir.

BTM uygulaması iki aşamalı bir süreç olup İlk aşamada, BTM debridmanı yapılmış cerrahi sağlatımı sağlanmış temiz bir yara zeminine uygulanır ve entegrasyon aşamasında matris içine hücreler ve kan damarları girerek vaskülarize neo-dermis oluşur. Kapiller solma dolma iki hafta kadar erken bir sürede gözlemlenebilir. Poliüretan matris hidroliz yoluyla bozulur. İkinci aşamada, kapama membranı çıkarılır ve neo-dermis üzerine kısmı kalınlıkta deri grefti uygulanır. BTM uygulamasının geleneksel deri greftlemesine göre ciddi üstünlükleri vardır öncelikle oluşturduğu neodermis tabakası sayesinde ekspoze tendon ve kemiğin bulunduğu yaraları greftlenmeye uygun hale getirir. Dermisin doğal kalınlığı sayesinde yalnızca deri grefti uygulanan alana göre daha estetik bir sonuç sağlar, kontraktürü en az seviyeye getirir.

BTM'nin yara yatağını hazırlamada ve özellikle ekspoze yapılarda neodermis oluşturmadaki etkinliği son yıllarda pek çok çalışmada gösterilmiştir. 2022 yılında yapılan bir sistematik derlemede, BTM'in çeşitli endikasyonlarla (travma, ülser, bası yaraları) kullanıldığı vakalarda başarılı sonuçlar elde edildiği vurgulanmıştır [1]. Benzer şekilde, 2023'te yayımlanan bir klinik seri, kompleks travmatik doku defektlerinde BTM'nin etkili entegrasyon ve başarılı greftleme sağladığını göstermiştir [2]. Ayrıca, çocuk hastalarda da güvenle kullanılabileceği, pediatrik olgulara dair sunulan vaka serileriyle desteklenmiştir [3].

İnsanda ilk kullanım, bası yaraları için negatif basınçlı yara tedavisinde (NBYK) poliüretan köpük prototipi (NovoPore™) olarak gerçekleştirilmiştir ve kısa süreli implantasyonun olumsuz reaksiyonlara neden olmadığını gösterilmiştir.

Bu vaka serisinde kliniğimizde Eylül 2023 ile Temmuz 2025 arasında NovoSorb® BTM kullanılarak iki aşamalı rekonstrüksiyon uygulanan yedi olgunun klinik sonuçları sunulmaktadır.

Amaç

Bu çalışmada, karmaşık doku defekti içeren ve konvansiyonel rekonstrüktif yöntemlerle başarı sağlanamayan vakalarda NovoSorb® Biyobozunur Geçici Matris (BTM) kullanılarak gerçekleştirilen iki aşamalı rekonstrüksiyonun klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Özellikle ekspoze tendon, kemik ve travmatik kayıplarda dermal matris kullanımının yara iyileşmesine, greft tutulumuna ve estetik/işlevsel sonuçlara olan katkısı incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif vaka serisi çalışmasında, Eylül 2023 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimizde dermal matris (NovoSorb® BTM) ile iki aşamalı rekonstrüksiyon uygulanan 6 hasta değerlendirildi.

Hasta seçimi kriterleri:

• Ekspoze tendon, kemik veya eklem içeren karmaşık doku defektleri

• Daha önce başarısız flep girişimi öyküsü olan ya da klasik yöntemlerle kapatılması mümkün olmayan defektler

• En az bir negatif basınçlı yara kapama tedavisi (NBYK) süreci sonrası uygun granülasyon dokusu gözlenen hastalar

Uygulama süreci:

1. Aşama: Tüm olgulara, debridmanı yapılmış ve NBYK ile granülasyon dokusu desteklenmiş yara zeminine NovoSorb® BTM uygulanmıştır. BTM; açık hücreli poliüretan köpük yapısı sayesinde hücresel infiltrasyona ve neodermis oluşumuna olanak tanımıştır.

Takip: Hastalar 3-4 gün aralıklarla poliklinik veya servis ortamında izlenmiş; enfeksiyon, seröz birikim, membran altında ayrışma açısından değerlendirilmiştir.

2. Aşama: Ortalama 4-6 hafta içinde, BTM'nin membranı çıkarılarak altındaki neodermis üzerine kısmı kalınlıkta deri grefti uygulanmıştır.

Bulgular

Tüm olgularda dermal matris ile entegrasyon sağlanmış, ortalama 32,3 gün (dağılım: 27–50 gün) sonunda greftlemeye geçilmiştir.

Yedi hastadan beşinde greftler %95'in üzerinde başarı ile tutmuştur. Bir hastada total greft kaybı, bir hastada ise bölgesel greft kaybı gözlenmiş, pansumanla sekonder iyileşmiştir.Bir hasta ise yara iyileşmesi henüz tamamlanmamışken takiplerini yarıda bırakmıştır.

İki hastada öncesinde serbest flep cerrahisi uygulanmış, ancak başarısızlık sonrası dermal matrisle başarı sağlanmıştır.

Ortalama hastanede kalış süresi 3 hafta olup, dermal matris sonrası hastalar taburcu edilerek ayaktan takip edilmiştir.

Sonuçlar

Çalışmamızda dermal matris (NovoSorb® BTM) kullanılarak iki aşamalı rekonstrüksiyon uygulanan toplam altı olgu değerlendirilmiştir. Çalışmadaki hastaların 4 tanesinde daha önce başarısız flep girişimlerini takiben dermal matris ile neo-dermis oluşumu sağlanabilmiş ve bu alanlar kısmi kalınlıkta deri grefti ile başarıyla örtülmüştür.

Anestezi süresi açısından değerlendirildiğinde, BTM uygulaması minimal cerrahi girişim gerektirdiğinden özellikle ilk aşama prosedürü, klasik flep cerrahilerine kıyasla daha kısa sürmektedir. Greftleme aşamasında da yalnızca membran eksizyonu ve greft yerleştirilmesi gerektiğinden ikinci aşama da cerrahi süre bakımından avantajlıdır.

Hastane yatış süresi, olguların çoğunda negatif basınçlı yara tedavisi sırasında uzasa da, BTM uygulamasının ardından hastaların büyük çoğunluğu taburcu edilerek poliklinik takibine alınabilmiştir. Bu durum, hem hastane kaynaklı komplikasyonların önlenmesine hem de hasta memnuniyetinin artmasına katkı sağlamıştır.

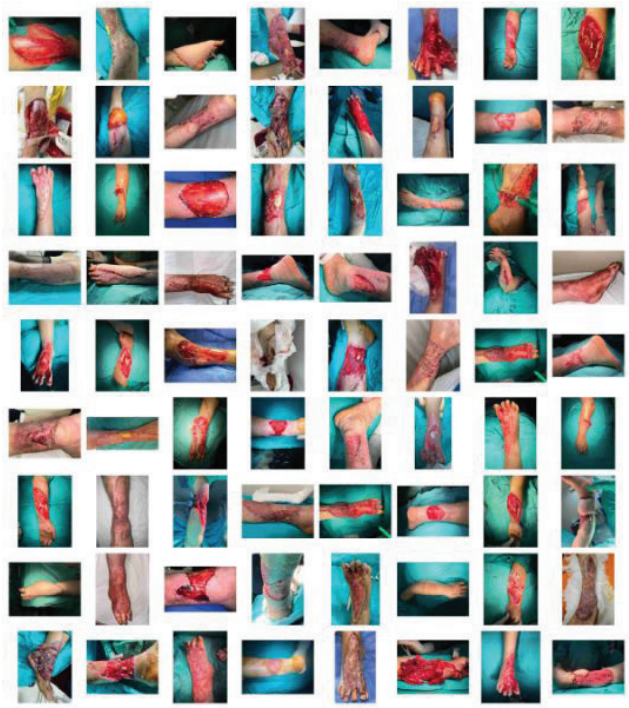
Stres düzeyi, özellikle başarısız rekonstrüksiyon deneyimi yaşamış hastalarda oldukça yüksekti. Ancak dermal matrisin öngörülebilir entegrasyonu ve ikinci aşamanın kontrollü zamanlaması hem hasta hem cerrahi ekip açısından yönetilebilirlik sağlamış, psikolojik ve teknik stresi önemli ölçüde azaltmıştır.

Maliyet-etkinlik yönünden bakıldığında, ilk bakışta dermal matris maliyetli bir ürün olarak görünse de, klasik fleplerin cerrahi süreleri, anestezi süresi, hastanede kalış ve komplikasyonlara bağlı revizyon oranları göz önünde bulundurulduğunda, dermal matrisin toplam tedavi maliyetini düşürdüğü söylenebilir. Ayrıca uygulamanın adımlı şekilde yapılabilmesi, cerrahın zamanlamayı kontrol etmesini ve gerekli durumlarda müdahaleyi kolaylaştırmasını sağlar.

Sonuç olarak, dermal matris (NovoSorb® BTM) kullanımı; anatomik olarak karmaşık ve rekonstrüksiyonu zor olan, ekspoze tendon ve kemik içeren defektlerde güvenilir bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Minimal invazivliği, estetik sonuçları, düşük komplikasyon oranı ve kontrol edilebilir tedavi süreci ile hem hasta hem de cerrah açısından yüksek memnuniyet sağlamıştır. Geniş vaka serileri ve uzun dönem takiplerle bu bulguların desteklenmesi, kullanım alanlarını daha da genişletecektir.

Anahtar Kelimeler: yara, matris, dermal, biyobozunur, defekt, ekspoze

Tüm hastaların preoperatif, peroperatif ve postoperatif fotoğrafları



Tüm hastaların preoperatif, peroperatif ve postoperatif fotoğrafları

SB-157

Etnik Rinoplastide Nazal Augmentasyon için Dual Plan Diced Kıkırdak Konsepti

Berat Bora Ok[1], Alpay Duran[2]
[1]Özel Muayenehane, İstanbul
[2]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç

Estetik cerrahinin en eski prosedürlerinden biri olmasına rağmen, rinoplasti günümüz cerrahları için hâlâ önemli bir zorluk teşkil etmektedir. "Etnik rinoplasti" terimi, genellikle Afrika, Doğu Asya, Orta Doğu, Güney Asya ve Latin Amerika kökenli bireyler gibi Kafkas olmayan popülasyonlarda yapılan rinoplasti işlemlerini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu nedenle, "etnik rinoplasti" tek bir prosedürü değil, birçok karmaşık unsuru barındıran geniş bir kavramı ifade eder [1]. Etnik rinoplasti, özellikle nazal dorsum ve radix bölgesinin augmentasyonu gerektiğinde cerrahlar için ek zorluklar yaratır. Dorsum ve radix augmentasyonu, etnik rinoplastide optimal estetik sonuçlar elde edebilmek açısından özellikle önemlidir; çünkü bazı anatomik yapılarda tatmin edici bir sonuç için bu bölgelerin augmentasyonu gerekebilir [2].

Bu çalışma, etnik rinoplasti olgularında nazal dorsum ve radix augmentasyonunu artırmak amacıyla geliştirilen yeni bir yöntem olan dual plan diced kıkırdak grefti konseptini tartışmayı ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bu yaklaşım, hem sub-SMAS hem de subperiostal düzlemlere kıyılmış kıkırdak yerleştirilmesini içermektedir.

Yöntem

Bu çalışma, etnik rinoplastide nazal dorsum augmentasyonunu iyileştirmek amacıyla uygulanan dual plan diced kıkırdak tekniğinin etkinliğini değerlendirmeyi hedeflemiştir. Çalışma, insanları içeren biyomedikal araştırmalar için Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Tüm hastalardan cerrahi işlem öncesinde yazılı onamalınmıştır.

Mayıs 2021 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında ameliyat edilen, yaş ortalaması 26,5 (dağılım: 18–47) olan toplam 54 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm olgular, nazal dorsum augmentasyonu gerektiren birincil etnik rinoplasti vakalarından oluşmakta olup, 31 kadın ve 23 erkek hastayı kapsamaktadır. Vakaların tamamı birincil rinoplastilerden oluşmakta; cerrahi yaklaşım olarak endonazal (n = 33) ve açık (n = 21) teknikler kullanılmıştır. Greft materyali olarak kostal kıkırdak tercih edilmiş, kıyılmış kıkırdak greftleri rektus fasiyası ile sarılmıştır. Tüm olgularda < 0.5 mm boyutundaki kıyılmış kıkırdaklar sub-SMAS düzleme, 1–2 mm boyutundaki ve fasya ile sarılmış kıyılmış kıkırdaklar ise subperiostal düzleme yerleştirilmiştir.

Bulgular

Yaşları 18–47 arasında değişen, yaş ortalaması 26,5 olan toplam 54 hasta, dual plan konseptinin uygulandığı etnik rinoplasti üzerine yürütülen bir araştırmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalarda birincil rinoplasti prosedürünün bir parçası olarak nazal dorsum augmentasyonu gerekmiştir (31 kadın, 23 erkek). Hastalar ortalama 17,3 ay (dağılım: 12–36 ay) süreyle takip edilmiştir. Ameliyatlar endonazal (33 olgu) ve açık teknik (21 olgu) olmak üzere iki farklı yaklaşımla gerçekleştirilmiş ve greft materyali olarak kostal kıkırdak tercih edilmiştir.

Dorsal augmentasyon amacıyla uygulanan dual plan konsepti, hem erken dönemde hem de uzun vadede stabil ve başarılı sonuçlar vermiştir. (Fig. 1)Cerrahlar tarafından yapılan bir yıllık değerlendirmede, 1 olgu yetersiz, 1 olgu orta, 2 olgu tatmin edici, 24 olgu çok tatmin edici ve 26 olgu mükemmel olarak sınıflandırılmıştır. Takip sürecinde greft rezorpsiyonu, enfeksiyon ya da nazal dorsumda cilt dolaşımına ilişkin herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır. Memnuniyetsizlik bildirilen iki vakada, kıkırdak greftlerinin görünürlüğü nedeniyle hastalar revizyon talep etmiş ve birinci yıl sonunda revizyon rinoplasti uygulanarak kıkırdaklar düzeltilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Etnik rinoplastide amaç, bireyin yüz estetiğini iyileştirmek, oransal uyum ve simetri sağlayarak yüzü daha dengeli hale getirmek ve bunu yaparken etnik özellikleri korumaktır. Batı toplumlarında küçültücü rinoplastinin yaygın olmasına karşın, etnik kökenli hastalarda yüz dengesini sağlamak için bazı bölgelerde augmentasyon gerekebilir [3].

Etnik kökenlere sahip bireylerin burun derisi genellikle kalın, sebase daha fazla fibrolipomatöz doku içerir. Bu fark özellikle burun ucunda belirgindir; bu durum, burun ucunun definisyonunu azaltır ve daha yuvarlak bir görünüm oluşturur. Ayrıca, cilt elastikiyetinin az olması nedeniyle, augmentasyon ve burun ucu projeksiyonu seviyelerinde kısıtlamalar ortaya çıkabilir [4,5].

Bu çalışmada, nazal dorsum augmentasyonu için derin temporal ya da rektus fasyası ile sarılmış kıyılmış kıkırdak greftlerinin 1–2 mm boyutlarında tutulması yoluyla imbibisyon etkisinin artırılması amaçlanmıştır. Buna ek olarak, düzensizlikleri gidermek ve kamuflaj sağlamak amacıyla 0.5 mm dermatome bıçağı ile elde edilen serbest kıyılmış kıkırdaklar çift düzlemde uygulanmıştır.

Dual plan diced kıkırdak greft tekniği dört temel avantaj sunmaktadır. Birincisi, poröz fasyanın uygulanması, perikondrium benzeri bir etki oluşturarak greftin yeniden damarlanmasını teşvik eder ve kıkırdak yaşamını artırır. İkincisi, kıyılmış kıkırdakların 1–2 mm arasında tutulması, imbibisyon için ideal yüzey alanını sağlar. Üçüncüsü, periost üzerinde ayrı bir cep oluşturulması, hem kamuflaj etkisini hem de ultrafine kıkırdağın çevre dokularla temas yüzeyini artırarak nazal dorsum augmentasyonunu iyileştirir.

Etnik vakalarda rinoplasti uygulamaları, dikkatli preoperatif analiz, ileri düzeyde anatomik bilgi, estetik standartların ve kültürel hassasiyetlerin anlaşılmasını gerektirir. Nazal dorsum ve radix augmentasyonunda, fasyayla sarılmış kıyılmış kıkırdak kullanımıyla ilişkili dört teknik zorluk öne çıkmaktadır: aşırı düzeltme, greftin görünürlüğü, geçiş bölgelerinde basamaklanma ve sıkı periost nedeniyle yetersiz projeksiyon.

Bu çalışmaya katılan hastalar genellikle belirgin augmentasyon talep etmiştir. Bu doğrultuda, geçiş bölgelerindeki basamaklanmaları ortadan kaldırmak, daha düzgün bir dorsum estetik birimi oluşturmak, augmentasyonu ve greft yaşamını artırmak amacıyla çift düzlemli kıyılmış kıkırdak greft tekniği geliştirilmiştir. Hem subperiostal hem de sub-SMAS düzlemlere yerleştirilen kıkırdak greftleri, nazal dorsum augmentasyonu ve radix yüksekliğinin artırılmasında başarılı bulunmuştur. Teknik açıdan değerlendirildiğinde, bu tanımlanan yöntem uzun bir öğrenme eğrisine sahip olmasına rağmen esnek ve güvenilir bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

Kaynaklar

1.Rohrich RJ, Bolden K. Ethnic rhinoplasty. Clin Plast Surg. 2010;37(2):353–370.

2.Patel PN, Most SP. Concepts of facial aesthetics when considering ethnic rhinoplasty. Otolaryngol Clin North Am. 2020; 53:195–208.

3. Leach J. Aesthetics and the Hispanic rhinoplasty. Laryngoscope. 2002;112(11):1903–1916.

4. Rohrich RJ, Muzaffar AR. Rhinoplasty in the African-American patient. Plast Reconstr Surg. 2003;111(3):1322–1339.

5. Peng GL, Nassif PS. Rhinoplasty in the African American patient: Anatomic considerations and technical pearls. Clin Plast Surg. 2016;43(1):255–264.

Anahtar Kelimeler: Rinoplasti, Etnik, Dual plane, SMAS

Fig. 1



Preoperatif ve postoperatif anterior ve lateral görünüm

SB-158

Meme Küçültme Cerrahisinde Bistüri ve Monopolar Koter Kullanımının Karşılaştırılması: Split-Breast Çalışma

Ceyhun Uzun, Berkay Çınar, Mehmet Bayram, Kübra Batkitar, Emrah Kağan Yaşar,
Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş

Meme küçültme cerrahisi, yalnızca estetik bir girişim olmanın ötesinde, makromastiye bağlı kronik ağrı, omuz-gövde yüklenmesi, fiziksel aktivite kısıtlılığı ve psikososyal sıkıntıların ortadan kaldırılması açısından önemli bir tedavi yöntemidir. Ancak bu operasyonun başarısı, yalnızca meme boyutunun küçültülmesiyle değil, cerrahi süreçteki etkinlik, komplikasyon oranları, iyileşme hızı ve yara izi kalitesi gibi çok boyutlu parametrelerle değerlendirilir. Diseksiyon yöntemi — geleneksel bistüri veya enerji temelli monopolar koter — tüm bu süreçleri doğrudan etkileyebilecek temel bir tekniktir. Bu çalışma, her iki yöntemin aynı hastada eşzamanlı uygulanarak karşılaştırıldığı split-breast modeliyle, meme küçültme cerrahisinde diseksiyon tekniğinin objektif sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal-Metod

2024-2025 tarihleri arasında kliniğimizde bilateral reduksiyon mamoplasti operasyonunu geçiren 45 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara süperomedial pedikül ve Wise patern planlanarak meme küçültme işlemleri yapıldı. Randomize olarak bir meme bistüri, diğer meme monopolar koter ile disseke edildi.. İntraoperatif kan kaybı (kanlı spanç sayımı, hemoglobin düşüşü), eksizyon ve hemostaz süreleri, postoperatif ağrı (VAS), drenaj miktarı ve dren çekilme günü kaydedildi. Üçüncü ayda skar kalitesi, hasta ve gözlemci tarafından POSAS ile değerlendirildi. Komplikasyonlar bireysel olarak her meme için analiz edildi. Tüm istatistiksel analizler, her hastada aynı anda uygulanan iki farklı diseksiyon tekniğinin karşılaştırılması esasına dayandığı için eşleştirilmiş karşılaştırmalarla gerçekleştirildi. Normal dağılım varsayımı altında, bağımlı gruplar t-testi (Paired Samples T-Test) kullanıldı, $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Bu split-breast çalışma modeli, her hastada her iki yöntemin eşzamanlı uygulanmasını sağlayarak, bireysel varyasyonların sonuçlara etkisini en aza indirmiş ve diseksiyon tekniklerinin objektif karşılaştırılmasına olanak tanımıştır.

Eksizyon süresi, koter tarafında bistüriye kıyasla anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur (N:32.1 dk vs. 27.3 dk, $p < 0.05$). Buna karşın hemostaz süresi koter tarafında belirgin şekilde daha kısa saptanmıştır (N:7.58 dk vs. 10.5 dk, $p < 0.05$) ve bu durum, monopolar koterin glandüler ve subkutan dokuda daha etkin koagülasyon sağlamasıyla ilişkilendirilmiştir. Kan kaybı da kanlı spanç sayısı ile değerlendirildiğinde koter tarafında daha az bulunmuştur (N:3.83 vs. 4.15, $p < 0.05$).

Postoperatif dönemde koter tarafında artmış drenaj miktarı (N:81.7 mL vs. 65.1 mL, $p < 0.05$) ve uzamış dren çekilme süresi (N:3.62 gün vs. 3.19 gün, $p > 0.05$) izlenmiştir. Bu farkın, termal hasara bağlı artmış doku geçirgenliği nedeniyle oluşan seröz sıvı artışından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak bu durum klinik olarak tolere edilebilir düzeyde kalmış ve ek komplikasyon gelişmemiştir.

Ağrı değerlendirmesinde, VAS skorları 1. günde koter tarafında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (N:7.95 vs. 5.91, $p < 0.05$); ancak bu fark 3. günde belirgin şekilde azalmış ve istatistiksel olarak anlamlı olmaktan çıkmıştır (N:4.48 vs. 4.1, $p > 0.05$). Bu bulgular, termal etkinin erken dönemde inflamatuar cevabı artırdığı ancak uygun analjezik yönetimle kontrol altına alınabildiğini göstermektedir.

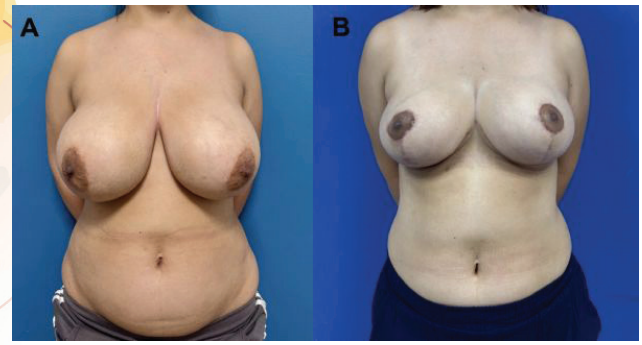
Estetik sonuçlar POSAS ile değerlendirildiğinde, bistüri tarafı lehine hafif bir üstünlük izlenmiş olsa da (N:28.2 vs. 30.5), fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Bu durum, dikkatli kullanıldığında monopolar koterin uzun dönem skar kalitesi açısından güvenli olduğunu desteklemektedir.

Sonuç

Bu split-breast karşılaştırmalı analiz, meme küçültme cerrahisinde bistüri ve monopolar koter kullanımının farklı avantaj ve dezavantajlar sunduğunu ortaya koymuştur. Eksizyon süresinin bistüri ile anlamlı olarak daha kısa olması, bu tekniğin hız açısından üstünlüğünü gösterirken; koterin daha kısa hemostaz süresi ve daha az intraoperatif kan kaybı ile ilişkilendirilmesi, cerrahi alanın daha kontrollü yönetilmesine olanak tanımaktadır. Koter kullanımında gözlenen artmış drenaj miktarı ve postoperatif erken dönem ağrı, enerji temelli diseksiyonun termal etkilerine bağlanabilirken; bu farkların kısa sürede gerilemesi, klinik açıdan tolere edilebilir düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Estetik sonuçlar ve skar kalitesi açısından iki teknik arasında anlamlı bir fark bulunmaması, her iki yöntemin uygun teknikle kullanıldığında başarılı sonuçlar sağlayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: bistüri, komplikasyon, koter, meme, redüksiyon

Resim-1



Hastanın postoperatif 6. ay görüntüleri. Sağ memede bistüri, sol memede monopolar koter kullanıldı; belirgin bir fark izlenmemektedir. (A) Preoperatif görünüm. (B) Postoperatif görünüm.

Tablo-1

Parametre	Bistüri (n=45)	Monopolar Koter (n=45)	p-değeri
Eksizyon Süresi (dk)	27.3	32.1	p < 0.05
Hemostaz Süresi (dk)	10.5	7.58	p < 0.05
Kanlı Spanç Sayısı (adet)	4.15	3.83	p < 0.05
Drenaj Miktarı (mL)	65.1	81.7	p < 0.05
Dren Çekilme Süresi (gün)	3.19	3.62	p > 0.05
VAS Skoru (1. Gün)	5.91	7.95	p < 0.05
VAS Skoru (3. Gün)	4.1	4.48	p > 0.05
POSAS Skoru (Toplam)	29.2	30.5	p > 0.05

SB-159

Alt Blefaroplastide Rutin Kantopeksinin Gerekliliği: Kantopeksi Yapılan ve Yapılmayan Hastalarda Komplikasyon Oranlarının Analizi

Fatih Çınar
fatih cinar muayenehanesi

Amaç:

Alt göz kapağı estetik cerrahisinde postoperatif komplikasyonlar arasında en çok kaygı yaratan durumlar ektropion ve skleral show'dur. Bu komplikasyonları önlemek amacıyla birçok cerrah rutin kantopeksi uygulamaktadır. Ancak kantopeksinin her hastada rutin olarak yapılmasının gerekliliği tartışmalıdır. Bu çalışmada, rutin kantopeksi yapılan ve yapılmayan hasta grupları komplikasyon oranları açısından karşılaştırıldı.

Yöntem:

Ocak 2021 – Aralık 2024 arasında kliniğimizde alt göz kapağı cerrahisi geçiren 84 hasta retrospektif olarak incelendi. Olgular iki gruba ayrıldı: rutin kantopeksi yapılan grup (n=42) ve kantopeksi yapılmayan grup (n=42). Tüm hastalar ortalama 18 ay takip edildi. Ektropion, skleral show, asimetri, geçici ödem ve hasta memnuniyet skorları değerlendirildi.

Bulgular:

- Ektropion oranı kantopeksi yapılan grupta %2,3 (n=1), yapılmayan grupta %2,3 (n=1) olarak bulundu (p=0,99).
- Skleral show oranı kantopeksi yapılan grupta %4,7 (n=2), yapılmayan grupta %4,7 (n=2) idi (p=0,99).
- Geçici ödem süresi gruplar arasında benzerdi (ortalama 14 gün vs. 13 gün; p=0,42).
- Asimetri oranı her iki grupta da düşük bulundu (%2,3 vs. %4,7; p=0,61).
- FACE-Q değerlendirmesinde hasta memnuniyeti kantopeksi yapılan grupta 88/100, yapılmayan grupta 86/100 olup istatistiksel olarak fark yoktu (p=0,38).

Sonuç:

Alt göz kapağı cerrahisinde rutin kantopeksi uygulamasının ektropion ve skleral show oranlarını belirgin şekilde azaltmadığı görülmüştür. Her iki grupta da komplikasyon oranları düşük ve benzer bulunmuştur. Bu bulgular, kantopeksinin rutin yerine seçilmiş olgularda endikasyona göre uygulanmasının yeterli olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Alt blefaroplasti, kantopeksi, ektropion, skleral show, komplikasyon

SB-160

Transaksillar, Endoskopik, Kas Altı Meme Augmentasyonu: Klinik Sonuçlar ve Hasta Memnuniyeti Analizi

Hasan Büyükdoğan
Dr. Hasan Büyükdoğan Muaynehanesi, İstanbul

Amaç:

Transaksiller yaklaşım, minimal iz avantajı sağlayan bir meme büyütme tekniğidir. Bu çalışma, 50 hastalık vaka serisinde tekniğin estetik sonuçlarını, komplikasyon oranlarını ve hasta memnuniyetini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:

42 kadın hasta, koltuk altından yapılan transaksiller meme büyütme operasyonuna alındı. İmplantlar kas altı plana yerleştirildi. Ortalama implant hacmi 295 cc idi. Hastalar 6 ay boyunca takip edildi; komplikasyonlar kaydedildi ve estetik sonuçlar BREAST-Q ile değerlendirildi.

Bulgular:

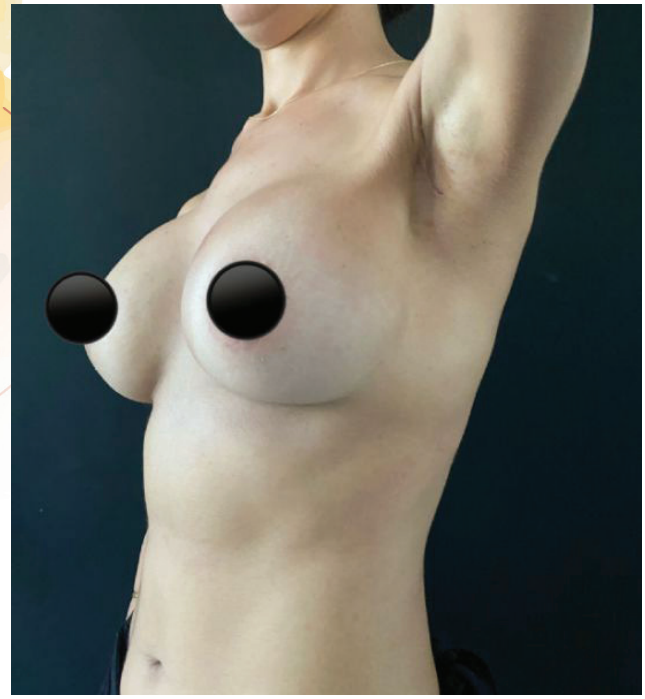
Hastaların %94'ü inframammarian ve periareolar iz olmamasından ve dekolte görünümünden yüksek memnuniyet bildirdi. Erken dönem aksiller hematom 3 hastada, geç dönem implant malpozisyonu 1 hastada gözlendi. Yara dehisansı gelişen 6 hasta pansuman ile takip edildi, 4 hastaya aksiller skar revizyonu yapıldı. Toplamda 1 hastaya (%2) revizyon planlandı. Ortalama BREAST-Q skorları preoperatif 52 ± 8'den postoperatif 89 ± 6'ya yükseldi ($p<0.001$). Cerrahi sırasında veya sonrası ciddi komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç:

Transaksiller meme augmentasyonu, uygun hasta seçimi ve cerrahi deneyimle güvenli ve etkili bir yöntemdir. Minimal iz avantajı ve yüksek hasta memnuniyeti, tekniğin öne çıkan özellikleridir. Bu vaka serisi, transaksiller yaklaşımın hem estetik hem de klinik güvenilirliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: aksilla, BREAST-Q, koltuk altı, meme augmentasyonu

Resim 1



SB-161

Meme Büyütme Cerrahisi Sonrası Uzun Dönem Ağrı Analizi: Vaka Serisi

Özcan Öcük
Hatem Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep

GİRİŞ

Meme büyütme ameliyatları plastik cerrahide sıklıkla yapılan ve her yıl yapılma oranı artış gösteren estetik ameliyatların başında gelmektedir (1). Bu ameliyatlar sonrası akut dönemde cerrahi ağrı harici, meme bölgesinde uzun dönem ağrı mevcudiyeti plastik cerrahlar arasında ihmal edilebilecek düzeyde kalmaktadır (2). Her ne kadar sinir hasarına bağlı nipple areola kompleks (NAK) ve diğer cerrahi alanda hipoestezi üzerine çalışmalar mevcutsada, cerrahi alanda ağrı varlığı bu sorunu yaşayan çoğu hastanın hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir (3). Meme ameliyatları sonrası 3. aydan itibaren ağrı hissinin varlığı kronik ağrı olarak değerlendirilmektedir (4). Bu çalışmada 50 hastadan oluşan vaka takibi ile ameliyat sonrası kronik ağrı sorgulaması yapılmış ve göz ardı edilebilecek bu soruna farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma 2023-2024 yıllarında estetik olarak meme büyütme yapılmış 50 kadın hastayı içermektedir. Hastalar 19-45 yaş aralığındadır ve ek hastalık mevcut değildir. Hastaların ikisi hariç (antidepresan) kronik ilaç kullanımın yoktur. Ameliyatlar tek cerrah tarafından, kas altı planda, inframammariyal fold insizyon ve aynı marka silikon kullanılarak yapılmıştır. Hastaların hiçbirinde herhangi bir komplikasyon yaşanmamıştır. Hastalara ameliyat sonrası 1. 3. ve 6. aylarda Mc Gill kısa form ağrı anketi uygulanarak değerlendirmiş ve meme bölgesinde (sağ veya sol) anketteki parametrelerin ağrı tiplerinin varlığı sorgulanmıştır (ani, vurucu, delici, keskin, kramp, kemirici, yanıcı, baskı, ağır, hassas, yarıcı, bıktırıcı, batıcı, korkunç, dayanılmaz). Aynı zamanda ağrının hangi bölgede olduğu anket üzerinde hasta tarafından işaretlenmiştir. Herhangi bir parametrenin varlığında, sağ veya sol meme farkı gözetmeksizin, anket pozitif kabul edilmiştir. Ağrı alanları hastaların işaret ettiği şekilde parasternal, NAK çevresi, insizyon hattı ve ön aksiller bölge olarak tespit edilmiştir. 1. ayda anket sonucu pozitif olan hastalara rehabilitasyon açısından pektoral germe egzersizleri önerilmiştir. Ek tedavi uygulanmamıştır.

SONUÇ

Değerlendirme sonrası 1. ayda 19 (%38), 3. ayda 4 (%8) ve 6. ayda 1 hastada (%2) anket sonucu pozitif gelmiştir. 1. ayda 19 hastanın beşinde ağrı insizyon bölgesinde (%10), üçünde NAK çevresinde (%6), ikisinde parasternal alanda (%4) ve dokuzunda ön aksiller bölgede (%18) olduğu tespit edilmiştir. 3. ayda 4 hastanın üçünde ağrı ön aksiller bölgede (%6), birinde insizyon hattında (%2) tespit edilmiştir. 6. ayda tek hastanın ön aksiller bölgesinde (%2) ağrısı kalıcı olarak devam etmiştir(Resim 1). 1. ay sonrası rehabilitasyon amacıyla egzersiz başlanan hastaların tamamında kronik ağrının belirgin ölçüde azaldığı görülmektedir (%30). 6. ayda kronik ağrısı devam eden tek hasta için ileri inceleme ve tedaviye ihtiyaç duyulmuştur.

TARTIŞMA

Meme büyütme ameliyatları sonrası kronik ağrı varlığı hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve estetik ameliyat pişmanlığı yapabilmektedir (1-3). Bu sorun, çok yönlü değerlendirme isteyen, fizyopatolojik olarak net olarak çözümlenememiş ve birçok parametrenin göz önünde tutulması gereken kapsamlı bir sorundur. Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası 3. aydan itibaren kronik ağrının varlığı %4.71 – 44.2 oranında çok geniş aralıkta değişkenlik göstermektedir (2,3). Bu kadar geniş bir aralık olmasının nedeni ağrı gibi subjektif bir parametreye çok fazla etkenin eklenmesi bağlı olarak objektif bir değerlendirme yapılamıyor olmasından kaynaklanır. Hastanın ağrısını abartması, yaş, kilo, anksiyete, depresyon, ağrı hissinin yanlış ifade edilmesi gibi birçok subjektif parametre çalışmaların oranlarında büyük değişiklik yapmaktadır (3,4). Her ne kadar bu sorunun aydınlatılmasında kesin bir fizyopatoloji saptanmasa da üstünde durulan en yaygın görüş ameliyat sonrası interkostal sinir (T 2-6) dermatom alanlarında gelişen "iatrojenik nöropatik ağrı" olduğu yönündedir (2-5). İnterkostal ve torasik sinir hasarı, cerrahi teknik farklılığı, implantın şekli, implant malpozsiyonu, kronik inflamasyon, hipotiroidi, kapsül kontraksiyon gelişimi, cerrahi alana radyoterapi uygulanması, nöroma, kas spasmı, sinir tuzaklanması, implantın yerleşim yeri, diyabetes mellitus gibi birçok neden kronik ağrıya neden olabilir (4,5). Bazı çalışmalarda bu sorun "post breast surgery pain syndrome" olarak standartize edilmeye çalışılmış ve bu konuya yönelik yaklaşım algoritması belirlenmiştir (3,6,7). Kronik ağrının önlenmesine yönelik ameliyattan önce metilprednizolon verilmesinin anlamlı olarak kronik ağrıyı azalttığı tespit edilmiştir (3,5). Kronik ağrı olan hastalarda kesin bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Tedavi daha çok etkeni saptamaya yöneliktir ve bu doğrultuda bir yol izlemesi gerekmektedir. Ağrı olan interkostal sinir alanında Tinel bulgusunun pozitif olması daha çok nöropatik ağrı olarak değerlendirilmekte ve rehabilitasyon uygulamaları olumlu sonuç vermektedir (1,4). Bizim çalışmamızda da rehabilitasyona yönelik uygulanan pektoral germe egzersizleri belirgin şekilde hastaların şikayetlerini azaltmıştır. Nöropatik ağrı düşünülen hastalarda NSAİ, gabapentin, pregabalin kullanımı ağrıyı azalttığı yönünde görüş bildirilmiştir (2,3,4). Ayrıca non invaziv olarak myofasial masaj, pulse radyofrekans ve elektromanyetik uygulaması diğer taraftan invaziv olarak interkostal sinir blokajı değerlendirilebilecek diğer tedavi seçenekleridir (1,3,4,6). Broyles ve ark. kronik ağrı yaşayan 10 hastada interkostal sinir hattında nöroma tespit edilmiş ve nöroma

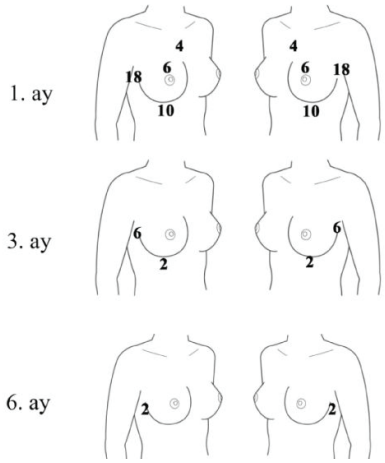
eksize edilerek ilgili sinir latissimus dorsi kasına koapte edilmiş (1). Sekonder cerrahi sonrası 7 hastada belirgin olarak şikayetleri gerilemiştir. Bu durumda bize genel görüş dahilinde bu kronik ağrının nöropatik olabileceği yönünden de bulgu sağlamıştır. Yapılan bir diğer çalışmada kronik ağrısı dayanılmaz olan 11 hastada implant çıkarılmış, bu hastalardan ikisinin şikayetleri tamamen geçerken, dokuzunda ağrı önemli ölçüde azalmış ve tamamen kaybolmamıştır (3). Bu çalışmada kapsül çevresinden alınan biyopsiler nöroma, nörojenik muscular atrofi ve kronik inflamasyon olarak raporlanmıştır. Bu bulgularda nöropatik ağrıyı destekler yöndedir. Sonuç olarak kozmetik olarak meme büyütme yapılan hastalarda değişen sıklıklarda kronik ağrı gelişimi olabilmektedir. Bu durum plastik cerrahlar tarafından zaman zaman ihmal edilebilir düzeyde olup, ağrıyı yaşayan hastanın sosyal hayatını önemli ölçüde etkilemektedir. Genel olarak nöropatik kaynaklı olan bu ağrıda rehabilitasyon egzersizlerinin etkinliği mevcuttur. Henüz yeterli literatür kaynağı olmayan bu sorunun çözümüne yönelik ileri çalışmalara bir fikir vermesi amacıyla bu konuyu vurgulamak, plastik cerrahlara yararlı olacaktır.

REFERANSLAR

1. Broyles JM, Tuffaha SH, et al. Pain after breast surgery: Etiology, diagnosis, and definitive management. Microsurgery. 2016;36(7):535-538.
2. von Sperling ML, Høimyr H, et al. Persistent pain and sensory changes following cosmetic breast augmentation. Eur J Pain. 2011;15(3):328-332.
3. Ducic I, Zakaria HM, et al. Nerve Injuries in Aesthetic Breast Surgery: Systematic Review and Treatment Options. Aesthet Surg J. 2014;34(6):841-856.
4. Urits I, Lavin C, et al. Chronic Pain Following Cosmetic Breast Surgery: A Comprehensive Review. Pain Ther. 2020;9(1):71-82.
5. Kaasa T, Romundstad L, et al. Hyperesthesia one year after breast augmentation surgery increases the odds for persisting pain at four years…. Scand J Pain. 2010;1(2):75-81
6. Ducic I, Larson EE. Et al. Outcomes of surgical treatment for chronic postoperative breast and abdominal pain attributed …J Am Coll Surg. 2006;203(3):304-310.
7. Waltho D, Rockwell G. et al. Post-breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome…. Can J Surg. 2016;59(5):342-350.

Anahtar Kelimeler: kronik ağrı, meme büyütme, nöropati

Resim 1



1,3 ve 6 aylarda ağrı dağılımının şematik görünümü, sayılar bölgelere göre yüzdelik sonuçları ifade etmektedir

SB-162

Hibrit Otoprotez: Otoaugmentasyon ve Üst Pol Yağ Enjeksiyonu Kombinasyonu

Oğuz Çörtük[1], Alpay Duran[2]
[1]*Özel Muayenehane, İstanbul*
[2]*İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş

Meme dikleştirme, meme sarkıklığının giderilmesi ve meme şeklinin yeniden yapılandırılması açısından plastik cerrahinin en yaygın uygulanan prosedürlerinden biridir. Ancak, özellikle silikon implant kullanmak istemeyen hastalarda uzun dönemli üst pol dolgunluğu elde etmek oldukça zordur. Klasik mastopeksi tekniklerinde sıklıkla sadece deriye dayalı destek kullanımı, zamanla projeksiyon kaybına ve üst polde hacim boşluğuna neden olabilmektedir.

Son yıllarda, otolog doku kullanımıyla gerçekleştirilen otoaugmentasyon teknikleri bu ihtiyacı karşılamak için geliştirilmiştir. Alt meme polünden hazırlanan dermoglandüler dokunun ada flebi şeklinde serbestleştirilerek üst pol bölgesine taşınması, meme formunun daha kalıcı şekilde yeniden yapılandırılmasına katkı sağlamaktadır. Bu çalışmada, inferior pedikül temelli dermoglandüler flebin üst pole otoaugmentasyon amacıyla ada flebi şeklinde taşınması ve buna eş zamanlı olarak uygulanan üst pol yağ enjeksiyonu kombinasyonunun etkinliği değerlendirilmiştir.

Yöntem

Ocak 2022 ile Mart 2024 tarihleri arasında Regnault derece 2–3 ptosisi bulunan ve implant istemeyen 39 kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Ortalama yaş 34.8 ± 7.9 yıl, ortalama vücut kitle indeksi (BMI) 26.1 ± 3.5 kg/m² olarak saptanmıştır. Tüm hastalara Wise pattern ve superior pedikül tekniğiyle mastopeksi uygulanmıştır. Alt polde hazırlanan dermoglandüler flep, inframammarian fold seviyesinden diseke edilerek ada flebi şeklinde üst pole transpoze edilmiştir. Flebin mobilizasyonu sırasında pektoralis majör fasyasına tutunan septal perforatörlerin korunmasına dikkat edilmiştir. Eş zamanlı olarak, üst pollere ortalama 95 ± 18 cc otolog yağ enjeksiyonu yapılmıştır. Yağ grefti 10 cc'lik enjektörlerle çok katmanlı şekilde enjekte edilmiştir. Ameliyat sonrası ortalama takip süresi 14 ay olup; SN-N mesafesi, komplikasyonlar, üst pol dolgunluğu ve hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir.

Bulgular

Preoperatif ortalama sternal notch–nipple (SN-N) mesafesi 27.2 cm iken, 12. ayda bu mesafe ortalama 23.6 cm'ye gerilemiştir. (Fig. 1) Üst pol dolgunluğu hastaların %87.8'inde korunmuş olduğu saptanmıştır. Komplikasyon oranı %9.8 olarak kaydedilmiş; 2 hastada (%4.8) yağ nekrozu, 2 hastada ise geç yara iyileşmesi gözlenmiştir. Hiçbir hastada meme başı nekrozu, hematom ya da seroma gelişmemiştir. Tüm olgularda postoperatif ağrı yönetimi standart protokol ile sağlanmış ve hastalar genellikle ilk 3 hafta içinde normal yaşantılarına dönmüşlerdir. Hasta memnuniyet skorlarında BREAST-Q formuna göre preoperatif ortalama 52.1 olan estetik memnuniyet skoru, postoperatif 12. ayda 83.7'ye yükselmiştir. Hasta memnuniyeti, üst pol dolgunluğu, SN-N parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptanmıştır ($p<0.01$).

Tartışma ve Sonuç

Implant kullanmaksızın uzun dönem üst pol dolgunluğu elde etme arzusu, meme dikleştirme cerrahisinde otolog tekniklerin yeniden önem kazanmasına neden olmuştur. Deri gerginliği üzerine kurulu klasik yöntemler zamanla projeksiyon kaybı yaşarken, parankimal flepler ve yağ

enjeksiyonunu içeren yenilikçi teknikler daha kalıcı ve doğal kontur sağlayabilmektedir.

Bu çalışmada sunduğumuz hibrit yaklaşım, inferior bazlı dermoglandüler flebin üst pola ada flebi olarak transpoze edilmesi ve buna eş zamanlı üst pol yağ enjeksiyonu uygulanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Flebin yapısal destek sağlaması ve yağ enjeksiyonunun projeksiyonu artırması, birlikte sinerjik etki oluşturarak estetik sonucu güçlendirmiştir. Ortalama 95 cc yağ enjeksiyonu çoğu olguda üst pol hacmini tatmin edici düzeyde geri kazandırmıştır.

Komplikasyon oranı %9.8 olup, yağ nekrozu (%4.8) ve geç yara iyileşmesi dışında ciddi bir problemle karşılaşılmamıştır. Bu oranlar literatürde Hammond gibi araştırmacıların bildirdiği düzeylerle uyumludur. (1) Kullandığımız hibrit teknik; Duran ve arkadaşlarının tarif ettiği adipodermoglandüler flep, Altınel'in inferior kelebek flep modeli ve Mangialardi'nin yağ enjeksiyonu ile kombine mastopeksi yaklaşımı gibi tekniklerin birleşimini içermektedir. (2-4) Özellikle Zausinger'in serisinde elde edilen yüksek BREAST-Q memnuniyet skorları ile benzer bir hasta memnuniyeti tarafımızdan da gözlemlenmiştir. (5)

Bu çalışmanın sınırlılıkları arasında kontrol grubu bulunmaması ve yağ rezorpsiyonunun uzun vadede bireyler arası değişkenlik göstermesi sayılabilir. 12 aylık takiplerde projeksiyon korunmuş olsa da, daha uzun süreli hacim analizleri ileriye dönük çalışmalarda değerlendirilebilir. Sonuç olarak, hibrit otoprotez yaklaşımı, meme implantı istemeyen kadınlarda uzun dönemli üst pol dolgunluğu ve doğal görünüm elde etmek için güvenli ve etkili bir seçenektir. Bu kombinasyon yöntemi yüksek hasta memnuniyeti ve düşük komplikasyon oranları ile estetik cerrahide değerli bir alternatif sunmaktadır.

Kaynaklar

1.Hammond DC, O'Connor EA. The lower island flap transposition (LIFT) technique for control of the upper pole in circumvertical mastopexy. Plast Reconstr Surg. 2014;134(4):655–660.
2.Duran A, Cortuk O, Eroglu S. Round autoprosthesis: use of adipodermaglandular flap in T scar mastopexy. Aesthetic Plast Surg. 2024. doi:10.1007/s00266-024-03909-2
3.Altınel D, Serin M, Toplu G. Comparison of classic mastopexy method with double-pedicled autoaugmentation mastopexy with conic-shaped modified inferior butterfly flap. Aesthetic Plast Surg. 2022;46:1641–1649.
4.Mangialardi ML, Ozil C, Lepage C. One-stage mastopexy–lipofilling in cosmetic breast surgery: a prospective study. Aesthetic Plast Surg. 2021;45(5):1975–1985.
5.Zaussinger M, Wenny R, Huemer GM. Auto-augmentation mastopexy: inferiorly based parenchymal flap technique and evaluation of outcomes using BREAST-Q after 151 consecutive patients. Aesthetic Plast Surg.2022;46(6):2723–2732.

Anahtar Kelimeler: otoprotez, yağ grefti, mastopeksi, hibrit

Fig. 1



Preoperatif ve postoperatif görünüm

SB-163

Türk Rinoplasti Hastalarının Dijital Simulasyon Destekli Antropometrik Analizi

Mert Ersan[1], Ece Belen Türkkan[2],
Melih Kaan Sarıdal[2], M. Revaha Kırtıllı[2],
Onur Yılmaz[2]
[1]Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,İstanbul
[2]Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Amaç: Nazal morfolojiyi değerlendirmek için kullanılan antropometrik analizler, cerrahın görsel değerlendirmesini dijital ölçümlerle desteklemektedir. Ancak literatürde kullanılan ölçüm parametrelerinde standardizasyon eksikliği ve yöntemsel farklılıklar dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın amacı, rinoplasti istemiyle başvuran Türk bireylerde burun yapısının üç boyutlu (3D) simülasyon destekli antropometrik analizini gerçekleştirmek ve elde edilen verileri literatürdeki estetik normlarla karşılaştırmaktır. Yöntem: Çalışmaya, 18–65 yaş aralığında, primer rinoplasti amacıyla başvuran 315 birey (257 kadın, 58 erkek) dahil edildi. Tüm hastaların interpupiller mesafeleri manuel olarak ölçüldü ve Crisalix (Crisalix SA, İsviçre) 3D simülasyon sistemine entegre edildi. Simülasyon yazılımı aracılığıyla nazofrontal açı, nazolabial açı, burun köprüsü uzunluğu, alar genişlik ve nazal projeksiyon parametreleri kaydedildi. Normal dağılım analizleri Shapiro-Wilk testi ile, cinsiyet karşılaştırmaları bağımsız örneklemler t-testi ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. Parametreler arası ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyonları ile analiz edildi. Bulgular: Tüm katılımcılarda ortalama nazofrontal açı 150.93°, nazolabial açı 112.08°, burun köprüsü uzunluğu 4.62 cm, alar genişlik 5.92 cm ve nazal projeksiyon 2.94 cm olarak ölçüldü. Erkek bireylerde burun köprüsü uzunluğu (4.76 ± 0.38 cm), alar genişlik (6.10 ± 0.45 cm) ve nazal projeksiyon (3.03 ± 0.22 cm) değerleri, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). En güçlü korelasyon, alar genişlik ile nazal projeksiyon arasında saptandı ($r=0.96$). Cinsiyete göre yapılan alt grup analizlerinde korelasyon desenleri benzer şekilde izlendi. Sonuç: Üç boyutlu simülasyon sistemleriyle elde edilen bu veriler, rinoplasti planlamasında anatomik farklılıkların ve bireyselleştirilmiş yaklaşımların önemini vurgulamaktadır. Çalışma aynı zamanda, Türk toplumunda 3D analizle yapılmış ilk geniş örneklemli rinoplasti değerlendirmesi olması açısından literatüre önemli katkı sağlamaktadır.
Anahtar kelimeler: 3D simülasyon, antropometrik analiz, burun estetiği, dijital simülasyon, rinoplasti

Anahtar Kelimeler: 3D simülasyon, antropometrik analiz, burun estetiği, dijital simülasyon, rinoplasti

Antropometrik Ölçü Grafik

Anthropometric measure	Bahsi et al., 2021 Mean ± SD		Özdemir and Uzun, 2015 Mean ± SD		Özdemir et al., 2009 Mean ± SD		Borman et al., 1999 Mean ± SD		Arslan et al., 2008 Mean ± SD		Gode et al., 2011 Mean ± SD*		Karaca Saygili et al., 2016 Mean ± SD		Uzun et al., 2006 Mean ± SD	Tunc el et al., 2013 Mean ± SD*	Present study Mean ± SD		Ersan N et al Mean SD 2024	
	M (n = 100)	W (n = 100)	M (n = 56)	W (n = 59)	M (n = 149)	W (n = 281)	M (n = 525)	W (n = 525)	M (n = 90)	W (n = 83)	M (n = 20)	W (n = 20)	M (n = 100)	W (n = 100)	M (n = 108)	M (n = 110)	M (n = 36)	W (n = 36)	M (N:58)	W (N:257)
Nasal bridge length	40.99 ± 3.80 *	39.23 ± 3.66 *	52.95 ± 5.40 *	47.81 ± 4.60 *	40.3 ± 7.1	40.1 ± 5.6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	55.26 ± 0.36	57.35 ± 0.26	45.91 ± 4.6	43.44 ± 5.65	47.62+- 0.37	44.77+- 0.29

Çalışmada bulunan sonuçlar ile daha önce konvansiyonel yöntemlerle kıyaslama

SB-164

Endoskopik Kaş Kaldırma, Orta Yüz ve Alt Yüz-Boyun Germede Bölgesel Planlama ve Sonuçlar:30 Hastalık Deneyim

Burak Ergün Tatar[1], Engin Selamioğlu[2], Burak Özkan[1]
[1]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul
[2]Haliç Üniversitesi.Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul

Amaç:

Yüz estetik cerrahisinde üst, orta ve alt 1/3 bölgelerin ayrı ayrı değerlendirilmesi ve kişiselleştirilmiş cerrahi planlama, sonuçların başarısı açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, endoskopik kaş kaldırma, temporal lift, orta yüz germe, alt yüz-boyun germe uygulanan 30 olguda objektif ve subjektif sonuçlar değerlendirildi.

Yöntem:

Ekim 2024 – Ağustos 2025 tarihleri arasında, yaşları 30–55 arasında değişen toplam 30 hastaya kişiselleştirilmiş cerrahi planlama doğrultusunda farklı kombinasyonlarda yüz cerrahisi uygulandı. Hastalar ameliyat edilen bölgeye göre üç gruba ayrıldı: Grup A (sadece üst 1/3), Grup B (üst + orta 1/3) ve Grup C (üst + orta + alt 1/3). Preoperatif ve postoperatif 6. ayda standart fotoğraf analizleri yapıldı. Orta yüz için P1/P2 oranı, alt yüz-boyun için cervicomental açı, üst yüz için ise kaş pozisyonu ölçüldü. Subjektif değerlendirmelerde FACE-Q skalası kullanıldı.

Bulgular:

Üst 1/3 cerrahisi uygulanan hastalarda kaş pozisyonunda anlamlı bir yükselme izlendi ($p<0,05$). Orta ve alt yüz kombinasyonlarının uygulandığı hastalarda P1/P2 oranında belirgin iyileşme saptandı ($p<0,01$) ve alt yüz-boyun germe yapılan olgularda cervicomental açı ortalama 15° artış gösterdi. Subjektif değerlendirmelerde Grup B ve C'deki FACE-Q skorları Grup A'ya kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). Komplikasyon olarak iki hastada unilateral frontal branch paralizisi gelişti, ancak her ikisi de üçüncü ayda tamamen düzeldi. Bunun dışında herhangi bir iyileşme sorunu veya kalıcı komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç:

Yüzün üç anatomik bölgesine göre yapılan sistematik analiz ve kişiselleştirilmiş cerrahi planlama, kombine uygulamalarda daha yüksek hasta memnuniyeti ve daha belirgin objektif iyileşme sağlamaktadır. P1/P2 oranı, cervicomental açı ve kaş pozisyonu ölçümleri, bu cerrahi yaklaşımların etkinliğini değerlendirmede güvenilir parametrelerdir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik kaş kaldırma, temporal lift, orta yüz germe

SB-166

İnferior Polde İmplant Migrasyonunu Önlemeye Yönelik İnframammarian Fold Altına Üç Sıralı Sütür Ağı Uygulaması: Karşılaştırmalı Klinik Çalışma

Nijat Majidov
Özel Muayenehane, Şişli, İstanbul

Giriş

Meme büyütme cerrahisinde en sık karşılaşılan estetik sorunlardan biri implantın alt kutba (inferior pole) doğru migrasyonudur. Bu durum, meme alt kıvrımının yukarıya kayması, alt kutup aşırı dolgunluğu ve skarın anatomik sınırın üzerinde görünür hale gelmesiyle sonuçlanabilir. Literatürde bu probleme yönelik çeşitli yaklaşımlar tanımlanmış olsa da, çoğu yüksek maliyetli materyaller (ADM, mesh) veya karmaşık teknikler içermektedir. Bu çalışmada, inframammarian fold (IMF) hattının altına üç sıralı Prolene sütür yerleştirilerek oluşturulan 'surgical net' uygulamasının implant migrasyonunu önlemedeki etkinliği araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

2023–2025 yılları arasında primer submusküler meme büyütme ameliyatı geçiren 20 kadın hasta retrospektif olarak incelendi. On hastaya (Grup A) IMF altına üç sıralı 3-0 Prolene sütürlerle 'surgical net' uygulanmış, diğer 10 hasta ise (Grup B) aynı cerrahi teknikle ancak bu uygulama olmadan opere edilmiştir. Cerrahi teknikte IMF'nin yaklaşık 5–10 mm altına medialden laterale uzanan ilk sütür hattı yerleştirilmiş, altına iki sıra daha paralel sütür hattı oluşturulmuştur. Sütürler subkutan doku ve pektoral kas fasyasına dek ilerletilmiştir. Her hastanın takip süresi, implant boyutu ve postoperatif fotoğrafları analiz edilmiştir. Çalışmada primer değerlendirme kriteri olarak skar hattının postoperatif en az 6. ayda IMF hattına göre konumu ölçülmüştür. Skar–IMF mesafesi cm cinsinden hesaplanmış ve iki grup arasında karşılaştırılmıştır. İkincil olarak hasta memnuniyeti ve olası komplikasyonlar (kapsül kontraktürü, enfeksiyon, sütür iritasyonu) izlenmiştir.

Bulgular

Grup A'da (surgical net) ortalama skar–IMF mesafesi 0.45 cm olarak ölçülmüş, bu değer Grup B'de 3.07 cm olarak bulunmuştur. Mann–Whitney U testi ile yapılan analizde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Surgical net uygulanan hastalarda skar hattı IMF ile hizalı kalırken, kontrol grubunda yukarıya kayma belirgindi. Her iki grupta da ciddi komplikasyon bildirilmemiştir.

Tartışma

Alt kutup migrasyonu, meme estetiğini olumsuz etkileyen önemli bir problemdir. Literatürde bu sorunu önlemeye yönelik ADM, sentetik mesh ve internal bra gibi yöntemler önerilmiş olsa da, bu tekniklerin maliyeti ve uygulama zorluğu sınırlayıcıdır. Bu çalışmada tanımlanan üç sıralı sütür ağı tekniği, düşük maliyetli, uygulanabilir ve implantla doğrudan temas etmeyen bir çözümdür. Ayrıca bu çalışmada ilk kez 'skar–IMF mesafesi' ölçümü sistematik olarak kullanılmış ve implant pozisyonunun objektif bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Grup A'da bu mesafenin anlamlı derecede düşük olması, surgical net uygulamasının klinik etkinliğini desteklemektedir.

Sonuç

Inframammarian fold altına üç sıralı sütür ağı ile yapılan destekleme, meme implantı sonrası alt kutup migrasyonunu önlemede etkili ve pratik bir yöntemdir. Skar hattının IMF hattında sabit kalması estetik başarıyı artırmakta, hasta memnuniyetini olumlu etkilemektedir. Bu teknik, literatüre katkı sağlayabilecek yenilikçi ve maliyet-etkin bir cerrahi yaklaşım sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İmplant migrasyonu, inferior pol desteği, meme büyütme, surgical net

SB-167

Nazal Dorsum ile Tip Projeksiyon Greftleri Arasındaki Geçiş Konkavitesinin Düzeltilmesinde Basit ve Efektif Bir Yöntem: Transitional Ramp Graft

Murat Deha Uruç, Şeyda Güray
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş

Modern rinoplastinin temel hedeflerinden biri, burun sırtında doğal görünümlü, kesintisiz ve estetik olarak tatmin edici bir dorsal hat sağlamaktır. Ancak, teknik olarak başarılı operasyonlara rağmen, özellikle ince deri yapısına sahip bireylerde veya belirgin kıkırdak greftlerinin kullanıldığı durumlarda, nazal dorsum ile burun ucu kompleksi arasındaki birleşim bölgesinde kontur düzensizlikleri meydana gelebilmekte, bu da estetik memnuniyetsizliğe yol açabilmektedir.

Bu tür düzensizliklerin önlenmesi veya giderilmesine yönelik olarak literatürde kamuflaj greftleri, spreader greftler, kıyılmış kıkırdak uygulamaları ve dorsal koruyucu teknikler gibi çeşitli yöntemler tanımlanmıştır.

Mevcut tekniklerin çoğu radix, dorsum ve supratip bölgelerine odaklanırken, dorsum ile projeksiyonu artırılmış burun ucu arasında kalan dar ancak kritik öneme sahip geçiş bölgesi genellikle göz ardı edilmektedir. Burun ucu projeksiyonunu artırmak için kullanılan septal uzatma greftleri (SEG) gibi yapısal greftler, özellikle kısa burun veya yarık burun deformitesine sahip bireylerde etkili sonuçlar verebilirken, ince derili hastalarda supratip bölgesinde kontur çöküklüğü (basamak deformitesi) oluşturma potansiyeline sahiptir.

Bu çalışmada, söz konusu anatomik zayıflığı hedefleyen ve dorsum-tip geçişindeki kontur eşitsizliklerini gidermek amacıyla geliştirilen "Transition Ramp Grefti (TRG)" tekniğinin klinik etkinliği değerlendirilmiştir. Bu greft, projeksiyon artırımı yerine kontur geçişini yumuşatmayı amaçlayarak, dorsum ile uç greftleri arasındaki yükseklik farkını azaltmakta ve özellikle ince derili hastalarda cilt yüzeyinde oluşabilecek gölgelenmeyi önlemektedir.

Hastalar ve Yöntem

Bu prospektif çalışma, 2019-2023 yılları arasında kliniğimizde açık yapısal rinoplasti uygulanan hastaları içermiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında 18 yaş ve üzeri bireyler, açık teknikle rinoplasti planlanan hastalar ve minimum 12 aylık takip süresini tamamlayan olgular yer almıştır. Önceki nazal enfeksiyon öyküsü, sistemik otoimmün hastalık varlığı ve takip kaybı ise dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

Hastalar grup 1: Primer rinoplasti hastaları (n=22), grup 2: Sekonder rinoplasti hastaları (n=20), grup 3: Yarık dudak burun deformitesi onarımı yapılan hastalar (n=14) göre üç gruba ayrıldı.

Tüm olgularda TRG uygulaması gerçekleştirilmiştir. Greftler, hastaların bireysel nazal iskelet morfolojisine göre septal uzatma greftlerine veya tip greftlerine köprü oluşturacak şekilde yerleştirilmiştir. Hastalar ameliyat sonrası 1., 3., 6. ve 12. aylarda düzenli olarak takip edilmiş; klinik muayene, standardize fotografik analiz ve hasta memnuniyetine yönelik anketlerle değerlendirilmiştir.

Estetik sonuçlar, kontur düzgünlüğü açısından üç bağımsız rinoplasti cerrahı tarafından 5 dereceli Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hasta memnuniyeti ise görsel analog skala (VAS) ile belirlenmiştir. Değerlendiriciler arası uyum, Fleiss' kappa katsayısı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel analizlerde SPSS v26.0 yazılımı kullanılmış ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Cerrahi Teknik:

Tip projeksiyonunu artıran greftler yerleştirildikten sonra geçiş bölgesi değerlendirildi İnce deri veya yüksek projeksiyona bağlı olarak belirgin supratip depresyon deformitesi saptanan durumlarda, otolog kıkırdaktan (septum, konka veya kostadan) ince dikdörtgen şekilli bir kıkırdak greft hazılandı. Greft 5-0 polipropilen sütürlerle geçiş bölgesinin altında horizontal matris sütür ile septuma sabitlendi. Horizontal matress sütür grefti nazikçe yukarı kaldırarak altında bir ölü boşluk meydana getirdi. Bu ölü boşluğun altı iyileşme döneminde fibrotik doku ile dolarken deri ile fibrotik doku arasındaki kıkırdak tabaka fibrozisin cildi etkilemesinin önüne geçer ve cilt altında düzenli bir tabaka oluşmasına sebep olur.

Sonuçlar

Çalışmaya toplam 56 hasta (31 kadın, 25 erkek) dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 27,6 ± 6,1 yıl (dağılım: 18–45 yıl) olarak hesaplanmıştır. Olguların %39,3'ü primer, %35,7'si sekonder ve %25'i yarık dudak burun deformitesi onarımı olgularından oluşmaktadır.

Cerrahlar tarafından yapılan Likert ölçeği değerlendirmelerinde, ortalama kontur düzgünlüğü skoru 4,6 ± 0,5 olarak bulunmuştur. Değerlendiriciler arası uyum, Fleiss' kappa katsayısı ile 0,82 olarak hesaplanmış ve yüksek düzeyde uyum göstermiştir. Hastaların VAS memnuniyet skoru ise ortalama 8,9 ± 1,1 puan olarak belirlenmiştir.

En belirgin estetik iyileşmeler, dorsal-tip geçiş düzensizliklerinin en sık görüldüğü yarık dudak ve sekonder rinoplasti gruplarında gözlenmiştir. Takip süresince enfeksiyon, greft yer değiştirmesi ya da ekstrüzyon gibi majör komplikasyonlara rastlanmamıştır. Bu olumlu sonuçlar doğrultusunda TRG uygulaması, çalışmanın yapıldığı merkezde supratip kontur düzensizliği riski yüksek olgularda standart cerrahi prosedüre entegre edilmiştir.

Tartışma

Nazal estetikte, burun ucunun anatomik yapısı ve projeksiyonu kadar, bu yapının dorsumla olan geçiş konturu da estetik bütünlüğün sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmanın sonuçları, TRG'nin bu özel estetik soruna hedef odaklı bir çözüm sunduğunu göstermektedir.

Literatürde bu tür düzensizlikleri ele alan çeşitli stratejiler mevcuttur. Örneğin, Pitanguy ligamanını korumaya yönelik yumuşak doku teknikleri (Öztürk, 2023) tanımlanmıştır. Pitanguy ligamanının korunması ve burun ucuna tutturulması, daha iyi supratip kırılması, uç projeksiyonu ve uç rotasyonu sağlayarak estetik ve fonksiyonel avantajlar sunabilir. Kıyılmış kıkırdak kullanımı (Boccieri, 2018) da bir diğer yaklaşımdır. Kıyılmış kıkırdağın rinoplastide düzensizlikleri maskelemek ve küçük defisitleri gidermek için geçerli bir yöntem olduğu kabul edilmekle birlikte, orta derecede kıyılmış kıkırdağın zamanla daha iyi esneklik ve stabilite sağladığı belirtilmiştir. Derotasyon greftleri (Paik ve Yen, 2014; 2021) de kısa burun düzeltmesi için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir ve septal uzatma greftlerinin potansiyel dezavantajlarını aşmayı hedefler. Bu greftler, kulak kıkırdağını kullanarak daha az sert bir burun ucu sağlamasıyla bilinir. Ancak, bu tekniklerin hiçbiri TRG kadar dorsum-tip birleşim bölgesine üç boyutlu yapısal destek sağlamamaktadır.

TRG, sadece kontur düzeltme sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda cilt ile alttaki yapıların arasında yara iyileşmesini düzenleyici biyolojik bir bariyer işlevi de görmektedir. Subgreft boşluğunun planlı bırakılması, fibröz doku gelişimini yönlendirerek kontraktür oluşumunu önlemektedir. Bu, özellikle ince derili hastalarda, yani altta yatan yapısal düzensizliklerin daha kolay fark edildiği hastalarda büyük önem taşımaktadır.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır; bunlar arasında sınırlı örneklem büyüklüğü ve uzun dönem (>24 ay) takip verilerinin henüz tamamlanmamış olması sayılabilir. Gelecekte, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak ileri düzey çalışmaların, TRG'nin uzun dönem sonuçlarını ve diğer dorsal kamuflaj teknikleriyle karşılaştırmalarını değerlendirmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, elde edilen sonuçlar TRG'nin anatomik kontur bütünlüğünü sağlama, komplikasyon oranlarını düşürme ve hasta memnuniyetini artırma açısından etkili bir cerrahi teknik olduğunu göstermektedir.

Sonuç Transition Ramp Grefti (TRG), nazal dorsum ve uç projeksiyon greftleri arasında kalan geçiş konkavitesini hedefleyen bütünlüğü destekleyen yenilikçi bir çözümdür. Cerrahi uygulaması basit, komplikasyon oranı düşük ve estetik kazanımı yüksek olan bu teknik, özellikle ince derili ve yüksek tip projeksiyonlu hastalarda supratip kontur düzensizliğini önlemek için etkili ve güvenilir bir yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Rinoplasti, Transition Ramp Grefti, Kontür deformitesi

SB-168

Jinekomasti Cerrahisinde Meme Bölgesinden Proaktif Yağ Grefti Alınmasının Kontur Düzensizliklerinin Önlenmesi ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Mert Ersan, Efe Yavuz
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Jinekomasti cerrahisini takiben ortaya çıkabilen en önemli komplikasyonlardan biri kontur düzensizlikleridir ve bu durum estetik sonuçları olumsuz yönde etkileyebilir. Bu çalışma, jinekomasti cerrahisinden önce aynı cerrahi sahadan proaktif olarak alınan otolog yağ greftlerinin intraoperatif kontur bozukluklarının tedavisinde kullanımını ve bu yaklaşımın hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:

Nisan 2023 – Mart 2025 tarihleri arasında fizik muayene, endokrinoloji konsültasyonu ve meme ultrasonu ile jinekomasti tanısı alan ve cerrahi uygulanan 24 erkek hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Cerrahiye başlamadan önce tüm hastaların meme bölgesinden otolog yağ grefti alındı. Operasyon sırasında kontur düzensizliği saptanan hastalarda bu greftler aynı seansta enjekte edildi. Hastalar ultrasonografi ve dijital fotoğraflama ile takip edildi; ayrıca modifiye edilmiş BODY-Q Chest Module ve Chest Satisfaction Questionnaire ile memnuniyet düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 24 hastanın %83'ü (n=20) psödojinekomasti tanısı aldı ve yalnızca liposuction ile tedavi edildi. Geriye kalan %17'sinde (n=4) ise jinekomasti saptandı ve liposuction ile birlikte gland eksizyonu uygulandı. Ameliyat sırasında 9 hastada (%37,5) kontur düzensizliği tespit edildi ve bu bölgelere ortalama 8,3 ± 2,1 cc yağ enjeksiyonu yapıldı. Ortalama 7,2 aylık takip sürecinde, yağ enjeksiyonu yapılan ve yapılmayan gruplar arasında estetik memnuniyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Her iki grupta da yüksek düzeyde hasta memnuniyeti bildirildi ve kontur düzensizlikleri başarıyla düzeltildi.

Sonuç:

Jinekomasti cerrahisinde cerrahi alandan proaktif olarak elde edilen otolog yağ greftlerinin kullanımı, kontur düzensizliklerinin giderilmesinde etkili ve güvenli bir yöntem sunmaktadır. Bu teknik, ek donör alan gereksinimi doğurmaksızın pratik bir çözüm sağlayarak hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta memnuniyeti, Jinekomasti, Liposakşın, Psödojinekomasti, Yağ grefti

Jinekomasti tanısı alan ve liposuctiona ek olarak periareolar gland eksizyonu uygulanan, intraoperatif kontur düzensizliği nedeniyle otolog yağ grefti yapılan bir hastaya ait klinik fotoğraflar.



Jinekomasti tanısı alan ve liposuctiona ek olarak periareolar gland eksizyonu uygulanan, intraoperatif kontur düzensizliği nedeniyle otolog yağ grefti yapılan bir hastaya ait klinik fotoğraflar. Üst sıra (soldan sağa): Ameliyat öncesi sağ oblik ve sağ lateral görünümler. Orta sıra (soldan sağa): Ameliyat sonrası 1. hafta sağ oblik ve sağ lateral görünümler. Alt sıra (soldan sağa): Ameliyat sonrası 1. ay sağ oblik ve sağ lateral görünümler. İntraoperatif olarak cerrahi kalemle işaretlenen kontur düzensizliği, 1. hafta postoperatif görüntülerde de izlenmektedir. Hasta, 1. hafta ve 1. ay takiplerinde değerlendirilmiş olup, bu bölgelerde herhangi bir düzensizlik gözlenmemiştir.

Postoperatif Memnuniyet Anketi Sonuçları

Anket Maddesi	Yağ grefti ile intraoperatif kontur düzensizliği düzeltmesi yapılan hastalar (n=9)	Kontrol grubu (yağ grefti uygulanmayan) (n=15)	p-değeri
Göğüs Konturundan Genel Memnuniyet	4,44 ± 0,53	4,60 ± 0,51	0,478
Simetri Algısı	4,22 ± 0,67	4,33 ± 0,59	0,612
Göğüs Dolgunluğu	4,11 ± 0,78	4,20 ± 0,77	0,775
Kontur Düzgünlüğü	4,33 ± 0,50	4,46 ± 0,51	0,518
Sosyal Özgüven Hissi	4,44 ± 0,53	4,53 ± 0,52	0,689
Estetik Sonuçtan Genel Tatmin	4,33 ± 0,71	4,60 ± 0,63	0,317

SB-169

Sıçan Modelinde Botulinum-A Toksininin Damar Grefti Anastomozunda Vazospazm ve Trombüs Oluşumu Üzerine Etkisi

İlknur Akbulut[1], Ömer Enes Taymaz[2], Sinem Kırım Acar[3], Çiğdem Elmas[3], Mehmet Sühan Ayhan[2]
[1]Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bitlis
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç:

Vasküler greft kullanılarak yapılan anastomozlarda vasküler greftin spazma ve trombüse yatkınlığı bilinen önemli bir klinik sorundur. Greft vazospazmının vazodilatör ve vazokonstriktör etkilerin dengesinde bozulma, türbülanslı veya değişen akış dinamikleri gibi mekanik sebepler, intimal hasar ve oksidatif stresle ilişkili olduğu düşünülmektedir [1, 2].

Botulinum nörotoksin-A (BoNT-A), asetilkolin salınım blokajı ile kas gevşetici etkisiyle bilinir; ancak norepinefrin ve Substance P salınımının inhibisyonu, Rho/Rho-kinaz yolunun modülasyonu, nitrik oksit sistemine duyarlılık ve kalsitonin-gen ilişkili peptid (CGRP) artışı gibi daha az bilinen mekanizmalar üzerinden vasküler tonusu etkileyebilir ve spazmojen yanıtı azaltabilir. [3-5] Bu farmakolojik profil BoNT-A'yı vasküler komplikasyonların azaltılmasında potansiyel bir ajan haline getirmektedir.

Gereç-Yöntem:

Deney Hayvanları ve Gruplar

Çalışmada dişi Sprague-Dawley sıçanlar (n=28), arter / ven grefti ve BoNT-A / Salin uygulamaları üzerinden randomize edilerek dört grupta incelendi. 1.grup ven grefti salin; 2-arter grefti salin; 3-BoNT ven grefti; 4- BoNT arter grefti olarak belirlendi.

Cerrahi İşlemler, Dolaşım Değerlendirmesi ve Vasküler Çap Ölçümleri

Çalışmada iki aşamalı cerrahi uygulandı. İlk aşamada sağ taraf femoral arter segmentleri arasında 1'er cm'lik defektler oluşturuldu. Femoral arter akımları arter grefti gruplarında ortak karotis arter; ven grefti gruplarında ise karşı taraftan alınan femoral ven greftleri kullanılarak tekrar sağlandı. Mikrocerrahi prensiplere uygun şekilde ven greftleri kapak yönleri göz önünde bulundurularak ters çevrilip; arter greftleri ters çevrilmeden anastomoz edildi. Anastomozlar tamamlandıktan sonra vasküler greftlerin, femoral arter ve anastomoz komşuluğundaki venin çapları hassas dijital mikrokumpas kullanılarak ölçüldü. Anastomoz akımı lazer doppler akımölçer (LDA) ile değerlendirildi. Vasküler çap ve akım ölçümlerinden sonra perivasküler alana kontrol gruplarında salin; BoNT gruplarında BoNT-A (Botox; Allergan) enjekte edildi.

İkinci aşama, ilk aşamadan 3 gün sonra gerçekleştirildi. İlk aşamada damar çaplarının ölçüldüğü yerden damar çapları tekrar ölçüldü ve kaydedildi. Anastomoz açıklıkları anastomoz distalinde yapılan LDA ölçümleri ve sağma testi kullanılarak tekrar değerlendirildi. Anastomoz açıkları korunan sıçanlarda anastomozları spazm oluşumuna zorlamak için sonraki aşamada vazopressör stres testi uygulandı. Akım görülmeyen spontan tromboze anastomozlarda ise sonraki aşama olan vazopressör stres testi uygulanmadı. Stres testinde anastomoza topikal olarak epinefrin damlatıldı ve 5 dakika boyunca sıçanın sağ arka bacağı bir buz banyosunda bekletildi. Damar açıklıkları stres testinden sonra LDA ve sağma testi ile tekrar değerlendirildi. Akım değerlendirmesi sonrasında her bir sıçanın sağ arka bacak kas perfüzyonu ICG aracılı videoanjiyografi kullanılarak görüntülendi.

Histolojik İnceleme

Vazospazm ve trombüs oluşumunun iskemik etkilerini değerlendirmek için anastomozun olduğu sağ taraftaki arka bacak kasları ve vasküler greftlerin 5 mm'lik proksimal ve distalini de içeren anastomoz segmentleri histolojik inceleme için toplandı. Hemotoksilen-Eosin boyamalarda kas dejenerasyon bulguları; Masson Trikom boyamada ise trombüs varlığı açısından histolojik örnekler değerlendirildi.

İstatiksel Analiz

Kaydedilen veriler sürüm 27.0 SPSS programı (Inc., Armonk, NY, ABD) kullanılarak analiz edildi. Sayısal değişkenleri gruplar arasında karşılaştırmak için Posthoc Bonferroni düzeltmeli Kruskal-Wallis kullanıldı. Sonuçlar $p < 0,05$ olduğunda anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Trombüs Oranları

Tablo 1'de gruplar arasındaki trombüs oranlarının dağılımı gösterilmiştir.

Damar Çapı Ölçümleri: 72. saatte femoral arter, femoral ven ve greft çapları BoNT-A uygulanan gruplarda kontrol gruplarına göre anlamlı derecede daha geniş olarak saptandı ($p<0.001$). BoNT gruplarındaki femoral arter çaplarında ortalama %24,11±6,53; femoral ven çaplarında %28,2±8,27; vasküler greft çaplarında %8,89±5,99 artış görüldü.

Kas Perfüzyonu (ICG): Vazospazm provokasyonundan sonra BoNT ven grefti ve BoNT arter grefti gruplarında kas perfüzyonu kontrol arter grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.030$ ve $p=0.011$). Kontrol ven grubuna kıyasla daha yüksek eğilim olsa da fark anlamlı değildi.

Akım Dinamikleri (LDA): BoNT gruplarında 2. aşamada anastomoz akımları belirgin artış gösterdi; kontrol gruplarında anlamlı değişiklik saptanmadı ($p<0.001$). Stres testi sonrası LDA düşüşü BoNT'de daha azdı ($p=0.030$).

Histolojik İnceleme

Histolojik değerlendirmelerde, kas dejenerasyonu skorları gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir ($p=0,217$). Ancak BoNT-A gruplarında trombüs oluşumu belirgin şekilde daha düşük bulunmuş ve ICG görüntülerinde daha geniş lümen ve daha iyi perfüzyon gözlenmiştir. Erken dönemde BoNT'ye bağlı kas ultrastrüktürel değişikliklerin iskemik etkileri maskelemiş olabileceği düşünüldü.

Tartışma

Çalışmamız, BoNT-A'nın vasküler greft anastomozlarında erken dönemde vazodilatör etki göstererek damar çapını ve akımı artırabileceğini, tromboz riskini azaltabileceğini ortaya koymaktadır. Önceki bir meta-analiz çalışmasında BoNT uygulamasıyla arteriyel ve venöz çaplarda %39,5 ve %46,3 oranında artış bildirilmektedir [6]. Bizim çalışmamızda bu oranların daha düşük bulunması, uygulamadan analize kadar geçen sürenin yalnızca 3 gün olmasına bağlanabilir.

Klinik olarak, mikrocerrahi operasyonlarda anastomoz sonrası ilk günlerde en kritik sorun vazospazm ve trombüs gelişimidir. Çalışmamız, BoNT-A'nın bu kritik dönemde özellikle arter greftlerinde daha belirgin olmak üzere koruyucu bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Erken dönemde perivasküler BoNT-A, damar grefti anastomozlarında vazodilatasyon sağlar, akımı korur ve spazmojen provokasyona karşı dayanıklılığı artırır; trombüs ve revizyon gereksinimini azaltma potansiyeli taşır. Bu etki özellikle düz kas tabakası daha belirgin olan arter greftlerinde dikkat çekicidir. İlk 72 saatlik kritik pencerede uygulanması, mikrocerrahi başarısını iyileştirebilecek translasyonel bir strateji olarak değerlendirilmelidir.

Sonuç

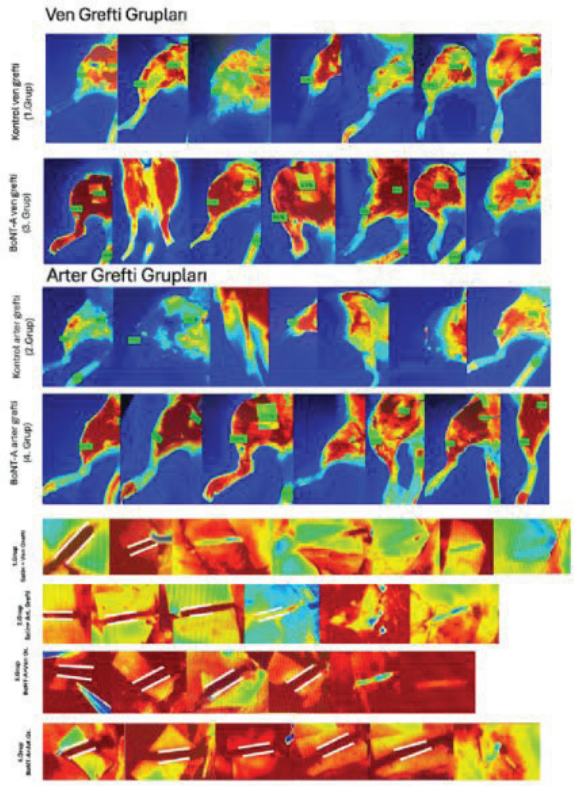
Perivasküler BoNT-A uygulaması, damar greft anastomozlarında damar çapının genişlemesine, akımın artmasına ve tromboz oranının azalmasına katkıda bulunarak, mikrocerrahinin başarısını artırma potansiyeline sahiptir. Bu sonuçlar, klinik uygulamalarda BoNT-A'nın vasküler komplikasyonları önlemek için tamamlayıcı bir ajan olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Gelecekteki çalışmalar, farklı dozlarda ve zaman aralıklarında BoNT-A uygulamalarını değerlendirerek, en etkin protokollerin belirlenmesine katkı sağlayabilir.

REFERANSLAR

1. He GW, Taggart DP. Spasm in Arterial Grafts in Coronary Bypass Grafting Surgery. Ann Thorac Surg. 2016;101(3):1222-9. Epub 20151114. doi: 10.1016/j.athoracsur.2015.09.071. PubMed PMID: 26588865.
2. Shi X, Guan Y, Jiang S, Li T, Sun B, Cheng H. Renin-angiotensin system inhibitor attenuates oxidative stress induced human coronary endothelial cell dysfunction via the PI3K/AKT/mTOR pathway. Arch Med Sci. 2019;15(1):152-64. Epub 20180308. doi: 10.5114/aoms.2018.74026. PubMed PMID: 30697266; PubMed Central PMCID: PMCPMC6348342.
3. Stone AV, Koman LA, Callahan MF, Eckman DM, Smith BP, Plate JF, Smith TL. The effect of botulinum neurotoxin-A on blood flow in rats: a potential mechanism for treatment of Raynaud phenomenon. J Hand Surg Am. 2012;37(4):795-802. Epub 20120303. doi: 10.1016/j.jhsa.2012.01.021. PubMed PMID: 22386546.
4. Clemens MW, Higgins JP, Wilgis EFS. Prevention of anastomotic thrombosis by botulinum toxin a in an animal model. Plast Reconstr Surg. 2009;123(1):64-70. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181904c31. PubMed PMID: 19116537.
5. Mariotti R, Bentivoglio M. Botulinum toxin induces nitric oxide synthase activity in motoneurons. Neurosci Lett. 1996;219(1):25-8. doi: 10.1016/s0304-3940(96)13167-0. PubMed PMID: 8961295.
6. Goldberg SH, Gehrman MD, Graham JH. Botulinum toxin A and B improve perfusion, increase flap survival, cause vasodilation, and prevent thrombosis: a systematic review and meta-analysis of controlled animal studies. Hand. 2023;18(1):22-31.

Anahtar Kelimeler: Botulinum Toksini, Damar grefti, Trombus, Vazospazm

Şekli 1



Stres testi sonrası sağ taraf ekstremite perfüzyonlarının (üstte) ve anastomozların(altta) ICG görüntüleri. BoNT uygulanan gruplarda spazmojenlere daha az kas iskemisi yanıtı ve geniş çaplı anastomoz damarları dikkati çekmektedir.

Tablo 1

GRUP	SPONTAN TROMBOZE ANASTOMOZ SAYISI	STRES TESTİ İLE TROMBOZE ANASTOMOZ SAYISI
1(VEN GREFTİ+SALİN)	2	3
2(ARTER GREFTİ+SALİN)	1	2
3(VEN GREFTİ+ BoNT-A)	1	2
4(ARTER GREFTİ + BoNT-A)	-	1

Gruplarda görülen trombüs sayılarının dağılımı

SB-170

Karaciğer Transplantasyonlarında Hepatik Arter Anastomozunun Erken Dönem Patensini Etkileyen Faktörler

Ahmet Biçer, Hande Elif Karadağ, Hayri Ertan Kılıç, Kenan Yiğit Yarar, Yiğit Özer Tiftikçioğlu, Ersin Gür
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

Karaciğer transplantasyonu, son dönem karaciğer yetmezliği ve bazı malignite olgularında yaşam süresini uzatan küratif bir tedavi yöntemidir. Sağkalım üzerinde; alıcı yaşı, cinsiyet, altta yatan hastalık, donör tipi, arteriyel anastomoz seçimi ve re-operasyon gereksinimi gibi faktörler etkili olabilir. Bu çalışmada, merkezimizde gerçekleştirilen karaciğer transplantasyonu olgularının retrospektif analizi sunulmakta ve sağkalımı etkileyen değişkenler tartışılmaktadır.

Yöntem

2012–2025 yılları arasında arter anastomozu tarafımızca yapılan 108 karaciğer transplantasyonu değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik ve cerrahi özellikleri kaydedildi. Cinsiyet, yaş, donör tipi, altta yatan patoloji, arteriyel anastomoz tipi ve ikinci operasyon varlığı analiz edildi. Sağkalım 'sağ', 'erken ölüm (postop 1.hafta olan ölümler)' ve 'geç ölüm(postop 1.haftadan sonraki ölümler)' olarak sınıflandı. İstatistiksel analizlerde Ki-kare testi, ANOVA, Kruskal-Wallis ve çoklu karşılaştırmalar kullanıldı.

Bulgular

1. Cinsiyet ve Sağkalım: Kadın (n=50) ve erkek (n=58) hastalar arasında sağkalım oranları açısından anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,698). Kadınlarda sağkalım %74, erkeklerde %69 idi.

2. Yaş ve Sağkalım: Pediatrik (n=46) ve erişkin (n=62) gruplar arasında donör tipi ile anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,222). Patolojiye göre yaş farklılıkları anlamlıydı (p<0,001). Özellikle biliyer siroz olgularında ortalama yaş 9 yıl olup genç yaşta transplantasyon gereksinimi dikkat çekiciydi. Buna karşılık alkolik karaciğer hastalığı grubunda ortalama yaş 57 yıl idi ve ileri yaş ortalamalarıyla öne çıktı.

3. Patoloji Dağılımı: En sık endikasyonlar biliyer siroz (n=26), viral hepatit (n=24) ve kriptojenik hepatit (n=11) idi. Tümör (n=6), enzim eksiklikleri (n=9) ve toksik nedenler (n=8) daha az görüldü. Patoloji ile donör tipi arasında anlamlı fark yoktu (p=0,890).

4. Re-Operasyon (ReDo): İkinci operasyon gereksinimi olan 18 hasta mevcuttu. Re-operasyon varlığı sağkalımı olumsuz etkiledi (p=0,001). Bu hastalarda erken ve geç ölüm oranları anlamlı derecede yüksekti.

5. Alıcı Arter Özellikleri: Alıcı arter tipine göre sağkalım farklıydı (p=0,029). Sağ hepatik arter tercih edilenlerde sağkalım %72,5 olup en iyi sonuçlara ulaşıldı.

Tartışma

Çalışmamızda sağkalımı etkileyen faktörler alıcı arter seçimi ve ikincil operasyon varlığı oldu. Sağ hepatik arterin alıcı arter olarak kullanılmasının sağkalımı artırdığı görüldü. İkincil bir operasyon yapılan hastalarda sağkalım anlamlı derecede düşük bulundu. Bu bulgu, primer operasyonda komplikasyonları en aza indirmenin kritik olduğunu göstermektedir. Cinsiyet ve donör tipi sağkalım üzerinde anlamlı etki göstermedi. Özellikle biliyer sirozun genç yaşta, alkolik karaciğer hastalığının ise ileri yaşta transplantasyon gerektirmesi dikkat çekicidir.

Sonuç

• Karaciğer transplantasyonunda sağkalımı en çok etkileyen faktörler: alıcı arter seçimi ve ikincil operasyon varlığıdır.

• Sağ hepatik arterin tercih edilmesi sağkalımı artırmaktadır.

• İkincil operasyon gerektiren olgularda mortalite oranı yüksektir.

• Cinsiyet ve donör tipi sağkalımı belirgin etkilemez.

• Biliyer siroz daha çok genç yaşta, alkolik karaciğer hastalığı ise ileri yaşta transplantasyon gerektirmektedir.

Bu sonuçlar, cerrahi planlamada arter seçiminin ve komplikasyon önleyici stratejilerin transplantasyon başarısında temel rol oynadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: arter anastomozu, hepatit arter, hepatit arter anastomozu, karaciğer transplantasyonu, karaciğer yetmezliği, mikrocerrahi

SB-171

Pediatrik hastalarda serbest doku aktarımı: Üçüncü basamak bir kanser merkezinin 30 yıllık deneyimi

Nawal Khan[1], Batu Özlüşen[2], Lillian Boe[1], Jennifer Wang[1], Sameer Massand[1], Evan Matros[1], Joseph Disa[1], Babak J. Mehrara[1], Peter G. Cordeiro[1], Farooq Shahzad[1]
[1]Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Departmanı, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, Amerika Birleşik Devletleri
[2]Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Departmanı, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Giriş:

Pediatrik hastalarda serbest doku transferi; küçük damar çapı, vazospazma yatkınlık, sınırlı donör saha seçeneği ve henüz teşhis edilmemiş potansiyel koagülopati gibi nedenlerle erişkin hastalara göre daha karmaşık cerrahi zorluklar içerir. Bu çalışmada, büyük bir onkoloji merkezinde son 30 yılda 18 yaş altı hastalarda uygulanan mikrocerrahi serbest flep rekonstrüksiyonlarına dair deneyimimizi sunarak, başarı oranlarını, komplikasyonları ve tedavi stratejilerini irdelemeyi amaçladık.

Yöntem:

1994 ile 2023 yılları arasında, 18 yaş ve altındaki tüm hastaların dahil edildiği retrospektif bir vaka serisi çalışması yürütüldü. Serbest flep cerrahisi uygulanan hastalar, elektronik hasta kayıtları aracılığıyla tespit edilerek demografik veriler, onkolojik tedavi detayları, kullanılan flep türleri, anastomoz yöntemleri, komplikasyonlar ve uzun dönem takip verileri analiz edildi. Rekonstrüksiyon bölgeleri; baş-boyun, üst ekstremite, alt ekstremite ve gövde olarak dört gruba ayrılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 111 pediatrik hasta çalışmaya dahil edildi. Cinsiyet dağılımı neredeyse eşit olan (56 erkek, 55 kız) hastaların medyan yaşı 11 olarak tespit edildi. Rekonstrüksiyon bölgeleri: baş-boyun (%39), alt ekstremite (%44), üst ekstremite (%13) ve gövde (%4) olarak dağılım gösterdi. Tümörlerin %93'ü malign, %7'si benign karakterdeydi. En sık görülen maligniteler baş-boyun bölgesinde Ewing sarkomu ve rabdomyosarkom; alt ekstremitede ise osteosarkom idi. Olguların %24'ünde cerrahi sırasında metastaz mevcuttu. %75'ine neoadjuvan kemoterapi, %69'una adjuvan kemoterapi, %20'sine neoadjuvan radyoterapi ve %18'ine adjuvan radyoterapi uygulandı. En sık kullanılan kemik flebi fibula olup toplam 59 olguda kullanıldı. Yumuşak doku rekonstrüksiyonlarında ise rektus abdominis, anterolateral uyluk (ALT) ve latissimus dorsi flepleri en çok tercih edilen fleplerdi. Mikrovasküler anastomozlarda sıklıkla

tek ven anastomozu (%86) yapılırken %14 olguda iki ven anastomozu gerçekleştirilmiştir. Genel flep başarısı %97 olarak saptanırken baş-boyun ve gövde bölgelerinde %100, üst ekstremitede %93 ve alt ekstremitede %96 başarı oranı elde edildi. En fazla komplikasyon ve ek cerrahi müdahale alt ekstremite rekonstrüksiyonlarında görüldü. Takip süresi ortalama 8.1 yıl (medyan 7.5 yıl) olarak gerçekleşti. Takip süresince metastaz gelişimi %17, mortalite oranı ise %19 olarak kaydedildi. Donör saha komplikasyon oranı %1.8 gibi oldukça düşük düzeydeydi.

Sonuç:

Pediatrik hastalarda serbest doku transferi, zorluklara rağmen yüksek başarı oranlarıyla uygulanabilirliğini ortaya koymuştur. Serbest flepler, pediatrik onkolojik rekonstrüksiyonlarda etkili, güvenli ve fonksiyonel sonuçlar sunmaktadır. Bu çalışmada sunduğumuz 30 yıllık deneyim, pediatrik popülasyonda mikrocerrahi uygulamaların erişkin hastalarla benzer başarı oranlarıyla güvenle yapılabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda, vaka seçimi ve detaylı cerrahi planlama komplikasyon oranlarının deneyimli ekiplerle minimize edilebileceğini ortaya koymaktadır.

Klinik Önemi:

Pediatrik rekonstrüksiyonlarda mikrovasküler cerrahi uygulamalar halen bazı merkezlerde sınırlı tercih edilmekte olup, bu durum küçük damar çapı, vazospazm eğilimi, büyüme potansiyeline etkisi ve donör saha kısıtlılığı gibi nedenlerle ilişkilendirilmektedir. Ancak, bu çalışmada gösterildiği gibi çocuklarda aterosklerozun olmaması, yüksek rejeneratif potansiyel ve düşük komorbidite oranları sayesinde başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Ek olarak, baş-boyun bölgesinde geniş çaplı damarların varlığı nedeniyle flep başarısı daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, ekstremitelerde daha sınırlı damar seçenekleri ve önceki cerrahi/radyoterapi varlığı nedeniyle teknik zorluklar artmaktadır. Ayrıca çalışmamız, flep kaybının pediatrik hastalar ve aileleri üzerinde yarattığı psikolojik yükü vurgulamakta; bu nedenle komplikasyonların önlenmesine yönelik multidisipliner yaklaşım ve özenli postoperatif yönetimin önemini ortaya koymaktadır. Donör saha morbiditesinin azaltılması amacıyla son yıllarda kullanılan doku ekspansiyonu ve uzun etkili pansumanlar gibi yeni tekniklerin de pediatrik cerrahide fayda sağladığı görülmektedir. Bu veriler ışığında, pediatrik yaş grubunda büyük defektlerin rekonstrüksiyonunda serbest flep cerrahisinin güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu ve bu uygulamanın daha yaygın hale gelmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: pediatrik serbest doku transferi, onkolojik rekonstrüksiyon, mikrocerrahi

Onkolojik ve Cerrahi Detaylar

	Baş ve Boyun N=43	Üst Ekstremite N=14	Alt Ekstremite N=49	Gövde N=5
Yaş: Ortalama(SD)	10,5 (4,0)	9,9 (3,9)	11.4 (3.7)	14.4 (2.1)
Cinsiyet: Erkek Kadın	23 (%53) 20 (%47)	8 (%57) 6 (%43)	23 (%47) 26 (%53)	2 (%40) 3 (%60)
Kanser Bölgesi	Anterior kafa tabanı: 1 Lateral kafa tabanı: 1 Burun: 1 Orbita: 2 Maksilla: 12 Mandibula: 16 Bukkal: 2 Dil: 1 Ağız tabanı: 1 Farinks: 1 Parotis: 5	Humerus: 7 Radius: 5 El: 2	Femur: 25 Tibia: 23 Fibula: 1	İleum ve sakrum (Tip 1 internal hemipelvektomi): 5
Tip: Benign Malign	4 (9.3%) 39 (91%)	3 (21%) 11 (79%)	1 (2.0%) 48 (98%)	0 (0%) 5 (100%)
Rekonstrüksiyon Sırasında Metastaz	12 (28%)	0 (0%)	12 (24%)	3 (60%)
Patoloji	Ewing sarkomu: 8 Rabdomiyosarkom: 8 Osteosarkom: 5 Embriyonel rabdomiyosarkom: 3 Mukoepidermoid karsinom: 2 Sinoviyal sarkom: 2 Adenoid kistik karsinom: 1 Ameloblastom: 1 Esthesioneuroblastoma: 1 Etmoidal osteoblastik osteosarkom: 1 Mezenkimal kondrosarkom: 1 Metastatik nöroblastom: 1 Nöroblastom: 1 Odontojenik fibromiksom: 1 Periferik sinir kılıfı tümörü: 1 Pleomorfik adenom: 1 Pleomorfik fibröz histiositom: 1 Pleksiform fibrohistiositik tümör: 1 Pleksiform nörofibrom: 1 Radyasyon kaynaklı sarkom: 1 İğsi hücreli neoplazm: 1	Osteosarkom: 3 Anjiyomatoid fibröz histiositom: 3 Ewing sarkomu: 2 Berrak hücreli sarkom: 1 Ektomezenşimoma: 1 Epitelioid sarkom: 1 Pleksiform fibrohistiositik tümör: 1 İğsi hücreli sarkom: 1 Sinoviyal sarkom: 1	Osteosarkom: 27 Ewing sarkomu: 14 Adamantinom: 4 Kondrosarkom: 1 Fibromiksoid sarkom: 1 Fibrosarkom: 1 Legg-Calvé-Perthes hastalığı: 1	Ewing sarkomu: 3 Kondrosarkom: 1 Radyasyon kaynaklı sarkom: 1

Onkolojik Tedavi: Neoadjuvan Kemoterapi Adjuvan Kemoterapi Neoadjuvan Radyoterapi Adjuvan Radyoterapi	31 (72%) 27 (63%) 17 (40%) 16 (37%)	8 (57%) 5 (36%) 3 (21%) 1 (7.1%)	41 (84%) 41 (84%) 0 (0%) 2 (4.1%)	3 (60%) 4 (80%) 2 (40%) 1 (20%)
Flep	Fibula: 14 Rectus abdominis: 11 Anterolateral uyluk: 6 Radial önkol: 6 Deep inferior epigastric perforatör: 2 Latissimus dorsi: 2 Anterolateral uyluk + kimerik vastus lateralis kası: 1 Torakodorsal arter perforatörü: 1	Fibula: 9 Gracilis: 2 Latissimus dorsi: 1 Paraskapular: 1 Kutanöz Skapula: 1	Fibula: 31 Latissimus dorsi: 5 Gracilis: 4 Anterolateral uyluk: 3 Vastus lateralis myokütanöz: 3 Anterolateral uyluk + kimerik vastus lateralis kası: 1 Fibula + Anterolateral uyluk: 1 Rectus abdominis: 1	Fibula: 4 Vastus lateralis: 1
Alıcı Arter	Fasial: 17 Superior tiroid: 13 Lingual: 9 Süperfisyal temporal: 2 Eksternal karotid: 1 İnternal maksiller: 1	Brakial: 4 Radial: 4 Brakial dalı: 3 Ulnar: 3	Anterior tibial: 11 Süperfisyal femoral: 9 Posterior tibial: 8 Süperfisyal femoral dalı: 5 Lateral sirkumfleks femoral: 5 Desendan genikular: 3 Profunda femoris dalı: 3 Profunda femoris: 2 Peroneal: 2 Lateral sural: 1	Süperior gluteal: 3 Eksternal iliak: 1 İnternal iliak: 1
Alıcı Ven	Vena facialis communis: 19 İnternal jugular: 14 Eksternal jugular: 3 Süperfisyal temporal: 2 İnternal jugular dalı: 2 Fasial: 2 Süperior tiroid: 1	Brakial: 6 Brakial dalı: 1 Sefalik: 1 Dorsal el bileği veni: 1 Süperfisyal ön kol veni: 5	Anterior tibial: 11 Posterior tibial: 8 Süperfisyal femoral: 8 Süperfisyal femoral dalı: 5 Lateral sirkumfleks femoral: 5 Profunda femoris dalı: 3 Profunda femoris: 2 Geniküler: 2 Peroneal: 2 Femoral vein dalı: 1 Vena saphena magna: 1 Lateral sural: 1	Süperior gluteal: 3 Eksternal iliak: 2
Anastomoz yapılan ven sayısı: 1 2	38 (88%) 5 (12%)	10 (71%) 4 (29%)	42 (86%) 7 (14%)	5 (100%) 0 (0%)
Flep Başarısı	(43/43) 100%	13/14 (93%)	47/49 (93%)	5/5 (100%)
Alıcı Saha Komplikasyonları	6 (14%)	3 (21%)	26 (53%)	2 (40%)
Donör Saha Kompliksyonları	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
Ek Cerrahiler: Ortalama (SD)	0.12 (0.32)	0.29 (0.61)	1.31 (2.11)	0.40 (0.55)
Cerrahi Sonrası Metastaz	9 (21%)	0 (0%)	9 (18%)	1 (20%)
Ölüm	11 (%26)	0 (%0)	8 (16%)	1 (20%)

SB-172

Plasenta Temelli Mikrocerrahi Eğitim Modellenmesi: Üç Farklı Yaklaşım ile Pratik, Etkili ve Uygulanabilir Hazırlık Rehberi

Muhammed Mustafa Demirok, Abdullah Yavuz, Çağatay Koçer, Hikmet Can Doğruel
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Plasenta temelli mikrocerrahi eğitim modelleri, uluslararası literatürde geçerliliği kanıtlanmış, etik açıdan kabul görmüş ve ekonomik bir alternatif olarak ön plana çıkmaktadır. Ancak mevcut yayınların çoğunda bu modellerin nasıl hazırlanacağına, günlük cerrahi pratiğe nasıl entegre edileceğine dair detaylı, adım adım uygulanabilir kılavuzlar yer almamaktadır. Bu eksiklik nedeniyle pek çok eğitim merkezinde, bu değerli simülasyon modelinden yeterince faydalanılamamaktadır. Bu çalışmada amaçlanan, insan plasentası kullanılarak geliştirilen üç farklı mikrocerrahi modelin hazırlanış süreçlerini ve pratik kullanımını kapsamlı biçimde sunmaktır. Böylece her düzeyden plastik cerrahi asistanının kendi kurumunda bu eğitimi sürdürülebilir, düşük maliyetli ve etkili biçimde uygulayabilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem:

Doğum sonrası elde edilen ve aydınlatılmış onam alınan hastalardan sağlanan insan plasentaları kullanılarak üç farklı mikrocerrahi eğitim modeli geliştirildi. Her model, hazırlanma süresi, içerdiği teknik zorluk ve hedeflenen eğitim seviyesi bakımından birbirinden farklıdır:

1. Kuru Model (Hazırlık süresi: ~3–5 dk): Damar içi akım sağlanmaksızın kullanılan bu model, yalnızca plasentanın hızlı bir şekilde temizlenmesini içerir. Temel mikrocerrahi diseksiyon, doku manipülasyonu ve sütür pratiği için uygundur. Kısa sürede hazırlanabilirliği ile özellikle eğitim sürecinin erken evresindeki asistanlara yöneliktir.

2. Sıvı Enjeksiyonlu Lümen Koruyucu Model (Hazırlık süresi: ~20 dk): Arteria umbilicalis'e kırmızı, vena umbilicalis'e mavi sıvı enjekte edilerek damar lümenlerinin dolması sağlanır. Bu renk kodlaması, arter-ven ayrımının öğrenilmesini kolaylaştırmakla birlikte, temel hedef; lümen kollapsını önlemek ve doku bütünlüğünü koruyarak gerçekçi bir çalışma ortamı sunmaktır. Orta düzey teknik becerilerin geliştirilmesine uygundur.

3. Dinamik Akım Modeli (Hazırlık süresi: ~30 dk): Baskılı bir serum torbası ya da düşük basınçlı bir su motoru ile damar içine sabit akım verilerek fizyolojik dolaşıma benzer bir ortam sağlanır. Bu sayede sütür sonrası kaçak testi yapılabilir, anastomoz yeterliliği değerlendirilebilir. Gelişmiş teknik becerilerin kazandırılmasında etkilidir. Model, uzun süreli çalışmalarda stabilitesini koruyabilmektedir.

Sunum İçeriği:

Sunum, bu üç teknik modelin tanıtımıyla sınırlı kalmayacak; aynı zamanda plasentanın uygun koşullarda nasıl saklanması gerektiği (4 °C'de maksimum süre vb.), damarların dallanma düzeylerine göre çap ölçümleri, hazırlık aşamasında dikkat edilmesi gereken teknik detaylar ve sık yapılan hatalar da ele alınacaktır.

Her modelin hazırlık süreci -sunum süre sınırı gözetilerek- hızlandırılmış video kayıtlarıyla birlikte adım adım, kendi kliniklerinde direk uygulamaya başlayabilecekleri şekilde şeffaf ve detaylı anlatılacaktır. Bu nedenle, sunumun sözlü olması özellikle tercih edilmiştir.

Bulgular:

Kliniğimizde farklı düzeylerdeki asistanlar tarafından kullanılan üç model de uygulanabilirlik, gerçekçilik ve eğitim değeri açısından beğeniyle kullanılmaktadır. Kuru model, özellikle plasentayla ve mikrocerrahi ile tanışma fazındaki asistanlar için ya da yeterli hazırlık vakti olmadığında faydalı bulunmuştur. Sıvı enjekte edilmiş model, vasküler anatomiyi net olarak ortaya koyup pratiklik ve gerçekçi anastomoz pratiği arasında dengeli bir köprü görevi görerek en çok tercih edilen modelimiz haline gelmiştir. Dinamik akım modeli, özellikle ileri düzey mikrocerrahi eğitiminde öne çıkmıştır. Anastomoz sonrası kaçak kontrolü, sütür tekniklerinin değerlendirilmesi ve hata tespiti açısından gerçekçi bir ortam sunduğu gözlemlenmiştir. Nöbetlerde sezaryen sonrası elde edilen plasentalar sayesinde asistanlar, uygun oldukları zamana göre hazırladıkları modelle stres yaşamadan gerçekçi bireysel antrenman yapabilmiştir. Böylece eğitim, günlük cerrahi yükle çatışmadan sürdürülebilir hale gelmiştir.

Sonuç:

İnsan plasentası; etik açıdan sorun teşkil etmeyen, ekonomik, pratik ve fizyolojik olarak insan damar yapısına uygun bir mikrocerrahi eğitim materyali sunmaktadır. Bu çalışmada sunulan üç yapılandırılmış model, farklı eğitim düzeylerine hitap eden, teknik olarak uygulanabilir ve tekrar edilebilir yöntemlerdir. Video destekli, şeffaf anlatım sayesinde katılımcılar, bu modelleri kendi kliniklerine kolaylıkla entegre edebilecek bilgiye ulaşacaktır. Bu yapı, sadece eğitim süresini kısaltmakla kalmayıp, aynı zamanda antrenman sırasında hata farkındalığını artırarak cerrahi güvenlik ve teknik yeterliliği de yükseltmeyi hedeflemektedir. Literatür temelli bu sistematik yaklaşım; mikrocerrahi eğitimi için sürdürülebilir, standardize ve yaygınlaştırılabilir bir çözüm sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: anastomoz, mikrocerrahi, mikrocerrahi simülasyonu, plasenta modeli

SB-173

Çeşitli Defektlerde Arteriyovenöz Loop Kullanımının Yararları

Furkan Altar Deniz, Serdar Dönmez
Menekşe Kastamoni, Mehmet Uğur Okan,
Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Bursa Uludağ Üniversitesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Bursa

Giriş

Rekonstrüktif mikrocerrahi, doku transferinde önemli bir tekniktir ve alıcı arterin bütünlüğünün korunmasına vurgu yapar. Damarların yetersiz olduğu durumlarda daha uzun ven greftleri veya arteriyovenöz (AV) loop'lar kullanılmaktadır. Arteriyovenöz loop'ların amacı, alıcı sahada yeni damar oluşumunu kolaylaştırmak ve işlem sırasında öngörülemeyen vasküler sorunlarda alternatif bir çözüm sağlamaktır. AV loop'lar düşük dirençli, yüksek akımlı dolaşım sağlayarak gerginliksiz, güvenilir ve mobilize edilebilir bir anastomoz hattı oluşturulmasına olanak tanır. Bu çalışmada, çevrede uygun alıcı damar bulunmayan durumlarda, vücudun farklı bölgelerindeki geniş çaplı yaralanmalar ve büyük defektler için arteriyovenöz loop sistemi kullanılarak yapılan rekonstrüksiyonlar incelendi.

Gereç ve Yöntemler

2018–2024 yılları arasında arteriyovenöz (AV) loop kullanılarak yapılan serbest doku transferi rekonstrüksiyonlarını içeren olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, etiyoloji, defekt lokalizasyonu, flep seçimi, komplikasyonlar ve alıcı damarlar açısından analiz edildi.

Bulgular

Ortalama yaş 48,6 olup 8 ile 78 arasında değişmekteydi. Grup dört kadın ve altı erkekten oluşuyordu. Defekt bölgeleri; beş alt ekstremite, iki baş-boyun, iki üst ekstremite ve bir göğüs duvarı şeklindeydi.

Etiyolojiye göre beş hasta travma (bir tanesi araç kazası), dört hasta tümörle ilişkili, bir hasta ise protez kaynaklı sorunlar nedeniyle opere edildi. Tüm on hastada farklı flep tipleri kullanılarak rekonstrüksiyon başarıyla gerçekleştirildi.

Erken veya geç dönemde komplikasyon görülmedi, yalnızca üç hastada sorun yaşandı:

- Birinde, ilk hafta içerisinde tam flep kaybı gelişti.

- İkinci vakada enfeksiyon nedeniyle flep sütür ayrılması oldu ancak pansuman tedavisiyle başarıyla yönetildi.

- Üçüncü hastada kardiyak arrest sonrası resüsitasyonun ardından vasküler pedikül tıkanması gelişti; hastanın genel durumu nedeniyle anastomoz revizyonu mümkün olamadı ve ek işlem yapılamadı.

Tartışma ve Sonuç

Arteriyovenöz (AV) loop'lar kullanılarak yapılan serbest flep rekonstrüksiyonu, uygun alıcı damarların olmadığı alanlarda güvenilir bir tekniktir. Özellikle geniş travmalar, enfeksiyon, zayıf lokal perfüzyon veya önceki radyoterapi sonrası olgularda faydalıdır.

AV loop veya ven greftleri bu zorlu vakalarda flep başarısını artırsa da torsiyon, kinkleşme veya kardiyak dekompansasyon gibi riskler taşıyabilir. AV loop'lar tek aşamalı veya iki aşamalı prosedür olarak uygulanabilir

İki aşamalı yöntem, özellikle birden fazla komorbiditesi olan hastalarda avantajlıdır çünkü ameliyat süresini kısaltır, loop fonksiyonunun izlenmesine olanak tanır ve inflamasyonun düzelmesini sağlar. Bizim vakalarımızda, uygun uzunluğu, öngörülebilir anatomisi ve uygun çapı nedeniyle sürekli olarak safen ven greftleri kullandık; bu da yüksek adaptasyon ve başarılı sonuçlara katkıda bulundu.

Sonuç olarak, AV loop'lar standart alıcı damarların bulunmadığı durumlarda mikrodamar doku transferini önemli ölçüde kolaylaştırır. Flep güvenilirliğini artırır, donör saha riskini azaltır ve anatomik ve patolojik zorlukların üstesinden gelmek için uygun vasküler erişim sağlar.

Kaynaklar

1. Arkudas A, Horch RE, Regus S, Meyer A, Lang W, Schmitz M, et al. Combined approach of AV loop and free flaps in trunk reconstruction: a retrospective cohort study. J Plast Reconstr Aesthetic Surg. 2018;71(3):394–401.

2. Jandali S, Diluna ML, Storm PB, Low DW. Use of an AV loop with vascularized free fibula graft for fusion of cervical and thoracic spinal defects in previously radiated pediatric patients. Plast Reconstr Surg. 2011;127(5):1932–8.

3. Momeni A, Lanni MA, Levin LS, Kovach SJ. Does the use of AV loops in posttraumatic lower extremity reconstruction increase complication rates? Microsurgery. 2018;38(6):605–10.

4. Zenn MR, Pribaz J, Walsh M. Use of the lateral femoral circumflex artery and vein for vascular grafting: a better alternative to an AV loop. Plast Reconstr Surg. 2010;126(1):140–2.

5. Henn D, Wähmann MST, Horsch M, Hetjens S, Kremer T, Gazyakan E, et al. Single-stage vs. two-stage AV loop reconstructions: experience in 103 cases. Plast Reconstr Surg. 2019;912–24.

6. Cavadas PC. AV loops in free flap reconstruction of the extremities. Plast Reconstr Surg. 2008;121(2):514–20.

7. Knackstedt R, Aliotta R, Gatherwright J, Djohan R, Gastman B, Schwarz G, et al. Single-stage and two-stage AV loop microsurgical reconstruction: a meta-analysis of the literature. Microsurgery. 2018;38:706–17.

Anahtar Kelimeler: alıcı damar, arteriyovenöz loop, ven grefti

Arteriyovenöz loop



Femoral arter ve vena saphena magna arasındaki arteriyovenöz loop hazırlandıktan sonraki intraoperatif fotoğraf

Arteriyovenöz Loop Yapılan Vakalar

YAŞ	CİNSİYET	ETİYOLOJİ	BÖLGE	DEFEKT LOKALİZASYONU	BÖLGE
52	E	TRAVMA	ALT EKSTREMİTE	KRURİS	LD
72	K	PROTEZ İLİŞKİLİ	ALT EKSTREMİTE	DİZ	LD
54	E	TRAVMA	ALT EKSTREMİTE	KRURİS	ALT-VASTUS
33	K	TÜMÖR	GÖVDE	GÖĞÜS DUVARI	LD
56	E	ARAÇ İÇİ TRAFİK KAZASI	ALT ESKTREMİTE	DİZ	LD
39	E	TRAVMA	ÜST EKSTREMİTE	OMUZ	LD
8	K	TÜMÖR	BAŞ-BOYUN	SAÇLI DERİ	ALT
34	K	TRAVMA	ÜST EKSTREMİTE	ÖN KOL	GRACİLİS
78	E	TÜMÖR	BAŞ-BOYUN	SAÇLI DERİ	LD
60	E	TÜMÖR	ALT EKSTREMİTE	SAKRUM	LD

LD: Latissimus dorsi flebi ALT: Anterolateral uyluk flebi Vastus: Vastus lateralis kas flebi Gracilis: Gracilis kas flebi

SB-174

Spy Cihazi Kullanımının Perforatör Flep ile Rekonstrüksiyonda Etkisi

Furkan Çeştepe, Yunus Emre Atmaca, Büşra Güçlü, Sabri Öztürk, Mutlu Deng Alvaç, Oğuzhan Gürel
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü - İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Perforatör flepler, minimal donör saha morbiditesi ve oldukça tatminkar estetik sonuçlar sağlayarak rekonstrüktif cerrahide önemli bir yer tutmaktadır. Ancak, flebin canlılığını intraoperatif olarak doğru değerlendirmek; parsiyel nekroz, yağ nekrozu ve venöz konjesyon gibi komplikasyonları önlemek açısından kritik öneme sahiptir [1-2]. İndosiyanin yeşili (ICG) anjiyografisine dayanan SPY floresan görüntüleme sistemi, flep perfüzyonunu gerçek zamanlı ve objektif bir şekilde değerlendirme imkânı sunmaktadır [3]. Bu çalışmanın amacı, perforatör flep rekonstrüksiyonlarında intraoperatif SPY kullanımının cerrahi karar süreçleri ve postoperatif sonuçlar üzerindeki etkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2015-2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde perforatör flep (DIEP, ALT ve torakodorsal arter perforatör flepleri dahil) ile rekonstrüksiyon yapılan 57 hasta ele alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 46.8 'dir. Grup A (n=30), sadece klasik klinik değerlendirme ile opere edilen hastalardan, Grup B (n=27) ise intraoperatif SPY görüntülemesi ile flep tasarımı ve düşük perfüze alanların eksizyonu yapılan hastalardan oluşmuştur. Hastalar postoperatif süreçte flep iskemi maruziyeti, revizyon cerrahisi ihtiyacı açısından değerlendirildi. Hasta takiplerimiz postoperatif 1. seneye kadar devam etti.

TARTIŞMA

SPY görüntülemesi kullanılan Grup B'de vakaların %22(n=6)'sinde intraoperatif cerrahi plana müdahale edildi ve genellikle düşük perfüzyonlu bölgelerin seçici eksizyonu uygulandı. Grup A ile karşılaştırıldığında, parsiyel flep nekroz oranında (%11,1[n=3] vs %23,3[n=7]) ve yağ nekrozu oranında (%14,8[n=4] vs %33,3[n=10]) anlamlı azalma tespit edildi. SPY kullanımı ortalama ameliyat süresine 30 dakika eklese de postoperatif revizyon cerrahisi ihtiyacı belirgin şekilde azaldı (%23,3[n=7] vs %11,1[n=3]). Özellikle komplike sekonder rekonstrüksiyonlarda veya zayıf alıcı damarlarda, cerrahların subjektif güven düzeyleri SPY kullanım grubunda daha yüksek olarak görüldü.

SONUÇ

Rekonstrüktif prosedürleri takip eden erken komplikasyonların temel nedenlerinden biri yetersiz doku perfüzyonu olarak kabul edilir. Klinik yargı, kan akışını değerlendirmek için en yaygın kullanılan yöntemdir ancak kendi başına flep perfüzyonunun değerlendirilmesi için her zaman tamamen güvenilir değildir. Doku vaskülaritesini değerlendirmek için çeşitli teknolojiler çalışmalarda değerlendirilmiş ve klinik olarak kullanılmıştır, ancak hiçbiri evrensel kabul görmemiştir.İndosiyanin yeşili (ICG) kullanan intraoperatif lazer anjiyografisi, yüzeysel kan akışını görsel olarak değerlendirmek için intraoperatif veya postoperatif ortamda kullanılabilecek bir vasküler görüntüleme metodolojisidir. ICG, aynı operatif prosedür sırasında tekrarlanan değerlendirmelere izin veren mükemmel bir güvenlik profiline ve kısa plazma yarı ömrüne sahiptir. Bu teknoloji oftalmolojide onlarca yıldır kullanılsa da, rekonstrüktif cerrahiye girişi nispeten yenidir. Mayıs 2011'de, SPY İntraoperatif Perfüzyon Değerlendirme Sistemi (Kuzey Amerika'da LifeCell Corp., Branchburg, NJ tarafından dağıtılmıştır; Novadaq Technologies Inc., Richmond, British Columbia, Kanada tarafından üretilmiştir) kullanımında geniş deneyime sahip 7 uzmandan (6 plastik cerrah ve 1 genel cerrahi uzmanı) oluşan bir grup, rekonstrüktif cerrahide doku perfüzyonunun mevcut son durumunu açıklayan bir inceleme geliştirmek için bir toplantı düzenledi. Bu zirvede tüm uzmanlar, kardiyovasküler prosedürlerde kullanım için FDA izni alan SPY Sisteminin plastik, mikro ve rekonstrüktif cerrahi prosedürler; organ nakli, ve gastrointestinal cerrahi prosedürlerinde kullanılabileceğini gösterilmiştir. SPY floresan görüntüleme sistemi, perforatör flep cerrahisinde perfüzyon değerlendirmesini objektifleştirerek iskemik komplikasyonları azaltmakta ve revizyon gereksinimini düşürmektedir [4]. Operasyon süresine hafif bir artış getirmesine rağmen, özellikle yüksek riskli veya anatomik olarak karmaşık olgularda rutin kullanımı daha iyi klinik sonuçlar ve cerrahi güven sağlayabilir [1-4]. SPY teknolojisinin kullanımı, modern rekonstrüktif cerrahide daha objektif ve veri odaklı karar verme anlayışına geçişi desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1- Liu EH, Zhu SL, Hu J, Wong N, Farrokhyar F, Thoma A. Intraoperative SPY reduces postmastectomy skin flap complications: a systematic review and metaanalysis. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019;7(4):e2060.

2-Monahan JFW, Chen W, Hwang BH, Nguyen GK, Davis GB, Lee YS, Zhou Z, Wong AK. Intraoperative predictive capability of near-infrared fluorescence angiography in perforator flap survival. J Am Coll Surg. 2011;213(3 Suppl):S92.

3- Kastamoni M, Köse FB, Akın S. DIEP flep ile meme rekonstrüksiyonunda "SPY" kullanımı: Olgu sunumu. Uludag Univ Tip Fak Derg. 2019;45(3):331–4.

4-Gurtner GC, Jones GE, Neligan PC, Newman MI, Phillips BT, Sacks JM, Zenn MR. Intraoperative laser angiography using the SPY system: review of the literature and recommendations for use. Ann Surg Innov Res. 2013;7(1):1

Anahtar Kelimeler: SPY Cihazı, Perforatör Flep, Free Flep, Rekonstrüksiyon

SPY Anjiografi kullanımı



Şekil A: Serbest DİEP Flebi kaldırıldıktan sonra pedikülü ile Şekil B:DİEP Flebi kaldırılmadan önce SPY Anjiografi altında perfüzyon alanları beyaz renkli izlenmekte.

SB-175

Lokorejyonel Perforatör Flepler ile Parsiyel ve Total Vulva Defektlerinin Rekonstrüksiyonu

Semih Bağhaki, Fadile Aydoğan, Melike Refia Taşlıpınar, Eren Kervancıoğlu, Enes Çığrıkcı

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

Giriş

Vulva kanserleri jinekolojik maligniteler arasında nadir görülse de, uygulanan cerrahi tedaviler sonrası oluşan defektler fonksiyonel, estetik ve psikososyal açıdan ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Özellikle ileri evre olgularda yapılan radikal eksizyonlar; miksiyon, defekasyon, cinsel fonksiyon ve beden algısı üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmektedir. Özellikle radyoterapi gibi adjuvan tedaviler, komplikasyon oranlarını artırmakta ve iyileşme sürecini zorlaştırmaktadır. Literatürde vulva rekonstrüksiyonuna yönelik çeşitli algoritmalar ve teknikler tanımlanmış olmakla birlikte, bu yaklaşımlar çoğunlukla defektin boyutuna odaklanmakta ve dış vulvar defektlere özel bir sınıflama sunmamaktadır. Bu nedenle, defektin yeri, yayılımı, eşlik eden doku kayıpları ve hastaya özgü faktörler dikkate alınarak vaka bazlı değerlendirme yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde vulva kanseri nedeniyle vulvektomi uygulanan ve eş zamanlı olarak lokorejyonel perforatör fleplerle rekonstrüksiyon gerçekleştirilen olgular üzerinden elde ettiğimiz deneyimler sunulmaktadır.

Yöntem

2022–2025 yılları arasında hastanemizde vulvar malignite nedeniyle parsiyel veya total vulvektomi uygulanan ve eş zamanlı vulvar rekonstrüksiyon gerçekleştirilen 7 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, histopatolojik tanıları, defekt boyutları, kullanılan fleplerin karakteristik özellikleri, klinik sonuçlar ve gelişen komplikasyonlar analiz edildi.

Sonuçlar

Hastaların ikisi adjuvan radyoterapi aldı. Rekonstrüksiyon amacıyla 3 hastada DIEP flebi, 4 hastada ise pudendal arter perforatör flebi kullanıldı. DIEP flepleri total vulvektomi sonrası gelişen geniş defektlerde, pudendal arter perforatör flepleri ise parsiyel defektlerin onarımında tercih edildi.

Uygulanan fleplerin hiçbirinde parsiyel ya da total kayıp izlenmedi ve reoperasyon gerektirecek düzeyde sütür detaşmanı meydana gelmedi. Bir hastada, adjuvan radyoterapi sonrasında gelişen vulvar sineşi skar revizyonu ile açıldı. Tüm hastalar postoperatif dönemde cinsel fonksiyonlarını sürdürdüklerini, miksiyon ve defekasyon açısından da herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtti.

Tartışma

Vulvar defektlerin rekonstrüksiyonunda gracilis kas flebi, VRAM ve gluteal ilerletme flepleri gibi geleneksel yöntemler yeterli doku sağlamalarına rağmen; donör saha morbiditesi, görece fonksiyon kaybı, hacim fazlalığı ve postoperatif dönemde hareket kısıtlılıkları gibi önemli dezavantajlara sahiptir. Ayrıca, vulva kanserlerinin lokal rekürrens oranlarının yüksek olması sebebiyle sekonder rekonstrüksiyonlarda daha önce kullanılmış ya da radyoterapiye maruz kalmış fleplerin yeniden kullanımı mümkün olmayabilir. Bu durum, özellikle geniş ve radyasyona uğramış defektlerde cerrahi planlamayı zorlaştırmaktadır.

Bu bağlamda, lokorejyonel perforatör flepler ve DIEP flebi gibi kas koruyucu yaklaşımlar daha fizyolojik ve estetik sonuçlar sunmaktadır. DIEP flebi, geniş doku yüzey ve hacmi sağlamasının yanı sıra, kas bütünlüğünü koruyarak donör saha morbiditesini azaltmakta ve abdominal konturu bozmadan skarların gizlenmesine olanak tanımaktadır. İntraoperatif olarak flep kalınlığının ayarlanabilir olması gerekirse sekonder inceltme prosedürlerinin kolaylığı, vulvar bölgeye kontur uyumu açısından önemli bir avantajdır.

Sonuç

Parsiyel ve total vulvektomi defektlerinde karın ön duvarı ve pelvik lokorejyonel kaynaklı perforatör flepler düşük morbidite ile hem estetik hem de fonksiyonel sonuçlar vermektedir.

Anahtar Kelimeler: vulva rekonstrüksiyonu, vulvektomi, lokorejyonel perforatör flep, diep

total vulvektomi sonrası diep flebi ile vulva rekonstrüksiyonu



total vulvektomi sonrası diep flebi uygulanan ve adjuvan radyoterapi sonrası sineşi gelişen hastanın skar revizyonu öncesi görüntüsü

SB-176

Aksiller Hidradenitis Suppurativada TDAP ve İç Kol Perforatör Flebi ile Onarım Seçenekleri

Selahattin Galyan, İbrahim Akpınar,
Burak Tunahan Ekincikli, Rüçhan Okutan,
Muhammed Enes Birgül, Sabri Öztürk
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş

Hidradenitis suppurativa (HS), saç folliküllerinin oklüzyonu ile karakterize, apokrin bez ünitesinin tekrarlayan inflammasyon, iyileşme ve skar oluşumu döngüsünde gözlemlendiği kronik bir deri hastalığıdır [1]. Hastalar genellikle apokrin bezlerin yoğun olarak bulunduğu aksilla, kasık, meme altı, gluteal alan ve perianal bölgede ağrılı nodüller, kötü kokulu akıntılı apseler ve fistül yolları nedeniyle başvurur. Uluslararası kılavuzlarda, bu rahatsızlığın medikal olarak yönetimi konusunda çeşitli algoritmalar bulunmasına karşın, ileri evrelerde (Hurley III gibi) cilt ve cilt altı dokunun dramatik etkilenişi ve deri altındaki fistül yollarının invazif girişim olmaksızın takip veya tedavi edilememesi nedeniyle cerrahi eksizyon neredeyse kaçınılmazdır [2]. Rekonstrüksiyon asansörüne göre, sekonder iyileşme, eksizyon sonrası primer süturasyon ya da deri yaması kullanımı gibi seçenekler bulunmasına karşın tedavide flep kullanımının hem hastanın günlük hayatına daha erken dönebilmesini sağladığını hem de relapsı azalttığına dair çalışmalar bulunmaktadır [3]. Bu hastalığın sık görüldüğü yerlerden aksilla, etrafı aksiller arter, ven, brakiyal pleksus ve lenf nodları gibi hayati anatomik yapılarla çevrili; omuz ekleminin serbest hareketi ve üst ekstremite fonksiyonları açısından kritik öneme sahip, kendine has bir şekil ve kıvrıma sahip bir bölgedir. Bu durum, HS nedeniyle oluşan geniş aksiller defektlerin rekonstrüksiyonunda hem fonksiyonel hareket açıklığını hem de estetik görünümü koruyacak yöntemlerin seçilmesini gerektirmektedir. Literatürde, aksiller rekonstrüksiyon için kullanılabilecek torakodorsal arter perforatör flebi (TDAP), latissimus dorsi flebi, paraskapular flep, iç kol arter perforatör flebi (IAPF) ve arka kol arter perforatör flebi gibi birçok seçeneklerden bahsedilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde aksiller HS tanısı sonrası TDAP ve IAPF ile rekonstrüksiyon yapılan hastalar karşılaştırılacaktır.

Materyal ve Yöntem

2014–2023 yılları arasında HS tanısı alan ve kliniğimizde cerrahi eksizyon sonrası aksiller rekonstrüksiyon uygulanan 18 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Bu hastaların 11'inde TDAP, 7'sında IAPF tercih edilmiştir. Çalışmada hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı), defekt ve flep boyutları, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, komplikasyon oranları (flep nekrozu, detaşman, enfeksiyon vb.) analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, ilgili literatür ve sistematik derlemelerle karşılaştırılarak iki yöntemin avantajları ve dezavantajları ortaya konulmuştur.

Bulgular

TDAP ile aksilla rekonstrüksiyonu, 11 kişilik, yaş ortalaması 42.1, vücut kitle indeksi 28.3 olan 6'sı kadın, 5'i erkek bir grupta tercih edilirken; IAPF ile onarım yaş ortalaması 37.9, vücut kitle indeksi 25.6 olan, 5'i kadın, 2'si erkek olan 7 kişilik bir grupta tercih edilmiştir. TDAP grubunda 3 hastada (%27) kısmi flep nekrozu ve 1 hastada (%9) enfeksiyon görülürken, IAPF tercih edilen hastaların birisinde (%9) hematom görülmüştür. Kısmi nekrozu gözlemlenen 3 TDAP vakasının ikisinde debridman ve sekonder süturasyon, birisinde ise kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulanırken enfeksiyon gelişen hasta antibiyoterapi ile takip edilmiştir. IAPF sonrasında hematom gelişen tek vakada ise hematom boşaltılması ve hemostazın yeniden sağlanması sonrası tekrarlama gözlemlenmemiştir. TDAP ile yapılan ameliyatların süresi ortalama 194 dakika olup IAPF'e (125 dakika) kıyasla daha uzun sürmüştür. TDAP kullanılarak rekonstrüksiyon yapılan vakalarda aksiller defekt ortalama 14x10 cm iken IAPF ile onarım vakalarında ortalama defekt 10x8 cm boyutlarındadır. Klinik takiplerde TDAP ya da IAPF kullanılan 18 hastanın herhangi birisinde relaps gözlemlenmemiştir.

Tartışma

Hidradenitis suppurativa, (HS, acne inversa ya da Verneuil hastalığı), tekrarlayan drenajlı sinüsler ve apse oluşumu ile karakterize, ağırlıklı olarak deri kıvrımlarındaki terminal kıllar ve apokrin bezler içeren bölgelerde görülen kronik, tekrarlayan enflamatuar bir deri hastalığıdır. Özellikle intertriginöz bölgelerde nodüller, apseler, psödokomedonlar, sinüs traktları ve skarlar ile karakterize bu hastalığın yönetiminde çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Günlük yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, ciddi skarlara ve yaygın enfeksiyonlara yol açabilen ileri evre lezyonların tedavisinde eksizyon sonrası flep ile rekonstrüksiyon ön plana çıkmaktadır. [4] Kısa post-operatif iyileşme süresi, komplikasyon sıklığındaki düşüklük, ameliyat sonrası omuz hareket açıklığındaki genişlik ve daha yüksek hayat kalitesi nedeniyle torakodorsal arter perforatör flebi (TDAP) birçok kaynağa göre aksiller rekonstrüksiyonda altın standart olarak tanımlanmaktadır. [5]

Bununla birlikte, TDAP'ın genellikle daha büyük defektlerde kullanılması, vaka süresinin uzunluğu ve öğrenme eğrisinin daha dik olması, komplikasyon yönetiminin zorluğu gibi sebepler aksiller rekonstrüksiyonda alternatif yolların araştırılmasının önünü açmıştır. İlk olarak Perignon ve Alharbi tarafından 2014 yılında tanımlanmış olan İç Kol Perforatör Flebi (IAPF), brakiyel ve superior ulnar kollateral arter perforatörleri tarafından beslenmektedir. Subfasyal olarak eleve edilen bu flebin aksiller alanda ve üst kolda mevcut defektin yerleşimine ve perforatörlerin lokalizasyonlarına göre transpozisyon, propeller veya V-Y ilerletme olarak tasarlanabilmesi geniş bir kullanım kolaylığı sunmaktadır. [6] Mid-aksiller hattan kaldırılan IAPF yara izinin kolaylıkla saklanabilir olması ve kol germe (brakiyoplasti) tarzı bir post-operatif görünüm oluşturması özellikle kadın hastalar arasında tercih edilmesini sağlamaktadır.

Sonuç

Aksiller hidradenitis suppurativa (HS) tedavisinde cerrahi eksizyon sonrası rekonstrüksiyon, fonksiyonel ve estetik sonuçlar açısından kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda, TDAP flebin özellikle geniş defektlerde etkili bir seçenek olduğu, ancak daha uzun operasyon süresi ve komplikasyon riskleri nedeniyle dikkatli hasta seçimi gerektirdiği görülmüştür. IAPF ise daha küçük ve orta boyutlu defektlerde, kısa cerrahi süre, düşük komplikasyon oranı ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlarıyla öne çıkmaktadır. Her iki yöntemle de nüks izlenmemesi, doğru endikasyon ve cerrahi planlama ile uzun dönem başarının mümkün olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, aksiller HS rekonstrüksiyonunda flep seçimi yapılırken defekt boyutu, hastanın anatomik özellikleri, cerrahın deneyimi ve operasyon süresi gibi faktörler birlikte değerlendirilmelidir.

Kaynakça

1. Menderes, Adnan, et al. "Surgical management of hidradenitis suppurativa." International journal of medical sciences 7.4 (2010): 240.

2. Taylor, Erin M., et al. "Plastic surgical management of hidradenitis suppurativa." Plastic and Reconstructive Surgery 147.3 (2021): 479-491.

3. Ovadja, Zachri N., et al. "A multicenter comparison of reconstruction strategies after wide excision for severe axillary hidradenitis suppurativa." Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open 7.8 (2019): e2361.

4. Tereshenko, Vlad, et al. "Outcome comparison of different reconstructive approaches for axillary defects secondary to radical excision of hidradenitis suppurativa." Dermatology 238.5 (2022): 851-859.

5. La Padula, Simone, et al. "The thoracodorsal artery perforator flap for the treatment of hidradenitis suppurativa of the axilla: a prospective comparative study." Plastic and Reconstructive Surgery 152.5 (2023): 1105-1116.

6. Alharbi, M., et al. "Application of the inner arm perforator flap in the management of axillary hidradenitis suppurativa." Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. Vol. 59. No. 1. Elsevier Masson, 2014.

Anahtar Kelimeler: Apokrin bez, hidradenitis suppurativa, iç kol perforatör flebi, torakodorsal arter perforatör flebi

SB-177

Total Avülsiyonlu Skalp Replantasyonu: Nadir Bir Olgu Üzerinden Cerrahi Yaklaşım, Literatür Karşılaştırması, Postoperatif İzlem ve Geç Venöz Komplikasyon Yönetimi

Ahmet Utku Sun, Ahmet Hamdi Sakarya
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Total skalp avulsiyonu, özellikle endüstriyel kazalar sonrası gelişebilen ve cerrahi açıdan ciddi zorluklar içeren nadir bir durumdur. Bu çalışmada, 27 yaşındaki kadın bir hastada gelişen total skalp ve kısmi kulak avulsiyonu sonrası gerçekleştirilen mikrovasküler replantasyon süreci detaylı şekilde sunulmakta, güncel literatürle karşılaştırılmakta ve postoperatif izlem süreci ayrıntılı olarak tartışılmaktadır.

Olgu: Geniş kompozit doku kaybı olan hastaya 12 saat süren bir operasyonla 3 arter ve 4 ven anastomozu uygulanmıştır. İskemi süresi 8 saat 13 dakika olarak hesaplanmıştır. Operasyon sonrası yoğun bakım ve servis sürecinde sistemik komplikasyonlar, hiperbarik oksijen tedavisi ve fonksiyonel iyileşme izlenmiştir.

Sonuç: Uygun mikrocerrahi yaklaşım, multidisipliner ekip çalışması ve dikkatli postoperatif takip ile ciddi komplikasyonlar önlenebilmiş ve doku bütünlüğü başarıyla sağlanabilmiştir.

Giriş

Skalp, geniş vasküler ağı ve estetik-fonksiyonel önemi nedeniyle travmatik kayıplarda cerrahi olarak hızla restore edilmesi gereken bir alandır. Total skalp avulsiyonu, özellikle uzun saçlı bireylerde endüstriyel makineler nedeniyle ortaya çıkan yüksek enerjili travmaların nadir ancak ciddi bir sonucudur. Bu tür avulsiyonlarda ideal tedavi seçeneği, mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilen mikrovasküler replantasyondur.

1976 yılında bildirilen ilk başarılı skalp replantasyonu sonrası, teknik gelişmeler ile başarı oranları artmış; ancak bu tür vakalar halen oldukça nadirdir. Literatürde bildirilen replantasyon sayısı sınırlı olduğundan, her yeni vaka teknik ayrıntılar ve sonuçlar açısından değerlidir.

Bu yazıda, 27 yaşındaki kadın bir hastada gelişen total skalp ve sol kulak avulsiyonu sonrası yapılan replantasyon ayrıntılı olarak sunulmakta; cerrahi teknik, postoperatif takip ve uzun dönem sonuçlar ele alınmaktadır.

Olgu Sunumu

27 yaşındaki kadın hasta, 1 Ağustos 2024 tarihinde saat 14.00 sularında saçlarını endüstriyel bir makineye kaptırması sonucu ciddi bir travma geçirmiştir. Olay yerinde alınan ilk müdahalenin ardından saat 16.00'da tarafımıza bildirilen hasta, saat 18.00'de kliniğimize ulaşmış ve derhal ameliyata alınmak üzere hazırlanmıştır.

Yaralanma, kaşlar dahil olmak üzere tüm alın, kafa derisi, ense derisi ve sol kulak yapılarının bir bütün halinde kafa derisinden ayrılmasıyla karakterizedir. Kopan amputat uygun şekilde buz içinde muhafaza edilmiş ve zamanında ulaştırılmıştır.

Genel anestezi altında mikro cerrahiye geçilmiş, öncelikle amputat üzerinde sol ve sağ temporal arter ve ven yapıları, oksipital major arter, supraorbital ve dorsal nasal venler dikkatlice disseke edilerek işaretlenmiştir. Aynı şekilde, hastanın kafa bölgesindeki karşılık gelen damarlar da mikrocerrahiye uygun hale getirilmiştir.

Damarların avulse olması ve anastomoza uygun sağlam kısımlarının kısalması öngörülerek, sol ön kol volar yüzde ve sol el dorsumundan toplamda üç adet ven grefti alınmıştır (6 cm, 7 cm ve 5 cm). Bu greftler, sağ ve sol temporal venler ile supraorbital venlerde anastomozları desteklemek amacıyla kullanılmıştır.

Toplamda 3 arter ve 4 ven mikroskop altında 10/0 Ethilon sütür ile uç uca anastomoz edilmiştir. Anastomozlardan biri intraoperatif olarak kopmuş ve yeniden greftle onarılmıştır. Sol kulak da ilgili anatomik bölgeye cilt planları dikkate alınarak sütüre edilmiştir.

Operasyon süresi toplam 12 saat olarak gerçekleşmiş, parsiyel iskemi süresi 8 saat 13 dakika olarak hesaplanmıştır. Sağ ve sol oksipital bölgelere hemovac dren yerleştirilmiş, infraauriküler doku defekti amputattan alınan deri grefti ile kapatılmıştır. Ameliyat sorunsuz şekilde tamamlanmış ve hasta entübe şekilde yoğun bakım ünitesine alınmıştır.

Postoperatif İzlem

Hasta ameliyat sonrası entübe şekilde yoğun bakım ünitesinde izlenmeye başlanmıştır. İlk 24 saat içerisinde en önemli sistemik komplikasyonlar hemoglobin düşüklüğü ve hipotansiyon olarak kaydedilmiştir. Bu durumun, geniş kompozit doku replasmanı nedeniyle artmış venöz drenaj ve mikrovasküler kontrolün sınırlılığı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Anastomozların pozisyonu nedeniyle optimal hemostaz sağlanamamış ve bu nedenle yüksek doz antikoagülan tedavi başlanmıştır.

Hasta, 5 gün boyunca entübe şekilde takip edilmiş, bu süreçte eritrosit süspansiyonu ve sıvı replasmanı yapılmıştır. Aynı zamanda geniş spektrumlu antibiyotik proflaksisi (Piperasilin-Tazobaktam + Vankomisin) uygulanmıştır. Postoperatif 5. günde ekstübe edilen hasta, stabil vital bulgularla plastik cerrahi servisine devredilmiştir.

Servis takibinde hasta hızla mobilize edilmiş ve yara yerinde vasküler dolaşım sürekliliği gözlemlenmiştir. Herhangi bir doku nekrozu, enfeksiyon veya hematom izlenmemiştir. Hasta mobilize olduktan sonra hiperbarik oksijen tedavisine alınmış ve toplam 10 günlük servis yatışı sonrası, 15. günde taburcu edilmiştir.

Postoperatif 16. günde, hasta hiperbarik oksijen tedavisi almakta iken frontal bölgesine aldığı travma sonrası geç dönemde venöz konjesyon gelişmiştir. Bu komplikasyonun travmaya bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmüştür. Hasta acilen hospitalize edilmiş ve venöz konjesyonu azaltmak amacıyla tıbbi sülük tedavisine başlanmıştır. Tedavi boyunca hasta yakın takip edilmiş, klinik olarak anlamlı iyileşme gözlenmiştir. Toplam 15 gün süren sülük tedavisinin ardından hasta sorunsuz şekilde taburcu edilmiştir.

1. ay kontrolünde skalp bölgesinde saç çıkışı başlamış, 3. ayda doku bütünlüğü tamamen sağlanmış, sol kulakta ise kısmi duyusal geri kazanım gözlemlenmiştir. Hastanın

estetik görünümü iyi, psikolojik durumu stabil ve fonksiyonel kayıp minimal düzeydeydi.

Tartışma

Skalp replantasyonları, geniş doku kaybı ve zorlu vasküler anatomi nedeniyle yüksek cerrahi uzmanlık gerektiren işlemlerdir. Bu olguda olduğu gibi, hem arteriyel hem de venöz yapıların anatomik bütünlüğünün korunması, erken transfer ve optimal iskemi süresi, başarılı sonuçların elde edilmesini sağlamıştır.

Literatürde Sabapathy et al. tarafından bildirilen seride çift ven anastomozunun venöz konjesyonu önlediği belirtilmiş, Nguyen et al. ise arter sayısının artırılmasının replantasyon başarısını desteklediğini vurgulamıştır. Bizim vakamızda, üç arter ve dört venin anatomik olarak anastomoz edilmesi, yüksek vasküler stabilite sağlanmasında etkili olmuştur.

Ven grefti kullanımı ve birden fazla arter anastomozu, bu gibi geniş replantasyonlarda dolaşımı güvenli bir şekilde sağlamak için hayati önem taşır. Postoperatif dönemde en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında venöz konjesyon, parsiyel nekroz, hematom ve enfeksiyon yer almaktadır. Bu olguda tüm bu riskler başarıyla yönetilmiş ve geç dönemde travmaya bağlı gelişen venöz konjesyon hariç postop komplikasyon gelişmemiştir.

Ayrıca hiperbarik oksijen tedavisinin, replantasyon sonrası oksijenizasyonu artırarak doku iyileşmesini desteklediği bilinmektedir. Bu tedavi yöntemi, replantasyon sonrası doku bütünlüğünün korunmasına katkı sunmuştur.

Literatürle karşılaştırıldığında, bu vaka mikrocerrahi, multidisipliner yaklaşım, ileri düzey postop bakım ve rehabilitasyon süreci ile yüksek nitelikli bir başarı örneğidir. Ayrıca literatürde bu kadar geç dönem venöz konjesyon ile karşılaşılan herhangi bir vakaya rastlanmamıştır.Bu vaka geç dönem venöz konjesyon yönetimi açısından literatüre önemli katkılar sağlamaktadır.

Sonuç

Total skalp ve kulak avulsiyonları nadir, ancak ciddi fonksiyonel ve estetik sorunlara yol açabilecek yaralanmalardır. Mikrovasküler replantasyon, deneyimli ekiplerce zamanında ve uygun tekniklerle uygulandığında başarılı sonuçlar vermektedir. Bu olgu, hem cerrahi teknik hem de postoperatif takip açısından literatüre önemli katkı sağlayan, multidisipliner bir yaklaşım örneği sunmaktadır. Bu tür olguların detaylı raporlanması, benzer durumlarla karşılaşan cerrahlara yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kulak replantasyonu, mikrocerrahi, postoperatif takip, skalp avulsiyonu, ven grefti, venöz konjesyon

SB-178

Dil Rekonstrüksiyonunda Serbest Süperthin Anterolateral Uyluk Flebine Alternatif Olarak Serbest Tensor Fascia Lata Myokütanöz Flep Kullanımı

Ali Oğuzhan Varol[1], Yavuz Tuluy[1],
Aydın Görkem Özdemir[1], Eray Uzunoğlu[2]
[1]*İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı*
[2]*İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Kulak,Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş

Dil hem yutma hem de sesin fonasyonu açısından hayati öneme sahip bir organdır. Fonksiyonlarının karmaşıklığı nedeniyle bu organ üzerinde yapılacak cerrahiler, özellikle de onkolojik nedenlerle gerçekleştirilen glossektomiler, hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkiler. Parsiyel veya total glossektomi sonrasında meydana gelen fonksiyon kayıplarının giderilmesi için yapılan rekonstrüksiyon girişimleri plastik cerrahi pratiğinde özel bir yer tutar. Dil rekonstrüksiyonunda amaç; yeterli hacim sağlayabilen, ağız içine uyumlu, fonksiyonel sonuçları yüksek ve morbiditesi düşük bir flep kullanmaktır. Günümüzde en sık tercih edilen flepler arasında serbest radial önkol flebi (RFF), serbest gracilis kas flebi ve serbest anterolateral uyluk (ALT) flebi yer almaktadır. ALT flebi, özellikle superthin planda diseke edilerek hazırlanması durumunda, dil rekonstrüksiyonu için ideal bir seçenek hâline gelir. Ancak her hasta ALT flep için uygun değildir ve intraoperatif rekonstrüksiyon seçeneğinde değişiklik yapmak gerekebilir. Bu nedenle alternatif bir planın hazır bulundurulması önemlidir. Bu bildiride, kliniğimizde serbest ALT flebi planlanarak ameliyata alınan ancak intraoperatif olarak diseksiyon sırasında pedikülün zayıf ya da yetersiz görünmesi, güçlü perforatörün flep kenarına çok yakın olması veya diseksiyon sırasında pedikülün hasar görmesi sorunları nedeniyle serbest tensör fasya lata (TFL) miyokutanöz flebi ile rekonstrüksiyona geçilen dört hastanın cerrahi sonuçlarını sunmaktayız.

Yöntem

Mart 2024 ile Mart 2025 tarihleri arasında kliniğimizde dil kanseri nedeniyle parsiyel veya total glossektomi uygulanmış ve rekonstrüksiyon amacıyla serbest TFL flebi tercih edilmiş dört hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların üçü kadın, biri erkek olup yaş ortalaması 71'dir. Demografik veriler, komplikasyonlar, revizyon cerrahileri ve takip süreleri retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Cerrahi Teknik

Genel anestezi altında KBB ekibi glossektomi ve boyun diseksiyonuna, plastik cerrahi ekibi ise serbest superthin ALT flebi diseksiyonuna başladı. Perforatörler, spina iliaka anterior superior ile patellanın laterali arasından çizilen çizginin orta üçte birlik kısmına işaretlendi ve flep, tahmini defekt genişliğine göre planlandı. Medial insizyon subfasyal planda yapılarak intermusküler septuma ulaşıldı. Lateral circumflex femoral arterin (LCFA) inen dalı ortaya kondu. Perforatörler diseke edilmeye başlandı. Ancak perforatör çapının yetersiz olması, ana perforatörün flep kenarına yakın olması veya diseksiyon sırasında zarar görmesinden şüphelenilmesi nedeniyle insizyon superiora doğru uzatıldı ve serbest TFL miyokutanöz flebi planlandı. Cilt flebi, tensor fascia lata kası üzerine defekt genişliğinde yeniden çizildi ve LCFA'nın asendan dalı ortaya konuldu. Pedikülün kasa giriş yaptığı alanda 2 cm çapında kas segmenti korunarak diseksiyon yapıldı. Pedikül diseksiyonu, cilt ve subkutan

dokunun subfasyal planda ve santralde yaklaşık 2 cm kas segmentiyle birlikte yapılmasıyla tamamlandı. Bu şekilde ağız tabanından boyuna kadar uzanabilecek yaklaşık 6–10 cm uzunluğunda bir pedikül elde edildi. Ancak burada sorun, flebin fasyokütanöz kısmının kalınlığıdır ve uygun inset için inceltilmesi gereklidir. Pedikül ortaya konduğu için bu aşamada cilt flebini inceltmek nispeten kolay olup bu aşamada, cilt flebini yüzeyel skarpal fasya üzerinden, santral kas kitlesine kadar diseke ederek eksize edildi. Böylece ağza sığabilecek, inseti superthin ALT flebi gibi kolay yapılabilecek bir flep elde edildi. Glossektomi ve boyun diseksiyonu KBB ekibi tarafından tamamlandıktan sonra mevcut defekt yeniden ölçüldü, alıcı damarlar ortaya konularak flep defekt alanına posteriordan başlanarak inset edildi (Resim). Alıcı damar olarak fasiyal arter-ven, süperior tiroidal arter-ven ve eksternal juguler ven kullanıldı. Postop ilk 72 saat saatlik flep takibi yapılarak dolaşım kontrol edildi ve 5.günde berrak gıda ile oral açıldı. Düşük molekül ağırlıklı heparin ve asetilsalisilik asit ile antikoagülan tedavi verildi.

Bulgular

3 hastada parsiyel, 1 hastada ise total dil rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Hastaların ikisinde perforatör yetersiz görünümde, birinde güçlü perforatörün flep kenarına yakın olması ve bir hastada da traksiyona sekonder intima hasarı şüphesi nedeniyle perop plan değişikliği yapılarak serbest TFL miyokutanöz flep diseksiyonu yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 71 olup ortalama takip süreleri 7±4.6'dır. 1 hasta postop yoğun bakım takiplerinde 1.ayda perkütan enterogastrostomi komplikasyonuna sekonder ex olmuştur. Diğer 3 hastada herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Tartışma

Dil rekonstrüksiyonunda ideal flep; ağız içine inseti kolay, ödem ve kalınlık sorunlarına yol açmayan, mümkünse donör sahada minimum morbidite oluşturan fleptir. Superthin ALT flebi bu niteliklerin çoğunu taşır, ancak intraoperatif gereklilik halinde ikinci bir plan gereklidir. Tensör fasya lata flebi, genellikle rekonstrüksiyon literatüründe nadir kullanılan bir fleptir. Ancak aynı insizyon hattından hazırlanabilmesi, pedikül uzunluğu ve nispeten kılsız cilt içermesi nedeniyle dil rekonstrüksiyonunda değerlidir. Kalınlığı nedeniyle inset işlemi öncesinde dikkatli bir inceltme gerektirir. Bu aşamada yüzeyel skarpal fasya üzerinden yapılan diseksiyon ile flep uygun hâle getirilmiştir. Literatürde TFL flebinin başta meme, ekstremite ve dekübit ülseri rekonstrüksiyonlarında kullanımı tanımlanmış olsa da, dil rekonstrüksiyonunda sistematik bir şekilde değerlendirilmiş çalışmalara nadiren rastlanmaktadır. Bizim çalışmamız, bu açıdan özgün bir klinik uygulamadır. Bu çalışmanın hasta grubu küçük olmakla birlikte, olguların dikkatle seçilmiş olması ve işlemlerin aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirilmesi, sonuçların güvenilirliğini artırmaktadır. Ayrıca, TFL flebinin dil rekonstrüksiyonunda kullanımına dair literatürdeki sınırlı veriler göz önüne alındığında, bu çalışma literatüre anlamlı bir katkı sunmaktadır.

Sonuç

Serbest TFL miyokutanöz flebi, ALT flebinin kullanılamadığı durumlarda güçlü ve uygulanabilir bir alternatiftir. Aynı verici saha kullanılarak cerrahi sürenin uzaması engellenmekte, uzun pedikül ve yeterli kas hacmi ile ağız içine uyumlu bir rekonstrüksiyon sağlanabilmektedir. Flebin kalınlığı uygun teknikle azaltıldığında inset işlemi başarılı şekilde tamamlanabilmekte, komplikasyon gelişme oranı oldukça düşmektedir. Cerrahi deneyimle birlikte bu teknik, güvenli ve etkili bir seçenek olarak dil rekonstrüksiyonunda kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler

Dil rekonstrüksiyonu, tensor fascia lata, süperithin ALT, serbest flep, alternatif plan, mikrocerrahi

Referanslar

Dave A, Priyadarshini P, Wadhwani K, Laxmidhar M, Vanjarapu RNVK. "Use of superthin anterolateral thigh flap in intraoral reconstruction of soft tissue defects." Microsurgery. 2023

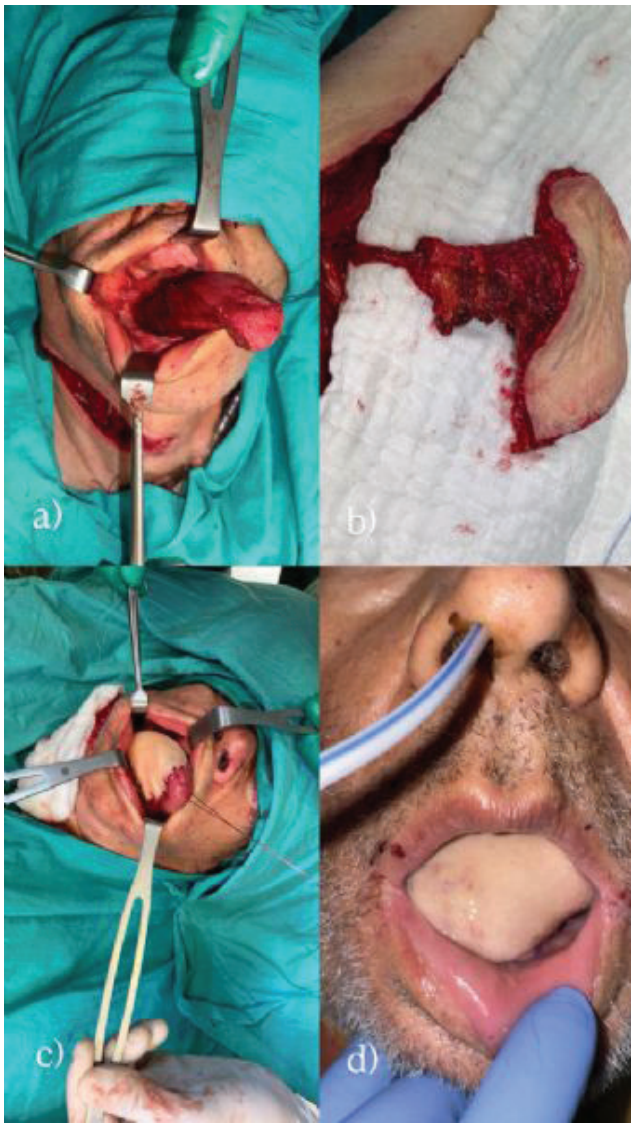
Chisolm P. et al. "Feasibility of Superthin Anterolateral Thigh Free Flap for Oral and Pharyngeal Reconstruction." Laryngoscope. 2025

Microneurovascular Transfer of the Tensor Fascia Lata Musculocutaneous Flap for Reconstruction of the Tongue. Annals of Plastic Surgery. 1994

Tensor Facia Lata-iliac crest osteocutaneous flap for orbitomaxillary reconstruction: A preliminary report,Subramania Iyer 1, Moni A Kuriakose,2010

Anahtar Kelimeler: alternatif plan, dil rekonstrüksiyonu, serbest flap, superthin ALT, tensor fascia lata

Şekil 1



71 yaş erkek hasta, sağ hemiglossektomi sonrası serbest TFL miyokutanöz flep ile rekonstrüksiyon; a) sağ hemiglossektomi yapılmış görüntüsü b) TFL miyokutanöz flep disseke edilmiş görüntüsü c) flep inset yapıldıktan sonra intra-op görüntüsü d) post-op 1. hafta erken dönemdeki görüntüsü

SB-179

Perforatör flepler ve çeşitli defektlerde rejyonel kullanımı

Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu, plastik cerrahinin temel uygulama alanlarından biridir. Gelişen mikrocerrahi teknikler, anjiyografik değerlendirmeler ve doku transfer yöntemleri sayesinde, hedef dokuya uygun, fonksiyonel ve estetik olarak tatmin edici çözümler sunmak mümkün hale gelmiştir. Bu bağlamda perforatör flepler, hem lokal hem de uzak bölgelerden sağlam vasküler pedikül üzerinden taşıdıkları doku ile, geleneksel kas ve fasiyokütanöz fleplere göre daha düşük donör saha morbiditesi ve daha yüksek doku uyumu sağlamaları nedeniyle ön plana çıkmıştır.[1]

Klinik uygulamalarda, perforatör fleplerin travma, enfeksiyon, tümör eksizyonları ve kronik yara etiyolojilerine bağlı gelişen defektlerin onarımında etkili ve güvenilir sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Ancak anatomik bölgeye, defektin büyüklüğüne ve etiyolojiye göre optimal flep seçimi hâlâ önemli bir klinik karardır.[2] Özellikle propeller fleplerin kullanımı planlanırken, perfüzyonun yeterliliği ve rotasyon açısının anatomik sınırlamaları göz önünde bulundurulmalıdır.[3][4]

Bu çalışmada, farklı anatomik bölgelerde gelişen yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda çeşitli perforatör fleplerin kullanıldığı hasta serisi sunulmakta; flep seçimi, etiyolojik dağılım, anatomik lokalizasyon ve cerrahi sonuçlar açısından değerlendirme yapılmaktadır. Amaç, perforatör fleplerin klinik uygulama çeşitliliğini, başarı oranlarını ve kullanım stratejilerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Ocak 2021 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde veya multidisipliner yaklaşımla yönetilen hastalarda uygulanan perforatör flep rekonstrüksiyonlarını kapsamaktadır. Yürütülen çalışmaya, farklı etiyolojilere bağlı gelişen yumuşak doku defekti nedeniyle perforatör flep ile rekonstrüksiyon uygulanan ardışık 55 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların elektronik dosyaları retrospektif olarak incelenmiş ve aşağıdaki veriler kaydedilmiştir: yaş, cinsiyet, etiyoloji, defektin anatomik bölgesi ve lokalizasyonu, kullanılan flep tipi, gelişen komplikasyonlar). Aynı hastaya birden fazla flep uygulanan durumlarda her flep ayrı olarak analiz edilmiştir.

Tüm hastalarda perforatör esaslı pediküllü flepler kullanılmış olup, fleplerin tamamı propeller tarzda çevrilerek defekt bölgelerine döndürülmüştür. Flep seçimi; defektin lokalizasyonu, boyutu, etiyolojisi ve hastaya özgü anatomik faktörler dikkate alınarak cerrahi ekip tarafından yapılmıştır. Rekonstrüksiyonlar sırasında internal mammarian artery perforator (IMAP), torakodorsal artery perforator (TDAP), profunda artery perforator (PAP), superior/inferior gluteal arter perforator (SGAP/IGAP), superior lateral geniküler arter perforator (SLGP), lumbar perforator gibi çeşitli lokal ve uzak perforatör flepler kullanılmıştır.

Toplanan veriler Microsoft Excel yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir.

Sonuçlar

Bu çalışmaya 2021–2025 yılları arasında farklı etiyolojilere bağlı gelişen yumuşak doku defektlerinin perforatör fleplerle rekonstrükte edildiği toplam 55 hasta ve bu olgulara uygulanan toplam 60 adet flep dahil edildi. Hastaların yaşları 7 ile 85 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 47,3 yıl olarak hesaplandı. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, olguların %70'ini (n=42) erkek, %30'unu (n=18) kadın hastalar oluşturdu.

Rekonstrüksiyonda kullanılan flep tipleri arasında en sık tercih edilen flepler sırasıyla internal mammarian arter perforatör (IMAP) flebi (%16,7; n=10), torakodorsal arter perforatör (TDAP) flebi (%15; n=9) ve profunda arter perforatör (PAP) flebi (%11,7; n=7) idi. Bunun yanı sıra superior lateral geniküler arter perforator (SLGP), superior gluteal arter perforator (SGAP), yüzeyel sirkümfleks iliak arter perforator (SCIP) ve lumbal perforatör fleplerin her biri %8,3 oranında kullanıldı.

Olguların etiyolojik dağılımında en sık neden travma (%28,3; n=17) olarak saptanırken, bunu sırasıyla malign tümör rezeksiyonları (%23,3; n=14), Fournier gangreni (%18,3; n=11) ve hidradenitis süpürativa (%11,7; n=7) izledi. Diğer nedenler arasında cerrahi sonrası sekonder defektler (%8,3), meningomyelosel (%3,3), radyonekroz, radyoterapi, kondilom ve lenfödem (%1,7'şer) yer aldı.

Anatomik bölge dağılımı açısından olguların %30'u (n=18) alt ekstremitede, %28,3'ü (n=17) gövde bölgesinde, %25'i (n=15) perineal bölgede ve %13,3'ü (n=8) baş-boyun bölgesinde lokalizeydi. En sık karşılaşılan defekt yerleri arasında skrotum (%13,3; n=8), aksilla (%11,7; n=7), sakral bölge (%10; n=6), perianal bölge ve diz (%8,3; n=5) öne çıkmaktaydı.

Tüm hastalarda pediküllü ve propeller tarzda çevrilen flepler kullanılmış olup, uygulanan cerrahilerin %93,3'ünde (n=56) flepler tam canlı (viable) olarak izlenmiştir. Kısmi nekroz gibi minör komplikasyonlar az sayıda olguda gözlenmiş; total flep kaybı bildirilen hasta olmamıştır.

Tartışma

Perforatör flepler, günümüzde rekonstrüktif cerrahide hem estetik hem de fonksiyonel sonuçlar açısından önemli avantajlar sunmaktadır. [5]Bu çalışmada, çeşitli anatomik bölgelerde gelişen yumuşak doku defektlerinin tedavisinde farklı perforatör flep seçeneklerinin başarıyla kullanılabildiği gösterilmiştir. Elde edilen yüksek canlılık oranı, uygun hasta seçimi, dikkatli cerrahi planlama ve deneyimli ekiplerle gerçekleştirilen operasyonların etkinliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda etiyolojik açıdan travma olguları ön planda yer almakta, bunu malignite eksizyonları ve enfeksiyöz etkenler (Fournier gangreni, hidradenitis süpürativa) takip etmektedir. Özellikle travmaya bağlı defektlerde rekonstrüksiyonun hızlı, güvenilir ve tek seanslı olması büyük avantaj sağlamaktadır. Fournier gangreni gibi yüksek morbidite riski taşıyan durumlarda perineal bölgeye uygulanan perforatör flepler, hem yara kapanmasını sağlamakta hem de hastanede kalış süresini kısaltmaktadır. Bu seride elde edilen bulgular, perforatör fleplerin hem güvenli hem de geniş uygulama alanına sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle propeller tekniğiyle kullanıldığında, çevre dokularda minimal morbidite ile fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilebilmektedir.

Referanslar

[1] J. T. Kim and S. W. Kim, "Perforator Flap versus Conventional Flap," J. Korean Med. Sci., vol. 30, no. 5, p. 514, 2015, doi: 10.3346/jkms.2015.30.5.514.

[2] M. Saint-Cyr, M. V. Schaverien, and R. J. Rohrich, "Perforator Flaps: History, Controversies, Physiology, Anatomy, and Use in Reconstruction," Plast. Reconstr. Surg., vol. 123, no. 4, pp. 132e-145e, Apr. 2009, doi: 10.1097/PRS.0b013e31819f2c6a.

[3] Y. Demirtas, N. Ozturk, O. Kelahmetoglu, and A. Demir, "Pedicled Perforator Flaps," Ann. Plast. Surg., vol. 63, no. 2, pp. 179–183, Aug. 2009, doi: 10.1097/SAP.0b013e31818937ee.

[4] M. F. Scaglioni, M. Meroni, M. Knobe, and E. Fritsche, "Versatility of perforator flaps for lower extremity defect coverage: Technical highlights and single center experience with 87 consecutive cases," Microsurgery, vol. 42, no. 6, pp. 548–556, Sep. 2022, doi: 10.1002/micr.30892.

[5] A. Maciel-Miranda, S. F. Morris, and G. G. Hallock, "Local Flaps, Including Pedicled Perforator Flaps," Plast. Reconstr. Surg., vol. 131, no. 6, pp. 896e-911e, Jun. 2013, doi: 10.1097/PRS.0b013e31828bd89f.

[6] A.-S. Florczak, B. Chaput, C. Herlin, P. Rousseau, E. Watier, and N. Bertheuil, "The Use of Pedicled Perforator Flaps in Chest Reconstruction," Ann. Plast. Surg., vol. 81, no. 4, pp. 487–494, Oct. 2018, doi: 10.1097/SAP.0000000000001466.

Anahtar Kelimeler: Perforatör flep, rekonstrüksiyon, defekt

SB-180

Komplike İskial Bası Yaralarının Rekonstrüksiyonunda Distal De-Epitelizasyon Uygulanan Lokorejyonel Perforatör Pervane Fleplerinin Kullanımı

Semih Bağhaki, Melike Refia Taşlıpınar, Tuğrul Berk Çınar, Fadile Aydoğan, Enes Çığrıkcı, Eren Kervancıoğlu, Batu Özlüşen
Koç Üniversitesi Tıp fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

İskial bölgede gelişen bası yaralarına; çoğunlukla osteomiyelitin eşlik etmesi cerrahi tabloyu komplike hale getirir. Bu yaraların rekonstrüksiyonunda neredeyse her zaman flepli onarımlara ihtiyaç duyulmaktadır. İskial bası yaralarının onarımında; inferior gluteal arter, internal pudendal arter bazlı perforatör flepleri, superior gluteal arter perforatörleri bazlı flepler; gluteus maksimus ada flepleri, lokal fasyokütan veya musküler-kütan V-Y ilerletme flepleri, rotasyon flepleri ve serbest flepler gibi farklı cerrahi flep seçenekleri mevcuttur. Bu çalışmada, kemik ilişkili evre 4 iskial bası yarası nedeniyle distal dezepidermizasyon uygulanmış lokorejyonel perforatör pervane flepleriyle rekonstrüksiyon deneyimlerimiz sunulmaktadır.

Yöntem

2022-2025 yılları arasında Plastik Cerrahi Kliniği'nde SGAP ve parasakral perforatör pervane flepleri ile iskial bası yarası rekonstrüksiyonu yapılan 12 hastanın demografik bilgileri, perioperatif ve postoperatif parametreleri (defekt boyutları, flep çeşit ve boyutları, komplikasyonlar ve nüks oranları) değerlendirildi.

Sonuçlar

Toplam 12 hastanın tümünde klinik ve radyolojik olarak kemik tutulumlu evre 4 iskial bası yarası mevcuttu. Yaş aralığı 22-67 olan hastalarımıza, 8x15 ile 30x35 aralığındaki boyutlarda flep kullanıldı. 3 hastada profunda femoris perforatör flebi, 6 hastada SGAP pervane flebi, 1 hastada IGAP pervane flebi ve 2 hastada ise parasakral perforatör pervane flebi kullanıldı. 1 hasta, 6 ay içerisinde erken nüks ile reopere edildi.

Tartışma

İskial bası yaralarında, flep tercihi için göz önünde bulundurulması gereken kriterler vardır. Bunlar hastanın genel durumu dışında; defektin boyutu, çevre dokunun kalitesi, rekürrans ihtimaline karşın kullanılabilecek kaliteli doku rezervi, perforan arter haritası olarak değerlendirilir. Kliniğimizde lokorejyonel perforatör bazlı flepleri öncelikli olarak pervane tarzında transpoze etmek tercihi; geniş rotasyon arkı, flebin proksimal kısmının kendi donör alanını kapatmakta sağladığı kolaylık ve pedikül gerginliğini azaltması nedeniyle kullanılmıştır. Bu etki, tekrarlayan basınç yaralarında birden fazla operasyona bağlı daha da belirgindir.

Bu fleplerde kullandığımız bir diğer modifikasyon distal deepitelizasyon olup bu şekilde oluşturulan dermofat flepler iskial bası yaralarında her zaman ortaya çıkan ölü boşlukları doldurmakta etkili olmaktadır. Ayrıca bu flep seçeneğimizle beraber kas sakrifasyonu engellenmekte olup, ilerleyen süreçte oluşabilecek nüks durumlarına karşın rezerv kas dokusu, flep seçeneği olarak kullanılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: iskial bası yarası, pervane lebi, lokorejyonel flep

SB-181

Orbital Travmalarda Kalıcı Diplopi için Yapısal Risk Faktörleri: 109 Hastalık Retrospektif Bir Analiz

Emrah Kağan Yaşar, Mustafa Canberk Gürbüz, Oğuzhan Eroğlu, Berke Kahraman, Ceyhun Uzun, Murat Şahin Alagöz
kocaeli üniversitesi tıp fakültesi,plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi anabilim dalı,kocaeli

Giriş

Orbita taban kırıkları, maksillofasiyal travmaların sık görülen bir formu olup, özellikle izole orbital fraktürlerin en yaygın tipini oluşturur. Tüm orbital kırıklar içerisinde orbita taban kırıklarının insidansı %40 ila %50 arasında bildirilmiştir.1,2 Bu kırıklar çoğunlukla genç erişkin erkeklerde görülmekte olup; darp, trafik kazaları ve spor yaralanmaları gibi yüksek enerjili künt travmalar başlıca etiyolojik faktörlerdir.3 Anatomik olarak, orbita tabanı ince bir kemik yapıya sahip olup, maksiller sinüsle komşuluğu nedeniyle ani basınç değişiklikleri veya doğrudan travma sonucunda kolayca çökmeye eğilimlidir. Orbita tabanı kırıklarına sıklıkla medial duvar kırıkları eşlik ederken, bazı olgularda lateral duvar ve inferior orbital rimde hasar izlenebilir, Bu kırıklar yalnızca kemik bütünlüğünü değil, aynı zamanda orbital içeriği de etkileyerek inferior rektus kası veya orbital yağ dokusunun maksiller sinüse herniasyonuna neden olabilir. Bu durum, diplopi, göz hareketlerinde kısıtlılık ve belirgin enoftalmi gibi fonksiyonel bozukluklarla kendini gösterebilir.4 Cerrahi tedavi; kas entrapmanı, anlamlı enoftalmi diplopi ve defektin %50'den fazla olması gibi durumlarda endikedir.5

Bu çalışmamızda kliniğimizde gerçekleştirilen orbita taban kırıklarına yönelik cerrahilerde geç dönem kalıcı diplopiye sebep olabilecek predispozan faktörleri ortaya çıkarmayı ve bu faktörleri önlemeye yönelik önemli noktaları analiz etmeyi amaçladık.

Materyal Metod

Çalışmada 2019-2024 tarihleri arasında hastanemize başvuran maksillofasiyal travma hastaları analiz edildi. Bu hastalardan orbita taban fraktürü olanlar çalışmaya dahil edildi. Dahil edilen hastalarda eşlik eden orbita duvar hasarı (taban+rim, taban+rim+lateral, taban +medial), preoperatif diplopi, travma ve operasyon arasında geçen süre, travma şekli, postoperatif enoftalmi verileri hasta takip formlarından elde edildi. Elde edilen veriler kalıcı diplopi açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Gruplar arası karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Kategorik değişkenler

arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile incelendi. Bağımlı grup karşılaştırmaları McNemar testi ile yapıldı. p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

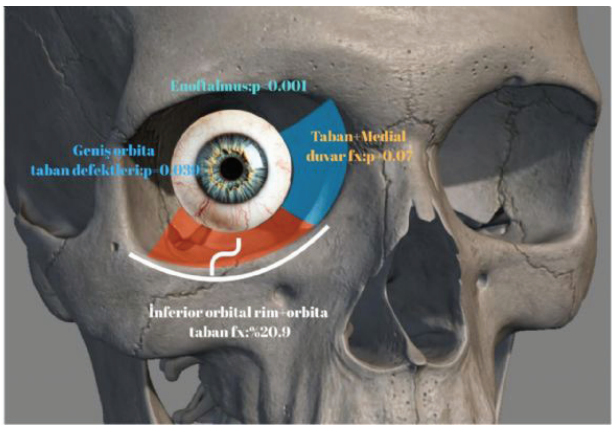
Bu çalışmada orbita taban kırığına sahip 109 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiş ve kalıcı diplopi ile ilişkili faktörler incelenmiştir. Hastaların %15,6'sında postoperatif dönemde diplopi mevcutken, %84,4'ünde diplopi gözlenmemiştir. Preoperatif dönemde diplopisi olup postoperatif dönemde diplopisi devam eden hasta grubunda ilk 48 saat içinde başvuru sadece bir hastada varken ortalama hastaneye başvuru süresi 11,5 gün bulundu. Yapısal değişkenler arasında enoftalmi varlığı, kalıcı diplopi ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (p<0,001). Enoftalmisi olan hastaların %56,3'ünde diplopi mevcutken, enoftalmi olmayan grubun sadece %8,6'sında diplopi gözlenmiştir. Ayrıca, "rim + taban" kırığı olan hastalarda diplopi görülme sıklığı %20,9 olup, bu oran diğer ek duvar kırıklarına kıyasla belirgin şekilde daha yüksektir (p=0,054; Fisher's exact: p=0,062). "Taban + medial" kırıkları ile diplopi arasındaki ilişki sınırda istatistiksel anlamlılık göstermiştir (p=0,073), bu grup içinde diplopi oranı %33,3 olarak saptanmıştır. Travmadan ameliyata kadar geçen süre incelendiğinde (p=0,425) diplopi ile ilişkili bulunmamıştır. Bununla birlikte, defekt büyüklüğü arttıkça kalıcı diplopi oranının arttığı gözlemlenmiştir. (p=0,039). Travma şekline göre analizde ise diplopi oranları darp (%19,4) ve çarpışma (%28,6) grubunda daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (p=0,578).

Sonuç

Elde edilen bulgular, özellikle orbital içeriğin yer değiştirmesine neden olan kırık tipleri ve enoftalmi gibi anatomik bozulmaların posttravmatik diplopi gelişiminde temel belirleyiciler olduğunu göstermektedir. Orbita cerrahisinde sıkışmış dokularından kurtarılması kadar orbitanın eski hacmininin geri kazandırılması da bir o kadar önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: diplopi, orbita taban fx, alloplastik materyal, maksiiofasyal kırıklar

orbita duvar fx



SB-182

İki Aşamalı Kraniyal Onarım: Doku Genişletici, Galeokapsüler flep ve CAD/CAM 3D Titanyum İmplant

Yasir Vural, Can Koç, Kemalettin Yıldız
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Kraniyal defektlerin onarımı hem estetik hem de fonksiyonel açıdan zorluklar barındırmaktadır. Geniş defektlerde hastaya özel çözümler gerekmektedir.1 Günümüzde üç boyutlu yazıcı teknolojileri ve bilgisayar destekli tasarım (CAD/CAM) teknikleriyle kişiye özel titanyum implantların üretilmesi, bu zorlukların aşılmasında önemli katkılar sağlamaktadır.2 Bu çalışmada, daha önce tek taraflı anterior plagiosefali nedeniyle fronto-orbital ilerletme cerrahisi uygulanmış bir hastada mevcut olan plagiosefali tarafındaki belirgin gerilik ve çöküklük ile revizyon cerrahisine engel teşkil eden frontoparietal kraniyal defektin, özel tasarlanmış üç boyutlu titanyum implant ve doku genişleticilerle hazırlanan galeokapsüler flebin kombine kullanımıyla gerçekleştirilen geç dönem kraniyal onarım yöntemi sunulmaktadır.

Vaka Sunumu

Hasta, 19 yaşında erkek olup, 2008 yılında dış merkezde tek taraflı anterior plagiosefali tanısıyla fronto-orbital ilerletme cerrahisi geçirmiş, kafatası şekil bozukluğu ve kraniyal deformite ile tarafımıza başvurmuştur. (Figür A) Yapılan görüntülemelerde, fronto-paryetal kemiklerde 2 alanda kraniyal defekt alanı gözlenmiştir. KİBAS bulgusuna rastlanmamıştır. (Figür B, C) Hastaya 2 aşamalı olacak şekilde ilk seansta doku genişletici ile skalp fleplerini genişletme, akabinde doku genişletici çevresinden elde edilen galeokapsüler flep ve kişiye özel tasarlanmış 3D titanyum implant ile onarım cerrahisi planlanmıştır. İlk aşamada, sol parietal bölgeye 550 ml dikdörtgen şekilli doku genişletici yerleştirilmiştir. Takip eden 8 hafta boyunca genişleticilere haftalık olarak serum fizyolojik enjekte edilerek, 570 ml'ye, kadar şişirilmiştir. (Figür D, E, F) Bu işlemin tamamlanmasının ardından 2 ay sonra ikinci aşama olan kraniyal onarım planlanmıştır.

Hastanın kraniyal BT'sine ait DICOM verileri kullanılarak, özel tasarım yazılımları (Mimics ve 3-matics, Materialize Mimics Innovation Suite, Belçika) aracılığıyla hastanın kafatası plastik modeli ve kişiye özel implant oluşturuldu. İlk aşamada, kafatası ve implantın üç boyutlu reçine modeli basılarak simülasyon gerçekleştirildi (Figür G). Sanal cerrahi ile kraniyal kemik kalınlığı hesaplanarak kullanılacak vida boyutları belirlendi. Onay ve gerekli düzenlemelerin ardından nihai forma karar verildi ve ameliyat öncesinde test edilen son titanyum implantın üretimi tamamlandı. İmplant tasarımında, mevcut kraniyal şekil bozukluğunun kamufle edilmesi ve simetrinin sağlanması hedeflendi. Aynı zamanda implant delikli olarak tasarlanarak ağırlığının azaltılması sağlandı.

Ameliyat sırasında, defekte uygun olarak hazırlanan implant defekt bölgesine yerleştirilmiş ve altı adet mini vida ile tespit edilmiştir. Ardından, çıkarılan doku genişleticinin etrafında gelişen kapsül dokusu ve galea ile bütünleşmiş dokudan posterolateral bazlı geniş bir galeokapsüler flep hazırlanmıştır (Figür I). Bu yöntemle implantın üzerinin tamamen örtülmesini sağlayacak ek bir doku katmanı elde edilmiştir. (Figür H, J). Ayrıca ekspande edilmiş skalp flebi implant üzerine ilerletilerek gerilimsiz bir kapama gerçekleştirilmiştir (Figür K, L). Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon izlenmemiş; enfeksiyon, implant yer değiştirmesi veya yara iyileşme problemleri gözlenmemiştir. Hastanın 12 aylık takiplerinde de komplikasyona rastlanmamıştır (Figür M, N, O).

Tartışma

Sekonder kraniosinostoz cerrahileri çeşitli nedenlerle güçlükler içermektedir.3 Revizyon distraksiyon cerrahileri, kozmetik amaçlarla uygun olgularda uygulanabilse de ilk ameliyata sekonder kemik defekti varlığı, frontal kemiğin incelmiş ve dayanıklılığının azalmış olması nedeniyle her hastada mümkün olmayabilir. Bu durum ve diğer geç kraniyal defekt onarımında simetriyi sağlamak ve deformiteyi düzeltmek amacıyla kişiye özel tasarlanan üç boyutlu implantların kullanımı gündeme gelebilir; ancak saçlı deri yüzey alanının yetersizliği yara yeri ayrışması, skatrisyel alopesi ve implant ekspozisyonu gibi komplikasyon risklerini de beraberinde getirir.4

Geç kraniyal defekt onarımında tek aşamalı cerrahi yerine, iki aşamalı bir yaklaşım benimsenerek doku genişleticileri ile yüzey alanı ve kan dolaşımı arttırılan skalp cilt ve cilt altı dokusu önceki cerrahiye bağlı skar ve alopesi alanının çıkartılmasına ve implant üzerine gerilimsiz kapama yapılmasına imkân tanıyabilir; yara yeri nekrozu, ayrışma ve dolaşım problemleri gibi komplikasyonların gelişmesini önleyebilir.5 İki aşamalı olmasına rağmen ek revizyon cerrahisi gereksinimi ve buna bağlı maliyetlerin azalmasını sağlayabilir.

Bu çalışmada doku genişletici, kemik defekti alanının posterioruna, önceki skatrisyel alanın cilt altı dokusuna zarar vermeden, sağlıklı dokunun bulunduğu bölgeye yerleştirilmiştir. (Şekil K). Doku genişletici ile elde edilen galeokapsüler flep, hastanın kendi dokularından hazırlanmış, vaskülarize, güvenli bir şekilde transpoze edilebilen dokulardır.6 İmplantın vaskülarize doku ile örtülmesi, mekanik destek sağlarken enfeksiyon, adezyon ve yara ayrışması gibi komplikasyon risklerini azaltmış; oluşturduğu ek tabaka ile implant kontur belirginliğini hafifletmiş ve implant ile deri arasında tampon görevi görerek kış aylarında soğuk hassasiyetini de engellemiştir.7

Titanyum, biyouyumlu, dayanıklı ve şekillendirilebilir bir materyaldir.8 Aynı zamanda CT ve MR uyumluluğu nedeniyle postoperatif takibi de kolaylaştırmaktadır.9 İmplantın delikli yapısıyla hem ısı iletimi azaltılmış hem de ağırlığı hafifletilerek hastaya konfor sağlanması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada kullanılan üç boyutlu implant ve doku genişletici sayesinde, karşı taraftaki frontal kontur bossing'ine rağmen tatmin edici bir kozmetik sonuç elde edilmiştir. Bu yöntem, enfeksiyon, yara ayrışması ve implant ekspozisyonu riskini azaltırken, aynı zamanda estetik açıdan başarılı sonuçlar sunmaktadır.

Sonuç

Çalışmamızda; doku genişleticiyle ile elde edilen galeokapsüler flebin kişiye özel tasarlanmış üç boyutlu titanyum implant ile kombine kullanımının, geç dönem kranioplasti gerektiren kompleks vakalarda güvenli ve etkili bir seçenek olabileceğini göstermektedir. Uygun planlama ve deneyimli ekiplerle birlikte bu yaklaşımın daha geniş hasta gruplarında da kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: CAD/CAM 3D Titanyum İmplant, Doku genişletici, Galeokapsüler Flep, Kraniyal Onarım

Hastanın Ameliyat Öncesi ve Sonrası Görüntüleri



A:Pre-op önden B: 3D Bt Anterior C: 3D Bt Lateral D:Eksapnder sonrası önden E:Ekspander sonrası üstten F: İmplant öncesi tepeden bakış G: 3D custom-made implant H:İntra-op implant yerleştirimi sonrası I: Galeo-kapsuler flep hazırlanışı J: Galeo-kapsuler flep inset K: İntra-op tepeden bakış sonuç L: İntra-op önden bakış sonuç M: Post-op 6 ay önden N: Post-op 6 ay alttan O: Post-op 6 ay yandan

SB-183

Orbital İndeksin Cerrahi Karar Üzerine Etkisi: 3 Yıllık Pediatrik Orbita Taban Fraktürü Serisi

Fatih Aktürk, Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Giriş

Orbita blow-out fraktürleri çocukluk çağında daha az sıklıkla görülen ancak göz hareketleri ve görsel fonksiyonlar üzerinde ciddi etkiler yaratabilen yaralanmalardır. Pediatrik hastalarda orbital yapıların elastik yapısı ve geniş anatomik varyasyonlar nedeniyle tanı ve tedavi süreci erişkinlerden farklılık göstermektedir. Özellikle orbita taban fraktürlerinde cerrahi gereklilik konusunda literatürde bir fikir birliği bulunmamaktadır. Son yıllarda orbital indeks gibi klinik skorlamalar cerrahi karar sürecinde yardımcı araçlar olarak önerilmiştir. Bu çalışmada, orbital indeksin cerrahi gereklilik ile olan ilişkisi değerlendirilerek, skorun karar sürecine katkısı araştırılmıştır.

Hastalar ve Yöntem

2022–2024 yılları arasında Bursa Uludağ Üniversitesi plastik cerrahi kliniğinde izlenen pediatrik yaş grubundaki (<18 yaş) orbita taban fraktürü tanılı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen olgularda

ORBİTAL İNDEKS;

1. Defektin boyutu (Puan 0–2)

* < 1 cm² = 0 puan
* 1–2 cm² = 1 puan
* > 2 cm² = 2 puan

2. Defektin yerleşimi (Puan 0–2)

* Anterolateral = 0 puan
* Anteromedial = 1 puan
* Posterolateral = 1 puan
* Posteromedial = 2 puan

3. İnferior rektus yuvarlanması "Rounding" (Puan 0–2)

* Alt rektus kas yüksekli/genişlik oranı < 1 = 0 puan
* Oran = 1 = 1 puan
* Oran > 1 = 2 puan

olmak üzere 3 parametre üzerinden 6 puanlık sistemle hesaplandı. Tüm olgular cerrahi (taban plağı) veya konservatif olarak sınıflandırıldı. Orbital indeks skorları ile uygulanan tedavi yöntemi arasındaki ilişki incelendi. Veriler Excel tabanlı veri analizinden elde edildi. Sayısal dağılımlar frekans olarak sunuldu.

Bulgular

Çalışmaya orbita taban fraktürü tanısı almış 31 pediatrik hasta dahil edildi. Hastaların %74'ü erkek (n=23), %26'sı kız (n=8) ve yaş ortalaması: 13,5 yıl olarak hesaplandı. Hastaların operasyon öncesi BT görüntüleri incelenerek Orbital İndeks skorları belirlendi. Orbital indeks skoruna göre taban plağı uygulama dağılımı aşağıdaki gibidir:

- Orbital indeks 1 grubundaki hiçbir vaka cerrahi müdahale gerektirmedi.
- İndeks 2 ve 3 grup vakalarında sırasıyla %30 ve %25 oranında cerrahi ihtiyacı gözlendi.
- İndeks 4 grubunda cerrahi oranı %66'ya yükseldi.
- İndeks 5–6 grubunda ise cerrahi oranı tam %100 olarak belirlendi.

Ortalama indeks:

• Cerrahi grubunda: 4,7 ± 0,8
• Konservatif grupta: 1,4 ± 0,6
→ Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$)

Tartışma

Pediatrik orbital taban fraktürleri, klinik belirtileri erişkinlerden farklı seyreden, tanı ve tedavisi çoğu zaman güç olan bir travmatik yaralanma grubunu oluşturur. Çocuklarda orbital yapının elastik doğası nedeniyle sıkça karşılaşılan "trapdoor" tipi fraktürlerde, minimal radyolojik bulgulara rağmen klinik olarak önemli kas entrapmanları ve fonksiyonel kayıplar gelişebilir. Bu nedenle yalnızca görüntüleme bulgularına dayalı cerrahi karar verme yaklaşımı, hem eksik hem de riskli olabilir.

Bu çalışma, orbital indeksin fraktür alanı, kas entrapmanı, enoftalmus varlığı gibi parametreleri bütüncül olarak değerlendiren klinik karar süreçlerinde objektif ve öngörücü bir araç olarak kullanılabilirliğini göstermiştir. Özellikle orbital indeks puanı >=5 olan hastalarda cerrahi gereksinim oranının %100 olması, bu skorlama sisteminin güçlü bir pozitif prediktif değere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı şekilde, indeks <=1 olan olguların tamamının konservatif olarak izlenmiş olması, sistemin negatif prediktif değer açısından da yeterli duyarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

De Ruiter ve arkadaşlarının tanımladığı orbital indeks modeline göre, indeks >=4 olan pediatrik hastalarda cerrahi müdahale oranı ve geç enoftalmus gelişimi anlamlı ölçüde artmaktadır. Bu çalışmada da benzer şekilde, yüksek indeks skorlu hastalarda cerrahi oranı %100'e ulaşmış ve bu hastalar daha erken dönemde opere edilmiştir (De Ruiter et al., 2022).

Orbital kırık alanının büyüklüğünün geç dönem enoftalmus ile korelasyonunu inceleyen Ploder ve arkadaşlarının çalışmasında, fraktür alanının belirli bir eşiği aşması durumunda geç komplikasyon gelişme riskinin anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir (Ploder et al., 2002). Orbital indeks, bu anatomik boyutu klinik parametrelerle birleştirerek yorumladığından, tek başına radyolojik değerlendirmeye kıyasla daha güçlü bir karar destek aracı sunmaktadır.

Öte yandan, orta düzey indeks puanlarına (2–4 arası) sahip olgularda cerrahi oranlarının değişken seyretmesi, bu skorlama sisteminin klinik bulgularla birlikte yorumlanması gerektiğini göstermektedir. Broyles ve arkadaşlarının 72 olguluk serisinde, travma sonrası diplopi, göz hareket kısıtlılığı ve okülokardiyak refleks gibi bulguların varlığının cerrahi karar sürecinde önemli belirleyiciler olduğu vurgulanmıştır (Broyles et al., 2015).

Harrison ve arkadaşlarının 2022 tarihli çalışması, izole pediatrik orbital fraktürlerde konservatif yaklaşım uygulanan hastaların önemli bir kısmında daha sonra geç cerrahiye ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir. Bu, cerrahi kararın erken dönemde verilebilmesi için sistematik skorlama yöntemlerinin önemini vurgulamaktadır (Harrison et al., 2022).

Kas entrapmanı gibi doğrudan ekstraoküler kas tutulumu olan vakalarda cerrahi zorunluluk daha net olmakla birlikte, Durairaj ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bu durumun yalnızca BT görüntüleme ile değil, klinik semptomlarla birlikte değerlendirilmesinin daha doğru olduğu bildirilmiştir (Durairaj et al., 2006).

Burnstine'ın 2003 tarihli çalışmasında, orbital fraktürlerin tedavi algoritmasında anatomik bozulmanın boyutu kadar cerrahi zamanlamanın da önemli olduğu vurgulanmıştır. Erken cerrahinin fonksiyonel sonuçlar ve komplikasyon oranları açısından daha başarılı olduğu gösterilmiştir (Burnstine, 2003). Çalışmamızda da yüksek indeks grubunda komplikasyon oranı %8 iken, düşük indeks grubunda bu oran %18 olup, geç cerrahinin sekonder etkilerini desteklemektedir.

Sonuç

Orbital indeks, pediatrik orbita taban fraktürlerinde cerrahi gerekliliği öngörmede değerli bir klinik araç olabilir. Skorun yükselmesiyle birlikte cerrahi oranı belirgin olarak artmaktadır. Cerrahi kararın bu tür objektif verilerle desteklenmesi hem hasta güvenliği hem de tedavi etkinliği açısından önem taşımaktadır. Elbette bu bulguların doğrulanması için daha geniş örneklemli, kontrollü ve ileri istatistiksel analizlerle desteklenmiş çalışmalar gereklidir.

Referanslar

1. Broyles, J. M., Sargent, L. A., & Thompson, D. H. (2015). Pediatric orbital floor fractures: Outcome analysis of 72 children. Journal of Craniofacial Surgery, 26(5), 1430–1433.

2. Burnstine, M. A. (2003). Clinical recommendations for repair of orbital facial fractures. Current Opinion in Ophthalmology, 14(5), 236–240.

3. De Ruiter, B. J., Liu, E. Y., MacKinnon, B., McCann, E., Ellis, D., Lee, J., & Phillips, M. S. (2022). Orbital Index: A Novel Comprehensive Quantitative Tool to Predict Surgical Intervention in Pediatric Orbital Floor Fractures. Plastic and Reconstructive Surgery, 150(1), 133e–141e.

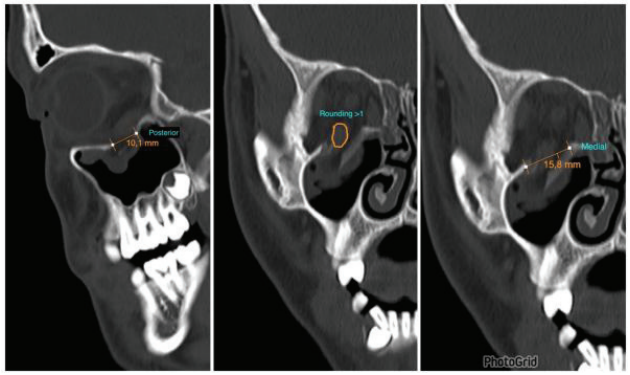
4. Ploder, J., Klug, C., Voracek, M., Wutzl, A., & Ewers, R. (2002). Size matters: correlations between orbital fracture area and late enophthalmos. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 30(6), 384–388.

5. Harrison, P. J., Comer, B. T., & Ormston, J. (2022). Isolated paediatric orbital fractures: A case series and review of management and outcomes. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 60(5), 508–513.

6. Durairaj, V. D., Bartley, G. B., Garrity, J. A., & Lane, C. M. (2006). Pediatric orbital floor fractures: direct extraocular muscle involvement. Ophthalmology, 113(1), 115–120

Anahtar Kelimeler: Orbita blow-out fraktürü, Orbital indeks, Pediatrik orbita taban fraktürü

Bilgisayarlı Tomografi ile Orbital İndeks skorlamasına bir örnek



Çalışmaya dahil edilen hastalardan birinin Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü yukarda verilmiştir. Bu hastaya göre; 1. Taban defektinin boyutu 1.59 cm² = 1 puan 2. Taban defektinin yerleşimi posteromedial = 2 puan 3. İnferior rektus yuvarlanması "Rounding" >1 = 2 puan Orbital İndeks puanı 5 olarak hesaplandı.

Orbital İndeks Puanlarına Göre Taban Plağı Uygulama Oranları

Orbital İndeks	Vaka Sayısı	Taban Plağı Uygulanan	Cerrahi Oranı(%)
1	6	0	%0
2	10	3	%30
3	4	1	%25
4	3	2	%66
5	2	2	%100
6	6	6	%100

SB-184

Kondil Kırıklarında Güvenli Cerrahi: Transmasseterik Yaklaşım

Batuhan Polat, Berkan Koç, Emrah Kağan Yaşar, Ceyhun Uzun, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi, Plastik Rekonsrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Mandibular kondil kırıkları, tüm mandibula kırıklarının %14 ila %48'ini oluşturmaktadır ve anatomik pozisyonun yeniden sağlanması ile fonksiyonun korunması ortak hedef olmakla birlikte, optimal tedavi yöntemi hâlâ tartışmalıdır.[1–3]Mandibulanın doğal anatomisinin korunmasını sağlamada en başarılı yöntem günümüzde açık redüksiyon ve internal fiksasyonla yapılan rijit fiksasyondur. Rijit fiksasyon, transparotid, intraoral, preauriküler ve retromandibular yaklaşımlar gibi çeşitli cerrahi yaklaşımlar kullanılarak açık cerrahi ile uygulanır. [4 -5]Ancak bu yöntemler kullanılırken, hastada fasiyal sinirin yeterince tanımlanamaması ve korunamaması operasyonun sonucunu olumsuz etkileyebilir. Fasiyal sinir hasarı bu cerrahide sık görülen komplikasyondur. Wilson ve arkadaşları, komplikasyon riskini en aza indirebilmek adına transmasseterik anteroparotid yaklaşım (TMAPA) olarak adlandırılan bir cerrahi yaklaşımı ilk kez tanımlamışlardır. [2]

Materyal ve Metot

Kurumumuzda 2017–2025 yılları arasında TMAPA yöntemiyle açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulanan mandibula kondil ve subkondil bölgesindeki ekstrakapsüler kırık tanılı 55 hastadan takibi düzenli olarak yapılabilen 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri ve kırık tarafları (sağ, sol veya bilateral) kaydedildi. Ortalama yaş 35.9 (dağılım 17–70) olup ortalama takip süresi 45.5 ay (6–96 ay) idi. Fonksiyonel değerlendirmede maksimum ağız açıklığı interinsisal mesafe (mm cinsinden) ile ölçüldü. Çiğneme fonksiyonu, çiğneme esnasındaki ağrı ve güçlük düzeyi 0–10 arasında görsel analog skala (VAS) ile hasta tarafından değerlendirildi. Fasiyal sinir fonksiyonu, House–Brackmann fasiyal sinir skoru (I–VI) kullanılarak postoperatif dönemde kaydedildi. Estetik sonuçlar hastaların öznel değerlendirmesine dayanarak Subjective Satisfaction Questionnaire (SSQ-8,) ile belirlendi ve cilt skarının görünümü Patient Scar Assessment Scale(PSAS) ile değerlendirildi. Radyolojik analizde postoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri üzerinden kondil pozisyonu ve hizalanması kontrol edildi. Peroperatif ve postoperatif erken dönem (<1 ay) ile geç dönem (>6 ay) komplikasyonlar ayrı ayrı kaydedildi. Elde edilen klinik veriler ve sonuçlar tablolar üzerinden gösterildi. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler (ortalama ± standart sapma) kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 30 hastanın %90'ı erkek, %10'u kadın olup ortalama yaş 35.9±16.2 yıl olarak bulundu. Olguların %96,7' sinde tek taraflı (sağ veya sol) kırık, %3,4'ünde bilateral kondil kırığı mevcuttu. Ortalama takip süresi 45.5±27.0 ay idi. Ameliyat sonrası ortalama interinsisal ağız açıklığı 34.8±8.1 mm olarak ölçüldü. Çiğneme fonksiyonu VAS skoru ortalama 1.4±1.2 idi. Postoperatif fasiyal sinir değerlendirmesinde House–Brackmann skoru ortalaması 1.06±0.25 olarak tespit edildi; hiçbir hastada kalıcı fasiyal paralizi bulgusu saptanmadı (tüm hastalarda en kötü

HB skoru II, ve bu minimal zayıflık da zamanla tam şekilde düzeldi). Hastaların estetik memnuniyeti SSQ-8 anketi ile değerlendirildiğinde ortalama 33.1±6.9 (maksimum 40 üzerinden) olarak bulundu. Ameliyat skarının değerlendirilmesinde PSAS skoru ortalama 11.1±13.9 olarak saptandı. Erken dönemde en dikkate değer komplikasyon siyalosel oluşumudur; 3 hastada (%10) ameliyat sonrası parotis bezi kaynaklı siyalosel gelişmiş, ancak tümü konservatif tedavi ile tamamen gerilemiştir. Bunun dışında 2 hastada geçici fasiyal sinir dal zayıflığı (House-Brackmann II, özellikle buccal dal) görülmüştür. Bu minör komplikasyonların tamamı konservatif yaklaşımla veya minimal müdahaleyle düzelmiş, hiçbirinde kalıcı sekel kalmamıştır. Enfeksiyon, maloklüzyon nüksü veya kondil pozisyonunda kalıcı malpozisyon/deviasyon hiçbir hastada gözlenmemiş olup postoperatif tüm hastalarda BT ile bu sonuçlar doğrulanmıştır.

Sonuç

Bu 8 yıllık klinik deneyim, transmasseterik anteroparotid yaklaşımın mandibula kondil kırıklarında güvenli ve etkin bir cerrahi yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. TMAPA ile tedavi edilen olgularda düşük komplikasyon oranı ve yüksek fonksiyonel başarı elde edilmiş; özellikle fasiyal sinir hasarı olmaksızın tatmin edici ağız açıklığı ve çiğneme fonksiyonu sağlanmıştır. Estetik açıdan da TMAPA insizyonu ile minimal skar oluşumu ve yüksek hasta memnuniyeti görülmüştür.

Kaynakça

1.Qian Y, Wang W, Xu B, Zou Z, Yang C, Shao S. Transmasseteric anterior parotid approach for treatment of mandibular subcondylar fractures. J Craniofac Surg 2018;29:e690 3.

2. Wilson AW, Ethunandan M, Brennan PA. Transmasseteric antero paroti approach for open reduction and internal fixation of condylar fractures Br J Oral Maxillofac Surg 2005;43:57 60.

3.Baker AW, McMahon J, Moos KF. Current consensus on the management of fractures of the mandibular condyle. A method by questionnaire. Int J Oral Maxillofac Surg 1998;27:258 66.

4.Özkan HS, Sahin B, Görgü M, Melikoglu C. Results of transmasseteric anteroparotid approach for mandibular condylar fractures. J Craniofac

Surg 2010;21:1882 3.

5.DEMİR, C. İ., YAŞAR, E. K., DAVUN, K. E., GÖK, A., & ALAGÖZ, M. Ş., (2020). Facial nerve preservation in transmasseteric antero-parotid approach for open reduction and internal fixation of mandibular subcondylar fracture. Turk Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Dergisi , vol.28, no.2, 89-91

Anahtar Kelimeler: açık redüksiyon, estetik sonuç, fasiyal sinir, mandibula kırığı, transmasseterik yaklaşım

Fonksiyonel,Estetik ve Komplikasyon Olarak Literatür Karşılaştırması

PARAMETRE	TMAPA	LİTERATÜR
İnterinsisal Açıklık(mm)	34.8	32.0
Çiğneme Fonksiyonu (VAS)	1.4	2.0
House-Brackmann Skoru	1.06	1.5
SSQ-8 Hasta Memnuniyeti	33.1	31.7
PSAS Skar Skoru	11.1	28.0
Siyalosel Oranı(%)	10.0	13.0

Elde edilen klinik verileri literatürdeki diğer kondil fiksasyon yöntemlerinden elde edilen ortalama verilerle karşılaştırılması.

SB-185

Orbital Nörofibromatozis Olgularında Orbita Posterolateral Duvar – Sfenoid Kanat Rekonstrüksiyonu, Kliniğimizin Deneyimleri

Alaz Çırak[1], Mert Çalış[1], Ahmet İlkay Işıkay[2], Gökhan Tunçbilek[1]
[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Nörofibromatozis tip 1 (NF-1), yaygın ve iyi bilinen bir nörokutanöz sendromdur. Sendrom kapsamında orbita ile ilişkili birçok bulgu görülebilmektedir. İyi tanımlanmış pleksiform nörofibromlar, optik gliomlar, Lisch nodülleri ve sfenoid kemiğin karakteristik iskelet displastik değişiklikleri gibi bulgular görülebilmektedir ve tanı kriterleri arasında yer almaktadır. İntraorbital yerleşimli pleksiform nörofibromlar, daha önce orbital/orbitopalpebral/orbitofasiyal/orbitotemporal nörofibromatozis olarak tanımlanmış karakteristik bir dismorfizme yol açabilmektedir.

Sfenoid kanadın aplazisi veya displazisi de NF-1'in yaygın bir bulgusudur. Bu tür olgularda orbitaya fronto-temporal lob herniasyonu gelişmektedir ve bu duruma bağlı olarak pulsatil proptozis görülebilmektedir. Orbital Nörofibromatozis olgularında rekonstrüksiyon hedefleri temel olarak:

- orbitanın posterolateral duvarının rekonstrüksiyonu,

- beyin omurilik sıvısı dolaşımına yönelik dekompresif/düzeltici girişimler, ve,

- mevcut pleksiform nörofibromların transkraniyal veya periorbital cerrahi yaklaşımlar kullanılarak rezeksiyonudur.

Bu çalışmada, kliniğimizde posterolateral orbital duvar – sfenoid rekonstrüksiyonu uygulanmış üç nadir orbital nörofibromatozis olgusu tanımlanmaktadır.

Her üç olguda temel klinik semptomlar pitozis, orbital distopi ve orbital pulsasyon fenomeni olarak izlenmiştir. Bilgisayarlı tomografi görüntülemede sfenoid kanat aplazisi ile birlikte orbitaya fronto-temporal lob herniasyonu ve dural ektazi saptanmıştır.

Transkraniyal yaklaşım ile düzeltici cerrahiler planlanmıştır. Frontal kemik ve ipsilateral supraorbital bar çıkarılmıştır. Defektif posterolateral orbital duvarlar ve fronto-temporal lobların periorbita ile yakın ilişkili ve sıkı bir şekilde yapışık oldukları görülmüştür. Beyin lobları orbital yapışıklıklarından Beyin ve Sinir Cerrahisi bölümü ile birlikte olarak mikrocerrahi yöntemle diseke edilmiştir.

Orbital ve intrakraniyal içeriklerin uygun şekilde ayrılmasının ardından, iki olguda defekte özel olarak şekillendirilmiş alloplastik titanyum meş çıkarılan supraorbital bara tespit edilmiş ve orijinal anatomik konumuna yeniden yerleştirimiştir. Üçüncü olguda ise defekt kemik greftleri ile rekonstrükte edilmiştir. Supraorbital bar ve frontal kemik miniplaklar kullanılarak tespit edilmiştir.

Bir hastada postoperatif dönemde pitozis saptanmıştır. İntravenöz kortikosteroid tedavisi uygulanmıştır. Pitozis ve önceki orbital pulsasyon ek bir cerrahi girişim gerekmeksizin düzelmiştir. Postoperatif erken dönemde gelişen pitozisin yeni oluşan neo-supraorbital fissürde kranial sinir III'ün rölatif kompresyonuna bağlı olduğu düşünülmüştür ve bu durum kendini sınırlamıştır. Başka bir postoperatif komplikasyon gözlenmemiştir.

Sonuç olarak, orbital Nörofibromatozis olgularında alloplastik veya otolog yöntemlerle sfenoid kanat rekonstrüksiyonu, orbital pulsasyon fenomenini gidermek ve anatomik kavitelerin ilişkisini sınırlamak amacıyla endikedir.

Anahtar Kelimeler: Blefaropitozis, Nörofibromatozis, Orbita hastalıkları

SB-186

Damak yarığı onarımı sonrası gelişen oronazal fistüller: Yerleşim ve yönetim üzerine retrospektif bir gözlem

Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
DİCLE ÜNİVERSİTESİ PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI

GİRİŞ:

Dudak ve damak yarığı, dünya genelinde en sık görülen konjenital anomalilerden biridir ve her 700 canlı doğumda 1 saptanmaktadır (1). Dudak ve damak yarığı birlikte her 1289 canlı doğumda 1 sıklığında görülürken, yalnız dudak yarığı her 1000 doğumda 1 sıklıkta ortaya çıkar; bu form erkek bebeklerde daha yaygındır. Yalnız damak yarığı ise her 2500 canlı doğumda 1 sıklığında görülmekte olup, kız bebeklerde daha yüksek orana sahiptir (2). Oronazal fistül (ONF), damak yarığı onarımı sonrası gelişen bir komplikasyondur. Damak yarığı onarımı sonrasında ONF gelişme oranı genel olarak %5 ile %6 arasında bildirilmektedir; ancak literatürde bu oran %0 ile %60 arasında değişen değerlerle rapor edilmiştir (3). Cerrah deneyimi, yarık fenotipi (yani, rekonstrüksiyon için yumuşak doku mevcudiyeti ile birlikte yarık derecesi), cerrahi teknik ve damak onarımının zamanlaması dahil olmak üzere birçok faktör ONF gelişimi için artmış risk ile ilişkilidir (4).

Materyal-Metod:

Bu retrospektif çalışmaya, primer palatoplasti operasyonu geçirmiş ve postoperatif dönemde ONF gelişen 2019–2024 yılları arasında kliniğimize başvuran ve tarafımızca takip tedavi edilen yaşları 20 ay ile 28 yaş arasında değişen yaş ortalaması 66 ay olan 17 erkek 7 kadın toplam 24 hasta dahil edildi. Sekonder palatoplasti geçirmiş ve konjenital ya da başka nedenlerle fistülü olan hastalar dahil edilmedi. Hastaların yaş, cinsiyet, primer yarık tipi (izole damak yarığı, dudak-damak yarığı), fistül gelişme zamanı, fistül yerleşim bölgesi, uygulanan tedavi yöntemi (konservatif takip, lokal flep, dil flebi, revizyon cerrahisi) gibi parametreler hasta dosyalarından ve ameliyat notlarından retrospektif olarak analiz edildi.

CERRAHİ YAKLAŞIM- TEKNİK:

Fistül onarımı için endikasyon oluşturan iki ana semptom konuşma bozukluğu ve nazal regürjitasyondur. Klinik yaklaşımımız semptomatik bir fistül için, palatal onarımdan en az 9-12 ay sonra erken kapatma tercih edilmektedir. Tanı ve takip aşamasında kullandığımız, Smith ve ark. (2007) tarafından oluşturulan Pittsburgh Fistül Sınıflandırma Sistemi, ONF anatomik yerleşimini yedi tipiyle sayısal olarak tanımlar (1, 4). Boyuta göre alt gruplara ayrıldığında fistüller; küçük (<2 mm), orta (3-5 mm) ve büyük (>5 mm) olarak üç grupta; yerleşime göre ise anterior, orta damak, birleşme yeri (yani sert ve yumuşak damakların sınırında) ve yumuşak damak olarak 4 grupta tanımlanır (3). Takip ettiğimiz 24 hastanın 3 ü küçük boyutta fistüle sahip olup takiplerde kapanma gösterdi, 2 hasta operasyonu kabul etmedi. Kalan 19 hastanın Pittsburgh sınıflamasına göre 2' si Tip-1, 1' i Tip-2, 5' i Tip- 3, 7' si Tip-4, 4' ü Tip- 5 olarak değerlendirildi. Tip- 1' deki 2 hastaya rekonstrüktif uvuloplasti, Tip 2 -3- 4' deki küçük defekte sahip 6 hastaya lokal fleple, Tip 2 -3- 4' deki orta ve büyük boyuttaki 5 hastaya; re-palatoplasti, FAMM(Fasiyal Arter Myomukozal) flep, bukkal myomukozal fleple, Tip 3- 4' deki büyük boyuttaki 2 hastaya da dil flebiyle, Tip- 5' deki küçük defekte sahip 2 hastaya lokal flep ve orta defekte sahip 2 hastaya da üst dudak kaynaklı mukoza flebi ile onarım yapıldı. Hastalar operasyon sonrası ortalama 4 gün hastanede oral hijyen eğitimi, antibiyotik profilaksisi, yumuşak diyet ve flep canlılığının değerlendirilmesi açısından takip edildi. Hastalar 10. ve 21. gün poliklinik

kontrollerinden sonra aylık takibe alındı. Postoperatif takiplerde flep nekrozu yaşanmadı, 4 hastada enfeksiyon ve yara yeri dehissansı gelişti ancak antibiyoterapi ve yara bakımı ile geriledi. Uzun dönem takiplerde büyük defekte sahip 2 hastada fistül nüksü gözlendi.

TARTIŞMA:

Literatürde fistül insidansı %5–6 oranında bildirilse de, çalışmamızda bu oran daha yüksek saptanmış ve bu durum hastaların bir kısmının dış merkezde opere edilmiş olması, bazı olguların geniş yarık fenotipine sahip olması ve sevk edilen komplike vakaların çoğunlukta olmasıyla açıklanabilir. Fistül onarımı sonrası başarı, yalnızca cerrahi teknik değil; postoperatif bakım, enfeksiyon önleme, uygun beslenme ve konuşma terapisi ile doğrudan ilişkilidir. Nüks riskini azaltmak için gerilimsiz çift kat kapama önem teşkil eder. Çalışmamızda Pittsburgh Tip 3 ve Tip 4 yerleşimli fistüllerin çoğunlukta olduğu gözlenmiştir. Bu bölgeler, hem cerrahi erişimin daha zor olması hem de yumuşak doku mobilizasyonunun sınırlı kalması nedeniyle onarım başarısızlıklarının sık yaşandığı alanlardır. Bizim serimizde de büyük defektli posterior (Tip 4) olgularda dil flebi gibi ileri rekonstrüktif yöntemlere başvurulması bu görüşle paraleldir. Fistül onarımında uygulanan tekniklerin seçiminde, fistülün boyutu ve yerleşiminin yanı sıra önceki cerrahilerin sayısı, çevre dokuların durumu ve hastanın fonksiyonel şikayetleri de dikkate alınmalıdır. Literatürde tekrar fistül oluşma oranı %20' ye kadar bildirilmektedir (2, 4). Bizim çalışmamızda büyük defekte sahip iki hastada uzun dönem takipte rekürrens gözlenmiş olması, bu komplikasyonun halen önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. ONF onarımının 9-12 ay sonrasına planlanması hem doku iyileşmesini hem de doğru tanısal değerlendirmeyi mümkün kılmakta olup erken veya aşırı geç onarımlar başarısızlık riskini artırabilmektedir.

Sonuç:

Damak yarığı onarımı sonrası gelişen ONF, hem fonksiyonel hem de psikososyal açıdan önemli sorunlara yol açabilen bir komplikasyondur. Fistülün anatomik yeri ve boyutu, cerrahi başarıyı doğrudan etkilemektedir. ONF onarımının bildirilen genel başarı oranının %85' e yaklaşması ve nüks oranının fazla olması nedeniyle, ONF tedavisi zorlu bir sorun olmaya devam etmektedir. ONF' nin önlenmesi ve tedavisinde hangi palatoplasti tekniğinin üstün olduğuna dair halen bir fikir birliği bulunmamaktadır. Damak cerrahisine bütüncül bir yaklaşım ve algoritmayı daha iyi tanımlamak, damak fistülü insidansını azaltmak için ONF'nin standartlaştırılmış isimlendirme ile tanımlandığı büyük ölçekli çok merkezli çalışmalara ve gelişmiş sonuç raporlamasına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda çalışmamız, damak fistüllerinin anatomik yerleşimine göre bireyselleştirilmiş cerrahi yaklaşımın önemini vurgulamakta ve ileriye dönük daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

REFERANSLAR:

1- Mahajan RK, Kaur A, Singh SM, Kumar P. A retrospective analysis of incidence and management of palatal fistula. Indian J Plast Surg. 2018 Sep-Dec;51(3):298-305. doi: 10.4103/ijps.IJPS_84_18. PMID: 30983730; PMCID: PMC6440358.

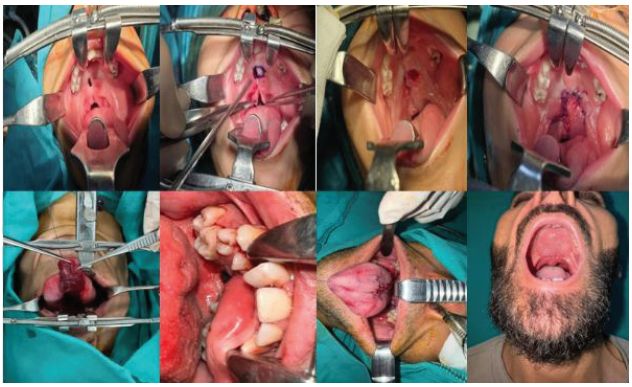
2- Joos U, Markus AF, Schuon R. Functional cleft palate surgery. J Oral Biol Craniofac Res. 2023 Mar-Apr;13(2):290-298. doi: 10.1016/j.jobcr.2023.02.003. Epub 2023 Mar 1. Erratum in: J Oral Biol Craniofac Res. 2024 Jul-Aug;14(4):360-361. doi: 10.1016/j.jobcr.2024.05.009. PMID: 36911175; PMCID: PMC9996444.

3- Rothermel AT, Lundberg JN, Samson TD, Tse RW, Allori AC, Bezuhly M, Beals SP, Sitzman TJ. A Toolbox of Surgical Techniques for Palatal Fistula Repair. Cleft Palate Craniofac J. 2021 Feb;58(2):170-180. doi: 10.1177/1055665620949321. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32806926; PMCID: PMC8150164.

4- Naidu P, Yao CA, Chong DK, Magee WP 3rd. Cleft Palate Repair: A History of Techniques and Variations. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022 Mar 28;10(3):e4019. doi: 10.1097/GOX.0000000000004019. PMID: 35492233; PMCID: PMC9038491

Anahtar Kelimeler: Damak fistülü, Yarık damak, Oronazal fistül, Palatoplasti, Pittsburgh

Oronazal fistül cerrahisi



Oronazal fistül nedeniyle opere edilen hastaların intraoperatif ve postoperatif fotoğrafları

SB-187

Ateşli Silahla Oluşan Maksillofasiyal Yaralanmalarda Klinik Yaklaşımımız

Berk Tahhan, Muhammed Taha Toprak,
Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Oral ve maksillofasiyal ateşli silah yaralanmaları, geniş yumuşak doku ve kemik defektlerinin birlikte olduğu, karşılaşan rekonstrüktif cerrahlar için zorluk teşkil Eden yaralanmalardır. Bu yaralanmalar savaşlar ve çatışmalar, saldırılar, kazalar ve intihar girişimleri sırasında gelişmektedir. Her yaralanma kullanılan ateşli silahın türü açısından belirli özellikler göstermektedir. Gerçek doku hasarı, mermi-doku etkileşimi sırasında enerji salınım şekli ve ilgili dokuların biyolojik özelliklerinin yanı sıra ateşleme mesafesine göre de belirlenir(1). İlk olarak, multidisipliner bir travma yönetimi yaklaşımı başlatılarak acil bir değerlendirme yapılmalıdır. Bununla birlikte, nöroşirürjikal ve oftalmolojik acil durumlar onarım prosedürlerinden daha öncelikli olmalıdır. Ateşli silah yaralarının kesin tedavisi hala tartışmalıdır; hemen, erken ve gecikmeli olarak tedavi edilebilirler. Bu defektlerin rekonstrüksiyonu genellikle doku iskemisi, nekroz ve enfeksiyon nedeniyle karmaşıktır. Optimal iyileşme için, uygun bir rekonstrüktif yaklaşım, ilk stabilizasyon, kesin rekonstrüksiyon ve potansiyel düzeltmeden oluşan üç aşamayı içermelidir.

Gereç Yöntem:

Bu retrospektif çalışmada, 01.12.2021–30.06.2025 tarihleri arasında takip ve tedavisi gerçekleştirilen toplam 7 hastada, ateşli silah yaralanmasına bağlı gelişen maksillofasiyal travmaları değerlendirilmiştir. Hastane arşiv kayıtlarından hastaların yaş, cinsiyet, yaralanma şekli ve yaralanmanın lokalizasyonu gibi veriler elde edilmiştir.

Ateşli silahla yüz yaralanması olup exitus olan hastalar çalışmamıza dahil edilmemiştir.

Bulgular:

Çalışmamıza dahil edilen 7 hastanın 2'si erkek 5'i kadındı. Hastaların yaş ortalaması 23,5 yıl olarak hesaplandı. Hastalaraın 2' sine ilk müdahale olarak açık redüksiyon+fiksasyon ve maksillomandibuler fiksasyon yapıldı, 2 hastaya sadece debridman yapıldı, 2 hastaya açık redüksiyon+fiksasyon ve 1 hastaya sadece archbar yapıldı Kemik defekti gelişen 4 hastanın 2'sinde defektler bikortikal 6 cm olması nedeniyle free fibula flebi, 1'inde defekt bikortikal 3 cm olması nedeniyle SİAS'tan kemik grefti alındı. 1 hastaya takipleri bırakması nedeniyle rekonstrüksiyon yapılamadı. 1 hastada damakta nekroz gelişmesi nedeniyle debridmanı yapılıp primer onarıldı. 3 hastada yara yerinde akıntı ve kötü koku gelişmesi üzerine 5. Günde debridmana alındı, yara yerinden kültür alınıp uygun antibiyoterapiye başlandı. Kemik defekti gelişen 3 hastanın rekonstrüksiyonu ortalama 18 gün sonra yapıldı. Free fibula yapılan 1 hastanın yara yeri yaklaşık 8 ay sonra enfekte olması nedeniyle debridmanı yapıldı.

Tartışma:

Ateşli silah yaralanmasını takiben, hastalarda altta yatan kraniyofasiyal iskelet yapılarında yaralanmalar, hava yolu yaralanmaları, intrakraniyal yaralanmalar ile büyük damarlarda yaralanmalar meydana gelebilir ve bunlar acil cerrahi müdahale gerektirebilir(1). Tanıda BT altın standarttır ve mermi yolunun yakınlığını ve kritik yapılarla ilgili yaralanmayı tespit eder(2). Son zamanlarda, üç boyutlu bilgisayarlı tomografi büyük ölçüde faydalı olmuştur. İncelenen vakalarda, özellikle solunum stabilizasyonu sağlandıktan sonra yüzün rekonstrüktif cerrahisi yapılmıştır. İlk aşamada, ilgili yumuşak dokunun yönetimi, yaranın dekontaminasyonu ve debridmanının yanı sıra tüm gevşek parçaların, mermilerin ve ölü dokuların çıkarılmasını içerir. Debridman sonrasında kritik plan kemik fiksasyonu ve parçalanmış kemiğin rekonstrüksiyonunu içerir. Bu sırada ana amaç, ön-arka projeksiyonu ve yüzün genişliğini eski haline getirmektir(3). Mandibula kırığı olan olgularda, başlangıçta mandibular devamlılığın ve oklüzyonun yeniden sağlanması önemlidir. Kemik stabilizasyonu plaklar ve maksillo-mandibular fiksasyon kullanılarak sağlanmıştır. Rekonstrüktif aşama fiksasyon cihazlarıyla tamamlandıktan sonra daha büyük doku greftleri transfer edilerek tek aşamalı bir prosedür sağlanmıştır. Mandibula ve orta yüz bölgesindeki 5 mm'den büyük kemik defektleri, sekonder iyileşme potansiyeli düşük olduğu için, kemik grefti (özellikle otolog greftler) kullanılarak rekonstrükte edilmelidir.İliak kemik greftleri yumuşak doku gereksinimi olmayan mandibular defektlerde kullanılır. Ateşli silah yaralanması olan hastalarda mikrovasküler flep uygulamak daha iyidir çünkü bu defektlerde yumuşak doku genellikle iyi kaliteye sahip değildir. Serbest fibular osteokutanöz flep, 6 cm' den büyük mandibular defektlerin rekonstrüksiyonu için standart bir yöntemdir.

Bazı hastalara ilk müdahaleden sonra ikinci bir rekonstrüksiyon önerilir ancak ilk ameliyatın estetik sonuçlarından memnun olan hastalar genellikle ek bir müdahaleyi red ederler. Bu durumda, yeterli fonksiyonel ve estetik iyileşmeyi sağlamak ve böylece daha ileri rehabilitasyon müdahalelerine olan ihtiyacı azaltmak amacıyla en doğru ilk rekonstrüktif aşamayı sağlamanın önemi vurgulanmaktadır. Ciddi estetik hasarın yanı sıra, bu yaralanmalar derin psikolojik etkilenimlere de neden olabilir(3). Bununla birlikte, kemik fiksasyonu ve yumuşak doku rekonstrüksiyonu geciktiğinde bile, hastalar rekonstrüksiyondan sonra önemli ölçüde işlev kazanabilir ve tatmin edici estetik ve psikososyal sonuçlar elde edebilir. Yüzdeki şekil bozukluğu anksiyete, majör depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozukluklar için hem tetikleyici hem de sürdürücü bir faktör olarak işlev görebilir. Komplike balistik travma vakalarında kabul edilebilir bir estetik ve fonksiyonel restorasyon, vakaların çoğunda ancak çoklu cerrahi prosedürler ve maksillofasiyal, oftalmolojik, plastik, psikiyatri ve nöroşirürji uzmanlarını içeren multidisipliner bir yaklaşımla mümkündür.

Sonuç:

Yüzdeki ateşli silah yaralanmaları, ilgili hastalar için önemli fiziksel, psikolojik ve ekonomik etkileri olan karmaşık bir zorluk teşkil etmektedir. Ancak rekonstrüktif cerrahi sayesinde tatmin edici estetik ve fonksiyonel sonuçlar elde edilebilmekte ve hastanın yaşam kalitesi artmaktadır. Rekonstrüktif cerrahi, hasarın boyutunu değiştirmek için önemli bir araç sağlar ve uzun vadeli maliyetlerin ve kalıcı etkilerin niceliğini etkileyebilir.

1. Momeni Roochi M, Razmara F. Maxillofacial gunshot injures and their therapeutic challenges: Case series. Clin Case Rep. 2020 Apr 13;8(6):1094-1100. doi: 10.1002/ccr3.2827. PMID: 32577273; PMCID: PMC7303870.

2. Kaufman Y, Cole P, Hollier LH Jr. Facial gunshot wounds: trends in management. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2009 May;2(2):85-90. doi: 10.1055/s-0029-1202595. PMID: 22110801; PMCID: PMC3052666.

3. Doctor VS, Farwell DG. Gunshot wounds to the head and neck. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Aug;15(4):213-8. doi: 10.1097/MOO.0b013e3281fbd3ef. PMID: 17620893.

Anahtar Kelimeler: asy, defekt, maksillofasiyal

yüze asy



SB-188

Kompleks Kalvarial Defektlerin Rekonstrüksiyonunda Kolay ve Etkili Seçenek: Titanyum Mesh

Mehmet Bayram, Alperen Aras, Erdem Ervar, Ceyhun Uzun, Emrah K. Yaşar, M. Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş ve Amaç

Skalp ve kalvaryum defektleri; travma, tümör eksizyonları, enfeksiyon veya önceki cerrahiler sonrası ortaya çıkan, hem fonksiyonel hem de estetik açıdan zorluk oluşturan durumlardır. Bu bölgedeki defektlerin rekonstrüksiyonunda hedef; kraniyal yapının korunması, enfeksiyon riskinin azaltılması, beyin dokusunun güvenli bir şekilde örtülmesi ve estetik olarak doğal konturun yeniden sağlanmasıdır. Geniş kemik defektlerinde, kraniyal rekonstrüksiyon için çeşitli materyaller kullanılmaktadır. Titanyum mesh; biyouyumluluğu, enfeksiyona dirençli yapısı, intraoperatif şekillendirilebilirliği ve radyolojik geçirgenliği sayesinde öne çıkan alloplastik materyallerden biridir.Bu çalışmada, geniş kraniyal defektlerin onarımında titanyum mesh ile sağlanan yapısal stabilitenin, uygun flep seçimiyle desteklenerek tek seansta güvenli, dayanıklı ve estetik bir rekonstrüksiyonun mümkün olduğu gösterilmektedir. Uygulanan yöntem; teknik olarak erişilebilir olması, komplikasyon oranlarının düşüklüğü, kontur bütünlüğünün korunması ve hasta memnuniyetinin yüksekliği ile ön plana çıkmaktadır.

Metod

Bu çalışmada, 2020–2024 yılları arasında kliniğimizde kalvarial rekonstrüksiyon yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi.Kalvarium defektinin titanyum mesh ile onarıldığı 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Dahil edilen tüm hastalarda kalvarium defekt rekonstrüksiyonu ile eş zamanlı yumuşak doku rekonstrüksiyonu yapıldı. Kraniektomi için peroperatif beyin cerrahi dahiliyeti ile dura bütünlüğü/rekonstrüksiyonu sağlandı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen ve titanyum mesh ile yumuşak doku rekonstrüksiyonun eş zamanlı yapıldığı 12 hastadan 6 hastada skalp flebi, 6 hastada ise serbest flep tercih edildi.Lokal flep uygulanan olgular 5x7 cm ile 8x10 cm arası, serbest flep uygulananlar ise daha geniş olup 8x15 ile 15x20cm boyutundaki yumuşak doku defektlerinde planlandı. 10 hastada titanyum mesh rekonstrüksiyonu primer olarak, kraniyektomiyi takiben yapıldı. 2 hastada ise beyin cerrahisinin operasyonlarından sonra hasta stabil hale geldiğinde planlandı. Hastalar 6. ayını tamamladıktan sonra istekleri doğrultusunda estetik açıdan revizyon ameliyatlarına alındı.

Lokal flep kullanılan 6 olguda herhangi bir dolaşım problemi, nekroz veya flep kaybı izlenmedi. Donör alanlar STSG ile kapatıldı ve postoperatif süreç komplikasyonsuz izlendi. Serbest flep uygulanan 6 hastanın biri hariç flep viabilitesinde sorun görülmedi ve reanastomoza gerek duyulmadı. 1 serbest flep yapılan hastada flep distalinde oluşan nekrozun debridmanı sonrası plak ekspozisyonu meydana geldi.Hastaya operasyon planlanarak skalp flebi kombine edildi ve detaşe alanın üzeri gergin olmayacak şekilde başarıyla örtüldü.

Estetik amaçlı revizyon ameliyatı geçiren hastalarda kompliklasyon gözlenmedi.

Sonuç

Kalvaryum defektlerinin rekonstrüksiyonunda alloplastik materyallerle birlikte güvenli yumuşak doku örtüsü, başarılı cerrahi için gereklidir. Titanyum mesh; mukavemeti, şekillendirilebilirliği ve düşük enfeksiyon oranlarıyla öne çıksa da, yetersiz yumuşak doku ile örtüldüğünde ekspozisyon riski önemli bir komplikasyondur. Bu nedenle, defektin boyutu ve çevre dokuların durumuna göre lokal ya da serbest flep seçimi kritik rol oynar. Literatürde, lokal fleplerin küçük ve orta boyutlu defektlerde yüksek başarıyla kullanıldığı; serbest fleplerin ise geniş defektlerde, özellikle önceki cerrahilerle yıpranmış doku zemininde güvenli ve stabil örtü sağladığı gösterilmiştir.

Bu vaka serisi, titanyum mesh ile rekonstrükte edilen kalvaryum defektlerinde, uygun yumuşak doku örtüsüyle birlikte uygulandığında tek seansta yüksek başarı oranlarıyla sonuç alındığını ortaya koymaktadır. Uygun flep seçimi ile mesh ekspozisyonu ve enfeksiyon gibi komplikasyonların önlenebileceği görülmektedir. Titanyum meshin sağladığı yapısal stabilite ve şekillendirilebilirlik özellikleri, intraoperatif olarak hızlı ve konturlu bir kraniyal onarım yapılmasına olanak sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Rekonstrüksiyon, Skalp, Titanyum

Resim 1



Titanyum mesh ile kalvarium rekonstrüksiyonu yapılan SCC tanılı hasta. A. Ameliyat öncesi görüntüsü B. Oluşturulan defektin görüntüsü C. Titanyum mesh uygulaması D. Serbest ALT flebi ile yumuşak doku rekonstrüksiyonu

Tablo 1

Hasta	Yaş/ Cinsiyet	Etyoloji	Kalvarial defekt boyutu(cm)	Skalp defekt boyutu(cm)	Yumuşak doku rekonstrüksiyonu
1	50/K	Anevrizma rüptürü	10x15	13x17	Serbest ALT flebi
2	69/E	SCC	4x4	7x8	Skalp flebi
3	84/K	SCC	6x8	8x10	Skalp flebi
4	83/K	SCC	4x5	7x10	Skalp flebi
5	66/E	SCC	8x10	15x20	Serbest Latis flebi&Deri grefti
6	84/E	SCC	8x8	15x15	Serbest ALT flebi
7	35/E	Anevrizma rüptürü	10x10	15x15	Serbest Latis Flebi&Deri grefti
8	60/E	SCC	5x5	8x15	Serbest ALT flebi
9	86/K	SCC	5x5	10x15	Serbest ALT flebi
10	68/K	SCC	4x6	6x9	Skalp flebi
11	73/E	SCC	3x5	6x7	Skalp flebi
12	59/E	SCC	4x4	5x7	Skalp flebi

SB-189

Mandibula Subkondil Kırıklarının İntra-oral Endoskopik Yaklaşımla Onarımı

Yasir Vural, Nuh Evin
Bezmialem Vakıf Üniversitesi PLastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Mandibula kemiği kafatasıyla eklem yapan, 3 boyutlu yapısıyla ve kırılma paternleriyle benzersiz bir kemiktir. Mandibula kemiği genellikle travma, trafik kazası, düşme ve darp gibi sebeplerle kırılabilir. Benzersiz yapısı sebepli "pretzel" çoğunlukla kontralateral tarafta da ek kırık eşlik eder. En yaygın yaralanma kombinasyonu, karşı tarafta bir angulus veya subkondiler kırık ile birlikte görülen parasimfizyal bir kırıktır. Mandibula kemiğinin en çok kırılan bölgesi kondil onu takiben angulus seviyesi gelmektedir. Mandibulanın kondil ve subkondil bölge kırıklarının yönetimi açık redüksyon internal fiksasyan veya kapalı maksillo-mandibular fiksasyon şeklinde yapılabilir. Açık redüksyonda preaurikuler insizyon, submandibular insizyon, retromandibular insizyon ya da total intraoral insizyonla redüksyon ve internal fiksasyon yapılabilir. Preaurikuler insizyonda kırık hattının direk vizüelizasyonu mümkün olsa da mandibula kondilinin cerrahi kırık tedavisinden sonra fasiyal sinir (FN) hasarının görülme sıklığı %12 ile %48 arasında değişmektedir.2

Kondil kırıklarının görülme sıklığı yüksektir ve optimal tedavi konusunda cerrahlar arasında çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Mandibula kondil kırıklarının yönetimi hâlâ tartışmalı bir konudur. Son yıllarda kondil kırıklarının tedavisinde endoskopi yardımlı transoral yaklaşım büyük ilgi görmüştür. Ancak bu cerrahi yaklaşım teknik olarak zorludur: işlem özel aletler gerektirir ve cerrahlar için öğrenme süreci oldukça zorludur. Transoral endoskopik (TE) yaklaşım sırasında, dar bir ağız insizyonundan birçok alet yerleştirilir ve bu da endoskopun manevrasını oldukça zorlaştırır. Proksimaldeki hareketli kondil segmentinin dar alanda endoskop yardımıyla plak ile fiksasyonu bu cerrahi yöntemi zor yapan sebeplerdendir. Endoskopik yaklaşımla subkondil ve kondil kırıklarının cerrahi yönetimi submandibular, retromandibular insizyon ve transoral yaklaşımla yapılabilir. Redüksyonu ve plak yerleştirilmesini takiben vida yerleştirilmesi için açılı uçlu delici sistem ve tornavida sistemi kullanılabilir veya trokar yardımıyla transbukkal yaklaşımla vida yerleştirilebilir.

Bu çalışmada mandibula sunkondil kırıklarında intra-oral yaklaşım onarım sonuçlarımız sunulmaktadır.

Hastalar ve Yöntem

2018-2024 yılları arası mandibula subkondil kırığına endoskop yardımlı trans-oral onarım yapılan 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Açık teknikle onarılan, endoskopik başlanıp açık tekniğe dönülen ya da konservatif tedavi edilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Öncelikle kondil ve eşlik eden diğer kırık hatları eksplore edildi. Kondil kırığı için transoral yaklaşımda alt vestibuler bölgeden kesiyle girildi, mandibula ve kırık hattı diseke edildi. Ardından kırıklar redükte edildi, IMF vidaları yardımıyla oklüzyon sağlandı. Eşlik eden kırıklar plak vida ile fikse edildi. Ardından trokar yardımıyla transkutan yol açıldı. Açılı endoskop yardımlı görüntüleme ile plak kırık hattı üzerine yerleştirildi. Öncelikle proksimal kırık fikse edildi. (Figure A,B) Ardından mandibula angulusa traksiyon yapılarak kırık hattı tam redükte edildi.(Figure C,D) Ardından plağın açısı ve yerleşim yerinden emin olunduktan sonra vidaların tümü sıkıştırıldı.(Figure E,F) Tüm kesiler sütüre edildi. IMF uygulandı. Post op 1 hafta ağız hijyeni, post op 3 hafta yumuşak diyet önerildi.

Bulgular

12 hasta erkek 4 hasta kadındı. Hastaların yaşları 15 ve 47 yaş arasındaydı. 3 hastada fasiyel sinir temporal dalında, geçici paralizi görüldü, 3-5 hafta içinde spontal düzeldi, kalıcı bir fasyal paralizi oluşmadı. Tüm kırıklar sorunsuz kaynadı, hastalarda normal oklüzyon ve ağız açıklığı sağlandı.

Tartışma ve Sonuç

Mandibular kırıkların tedavisi hasta yaşı, kırık lokalizasyonu ve dislokasyon derecesi, maloklüzyon ve eşlik eden kırıkları içeren birçok faktörden etkilenmektedir. Ana amaç, mandibulanın anatomik ve fonksiyonel bütünlüğünü sağlamaktır. Bu nedenle, farklı tedavi yöntemleri içinden hasta için en uygun olanın seçilmesi ve doğru bir planlama ile uygulanması önem taşımaktadır.

Mandibula subkondil kırıklarında trans-oral endoskop yardımlı onarım yapmak mümkündür. Bu yaklaşımla yüzde ek skar olmamakta ve fasiyal sinir hasar riski oldukça düşük olmaktadır.

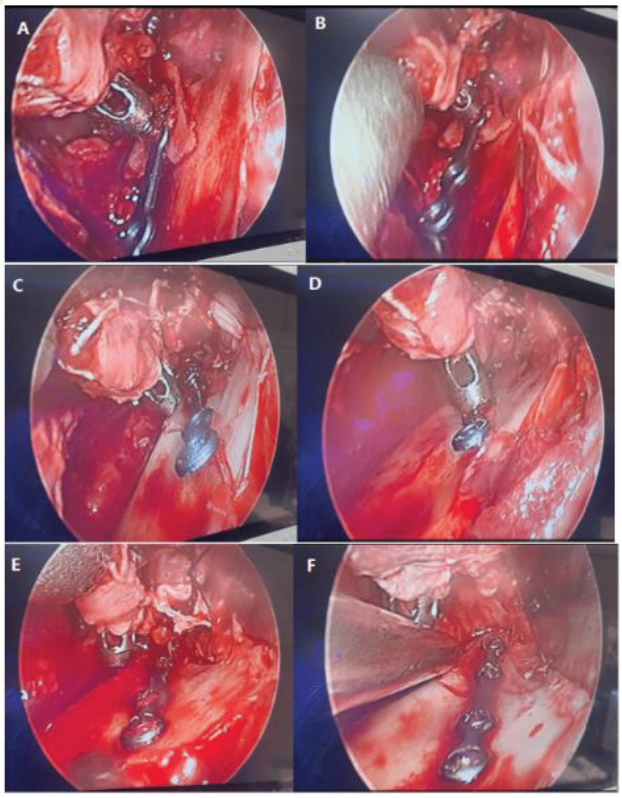
Referanslar

1.Saluja, J.S., Bambawale, A., Priyadharsana, P.S., Ganesh, C., Karunajothi, E. & Shunmugavelu, K. Prevalence and Pattern of Mandibular Fractures: A Retrospective Study in India. J Pharm Bioallied Sci 14, S140-s142 (2022).

2.Shi, D., Patil, P.M. & Gupta, R. Facial nerve injuries associated with the retromandibular transparotid approach for reduction and fixation of mandibular condyle fractures. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery 43, 402-407 (2015).

Anahtar Kelimeler: Endoskopik Mandibula fraktürleri onarımı, Endoskopik intraoral cerrahi, Maksillofasiyal cerrahi, Mandibula Subkondil Fraktürleri

Figure



Surgical Case

SB-191

İntermaksiller Fiksasyon ile Takip Edilen Mandibula Kondil ve Subkondil Kırıklarının Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ali Haydar Cinbaş, Bilal Çakır, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

Mandibula, yüz iskeletinin en sık kırılan kemiklerinden biri olup, kondil ve subkondil kırıkları bu kırıkların yaklaşık %25–45' ini oluşturur (1,2). Travma sonrası temporomandibular eklem (TMJ) bölgesine yansıyan bu kırıklar, fonksiyonel ve estetik komplikasyonlara zemin hazırlayabilir. Oklüzyon bozukluğu, çiğneme zorluğu, ağız açıklığında kısıtlılık ve deviasyon gibi bulgular, özellikle yanlış tedavi edilen ya da yetersiz takip edilen hastalarda uzun dönemde kalıcı hale gelebilir (1,3). Kırıkların etiyolojik dağılımı ise şu şekildedir: %40 trafik kazası, %30 darp, %15 düşme, %10 spor yaralanması ve %5 diğer nedenler (endüstriyel kazalar vb.) (1,3).

Kondil ve subkondil kırıklarının tedavisinde iki ana yaklaşım mevcuttur: konservatif yöntemler (İntermaksiller Fiksasyon – İMF) ve cerrahi müdahale (Açık Redüksiyon ve İnternal Fiksasyon – ORIF). İntermaksiller fiksasyon; minimal invaziv yapısı, düşük komplikasyon riski ve kısa prosedür süresi ile tercih edilen bir yöntemdir. Ancak uzun dönemde fonksiyonel sonuçlarının yeterliliği halen tartışılmaktadır (2).

Bu çalışmada, İMF ile tedavi edilen mandibula kondil ve subkondil kırıklarının uzun dönem klinik, fonksiyonel ve radyolojik sonuçları değerlendirilmiştir.

Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya, 01.02.2021–01.02.2024 yılları arasında maksillofasiyal travma nedeniyle İMF uygulanarak tedavi edilen 32 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 36.7 yaş (dağılım: 18–61 yaş), hastaların 21' I (%66) erkek, 11' i (%34) kadındı. Kırıkların %60' ı (19) subkondiler, %40 'ı (13) kondiler bölgedeydi. %60 (19) tek taraflı, %40 (13) bilateral kırık şeklindeydi.

Kırıklar klinik muayene, panoramik radyografi ve BT görüntülemeleri ile değerlendirildi. Tüm hastalarda intermaksiller fiksasyon arch bar ve lastikler ile sağlandı. Ortalama İMF süresi 3 hafta (3–5 hafta arası) olarak belirlendi.

Hastalar 1., 3., 6. ve 12. aylarda fonksiyonel açıdan değerlendirildi. Ölçülen parametreler:

- Maksimum ağız açıklığı (mm)
- Oklüzyon uyumu
- Çiğneme fonksiyonu (hasta anketi)
- Radyolojik kaynama (kontrol BT ile)
- Ağrı düzeyi (VAS skalası) 0 ile 10 arasında derecelendirilen subjektif bir ağrı değerlendirme yöntemidir. 0 puan 'hiç ağrı yok', 10 puan ise 'dayanılmaz şiddette ağrı' olarak tanımlanır. Hastalar bu skala üzerinde ağrı düzeylerini işaretleyerek ifade eder (3,5).

Tartışma

Çalışma bulgularına göre, 12 aylık takipte ortalama ağız açıklığı 40 mm olarak ölçüldü. Ağız açıklığında kalıcı kısıtlılık yalnızca 3 hastada (%9.3) gözlendi. Deviasyon sadece 2 hastada görüldü ve fonksiyonel şikayet oluşturmadı. Oklüzyon bozukluğu oranı %10 iken, bu durumların büyük kısmı hafif ve semptomsuzdu.

VAS ağrı skoru başlangıçta 5.2 iken, 12. ayda 1.1' e geriledi. Radyolojik olarak %94 oranında tam kaynama izlendi. Cerrahi girişim gerektiren komplikasyon görülmedi. Opere edilen 32 hastanın 22' sinde oklüzyon ve ağız açıklığı açısından memnuniyet izlendi. Kalan 10 hastanın maloklüzyonü ve ağız açıklılığında kısıtlılık izlenmesi üzerine Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon desteği ile şikayetlerinde gerileme olduğu izlendi.

İMF nin avantajları arasında kısa operasyon süresi, invaziv olmayan doğası ve düşük maliyet yer alırken; dezavantajları arasında konuşma güçlüğü, beslenme kısıtlılığı ve hasta uyumunun zorunlu olması dikkat çekmektedir (2). Ancak, non deplase, tek taraflı, dislokasyon göstermeyen kırıklarda İMF oldukça güvenli ve etkili bir yöntemdir.

Sonuç

İntermaksiller fiksasyon, uygun endikasyonla uygulandığında mandibula kondil ve subkondil kırıklarında başarılı uzun dönem sonuçlar sağlayabilmektedir. Ağız açıklığı, oklüzyon ve çiğneme fonksiyonları büyük oranda korunur. Özellikle cerrahiye uygun olmayan veya düşük riskli kırıklarda İMF etkili ve morbiditesi düşük bir tedavi seçeneği olarak önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Chrcanovic BR, Custódio AL. Conservative versus surgical treatment of mandibular condylar fractures: a meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012;41(3):321–331.

2. Al-Moraissi EA, Ellis E 3rd. What method for management of unilateral mandibular condylar fractures has the lowest risk of reoperation and the lowest morbidity? A systematic review and meta-analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(4):748–765.

3. Chowdhury SK, Menon PS, Prabhu S, Khatri R. Functional outcome of intermaxillary fixation in subcondylar fractures

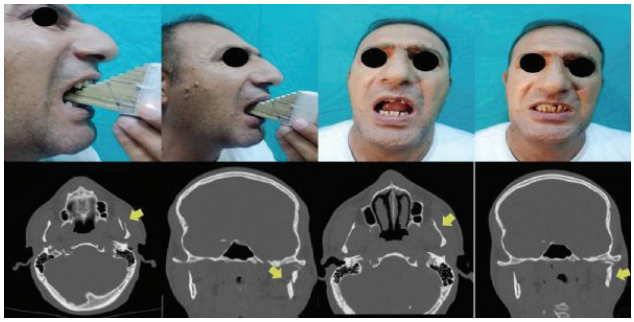
of mandible: A prospective study. J Maxillofac Oral Surg. 2020;19(2):210–215.

4. Park SY, Jung HD, Oh HK, et al. Clinical outcomes of conservative treatment in condylar fractures of the mandible: a comparison according to the location and displacement. Arch Plast Surg. 2016;43(3):272–277.

5. Manodh P, Prabu N, Ranganathan LK, et al. Intermaxillary fixation using arch bars in mandibular fractures: a prospective clinical study. J Nat Sci Biol Med. 2015;6(1):123–127.

Anahtar Kelimeler: kondil, subkondil, intermaksiller fiksasyon

post op oklüzyon ve ağız açıklığı



SB-192

Farklı Lokalizasyondaki Scalp Defektlerinde Klinik Tecrübelerimiz

Berk Tahhan, Mahmut Can Karatoprak, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Scalp ve alın, kafatasını örten çoklu yumuşak doku katmanlarından oluşan özelleşmiş deri bölgeleridir. Scalp fiziksel olarak kafatasını travma ve dış yabancı maddelerden korur ve saçların varlığı nedeniyle estetik açıdan da önemlidir(1). 'SCALP' kafa derisinin katmanlarının anatomisini tanımlamak için sıklıkla kullanılmıştır. (S)kin, sub(C)utaneous doku, galea (A)poneurosis, (L)oose areolar doku ve (P)ericranium'u temsil eder. Kafa derisi, 3 ila 8 mm arasında olan, vücuttaki en kalın deri tabakasına sahip yapı olarak tanımlanmıştır. Deri, scalpteki galea ve alındaki frontalis kasının yüzeyindeki subkutan dokuda uzanan kan damarları tarafından beslenir(2). Scalp defektleri genellikle travma, tümör eksizyonu, radyasyon, enfeksiyon, yanıklar ve alopesi nedeniyle oluşur(2). Rekonstrüktif hedefler, minimal donör saha morbiditesi ile kozmetik olarak kabul edilebilir, iyi vaskülarize yumuşak doku bütünlüğü elde etmektir(1). Scalp defektleri sekonder iyileşmeden, serbest doku aktarımına kadar olan seçeneklerle rekonstrükte edilebilir.

Gereç Yöntem:

Retrospektif yapılan çalışmada 01.12.2021-30.06.2025 tarihleri arasında kliniğimizde 22 hastaya scalp defektlerinin rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Defekt boyutu 5-150 cm^2 aralığındaolan hastalar çalışmamıza dahil edildi. Etyolojik faktörler arasında tümör eksizyonu, travma, alopesi ve elektrik yanıkları yer almıştır. Kapsamlı debridman sonrasında, defektler boyutlarına göre küçük (< 5 cm^2),orta (5-40 cm^2);büyük (40-90 cm^2) ve ekstra büyük (90- 150 cm^2)olarak sınıflandırıldı. 150 cm^2'den büyük defektler serbest fleplerle rekonstrüksiyonu yapıldı ve bu çalışmanın dışında tutuldu. Defektin anatomik konumuna bağlı olarak, frontal, temporal, parietal, oksipital ve kombine (kafa derisinin iki bitişik anatomik alanını içeren büyük defektler) olarak sınıflandırıldı. Yaranın derinliği cilt ve galea kaybı, perikranyum defekti, kemik defekti veya dural defekt olarak belirlendi.

Bulgular:

Çalışmamıza dahil edilen 22 hastanın 12'si erkek 10'u kadındı. Hastaların yaş ortalaması 49,6 yaş olarak hesaplandı. Defekt boyutları 5 hastada küçük(<5 cm^2), 8 hastada orta(5-40 cm^2);9 hastada büyük (40-90 cm^2) olarak tespit edildi. Hastaların 6'sı yanık, 10'u tümör eksizyonu, 3'ü skar eksizyonu, 1'i alopesi, 1'i beyin cerrahisi müdahalesi sonrası gelişen defekt, 1'i de köpek ısırığı nedeniyle gelişen defektlerdi. Lokalizasyon olarak bakıldığında 12 hastada parietal, 6 hastada occipital, 3 hastada frontal ve 1 hastada temporal bölgede defekt izlendi. Hastaların rekonstrüksiyonları sekonder iyileşme, primer onarım, deri grefti, aselüler dermal matriks ve flep seçenekleriyle yapılmış olup, tabloda belirtilmiştir. Ortalama 12. günde süturler alındı. 3 hastada sütur açılması gerçekleşti ve tekrar süturasyon yapıldı. Greft yapılan hastaların greft pansumanları ortalama 4. günde açıldı. Kullanılan aselüler dermal matriks ortalama 17 gün sonunda greftlendi. Ekspander kullanılan 2 hasta ekspander koyulduktan sonra haftalık olarak çağırılıp, her seferde 50cc olacak şekilde 1'i 400cc diğeri 450 cc kullanılarak ekspande edildi. 8. Haftada ikinci operasyona alınıp rekonstrüksiyonu sağlandı. Tümör hastalarından skuamöz hücreli karsinom tanılı hastalara preop PET-CT ile görüntüleme yapıldı. Gerekli görülen hastalara eşzamanlı boyun diseksiyonu yapıldı.

Tartışma:

Tümör eksizyonu, derin yanıklar, travmatik yaralanmalar veya postoperatif komplikasyonlar sonrasında scalp rekonstrüksiyonu oldukça zor olabilir. Tüm hastalarda mümkün olan en basit rekonstrüksiyon yöntemi düşünülmelidir(3). Scalpte lokal flep derisi renk, saç büyümesi ve kalınlık açısından kaybedilen deriye benzer ve estetik açıdan daha estetik bir sonuç verir. Rekonstrüktif seçenekleri seçerken, defektin boyutu, defektin konumu, hastanın durumu ve hedeflerin göz önünde bulundurulması en iyi sonuçla kapamayı sağlar(1).

Sekonder iyileşme, scalp defektlerinin cerrahi tedavisinde kullanılabilir. Defektin boyutu, derinliği uygun hale geldiğinde ve yeterli granülasyon geliştiğinde, deri grefti, allogreft veya lokal flep rekonstrüksiyonu yapılabilir. Çapı 5 cm^2'den az olan defektler primer kapatılabilir. Primer kapatma estetik açıdan iyi sonuçlar sağlar(3). Allogreftler, yapısal olarak entegre bir bazal membran kompleksi ve ekstraselüler bir matriks içeren deselülerize matrikslerdir. Bu teknik, kesin tedavi olarak veya kısmi kalınlıkta deri greftleri veya lokal doku flepleri gibi daha ileri prosedürlere bir köprü olarak kullanılabilir(2). Primer onarım ya da lokal flep mümkün olmadığında, kısmi veya tam kalınlıkta deri greftleri uygulanabilir seçeneklerdir. Lokal flepler, defektin benzer görünümlü doku ile değiştirilebilmesi nedeniyle scalp defektlerinin rekonstrüksiyonunda avantajlıdır. Lokal flep kapatma seçenekleri arasında rotasyon, ilerletme ve transpozisyon flepleri bulunur. Scalpin kalın ve elastik olmayan yapısı nedeniyle, ilerletme flepleri genellikle tek başına kullanılmaz. Rotasyon flepleri ile kombine edilirler. Scalp ve alın rekonstrüksiyonunda bölgesel flep olarak temporoparietal fasya flebi, trapezius flebi ve latissimus dorsi miyokutanöz flebi tercih edilebilir. Lokal fleplerin tek başına bir defekti kapatmak için yeterli olmadığı durumlarda, doku genişleticiler yerleştirerek defekti çevreleyen dokuyu genişletmek gerekebilir. Çok büyük kafa derisi defektleri bu yöntemin lokal rotasyonel ilerletme flepleri ile kombine

edilmesiyle kapatılabilir. Serbest doku transferleri tipik olarak çok büyük defektler, önceden radyasyon almış hastalar, açıkta kalan kraniyal komponentler veya kronik enfeksiyon için ayrılmıştır. Kafa derisi defektlerinin rekonstrüksiyonu için yaygın serbest doku seçenekleri arasında latissimus dorsi flebi, serratus anterior, radial önkol serbest flebi, anterolateral uyluk, rektus abdominis ve omental flepler bulunur. Flep planlanırken sadece defektin boyutu değil, anatomik konumu ve çevre dokunun esnekliği de çok önemlidir. Frontal veya vertex bölgesinde bulunan orta büyüklükteki bir defekt, kısmi kalınlıklı deri greftine ihtiyaç duyulmadan rotasyon ilerletme flebi ile kapatılabilir. Elastik scalp dokusu, orta büyüklükte defekti ve scalpin merkezi veya parietal bölgesinde yerleşimi olan hastalarda primer kapama ile birlikte ilerletme flepleri veya çoklu flepler uygulanabilir.

Scalp ve alın defektleri rekonstrükte edilirken, üstteki saçın büyüme şeklini ve yönünü dikkate almak önemlidir. Alopesiden kaçınma, insizyonların titizlikle planlanmasıyla başlar.

Sonuç:

Scalp ve alın rekonstrüksiyonu, detaylı bir anatomi bilgisi ve rekonstrüksiyon için mevcut sayısız seçeneğe aşina olmayı gerektirir. Cerrah, rekonstrüktif bir seçenek seçerken boyut, derinlik, konum ve yerel doku kalitesi gibi çeşitli faktörleri göz önünde bulundurmalıdır. Çoğu scalp defekti, donör bölgede deri grefti ile veya deri grefti olmadan lokal scalp flepleri ile yönetilebilir. Lokal fleplerle karşılaştırıldığında, serbest doku transferi donör saha morbiditesi daha yüksek olan ve komorbiditesi olan hastalar için uygun olmayan, zaman alıcı bir prosedürdür. Tek veya iki pediküllü transpozisyon scalp flepleri daha geniş bir kapsama alanına sahiptir, daha az zaman alır ve yüksek riskli hastalarda tavsiye edilir. Donör alanın primer olarak kapatıldığı lokal flep veya daha az kozmetik alana yerleştirilen greftlenmiş donör alan ile rekonstrüksiyonu daha iyi estetik sonuçlar sonuçlanır.

1.Krishna D, Khan MM, Dubepuria R, Chaturvedi G, Cheruvu VPR. Reconstruction of Scalp and Forehead Defects: Options and Strategies. Cureus. 2023 Jul 6;15(7):e41479. doi: 10.7759/cureus.41479. PMID: 37551215; PMCID: PMC10404163.

2.Gupta, P., Srivastava, S. Reconstruction of Scalp with Local Axial Flaps. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 74 (Suppl 2), 2265–2272 (2022). https://doi.org/10.1007/s12070-020-02103-5

3.Sokoya M, Inman J, Ducic Y. Scalp and Forehead Reconstruction. Semin Plast Surg. 2018 May;32(2):90-94. doi: 10.1055/s-0038-1642638. Epub 2018 May 14. PMID: 29765273; PMCID: PMC5951698.

Anahtar Kelimeler: scalp, flep, defekt

scalp



POSTER BİLDİRİLER

P-004

Superfisyal temporal fasya flebi ile dış kulak yolu onarımı

Gözde Dede, Buğra Sarı, Burak Özmen, Derya Baltutar
Karadeniz Teknik Üniversitesi

Vaka sunumu; 69 yaşında erkek hastanın daha önce 2 kez eksize edilmiş olan sol kulak posteriorunda dış kulak yolu posterioru, kulak konkası, sol mastoid eminens ve sol parotid bezi yüzeyle lobuna invaze olan SCC tanılı kitlesinin, eksizyon sonrasındaki dış kulak yolunu koruyucu rekonstrüktif cerrahi süreci özetlenmiştir. Oluşan defektin rekonstrüksiyonunda superfisyal temporal artery bazlı temporal fasya flebi kullanılmıştır. Flebin seçilmesinde hastanın yaşı ve komorbid hastalıkları, filenin dedektif bölgesine yakınlığı, ince bir fasya olarak kolay şekillenebilir olması, defektin boyutuna uygun olması ve serbest fleplere göre uygulama kolaylığı etkili olmuştur. Raporda dış kulak ve dış kulak yolu gibi fonksiyonel önemi olan bir bölgenin rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek olan seçenekler ve bizim vakamızda kullanılan superfisyal temporal arter bazlı flep seçeneği özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dış kulak, rekonstrüksiyon, temporal fasya, superfisyal

Süperfisyal temporal arter bazlı fasya flebi



Postoperative görsel

P-005

Primeri Bilinmeyen Servikal Lenfadenopati Sonrası Cilde Fistülize SCC Vakasında En Bloc Tümör Eksizyonu ve Boyun Diseksiyonu Sonrası Pediküllü Pektoral Flep ile Rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu

Batuhan Dağlı, Şahin Atakan Bayır
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Ankara

51 Yaş erkek, sağ servikal bölgesinde 8 ay önce fark ettiği ve boyutlarında progresyon olan kitle şikayetiyle dış merkeze başvuran, yapılan patolojik değerlendirmesinde skuamöz hücresi karsinom tanısı alan ve kliniğimize eksizyon ve rekonstrüksiyon için başvuran, esansiyel hipertansiyon dışında komorbiditesi mevcut olmayan aktif smoker hasta. Preoperatif görüntülemelerinde osseöz patoloji gözlenmeyen hastada ön planda pediküllü pektoral flep ile rekonstrüksiyon planlanarak hasta operasyona alınmıştır. Tümör eksizyonu sonrası IA IB IIA IIB III IV V level lenf nodları rezeke edilmiş, tümörün kasa invaze olması sebebiyle parsiyel SCM eksizyonu yapılmıştır. Eksizyon sonrası oluşan defekt boyutlarına uygun olacak şekilde 10x8 cm muskülokütan pektoral flep planlanmış olup flep inferolateralden eleve edilmiş sonrasında defekt bölgesine ulaşım için açılmış olan subkütan tünelden geçirilerek defekt sahasına cilt altı ve cilt süturları ile inset edilmiştir. Postoperatif takibinde boyunluk kullanımında tam kooperasyon gösteremeyen hastanın birinci haftasında flep anteriorunda iki santimetrelik bölgede dehisans gelişen hasta reopere edilerek dehisans bölgesi tekrar süture edilmiştir. Postoperatif döneminde tekrar dehisans göstermeyen hasta nekahat dönemi sonrasında taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pektoral Flep, Boyun Diseksiyonu, En Bloc Rezeksiyon

Pektoral Flep



Pektoral flap için defekt sahası ve planlanan flep çizimini içeren görsel

P-006
Kulak Amputasyonunda Amputat Kıkırdağının Greft Olarak Kullanımı

Feryal Tunç, Volkan Özel, Mahmut Can Karatoprak, Mehmet Nesim Güney, Muhammed Altuğ, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik rekonstrüktif Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ:

Kulak, yüzün en önemli yapılarından biri olup, estetik ve fonksiyonel açıdan büyük öneme sahiptir. Kesici aletle yaralanma, trafik kazası, insan-hayvan ısırıklarına bağlı total ya da parsiyel amputasyonu görülebilmektedir. Mikrocerrahi prensiplerle onarım için genellikle uygun vasküler yapılar bulunamamaktadır.

Kulak defektlerinin rekonstrüksiyonu, kulak kepçesi ve kıkırdağının 3 boyutlu yapısı nedeniyle plastik cerrahinin en zor alanlarından biridir. Kulak defektlerinin onarımında defektin yerleşim yeri, boyutu ve derinliğine bağlı olarak birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu onarımlarda hedef uygun kalınlık, esneklik ve renkte bir cilt sağlanması, kıkırdak çatısının desteklenmesi ve bunların mümkün olan en kolay şekilde gerçekleştirilmesidir [1,2].

Rekonstrüksiyonun temel amacı simetriyi sağlamak, gözlük kullanılıyorsa kullanımını desteklemek ve hastanın beklentilerini karşılamaktır. Rekonstrüksiyon için tam ya da kısmi kalınlıkta deri grefti, lokal flepler bölgesel flepler ve serbest flepler kullanılır. Ampute parçanın kompozit greft şeklinde orijinal yerine iade edilmesi eski ve güvenirliliği düşük bir tekniktir. Kompozit greft olarak süture edilen parçanın içine sokulan ya da desepitelize edilen kıkırdak etrafına sarılan vasküler fasya flebinin kıkırdak-greft yaşayabilirliğini arttırdığı bildirilmiştir [2]. Bu olgu sunumunda, insan ısırığı sonrasında oluşan total kulak amputasyonunun yönetimi ve elde edilen sonuç sunulmaktadır [3].

Olgu:

27 yaş erkek hasta, insan ısırığı sonucu sağ kulak süperiorunda heliks ve antiheliksi içeren total amputasyon nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ kulakta antiheliksin %50' si ve kulak lobülü sağlam izlenmiş olup, heliks süperiorundaki amputat hasta yanındaydı. Hastaya yapılan fizik muayenede sağ kulak süperiorunda 4x4 cm' lik total amputasyon izlendi. Ampute kulak parçası mikroskop altında incelendi. Mikrovasküler anastomoza uygun arter ve venöz vasküler yapı bulunamadığından mikrocerrahi düşünülmedi. Hastaya lokal anestezi altında lokal saha temizliği ve steril örtünme sonrasında operasyona başlandı. Amputat perikondriumu üzerinden tüm cilt ve cilt altı dokular eksize edildi. Amputattan kıkırdak grefti elde edildi. Sağ postauriküler bölgeden defekte uygun inferior bazlı kondrokutanöz ada flebi tasarlandı. Flep uygun çizim ve insizyonlar sonrasında diseke edilerek eleve edildi. Elde edilen kıkırdak greft postauriküler bölgeden tasarlanan bir ada flebi ile sarılarak defekt alanına inserte edildi. Kulak heliksini dolduracak şekilde uygun pansuman yapıldı. Operasyona son verildi. Hastanın postoperatif kontrollerinde flep dolaşımları iyi izlendi. Hastanın sonraki takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Hastanın postauriküler flep post op 21. Gününde ayrıldı. Flep dolaşımları iyi izlendi. Postauriküler donör sahada oluşan defekt için 1 adet ftsg(full thickness skin greft-tam kalınlıkta deri grefti) alınıp inserte edildi. Hastanın taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde estetik açıdan kabul edilebilir doğal konturlü sonuç elde edildiği görüldü.

TARTIŞMA VE Sonuç:

Kulak replantasyonunda son 40 yılda elde edilen tecrübelere göre ampute parçada replantasyon için uygun damar bulunsa bile mikrovasküler anastomoz sonrası başarısızlık oranı son derece fazladır. Bunun nedeni olarak kulak venlerinin çok küçük çaplı olması ve akımın çok yavaş olması düşünülmektedir [4].

Anastomoza uygun vasküler yapı bulunduğunda, başarısız olma ihtimali yüksek olmasına rağmen mikrovasküler anastomoz denenmelidir. Mikrovasküler anastomoz mümkün olmadığında diğer rekonstrüksiyon seçenekleri düşünülmeldir. Kompozit greftlerin yaşayabilirliği az, 2 cm' den büyük olanlarda hemen hemen hiç yoktur. Bu yöntemlerin iki aşamalı olması, donör sahanın greft ile onarımının gerekmesi, skara bağlı kıkırdak distorsiyonu görülmesi, kulağa estetik görünümünü veren, fonksiyonel girinti ve çıkıntıların belirginliğinin azalması olumsuz yanlarıdır. Vakamızda postauriküler kondrokutanöz ada flebi ile ampute kulaktan alınan kıkırdak greftinin beslenmesini artırmaya yönelik bir teknik kullandık. Diğer tekniklerle kıyaslandığında, lokal anestezi altında kısa sürede gerçekleştirilebilir olması, yüksek başarı oranı ile, düşük morbidite riskine sahip olması gibi özellikler taşımaktadır. Mikrovasküler replantasyonun mümkün olmadığı ya da başarısız olduğu kulak amputasyonlarında; greftin vaskülaritesini ve tutma olasılığını arttırmak için postauriküler kondrokutanöz ada flebinin, kıkırdak greftin etrafına sarılması pratik ve etkili cerrahi seçenek oluşturmaktadır [5].

Postauriküler flepler düşük donör saha morbiditeleri, iyi gizlenmiş skar oluşumu, kulak derisi ile iyi renk uyumu nedeniyle sık kullanılan tekniklerdir. Parsiyel kulak defektleri rekonstrüksiyonu hem fonksiyonel hem de estetik kaygı gözeten, kompleks yapısı nedeniyle uğraştırıcı bir cerrahi olsa da sonuçları iyidir.

KAYNAKLAR

1. Brent B. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: two decades of experience with 600 cases. Plast Reconstr Surg. 1992;90(3):355–74.

2. Tanzer RC. Total reconstruction of the auricle. Plast Reconstr Surg. 1971;47(6):523–34.

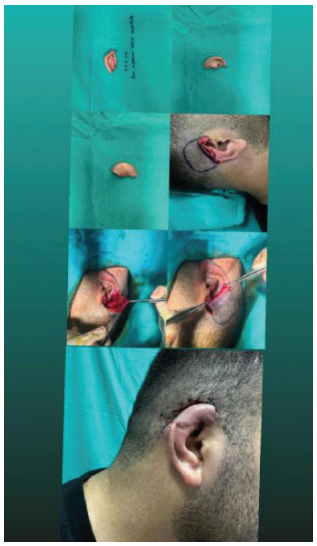
3. Weerda H. Surgery of the auricle. Springer; 2007.

4. Lin TS, Chen SG, Chen TM. Reattachment of amputated auricles without microvascular anastomosis: clinical evaluation. Ann Plast Surg. 2004;52(6):558–62.

5. Park C, Bhang TY, Lee SH. Aesthetic auricular reconstruction using postauricular island flap with cartilage graft. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012;65(5):602–608.

Anahtar Kelimeler: Kompozit greft, kulak amputasyonu, postauriküler flep

Preoperatif İntraoperatif ve Postoperatif Görüntüler



P-007

Nadir Bir Etken: Arı Sokmasına Bağlı Gelişen Kulak Kıkırdak Defektinin Cerrahi Yönetimi

Feryal Tunç, Mahmut Can Karatoprak, Muhammed Altuğ, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik rekonstrüktif Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ:

Kulak, yüzün estetik bütünlüğünde önemli bir yere sahiptir. Travmatik, enfeksiyöz ya da inflamatuar nedenlere bağlı olarak gelişen kulak defektleri; estetik ve fonksiyonel kayıpların yanı sıra hastada psikolojik etkiler de oluşturabilir.

Kesici-delici travmalar, trafik kazaları, insan ve hayvan ısırıkları veya nadiren böcek sokmaları sonucu kulakta şekil bozuklukları meydana gelebilir. Kulak aurikulası yüzeyel yerleşimi nedeniyle enfeksiyonlara oldukça açıktır. Arı sokması gibi nadir ancak şiddetli lokal reaksiyonlara neden olabilecek olaylar, özellikle enfeksiyonun perikondriumu tutmasıyla perikondrit ve ilerleyen aşamalarda kondronekroz ile sonuçlanabilir [1,2].

Aurikular rekonstrüksiyonda hedef, doğal konturu yeniden oluşturmak, uygun renkte ve esneklikte bir cilt sağlamak, kıkırdak desteğini yeniden temin etmek ve tüm bunları minimal morbiditeyle gerçekleştirmektir. Defektin boyutu, yeri, çevre doku kalitesi, hastanın tercihi ve cerrahın deneyimi rekonstrüksiyon tekniğini belirler. Otolog kıkırdak greftleri ve lokal flepler en sık tercih edilen yöntemler arasındadır [3,4].

Olgu:

22 yaşında erkek hastanın, 6 yıl önce arı sokması sonrası gelişen enfeksiyon neticesinde sol kulak heliks superior bölgesinde şekil bozukluğunun eşlik ettiği defekt, 2x0.5 cm boyutunda kıkırdak ve cilt kaybı şeklindeydi.

Sol kulak heliks süperior bölgesinde antiheliks kıvrımına uygun şekilde çizim yapılarak insizyon açıldı.6 yıl önce arı sokması sonrası gelişen enfeksiyon sonrası kontraksiyon ve kıkırdak nekrozu izlendi. Hastanın kontraktür bantları eksize edildi, nekrotik kıkırdak 1×0.3 cm ölçüldü. Nekrotik kıkırdak eksize edildi. Sağ kulak postauriküler bölgeden uygun çizimler sonrası postauriküler insizyon ile konkal kıkırdak grefti elde edildi. Alınan kıkırdak grefti, defekte uygun şekilde şekillendirilerek 4/0 prolen sutür ile defekt alanına inserte edildi. Kontraktür bantları eksize edilen cilt flepi yara dudakları uç uca gelecek şekilde primer süture edildi. Sol kulak heliks ve antiheliks konturunu destekleyecek şekilde baskılı pansuman uygulandı. Postoperatif uygun antibiyoterapi başlandı. Ödem ve şişlik dışında herhangi bir komplikasyon (enfeksiyon, keloid, şekil bozukluğu) gözlenmedi.

Hastanın post-operatif 1. gün, 1. hafta ve 1. ay takiplerinde fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edildi.

TARTISMA-Sonuç:

Kulak rekonstrüksiyonu, plastik cerrahinin teknik olarak zorlu ancak sonuçları itibarıyla tatmin edici alanlarından biridir. Defektin boyutu ve yeri kadar, çevre dokuların durumu ve hastanın genel durumu da cerrahi planlamada dikkate alınmalıdır. Travmaya bağlı kulak defektlerinde, defektin anatomik lokalizasyonuna göre uygun rekonstrüksiyon yöntemi seçilmesi büyük önem taşır [5].

Doğal konturun korunması, preoperatif planlamanın doğru yapılması ve greft uyumunun sağlanması ile elde edilen sonuçlar, hem hasta memnuniyetini hem de estetik başarıyı artırmaktadır. Bu olgu, arı sokması gibi nadir bir etiyolojiye bağlı gelişen aurikular defektlerin otolog kıkırdak grefti ile başarılı şekilde onarılabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR:

1. Prasad KC, Karthik S, Prasad SC. Perichondritis of the pinna. J Infect Dev Ctries. 2012;6(2):137–142.
2. Glass D, Waterhouse N. Perichondritis of the auricle: a complication of high ear piercing. BMJ Case Rep. 2009.
3. Brent B. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: two decades of experience with 600 cases. Plast Reconstr Surg. 1992;90(3):355–74.
4. Tanzer RC. Total reconstruction of the auricle: a 10-year report. Plast Reconstr Surg. 1971;47(6):523–34.
5. Firmin F. State-of-the-art autogenous ear reconstruction in cases of microtia. Adv Otorhinolaryngol. 2010;68:25–52.

Anahtar Kelimeler: Kıkırdak grefti, Kıkırdak nekrozu, Kulak rekonstrüksiyonu

Preoperatif İntraoperatif ve Postoperatif Görüntüler



P-008

Boyunda Skuamoz Hücreli Karsinom Eksizyonu Sonrası Oluşan Defektin Supraklavikuler Flep ile Rekonstrüksiyonu

Baran İşliyen, Berk Tahhan, Mustafa Köse, Tuba Avcı, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Skuamoz hücreli kanser(shk) en sık görülen 2. deri kanseri türüdür. Shk' nin insidansında belirgin bir coğrafi değişiklik dikkati çekmektedir. Özellikle UV-A ve UV-B maruziyeti patogenezinde suçlanmakta ve bunun p53 tümör supressör geninde UV nedenli baskılanmaya bağlı olduğu düşünülmektedir. Shk insidansında yaşla birlikte olan bir artış söz konusudur. Bu ise güneş ışığına karşı artmış ve biriken bir etki olduğunu düşündürmektedir.

Risk faktörleri arasında Fitzpatrick 1-2 cilt tipine sahip olma, kronik güneş maruziyeti, yanık skarları, öz geçmişte nonmelanom deri kanseri öyküsü, radyasyon maruziyeti, kronik inflamasyon, HPV enfeksiyonu bulunmaktadır (1,2).

Cilt kanserleri başta bhk(bazal hücreli karsinom) olmak üzere en çok görülen kanser tipleridir ve ciddi morbidite hatta mortalitelere neden olmaktadır. Primer tümör eksizyonu sonrası farklı cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır.

Bu çalışmada boyunda shk nedeniyle opere ettiğimiz bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:

69 yaş erkek hasta sol boyun lateralinde ciltten kabarık düzensiz şekilli nodüler görünümde düzensiz yüzeyli kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın dış merkezli insizyonel biyopsi sonucu kötü diferansiye shk idi. Hastanın fiziki muayenesinde sol boyun yarımında inferior ve lateralde 3x4 cm'lik yüzeyden kabarık, düzensiz yüzeyli, krutlu, frajil görünümde kitle izlendi. Boyunda palpable lenf nodu yoktu. Hasta yapılan boyun ultrasonografisinde lenfadenopati saptanmadı. Hastanın PET-CT' sinde primer odak dışında radyoaktif madde tutulumu yoktu. Hastaya operasyon planlandı. Hastaya yapılan eksizyon sonrası nörovasküler yapıların ekspoze olacağı öngörülerek supraklavikuler flep düşünüldü.

Hasta genel anestezi altında opere edildi. Sol boyun yarımında 3x4 cm'lik shk tanılı kitle 1 cm'lik marjla eksize edildi ve uygun çizim ve insizyonlar ile 6x14 cm boyutunda cilt pediküllü supraklavikuler flep ile defekt alanı rekonstrükte edildi. Donör alan primer onarıldı. Operasyonda herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Hastanın takiplerinde supraklavikuler bölgede 3x3 cm lik hematom gelişti. Hematom uygun şekilde drene edildi. Hastanın sonraki takiplerinde flep distalinde 3x1 cm'lik nekrotik alan gelişti. Nekrotik alan uygun şekilde debride edildi. Flep tekrar defekt alanına inserte edildi. Flep postoperatif 25. gününde 2. bir seans ile ayrıldı. Donör alan primer onarıldığından flebin donör sahaya iadesi düşünülmedi. Hastanın taburculuk sonrasındaki poliklinik kontrollerinde cerrahi sınırlar negatif izlendi.

Hastanın sonraki takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Shk premalign lezyon kaynaklı olabilmektedir. Bunlar arasında aktinik keratoz, kutanöz horn bulunmaktadır. Shk' nin insitu formları arasında bowen hastalığı, queyrat eritroplazisi ve lökoplaki bulunmaktadır (3,4). Shk' nin lenfatik yayılımı bulunmasından dolayı palpable ve nonpalpable lenf nodlarına metastaz insizyonel ve eksizyonel biyopsi uygulanmasını gerekebilmektedir. Shk için gerekli olması halinde özellikle palpable lenf nodları ve metastazlar açısından görüntüleme gerekebilmektedir. Shk için TNM evrelemesi de kullanılmaktadır. Premalign, insitu ve malign shk' nin uygun güvenlik marjı ile eksizyonu ve sonrasında uygun rekontrüksiyon seçenekleri bulunmaktadır. Shk en sık görülen 2. cilt kanseri olması ve güneş maruziyeti, yanık, radyasyon maruziyeti, immünsüpresyon ve HPV enfeksiyonu gibi nispeten sık görülen sebepleri olması, mortalite ve morbiditelere neden olması nedeniyle dikkatli bir tedavi planı gerektirmektedir. Erken safhalarda cerrahi tedavi ile kür sağlanabilmektedir. Eksizyon sonrasında supraklavikuler flep kullanımının nörovasküler yapıları örtecek yeterli doku örtüsünü sağlaması açısından, kolay uygulanabilir, fonksiyonel bakımdan kişiyi kısıtlamaması anlamında uygun bir seçenek olabileceği kanaatindeyiz. Fakat ikinci bir seansa ihtiyaç duyması, flebin adaptasyonu sonrasında ince derili boyunda kontür farkı olması dezavantajları arasındadır. Özellikle insanların UV maruziyeti, yanık, HPV enfeksiyonu gibi predispozan faktörler açısından bilinçlendirilmesin hastalığın engellenmesi bakımından önem arz ettiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar:

1-Hematol Oncol Clin North Am. 2019 Feb;33(1):1-12. doi: 10.1016/j.hoc.2018.08.001.PMID: 30497667

2-Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Canser statistics, 2010. CA Canser J Clin. 2010;60:277-300

3- Glogau RG. The risk of progression to invasive disease. J Am Acad Dermatol. 2000;42:23-24.

4-Mittelbronn MA, Mullins DL, Ramos-Caro FA, Flowers FP. Frequency of pre-existing actinic keratosis in cutaneous squamos cell carsinoma. Int J Dermatol. 1998;37:677-681

Anahtar Kelimeler: Boyunda Shk, Defekt, Supraklavikuler Flep

Supraklavikuler flep operasyon görüntüleri ve postop 2. ay



P-009

Alt Göz Kapağı Bazal Hücreli Kanser Eksizyonu Sonrası Temporoparyetal Fasya Flep Kullanımı

Baran İşliyen, Berk Tahhan, Mustafa Köse, Volkan Özel, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Bazal hücreli kanser(bhk) en sık görülen deri kanseri türüdür(1). Bhk derinin bazal hücrelerinden köken alan bir kanser türüdür. En sık görülen şekli nodüler bhk'dir. Bunu yüzeyel yayılan bhk takip etmektedir.

Risk faktörleri arasında Fitzpatrick 1-2 cilt tipine sahip olmak, kronik güneş mariziyeti, özgeçmişte nonmelanom deri kanseri öyküsü, radyasyon maruziyeti, sigara içiciliği, HPV enfeksiyonu bulunmaktadır.

Cilt kanserleri başta bhk olmak üzere en çok görülen kanser tipleridir ve ciddi morbidite hatta mortalitelere neden olmaktadır. Primer tümör eksizyonu ve eksizyon sonrası farklı cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır.

Bu çalışmada bhk nedeniyle opere ettiğimiz bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu:

65 yaş sağ alt göz kapağında ve sağ malar bölgede bhk tanılı kitlesi olan erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın sağ alt göz kapağında, sağ malar bölgede 3x3 cm'lik biribiriyle birleşme eğiliminde ciltten kabarık düzensiz şekilli nodüler görünümde düzensiz yüzeyli kitle izlendi. Hastanın insizyonel biyopsi sonucunun bhk olması üzerine operasyon planlandı. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Sağ alt göz kapağında, sağ malar bölgedeki kitleleri 1.2 cm marjla eksize edildi. Eksize edilen alan sağ temporoparietal bölgeden sağ superficial temporal arter tabanlı 9x6 cm'lik fasyokutan ada flebi ile rekonstrükte edildi. Donör alan sağ uyluktan alınan 2 adet stsg ile onarıldı. İntraop komplikasyon izlenmedi.

Hastanın takiplerinde flep dolaşımı iyi izlenmekle birlikte hematom ve enfeksiyöz komplikasyonlar izlenmedi. Hastanın taburculuk sonrasındaki poliklinik kontrollerinde cerrahi sınırlar negatif izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

Bhk en sık görülen cilt kanseri olması ve güneş maruziyeti, radyasyon maruziyeti, immün süpresyon ve HPV enfeksiyonu gibi sık görülen sebepleri olması, ciddi morbiditelere neden olması nedeniyle dikkatli bir tedavi planı gerektirmektedir. Erken safhalarda cerrahi tedavi ile kür sağlanabilmektedir. Bu flebin kullanımıyla temporal bölgede donör saha onarımı için deri greft kullanımına bağlı saçsız bir alan olması, flep kullanımı sonrası donör alanda kontür deformitesi olması, flep üzerinde kıl folikülleri olması ve alt göz kapağında kıl görünümlerinin olması dezavantajları arasındadır. Eksizyon sonrasında temporoparyetal fasya flep kullanımının kemik yapıları örtecek yeterli doku örtüsünü sağlaması ayrıca alt göz kapağının fonksiyonel ve estetik açıdan optimuma yakın sonuç sağlaması, kolay uygulanabilir uygun bir seçenek olabileceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar:

1-Hematol Oncol Clin North Am. 2019 Feb;33(1):1-12. doi: 10.1016/j.hoc.2018.08.001.PMID: 30497667

2-Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Canser statistics, 2010. CA Canser J Clin. 2010;60:277-300

Anahtar Kelimeler: Alt Göz Kapağı, Bazal Hücreli Kanser, Temporoparyetal Fasya Flep

Temporoparyetal fasya flep operasyon görüntüleri ve postop 2. ay



P-010

Alt Dudakta Skuamoz Hücreli Kanserin Karapandzic, Abbe, Estlander Flep ile Rekonstrüksiyonu

Baran İşliyen, Berk Tahhan, Mustafa Köse, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş:

Skuamoz hücreli kanser(shk) en sık görülen 2. deri kanseri türüdür. Güneşin direkt etkisi nedeniyle dudaklar arasında alt dudakta daha sıktır. Alt dudak tümörleri için shk bazal hücreli kanserden (bhk)' den daha yüksek insidansa sahiptir (1,2). Alt dudakta onarım gerektirecek defektlerin başta gelen sebebi tümörler olmakla birlikte travma, konjenital vasküler anomaliler ve yanıklar da bulunmaktadır (3).

Baş boyun bölgesinin zengin vasküler ağı, lenfatik drenajının karmaşıklığı ve dudakların estetik ve fonksiyonel olarak ciddi öneme haiz olması erken tanı, cerrahi tedavi ve rekonstrüksiyonu zorunlu kılmaktadır. Primer tümör eksizyonu ve eksizyon sonrası farklı cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır.

Gereç-Yöntem:

Bu çalışmada dicle üniversitesi plastik cerrahi kliniğinde alt dudakta shk nedeniyle opere edilen hastaların alt dudakta defekt boyutu ve lokalizasyonuna göre karapandzic, abbe ve estlander flep kullanımını değerlendirmeyi amaçladık. Genel olarak alt dudağın %40'ından az olan defektlerde primer onarımı tercih ettik. Oral komissüre yakın ve lateralde %40 ile %75 arasındaki defektleri estlander ve abbe flebi ile rekonstrükte ettik. Alt dudakta santralde %40 ile %75 arasındaki defektleri karapandzic flebi ile rekonstrükte ettik. Alt dudakta %75 den fazla defekt boyutu olanları serbest radial ön kol flebi ile rekonstrükte ettik. Mikrostomi gelişen, konuşma ve beslenme bozukluğu olan hastalarda sonrasında komissüroplasti ve komissürotomi operasyonları gerçekleştirdik.

Bulgular:

2018-2023 yılları arasında 20 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların 15'i erkek 5'i kadındı. Ortalama yaşları 63(minimum-maximum:37-93). Tümör ortalama olarak 7 mm (minimum-maximum: 6-12mm) marj konularak eksize edildi ve patoloji sonuçlarında hiçbir hastada tümör devamlılığı izlenmedi. Aynı seansta boyun diseksiyonu endikasyonu olan hastalara boyun diseksiyonu yapıldı. 20 hastadan 3 hastaya Abbe flebi, 12 hastaya Karapandzic flebi, 5 hastamıza ise Estlander flebi ile onarım yapıldı. Abbe flebi yapılan hastaların flepleri 3. haftada ayrıldı. Hasta takipleri sırasında majör ve minör komplikasyon izlenmedi. Hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Dudak rekonstrüksiyonu geçmişten günümüze kadar uzun yıllar boyunca yapılmaktadır. Dudaklar beslenme sırasında oral kompetansı sağlayan, sfinkter fonksiyonu olan, konuşma, mimik ve kendini ifade etme açısından önemli olan, estetik açıdan göz önünde olan ve defekt meydana geldiğinde sosyal ilişkilerden kaçınma ve öz güven eksikliğine yol açabilecek önemli yapılardır (4). Temel rekonstrüktif prensiplerin iyi uygulanması ile bölge anatomisine olan hakimiyet hayal gücü ile birleştirildiğinde daha iyi sonuçlar alınabilecektir.

Alt dudakta shk saptanması durumunda tedavi erken ve titizlikle planlanmalıdır. Eksizyon sonrası meydana gelebilecek defekt benzer dokularla onarılmalıdır. Alt dudaktda shk eksizyonu sonrası yapılacak rekonsutrüksiyon seçenekleri arasında Bernard flebi, alt dudak ve vermilyon rekonstrüksiyonunda FAMM flebi, radial önkol ve FAMM flebi kombinasyonları kullanılabilecek diğer rekonstrüksiyon seçenekleri arasındadır (5). Onarımdaki amaç hem estetik görünümü optimize etmek hem de konuşma beslenme fonksiyonlarını en üst düzeyde tutmaktır. Bu anlamda benzeri benzerle onarmanın en iyi sonuçları vereceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar:

1-Hematol Oncol Clin North Am. 2019 Feb;33(1):1-12. doi: 10.1016/j.hoc.2018.08.001.PMID: 30497667

2-Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Canser statistics, 2010. CA Canser J Clin. 2010;60:277-300

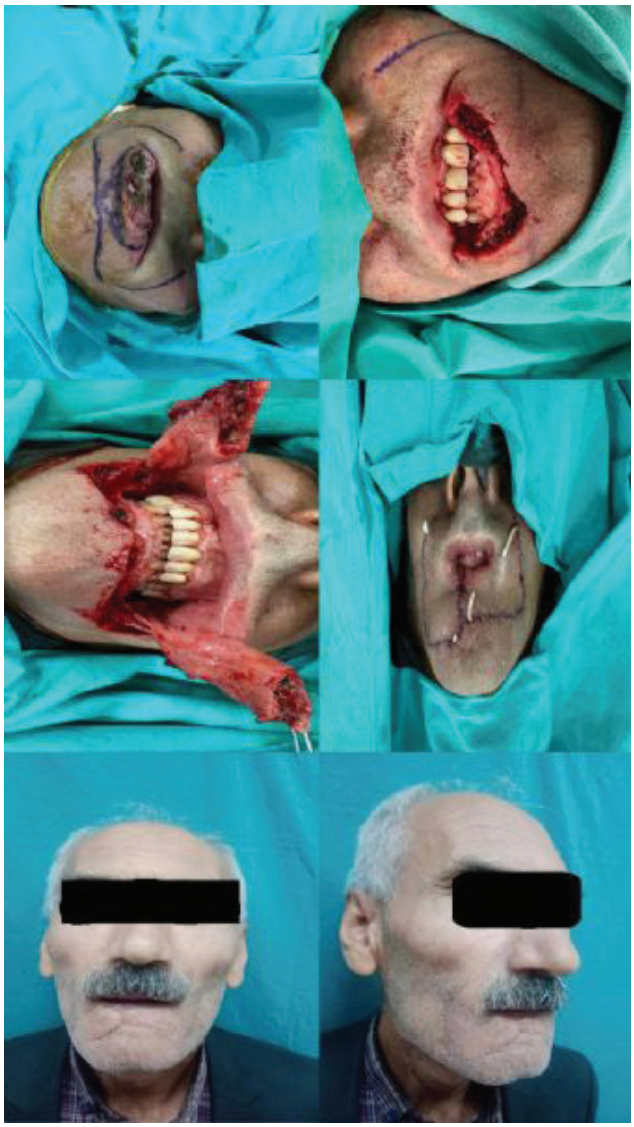
3-Zitsch RP 3rd, Park CW, Renner GJ, et al.Outcome analysis fot lip carsinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 1986;78:583-593

4-Briedis J, Jackson IT. The anatomy of the philtrum: observations made on disections in the normal lip. Br J Plast Surg. 1981;34:128-132

5-Pribaz JJ, Meara JG, Wright S, et al.Lip and vermilion reconstruction with the facial artery musculomucosal flap. Plast Recons Surg. 200;105:864-872

Anahtar Kelimeler: Abbe, Alt Dudakta Shk, Estlander, Karapandzic

Karapandzic flep operasyon görüntüleri ve postop 6. ay



P-011
Frontal Defektlerde O-T Flep Kullanımı

Bilal Çakır, Ali Haydar Cinbaş,
Mahmut Can Karatoprak, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Yuvarlak veya oval defektler fasiyal cerrahide yaygındır (1). Onarım sürecinde defektlerin fonksiyonel ve kozmetik rekonstrüksiyonu hastalar için kritik öneme sahiptir. Geleneksel fusiform kesi, cerrahide en sık görülen defekttir (1). Operasyon sırasında, fusiform kesinin kapatılması genellikle "köpek kulağı" deformitesinin oluşumunu önlemek için daha uzun postoperatif yara izi ile sonuçlanır (1). Ek olarak, özellikle tümör cerrahisi sırasında yuvarlak veya oval defektler sıklıkla görülür. Bu nedenle, rekonstrüksiyon hastalar için çok önemlidir. Fleplerin uygulanması, cerrahi başarı oranını iyileştirmeyi ve işlevsel ve kozmetik olarak iyi sonuçlar elde etmeyi amaçlamaktadır (2). Klasik bir ilerletme flebi olan AT flebi, aynı zamanda OT flebi olarak da adlandırılır (3). "O" harfinin şekli cilt defektine benzer ve "T" harfinin şekli üçgen defektin iki ilerletme flebi ile kapatılmasıyla oluşturulur (3).

Materyal-Metod: Polikliniğimize başvuran sağ frontal bölgede 8x6 mmlik BCC tanılı kitlesi olan 50 yaşındaki kadın hasta lokal ameliyathane koşullarında operasyona alındı. Kitlenin 5 mm marj ile eksize edilmesinin ardından köpek kulağı deformitesinin oluşmaması amacıyla defekt inferiorunda üçgen şeklinde doku eksize edildi. Ardından bilateral ilerletme flebi olacak şekilde O-T flep tasarlandı. Fleplerin supraperiostal diseksiyonu sonrası, oluşan defekt alanına kanama kontrolü sağlanmasının ardından eleve edilen flepler inserte edildi. 1 adet penrose dren yerleştirilmesinin ardından cilt altı ve cilt sütüre edildi. Hastanın sütürları 1 hafta sonra alındı. Yapılan takiplerde yara yerindeki skar dokusunun kabul edilebilir düzeyde minimal olduğu görüldü. Hastanın patoloji takiplerinde tümörün cerrahi sınır negatif şeklinde eksize edildiği görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Klinik uygulamalarda, flep cerrahisinin bazı esneklikleri ve sınırlamaları vardır. Defekt önemli organa yakınsa, flebin tasarımı organın görünümünü ve işlevini dikkate almalıdır. OT plasti, kaş çevresinde veya üst ve alt dudakta bulunan defektler için uzun zamandır vazgeçilmez bir yöntemdir (3). Yara izlerinin doğal kıvrımlara veya alt birim birleşim yerlerine yerleştirilmesiyle birebir rekonstrüksiyona olanak tanır. Frontotemporal rekonstrüksiyon cerrahisi genellikle zorludur ve OT plasti alın çizgilerine paralel skar oluşturması sebebiyle estetik bir görünüm sağlar.

REFERANSLAR:

1. Brown MD. Skin surgery: a practical guide. Arch Dermatol 1999; 135.

2. Dolan RW, Flap Classification and Local Facial Flaps. In: Dolan RW, ed. Facial Plastic, Reconstructive and Trauma Surgery. New York: Marcel Dekker Inc; 778–780.

3. Boustany A, Ghareeb P, McClellan WT. Forehead reconstruction using a modified dual-plane A to T flap. Can J Plast Surg. 2012;20:251–254.

Anahtar Kelimeler: Alfabetik sıraya göre ve virgüllerle ayrılmış hali:, Bcc, ilerletme, OT-plasti

O-T Flep



P-012
Superficial Temporal Artery Perforatör (STAP) Flebi ile Sol Üst Dudak Defektinin ve Bıyık Bölgesinin Rekonstrüksiyonu: Bir Olgu Sunumu

Muhammed Enes Birgül, İbrahim Akpınar,
Büşra Güçlü, Kamuran Zeynep Sevim,
Mehmet Fatih Algan
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Baş-boyun bölgesindeki malign lezyonların cerrahi eksizyonu sonrasında oluşan doku kayıplarının onarımı, hem estetik hem de fonksiyonel açıdan dikkatli planlama gerektirir. Dudak bölgesi bu açıdan özellikle önemlidir; çünkü konuşma, beslenme ve mimik fonksiyonlarını doğrudan etkiler. Superficial temporal arter perforatör (STAP) flebi, yüz ve ağız çevresi defektlerinde güvenilir ve estetik açıdan tatmin edici bir lokal flep seçeneği sunar. Superficial Temporal Artery Perforator (STAP) flebi, superficial temporal arterin distal perforatör dallarına dayalı olarak planlanan bir fasyokütanöz ada fleptir. Bu arter, external carotid arterin terminal dalıdır ve kulak önünde yüzeyelleşerek frontal ve parietal olmak üzere iki dala ayrılır. Bu dalların cilt altına uzanan küçük perforatörleri, STAP flebinin damar pedikülünü oluşturur. Anatomik çalışmalarda bu perforatörlerin sabit ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Flep genellikle Doppler ile seçilen dominant perforatör üzerinden planlanır ve ada flep şeklinde hazırlanarak tünellenerek veya direkt ilerletilerek defekte ulaştırılır. Özellikle kıllı deri içermesi istenen yüz bölgesi rekonstrüksiyonlarında (örneğin erkek hastalarda bıyık veya kaş) estetik ve fonksiyonel olarak oldukça avantajlı bir tekniktir.

Bu olgu sunumunda rekonstrüktif cerrahi ile estetik ve fonksiyonel hedeflerin elde edildiği bir vaka sunmaktayız.

Olgu Sunumu

80 yaş erkek hasta, sol üst dudakta yaklaşık 2 x 2 cm boyutlarında, yüzeyel ülserasyon gösteren lezyon nedeniyle plastik cerrahi kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ekstra patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya ön tanı bazoskuamöz karsinom düşünüldüğü için 3 kadran insizyonel biyopsi planlandı. Yapılan biyopsi sonucunda bazoskuamöz karsinom tanısı kondu. Hasta sistemik olarak stabil olup cerrahiye uygun bulundu. Lezyonun anatomik konumu ve hastanın dış görünüm beklentileri göz önüne alındığında, yalnızca defekti kapatmak değil, aynı zamanda bıyık bölgesinin doğal görünümünü korumak hedeflendi. Bu amaçla rekonstrüksiyon için kıllı deri taşıyan bir flep planlandı.

Materyal Method

Hastaya operasyon hakkında bilgi verildi. Operasyon sırasında lezyon, güvenli cerrahi sınırlara uygun olarak; inferior sınırda kas üstü, superior sınırda ise cilt altı yağlı doku planından eksize edildi. Hemostaz sağlandıktan sonra eksize edilen doku frozen patolojiye gönderildi. Frozen sonucunda inferior ve medial sınırların yakın gelmesi üzerine bu alanlara sınır genişletme uygulandı.

Oluşan 4x4 cm'lik defektin kapatılması ve bıyık bölgesinin rekonstrüksiyonu için, sol temporal bölgeden superficial temporal arter bazlı fasyokütanöz ada flebi (STAP flebi) planlandı. Bu bölgedeki deri doğal olarak kıllı olduğundan, estetik açıdan bıyık uyumu sağlamak için ideal bir donör saha olarak seçildi. Flep, periost üstü plandan disseke edilerek hazırlanmış; perforatör damar dikkatle korunarak serbestleştirilmiştir. Flep, cilt altı tünelize edilerek defekte ulaştırılmış ve 4/0 vicryl ve 4/0 prolen sütürlerle primer olarak defekte adapte edilmiştir. Medialdeki boşluğu kapatmak amacıyla sol yanağın lateralinden ilerletme flebi de ek olarak kullanılmıştır. Uygun pansumanla operasyon sonlandırılmıştır.

Postoperatif dönemde flebin tam vitalitesi korunmuş, nekroz, hematom veya enfeksiyon gelişmemiştir. Donör sahada yara yeri sorunu izlenmemiştir. Hasta, operasyon sonrası 10. günde dikişleri alınarak taburcu edilmiştir. Takiplerin 1. ve 3. aylarında flep tamamen yerleşmiş, dudak konturu ve bıyık hattı estetik ve simetrik olarak değerlendirilmiştir. Dudak hareketlerinde kısıtlılık ya da fonksiyonel bozukluk izlenmemiştir. Onkolojik açıdan radyoterapi ihtiyacı bulunmayan hasta düzenli takiptedir.

Tartışma ve Sonuç

Superficial temporal arter perforatör flebi, yüz ve ağız çevresi defektlerinin rekonstrüksiyonunda güvenilir bir lokal flep seçeneği sunar. Özellikle kıllı deri ihtiyacı olan hastalarda(bıyık, kaş vs.), mikrocerrahisiz estetik uyum açısından değerli bir yöntemdir. Bizim olgumuzda da, yalnızca defektin kapatılması değil, aynı zamanda bıyıklı görünümün korunması hedeflenmiş ve başarılı bir sonuç elde edilmiştir.

Kaynakça

1. Yano, K., Hosokawa, K., Nakai, H., & Nakatsuka, T. (2003). Superficial temporal artery-based island flap for facial reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(1), 115–120.

2. Lee, J. W., Lee, J. H., Woo, S. H., & Roh, J. L. (2011). Reconstruction of facial defects using superficial temporal artery perforator flap. *Acta Oto-Laryngologica*, 131(6), 645–649.

3. Pribaz, J., Stephens, W., Crespo, L., & Gifford, G. (1992). A new superficial temporal artery island flap to reconstruct defects in the head and neck. Plastic and Reconstructive Surgery, 89(3), 507–515.

Anahtar Kelimeler: superficial temporal artery perforatör (STAP) flebi, bıyık bölgesinin rekonstrüksiyonu, bazoskuamöz karsinom, deri kanseri

Olgu Fotoğrafı



Şekil A: Preoperatif Fotoğraf Şekil B: Postoperatif Fotoğraf

P-014

Tümör Rezeksiyonu Sonrası Oluşan Kompleks Tam Kat Burun Defektinde Çok Aşamalı Rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu

Hasan Mahir Şimşek, Hilal Gülseren Atasever, Ayhan Işık Erdal
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş:

Burun, yüzün merkezinde yer alması ve çok katmanlı anatomik yapısı nedeniyle hem estetik hem de fonksiyonel açıdan kritik öneme sahiptir. Onkolojik cerrahi sonrası gelişen nazal defektler sıklıkla cilt, destek ve mukozal yapıları içeren tam kat kayıplarla sonuçlanır.[1,2] Bu defektlerin rekonstrüksiyonu, yalnızca hacim değil aynı zamanda fonksiyon kaybını da telafi edecek şekilde üç boyutlu planlama gerektirir.[1,3] Rekonstrüksiyonda estetik alt ünite prensibi, katman bazlı onarım, çok aşamalı yaklaşım ve fonksiyonel bütünlüğün korunması temel ilkeler arasında yer alır.[2,4] Bu olgu sunumunda, malign tümör rezeksiyonu sonrası oluşan tam kat burun defektinin paramedian alın flebi ile çok aşamalı onarımı ele alınmıştır.

Olgu:

Burun alt 1/3'ünde yerleşimli ülsere skuamöz hücreli karsinom tanısı alan 62 yaşındaki erkek hastada, lezyonun 1 cm cerrahi sınırla eksizyonunu takiben kolumella, tip ve alar lobülü içeren tam kat bir doku kaybı meydana geldi.

Birinci aşamada, burun dorsumu ve lateral duvarları subperiosteal planda eleve edilerek nazal kemikteki düzensizlikler düzeltildi. Sol supratroklear arter bazlı paramedian alın flebi distali subgaleal ve proksimali subperiosteal planda olacak şekilde kaldırıldı. Flebin iç yüzü ve sap kısmı, sağ inguinal bölgeden alınan tam kat deri grefti ile prelamine edilerek mukozal bütünlük sağlandı. Hazırlanan flep defekt alanına yerleştirildi.

İkinci aşamada, sol paramedian alın flebinin pedikülü ayrıldı ve kontur düzensizlikleri düzeltildi.

Üçüncü aşamada, sağ supratroklear arter bazlı paramedian alın flebi kaldırıldı. Daha önce yerleştirilmiş sol paramedian alın flebinin dış yüzeyi, mukozal iç örtü sağlaması amacıyla desepitelize edildi. Sağ paramedian alın flebi burun dış örtüsünü sağlamak üzere defekt alanına yerleştirildi. Donör bölgede primer kapamanın mümkün olmadığı alan sekonder iyileşmeye bırakıldı.

Dördüncü aşamada, sağ paramedian alın flebinin pedikülü ayrıldı ve nostril retainer uygulandı.

Beşinci aşamada, flep kaudalinde gelişen ''trapdoor deformitesi'' düzeltildi. Abdomenden alınan yağ grefti kolumella ve malar bölgeye enjekte edildi. Bilateral stenotik nostriller revize edilerek nazal simetri ve estetik kontur açısından minör düzeltmeler yapıldı.

Postoperatif süreç komplikasyonsuz seyretmiş; hava yolu açıklığı, burun projeksiyonu ve estetik bütünlük başarılı şekilde sağlanmıştır.

Tartışma:

Burun rekonstrüksiyonunda alt ünite prensibi, özellikle konveks alanlarda (tip, ala) skar kamuflajı ve kontur devamlılığı açısından önemlidir.[2,4] Defektin bir alt ünitenin %50'sinden fazlasını kapsaması durumunda, o alt ünitenin tamamının yeniden oluşturulması önerilir.[4] Paramedian alın flebi; kalınlık, renk uyumu ve sağlam aksiyel vaskülaritesi sayesinde dış örtü için ideal bir tercihtir.[3,5]

Ancak tam kat defektlerde yalnızca cilt örtüsünün onarımı yeterli değildir. Mukozal iç örtü; flebin distalinin katlanması, septal mukoperikondriyal flepler veya prelaminasyon yöntemiyle sağlanabilir.[1,2,6] Yapısal destek için septal, konkal veya kostal kıkırdak kullanımı ile nazal kollaps, valv yetmezliği ve kontur bozuklukları önlenebilir.[1,3]

Çok aşamalı cerrahi yaklaşım; flep dolaşımı, defekt alanına yerleştirmede uyum ve estetik düzeltmeler açısından avantaj sağlar, komplikasyon oranlarını azaltır ve cerrahın kontrolünü artırır.[2,3,5]

Sonuç:

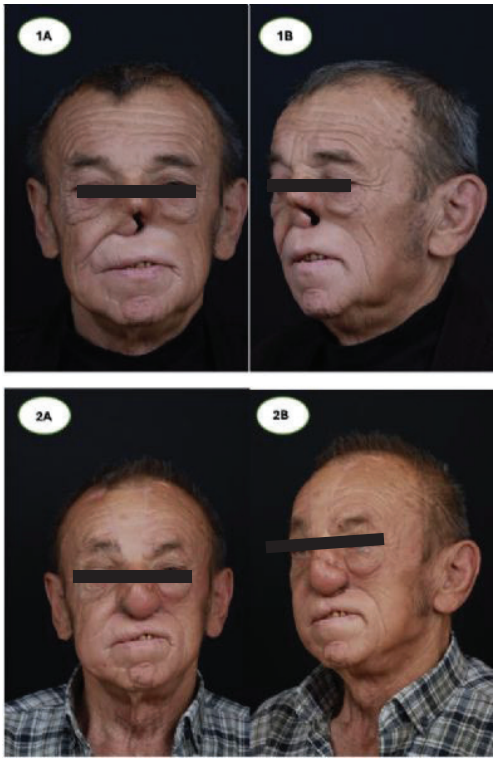
Malign tümör rezeksiyonu sonrası oluşan tam kat burun defektlerinin onarımında, alt ünite prensibine uygun, çok katmanlı ve çok aşamalı planlama ile hem estetik hem de fonksiyonel yönden başarılı sonuçlar elde edilebilir. Paramedian alın flebi, uygun mukozal iç örtü ve yapısal destekle kombine edildiğinde yüksek hasta memnuniyeti ve düşük revizyon oranı sunar.[3,6]

Kaynaklar:

1. Bhrany AD. Complex Nasal Reconstruction: A Case Study. Facial Plast Surg Clin North Am. 2011;19(2):183-195.
2. Başağaoğlu B, et al. Approach to Reconstruction of Nasal Defects. Semin Plast Surg. 2018;32:75–83.
3. Khushalani A, et al. Outcome Analysis of Two-Stage Paramedian Forehead Flap for Nasal Defects Reconstruction. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2024;76:559–566.
4. Kim MJ, et al. Current strategies for aesthetic soft tissue refinement in nasal reconstruction. Arch Craniofac Surg. 2022;23(3):95–102.
5. Thornton JF, et al. Nasal Reconstruction: An Overview and Nuances. Semin Plast Surg. 2008;22:257–268.
6. Losco L, et al. Reconstruction of the Nose: Management of Nasal Cutaneous Defects According to Aesthetic Subunit and Defect Size. Medicina. 2020;56(12):639.

Anahtar Kelimeler: Burun rekonstrüksiyonu, paramedian alın flebi, çok aşamalı rekonstrüksiyon, tam kat burun defekti, alt ünite prensibi

Şekil 1 A-B, Şekil 2 A-B



,Şekil 1 A-B: Kolumella, tip ve alar lobülü kapsayan tam kat burun defekti Şekil 2 A-B: Çok aşamalı rekonstrüksiyon sonrası postoperatif görünüm

P-015

Parsiyel Kulak Amputasyonlarında Temporoparietal Fasya Flebi ile Onarım: İki Olguluk Sunum

Doğu Papatya, Alper Taşan, Selahattin Galyan, Furkan Tok, Kamuran Zeynep Sevim
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Kulağın temel anatomik bölgeleri olan heliks, antiheliks, tragus, lobül ve konkanın birbiriyle uyumu, estetik görünümün korunmasında kritik rol oynar [1]. Kulak amputasyonları, travmatik dış kulak yaralanmalarının nadir ancak estetik ve fonksiyonel açıdan önemli bir alt grubudur [2]. Amputasyonun lokalizasyonu, genişliği, kıkırdak hasarı ve cilt bütünlüğü gibi faktörler, onarım tekniğinin seçiminde belirleyicidir [3].

Total veya subtotal kulak amputasyonlarında en eski yöntemlerden biri, ampute parçanın kompozit greft şeklinde replante edilmesidir; ancak bu yöntemin başarı oranı düşüktür [4]. Mikrocerrahi ile replantasyon, damar bütünlüğünün uygun olduğu olgularda altın standarttır [1,5]. Ancak damar kalibrasyonunun uygun olmadığı veya mikrocerrahi imkanlarının bulunmadığı durumlarda alternatif rekonstrüksiyon yöntemleri gündeme gelir [5].

Temporoparietal fasya flebi (TPFF), baş-boyun bölgesinde güvenilir vaskülaritesi, ince yapısı ve esnek mobilizasyon kapasitesi sayesinde sık tercih edilen bir fleptir [1,2]. Kulak rekonstrüksiyonlarında kıkırdak greftlerin beslenmesini desteklemek ve cilt-cilt temasının yol açabileceği komplikasyonları azaltmak amacıyla interpozisyon materyali olarak başarılı sonuçlar vermektedir [3,4].

Bu olgu sunumunda, antiheliks bölgesinden parsiyel kulak amputasyonu gelişen iki hastada TPFF kullanılarak gerçekleştirilen rekonstrüksiyon süreci ve literatür değerlendirmesi paylaşılmıştır.

Olgu 1

36 yaşındaki erkek hasta, kesici alet yaralanması sonrası sağ kulağının antiheliks bölgesinden parsiyel kulak amputasyonu nedeniyle acil servise başvurdu. Travmayı takiben kısa sürede başvuran hastada, ampute kulak parçası canlı görünümdeydi ve ek yaralanma saptanmadı. Vital bulguları stabil olan hastaya acil cerrahi planlandı.

Operasyon öncesinde el Doppleri ile yüzeyel temporal arterin (STA) perforatörleri işaretlendi. Yapılan lazy-s insizyon ile temporal kas fasyasına ulaşıldı. Perforatör damarlar korunarak TPFF dikkatlice eleve edildi ve inferiora transpoze edildi. Ampute kulak parçasının cildi kıkırdaktan ayrılarak eksize edildi. Kıkırdak yapı anatomik yerine 5-0 PDS ile adapte edildi. TPFF, kıkırdağın her iki yüzünü örtecek şekilde adapte edildi. TPFF üzeri örtülmek üzere sağ supraklaviküler alandan tam kalınlıkta doku grefti (TKDG) alındı ve TPFF üzerine adapte edildi. Temporal bölgedeki insizyon primer kapatıldı.

Postoperatif takiplerde ampute kulak kıkırdağının adapte olduğu ve TKDG'de kayıp olmadığı izlendi. Altı haftalık takip sonunda tüm insizyon hatlarında tam iyileşme ve estetik açıdan tatmin edici sonuç elde edildi.

Olgu 2

37 yaşındaki erkek hasta, bıçak yaralanması sonrası sağ kulağının antiheliks bölgesinden parsiyel kulak amputasyonu ile başvurdu. Amputasyon bölgesi dışında ek yaralanma yoktu ve ampute parça canlıydı.

Ameliyat öncesinde el Doppleri ile STA perforatörleri işaretlendi. Lazy-s insizyon sonrası TPFF eleve edilerek skalpte oluşturulan tünelden geçirilip inferiora transpoze edildi. Ampute kulak parçasının cildi kıkırdaktan ayrıldı, kıkırdak 5-0 PDS ile anatomik yerine adapte edildi. TPFF, kıkırdağın her iki yüzüne adapte edildi. Üzeri sağ supraklaviküler bölgeden alınan TKDG ile kapatıldı. Temporal alandaki insizyon primer kapatıldı.

Takiplerde heliksin posteriorunda 0.2x0.2 cm greft kaybı izlendi, primer sütür ile onarıldı. Altı haftada tam iyileşme ve estetik açıdan tatmin edici görünüm sağlandı.

Tartışma-Sonuç

Kulak amputasyonlarında mikrocerrahi ile replantasyon altın standarttır [1]. Ancak uygulanamadığı durumlarda kompozit greftler, TPFF gibi iyi vaskülarize fleplerle desteklenerek başarılı sonuçlar elde edilebilir [2,4,5]. TPFF'nin ince yapısı, saçlı derinin hemen altında bulunması ve yüzeyel temporal arter üzerinden güvenilir beslenmesi, onu bu amaçla ideal bir seçenek haline getirir [1,2].

Brent ve Byrd tarafından tanımlanan TPFF, mikrotia rekonstrüksiyonlarında yaygın olarak kullanılmakta; son yıllarda travmatik kulak amputasyonlarında da etkinliği gösterilmiştir [3,4]. Bu iki olgu, TPFF'nin parsiyel kulak amputasyonlarında güvenilir, fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sağladığını desteklemektedir. TPFF üzerine eş zamanlı TKDG kullanımı mevcut kıkırdak dokunun torsiyonunu engellemiş olup aurikul yapısının anatomisi korunmaya çalışılmıştır. Sonuç olarak, mikrovasküler replantasyon yapılamayan kulak amputasyonu olgularında, kulak kıkırdağını kulak derisinden ayırarak anatomik yerine adapte edilip TPFFİ ile örtülmesi, mikrovasküler olmayan replantasyon tekniği olarak başarılı bir şekilde kullanılabilir.

Kaynakça

1. Brent B, Byrd HS. Secondary ear reconstruction with cartilage grafts covered by axial, random, and free flaps of temporoparietal fascia. Plast Reconstr Surg. 1983;72(2):141–52.

2. Kurbonov U, Ismailov N, Tojiev M. The use of temporoparietal fascia flap for surgical treatment of traumatic auricle defects. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2018;6(5):e1741.

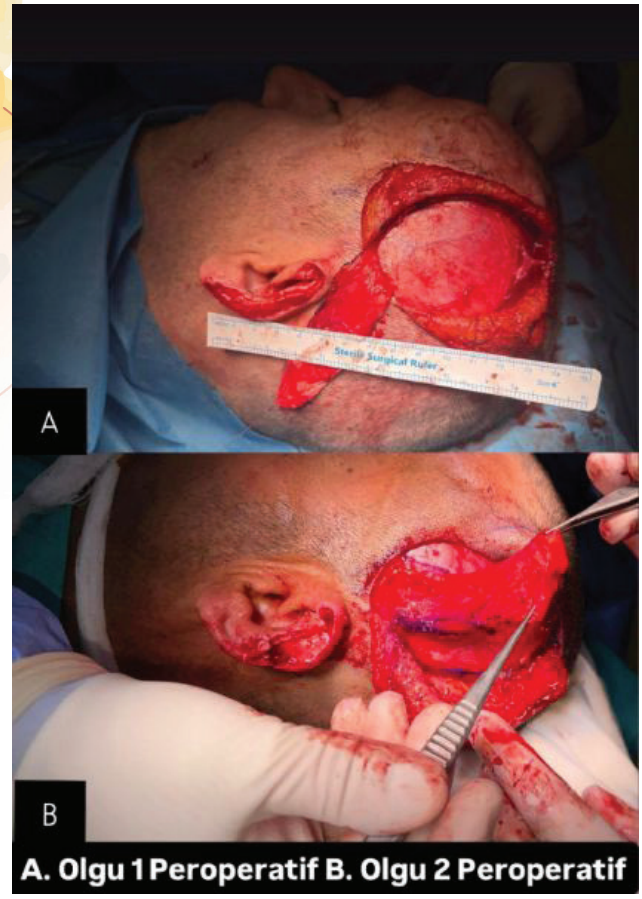
3. Ibrahim A, Taha S, El Rouby D. Temporoparietal fascia sandwich technique in the immediate reconstruction of human bite ear amputation. J Craniofac Surg. 2024;35(1):78–81.

4. Türk Bilen B, Kılınç H. Superfisial temporoparietal fasya flebiyle mikrovasküler olmayan kulak replantasyonu: Olgu sunumu. J Turgut Ozal Med Cent. 2006;13(2):117–9.

5. Keskin M, Ural A, Güler I, Koçer U. Parsiyel kulak amputasyonunda kopan parçanın temporoparietal fasya aracılığı ile adaptasyonu. Selçuk Tıp Derg. 2009;25(3):158–61.

Anahtar Kelimeler: Auriküler rekonstrüksiyon, kulak amputasyonu, temporoparietal fasya flebi, travmatik kulak yaralanması

Olgu 1-2 Peroperatif Fotoğraflar



A. Olgu 1 Peroperatif B. Olgu 2 Peroperatif

P-016

Ruxolitinib Kullanan 28 Yaş Hastada Dil Skuamöz Hücreli Karsinomu ve Anterolateral Uyluk Flebi ile Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Arzu Naghiyeva[1], Seda Türkoğlu[2], Abbas Bayatlı[1], Çağrı Ahmet Uysal[1]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Allojenik hematopoetik kök hücre nakli, hematolojik malignitelerde sağkalımı önemli ölçüde artıran bir tedavi yöntemidir. Ancak bu işlemin, kronik graft-versus-host hastalığı (GVHD) ve uzun süreli immünsupresyona sekonder maligniteler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Öte yandan, Ruxolitinib, JAK1/2 inhibisyonu yoluyla T-hücre aktivasyonu ve sitokin sinyallemesini baskılayıp steroid-refrakter akut veya kronik GVHD'de etkin bir ajandır. Son zamanlarda, GVHD tedavisinde kullanılan ruxolitinib ile kutanöz ve oral malignite riskinin artması arasında olası bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu vaka sunumunda, akut lenfoblastik lösemi (ALL) sonrası allojenik hematopoetik kök hücre nakli (Allo-HSCT), kronik GVHD ve uzun süreli ruxolitinib kullanımına bağlı görülen dil SCC gelişen hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Yirmi Sekiz yaşında kadın hasta dil üzerinde 9 aydır mevcut olan yara şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta, 2016 yılında aldığı akut lenfoblastik lösemi (ALL) tedavisi kapsamında 2 yıl önce babasından allojenik hematopoetik kök hücre nakli tedavisi yapılmış. Nakil sonrası seyri hem akut hem de kronik GVHD nedeniyle komplike olmuş. 2024 yılında kronik GVHD kontrolü için ruxolitinib (Jakavi) tedavisi başlanmış. Bu immünsüpresif tedavi sürecinde, dil üzerinde sınırları giderek belirginleşen, iyileşmeyen bir ülser ortaya çıkmış. İlk başvurularda lezyon; ağız hijyeni optimizasyonu, topikal ajanlar, sistemik/yerel antibiyotik ve antifungal tedavilerle "enfeksiyon/irritasyon kaynaklı" kabul edilerek izlenmiş. Vücudun diğer bölgelerinde benzer bir kitle büyümesi olmamıştı. Özgeçmişinde deri kanseri yoktu. Muayenede sol tarafta daha belirgin olmak üzere dilin yaklaşık %70'ini kapsayan hiperemik, hipertrofik, ülserovejetatif bir lezyon mevcuttu (Şekil 1a). Hastanın bilateral submental lenfadenopatisi vardı. Tam kan testi normaldi. Yapılan PET-CT incelemesinde bilateral servikal lenfadenopatiler izlendi. Hastaya trakeostomi açıldıktan sonra Kulak, Burun ve Boğaz bölümü tarafınca total glossektomi + bilateral fonksiyonel boyun diseksiyonu yapıldı. Hastaya tarafımızca sağ uyluktan alınan 12x8 cm'lik cilt adası ile birlikte yaklaşık 7x6 cm'lik vastus lateralis kası içeren serbest anterolateral uyluk (ALT) flebi ile dil rekonstrüksiyonu uygulandı (Şekil 1b). Flebin proksimal kısmı kendi içinde katlanarak dilin anterioru oluşturuldu. Boyun ölü boşluğunu oblitere etmek için vastus lateralis kası Milohiyoid kasına sütüre edildi. Flebin lateral sirkumfleks femoral arterin descenden dalı ve konkomittan venleri, mikroskop altında superior tiroid arterine ve eksternal juguler vene anastomoz edildi. Boyun cerrahi alana 2 adet Hemovac dren yerleştirildi. Flep donor saha primer kapatıldı. Postoperatif 24. saatte servikal bölgede ani şişlik fark edilmesi üzerine hasta acil eksplorasyona alındı. Oluşan hematom drene edildi. Arteriyel ve venöz anastomozlar sağlam bulundu. Takipte ek komplikasyon gelişmedi. Patoloji sonucu tümör boyutu 5.1 x 3.9 cm'lik İyi Diferansiye Skuamoz Hücreli Karsinom olarak sonuçlandı. Tüm lenf nodları reaktif olarak raporlandı. Beslenme ve konuşma rehabilitasyonu protokolleri başlatılarak hasta 20. postoperatif günde taburcu edildi. İkinci ay kontrolünde flep canlı ve stabil; intraoral iyileşme beklendiği ölçüde olduğu gözlendi (Şekil 1c). Hastanın fonksiyonel rehabilitasyon süreci devam etmektedir.

Tartışma

JAK-STAT sinyal yolaklarının inhibisyonu GVHD patobiyolojisinde çoklu basamaklarda immün modülasyon sağlar; bu etki yararlı olmakla birlikte immün gözetimin azalması enfeksiyon ve sekonder malignite risklerini teorik olarak artırabilir. Ruxolitinib ile ilişkili çok sayıda agresif cSCC olgusu/serisi yayımlanmıştır; bazılarında tümör davranışı ilacın kesilmesine dek refrakter seyretmiştir. Buna karşılık, ağız içi GVHD lezyonlarında ruxolitinib çoğunlukla belirgin düzelme sağlar; bu durum, oral mukozada ortaya çıkan yeni/kalıcı ülserlerin "GVHD alevlenmesi" veya "mantar" kabul edilerek gecikmeli biyopsi riskini artırabilir. Allo-HSCT geçiren ve k-GVHD'si olan hastalarda oral SCC riski zaten yüksektir; dil ve bukkal mukoza en sık yerleşimler arasındadır.

Cerrahi açıdan bakıldığında, total glossektomi; konuşma, yutma ve estetik bozukluklar da dahil olmak üzere önemli fonksiyonel zorluklar sunar. Serbest doku transferi ile rekonstrüksiyon, orofaringeal devamlılığın yeniden sağlanması ve postoperatif rehabilitasyonun optimize edilmesi için gereklidir.

Kendi literatür taramamızda ruxolitinib kullanımı sırasında gelişen dil SCC'sine ait yayımlanmış spesifik bir olgu bulamadık (17 Ağustos 2025 itibarıyla); bu nedenle olgumuz, ruxolitinib alan hastada bildirilen ilk dil SCC vakası olma potansiyelini taşımaktadır. Aynı zamanda yaş itibarıyla (28 yaş) ruxolitinib ile ilişkili SCC olgularının bildirilen tipik

yaş aralığının belirgin altındadır. Bu olgu, ruxolitinib alan genç bir hastada gelişen dil SCC'siyle, bu tedaviyi kullanan hastalarda düzenli oral muayene ve düşük biyopsi eşiğinin önemini vurgular. Ruxolitinib alan hastalarda ağız içinde 3–4 haftadan uzun süren, tedaviye yanıt vermeyen ülserler mutlaka erken biyopsi ile değerlendirilmelidir.

Referanslar

1. Bhatt VR, Dholaria BR, Dahiya S, Dholaria B. Ruxolitinib for Treatment of Steroid Refractory Sclerotic Chronic Graft-Versus-Host Disease. Biol Blood Marrow Transplant. 2022.

2. Cantile M, Della Ragione F, Franco R, et al. Oral Cancer in HSCT Pediatric Patients Arising on GVHD: A Comprehensive Review. Cancers (Basel). 2022.

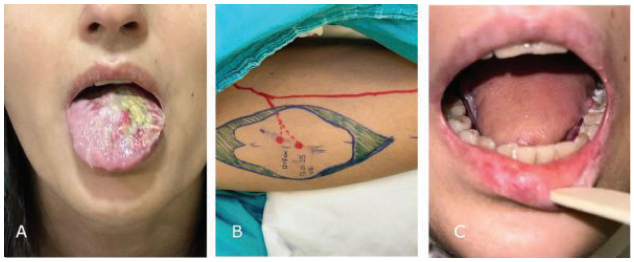
3. Montebugnoli L, Venturi M, Gissi DB, et al. Multiple Squamous Cell Carcinomas of the Oral Cavity in a Young Patient with GVHD following HSCT. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011.

4. Janowiak-Majeranowska A, Urbaniak-Kujda D, Kapelko-Słowik K. Secondary Oral Cancer after Systemic Treatment of Hematological Malignancies and Oral GVHD: A Systematic Review. Cancers (Basel). 2022.

5. Zaki MM, Parsons JM, Baik OM, et al. Secondary Oral Squamous Cell Carcinoma following Haematopoietic Stem Cell Transplantation. Br J Oral Maxillofac Surg. 2024.

Anahtar Kelimeler: ALT serbest flebi, Dil SCC, GVHD, ruxolitinib

Şekil 1



Şekil 1. (a) 28 yaşında hastada dil üzerindeki ülseratif tümör görüntüsü (b) ALT flep tasarımı (c) Ameliyat sonrası ikinci ay görünüm

P-018

Baş Boyun Cerrahisinde Nadir Bir Anatomik Varyasyon: Internal Juguler Ven Duplikasyonu

Alperen Aras, Baran Özkara, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kocaeli

GİRİŞ-Amaç:

Literatürde baş-boyun bölgesi cilt kanserleri, tüm kanser vakalarının yaklaşık %4–5'ini oluşturmaktadır. Cilt kanserleri, genellikle bazal hücreli karsinom (BCC), skuamöz hücreli karsinom (SCC) ve malign melanom olmak üzere üç ana grupta sınıflandırılmaktadır. Bu kanserlerin yaklaşık %80–90'ı, güneş ışınlarına en fazla maruz kalan anatomik bölge olması nedeniyle, baş-boyun bölgesinde gelişmektedir. Baş-boyun kanserlerinde bölgesel lenf nodu metastazı sıklığı; tümörün lokalizasyonu, evresi ve histopatolojik alt tipine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Literatürdeki bulgulara göre, baş-boyun skuamöz hücreli karsinomlarında (en yaygın histolojik tip) %30–50 oranında bölgesel lenf nodu metastazı izlenmektedir. Orofarenks, hipofarenks ve supraglottik larenks tümörlerinde bu oran %60'a kadar çıkabilmektedir. Dilin arka üçte biri gibi yüksek riskli alanlarda ise metastatik yayılım riski daha da artmaktadır. Özellikle ağız tabanı, dil, tonsil ve hipofarenks kaynaklı tümörlerde lenf nodu tutulumu riski yüksektir.

Lenf nodu metastazı, hastalığın prognozunu belirleyen en önemli faktörlerden biri olup, 5 yıllık sağkalım oranlarını %50'ye kadar azaltabilmektedir. Bu nedenle, baş-boyun kanserlerinde bölgesel lenf nodu diseksiyonu (boyun diseksiyonu) endikasyonu; tümörün anatomik yerleşimine, klinik evresine ve lenfatik yayılım potansiyeline göre belirlenmektedir.

Baş-boyun SCC olgularında hastaların yaklaşık %50–70'ine boyun diseksiyonu uygulanmaktadır. Bu bağlamda, cerrahi sırasında bölgedeki anatomik yapıların ve olası varyasyonların ayrıntılı şekilde bilinmesi, komplikasyonları en aza indirmek açısından cerrah açısından kritik öneme sahiptir. İnternal juguler venin perkütan kateterizasyonu her zaman risk içermekle birlikte, özellikle duplikasyon gibi anatomik varyasyonlar varlığında bu risk artmaktadır. Diğer tüm anatomik anomalilerde olduğu gibi, bu tür varyasyonlar da cerrahi girişimler sırasında iatrojenik yaralanma olasılığını artırabilir. Bu olguda, internal juguler ven varyasyonlarının anatomik özelliklerini ve klinik etkilerini değerlendirmek amacıyla kliniğimizde gözlemlenen bir vaka üzerinden tartışma yapılması hedeflenmiştir.

Olgu:

82 yaşında erkek hastada, sol nazolabial bölgede yerleşimli malign melanom tanısı ile eksizyon, tam kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon ve sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) uygulanmıştır. SLNB sonrası nodal metastaz saptanması üzerine, sol boyun bölgesinde Level I, II ve III'ü kapsayan selektif boyun diseksiyonu gerçekleştirilmiştir.

İntraoperatif değerlendirmede, internal juguler venin infrahiyoid seviyede posterior yerleşimli olarak duplike olduğu gözlemlenmiştir. Cerrahi sırasında sternokleidomastoid (SKM) kas ve aksesuar sinir (n. accessorius) tanımlanmış ve anatomik bütünlükleri korunmuştur.

Tartışma- Sonuç:

İnternal juguler ven (IJV), kafatası, yüz ve boyun bölgelerinden kan toplayan, boynun temel derin venöz yapısıdır. Sigmoid sinüsün devamı olarak, kafatası tabanındaki juguler foramen aracılığıyla başlar ve klavikulanın arkasında subklavyen vene drene olur.

Internal juguler ven duplikasyonu, boyun cerrahileri sırasında nadiren karşılaşılan anatomik bir varyasyondur. Literatürdeki verilere göre insidansı, yaklaşık 1000 tek taraflı boyun diseksiyonu vakasında yalnızca 4'tür. Bu anormallik, normalde tek olarak seyreden IJV'nin, iki ayrı damar olarak bulunması şeklinde tanımlanır. Söz konusu varyasyonun tanınması ve anlaşılması, cerrahların intraoperatif komplikasyonlardan kaçınmaları ve başarılı bir cerrahi sonuç elde etmeleri açısından büyük önem taşımaktadır.

IJV duplikasyonu, varyasyonun başladığı seviyeye göre Sandeep P. Nayak ve arkadaşları tarafından üç tipe ayrılarak sınıflandırılmıştır:

Tip A: Duplikasyon, venter posterior musculi digastrici'nin alt sınırının üzerinde başlar ve omohyoid kasın tendinöz kısmı seviyesinde birleşir. Bu tip, bildirilen IJVD vakalarının %75'inden fazlasını oluşturur ve morfolojik açıdan en az karmaşık varyasyondur.

Tip B: Duplikasyonun omohyoid kasın tendinöz kısmının altına kadar uzanması, Tip B'yi Tip A'dan ayıran temel özelliktir. Bu varyasyon daha kaudaldir ve cerrahi planlamada dikkate alınmalıdır.

Tip C: En kompleks varyasyonlardan biridir. Duplikasyon, hyoid kemik seviyesinde veya daha altında başlar. Literatürde, bu tipin jugular bulbus, vertebral ven ve subklavyen venöz sinüs ile ilişkili olduğu vakalar bildirilmiştir.

Internal juguler ven, genellikle tutarlı bir anatomik seyir izlediğinden, boyun diseksiyonları sırasında önemli bir referans noktasıdır. Gerçekleştirilen diseksiyonun kapsamına bağlı olarak, IJV çevresindeki nodal doku, damarın kendisi, aksesuar sinir ve/veya sternokleidomastoid kas için yönlendirici bir yapı niteliği taşır.

İnternal juguler ven duplikasyonu, halen tam olarak anlaşılmamış nadir bir konjenital anomalidir. Bu nedenle, mevcut literatürde bildirilen duplikasyon morfolojilerine dayanan sınıflandırma sistemlerinin iyi bilinmesi ve cerrahi sırasında dikkate alınması, olası komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Kaynakça:

1-Pittman K, Fan CY. Neck dissection: current concepts and future directions. Oncologist. 2005;10(6):472-482.

2-Lydiatt WM, et al. Head and Neck cancers—major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(2):122-137.

3-Internal Jugular Vein Duplication: Review and Classification, Indian J Surg Oncol (June 2017) 8(2):222–226 DOI 10.1007/s13193-015-0452-6

4-Shah JP, et al. "Cervical lymph node metastases—diagnostic, therapeutic, and prognostic implications." Oncology (Williston Park).

5-Robbins KT, et al. "Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society." Arch Otolaryngol Head Neck Surg.

6-Denys BG, Uretsky BF (1991) Anatomical variations of internal jugular vein location: impact on central venous access. Crit Care, Med 19:1516–1519 Munoz Guerra MF, Campo FR, Gias LN et al (2000) Double internal jugular vein. Plast Reconstr Surg 106:1434–1435

7-Sylaidis P, Bardsley A, Montgomery P (1997) Duplication of inter-nal jugular vein. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 123:1358

8-Mumtaz S, Singh M. Surgical review of the anatomical variations of the internal jugular vein: an update for head and neck surgeons. Ann R Coll Surg Engl 2019;101 (1):2–6.

9-Kapre M, Mangalgiri AS. Clinical importance of duplication of internal jugular vein. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2012 Dec;64:386–8.

Anahtar Kelimeler: Baş boyun kanserleri, Boyun Diseksiyonu, Duplikasyon, İnternal juguler ven

Resim 1



A:Preoperatif hasta görüntüsü B:Postoperatif 3.ay görüntüsü C:İntraoperatif görüntüsü

P-019
İhmal Edilmiş Saçlı Deri Tümörleri

Ömer Faruk Dilek[1], Murat Seven[1], Aleyna Bulat[1], Ege Temur[1], Betül Nur Balcı[2], Kamuran Zeynep Sevim[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç

Geç tanı almış saçlı deri bölgesini içeren deri kanserleri, klinik zorluklar içermesi, zorlu tedavi süreçleri ve taşıdıkları morbidite riskleri sebebiyle klinik pratikte büyük bir ciddiyetle değerlendirilmelidir (1). Deri kanserlerinin, özellikle saçlı deri bölgesinde geç tanı alması ve tedavi sürecine başlanmasında çeşitli sebepler vardır. Hastaların kanser teşhisi ve tedavisinden korkmaları sebebiyle ilgili sağlık tesisine başvuruda bulunmamaları, yavaş ilerleyen tümörlere alışmaları, düşük sosyoekonomik düzeyde bulunulması ve hijyen şartlarının yetersizliği gibi faktörler bu duruma katkıda bulunur (2). Ayrıca, bu bölgede oluşan tümörler genellikle ileri yaşlardaki bireylerde görülür ve metastatik potansiyeli düşük olan yavaş büyüyen bazal hücreli karsinomlar (BCC) gibi tümörler, erken dönemde göz ardı edilebilmektedir (3). Bu çalışmada ihmal edilmiş ve geç tedavi uygulanmış saçlı deri neoplazilerinin karakteristikleri ve tedavi yöntemleri incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 2021-2025 tarihleri arasında, öncesinde sadece panç veya insizyonel biyopsi yapılmış, tedavi amaçlı ilk cerrahi girişimi kliniğimizce yapılan, en geniş yerinde 5 cm ve en dar yerinde 4 cm üzerinde ebatları olan (>20cm 2) saçlı derinin 27 neoplazili olgusu dahil edilmiştir. Olguların hepsine tabanda periostun dahil edildiği ve en az 1 cm'lik sınırlarla rezeksiyon yapıldı. Ardından aynı seansta gerekli görülen olgularda (preoperatif BT/USG taramalarında veya PET görüntülemesinde boyun bölgesinde malignite yönünde kuşku barındıran lenf nodu tanımlanan hastalarda) selektif boyun diseksiyonları uygulandı. Bütün hastalar flep seçenekleri ile rekonstrükte edildi. Takip süresi en az 1 yıl olarak bulundu.

Bulgular ve Tartışma

Çalışmaya dahil edilen 27 hastanın yaş ortalaması 73.9 (48-100) idi. Hastaların n=13 tanesi skuamoz hücreli karsinom (SCC, 3 orta diferansiye, 5 iyi diferansiye, diğerlerinde belirtilmemiş), n=7 tanesi bazal hücreli karsinom (BCC, 3 nodüler, 2 infiltratif, 2 belirtilmemiş), n=1 tanesi trikilemmal karsinom, n=1 tanesi pilomatriks karsinomu, n=1 tanesi sringokistadenokarsinom (SKK), n=1 tanesi malign melanom (MM) ve n=3 tanesi prolifere trikelemmal kist (PTK) tanılanmıştı. Hastaların kendisinin veya hasta yakınlarının ifadesine göre kitlenin ilk fark edilmesi ile kliniğimizde rezeksiyon yapılması arasında geçen süre ortalaması 108 ay (en az 6 ay, en çok 208 ay) olarak hesaplandı. Tümörlerin en geniş yerinde ortalama çapı 7.2 cm (en küçük 5 cm en büyük 16 cm) olarak saptandı. n=9 hastada selektif boyun diseksiyonu uygulandı. Bu hastaların 6'sında unilateral, 3'ünde bilateral boyun diseksiyonu yapıldı (1 MM, 6 SCC, 1 pilomatriks karsinomu, 1 trikelemmal karsinom). Bu hastaların n=5 tanesinde en az bir metastatik lenf nodu saptandı (1 MM, 1 trikelemmal karsinom, 3 SCC). Hastaların eksizyon sonrası oluşan doku defektleri n=17 olguda rotasyonel saçlı deri flepleri ile, n=3 tanesinde serbest flep ile (2 serbest latis, 1 serbest anterolateral uyluk), n=3 olguda orticochea flebi, n=4 olguda pediküllü trapezius flebi ile gerçekleştirildi. Tümörlerin ihmal edilmiş olmalarının sebebi hastaların n=6 tanesinde yanlış yönlendirilme

ve n=21 tanesinde ise bireysel ihmaldi. Hastaların ameliyat öncesi anestezi değerlendirmesinde n=22 tanesine postoperatif yoğun bakım takip endikasyonu konmuştu. n=2 hasta postoperatif yoğun bakım sürecinde komorbiditelere bağlı komplikasyonlar nedeni ile hayatını kaybetti. Geri kalan n=25 hasta ameliyat sonrasında tümör konseyinde değerlendirildi ve multidisipliner takibe alındı. MM ve SKK olguları sırasıyla postoperatif 8 ve 10. aylar içerisinde uzak metastaz sonrası hayatını kaybetti. Diğer hastalarda postoperatif 1. yılda lokal nüks, bölgesel/uzak metastaz tespit edilmedi. Saçlı deri bölgesindeki deri kanserlerinin geç tanı alması klinik olarak ciddi sonuçlara neden olabilmektedir ve primer tümörün neden olabileceği morbidite ve mortaliteyi ağırlaştırmaktadır. BCC gibi yavaş büyüyen metastaz potansiyeli düşük olan tümörler bile, ihmal edildiğinde büyük boyutlara ulaşabilir ve çevre dokulara invazyon gösterebilir (4). Ek olarak, MM ve SKK gibi daha agresif deri kanserlerinde erken tanı, hastalığın seyrini ve prognozunu önemli ölçüde etkilemekte ve tedavi prosedürünü ciddi şekilde değiştirebilmektedir. (5). Geç tanı konulan kanser vakalarında hastalar ön planda olan bulgulara rağmen tıbbi yardım aramaktan kaçınabilir. Bu durum, tedavi seçeneklerini daraltmakta ve sağkalımı olumsuz etkilemektedir. Özellikle saçlı deri bölgesindeki tümörler, sağkalıma ek olarak görünüm ve işlev bakımından önemli olduğu için, geç tanı konulan vakalarda daha radikal ve karmaşık cerrahi müdahale gerekliliği ortaya çıkabilmekte, hastanede takip süreleri artmakta çeşitli ek ameliyat gereklilikleri doğabilmektedir (6).

Sonuç

Geç tanı almış saçlı deri bölgesindeki malignitelerin başvuru sırasındaki durumu, erken tanı konulmasının, şüpheli lezyonlardan biyopsi alınmasının ve riskli kategorideki bireylerin düzenli dermatolojik kontrol ve yönlendirmelerinin gerekliliğini göstermektedir. Buna rağmen, ihmal edilmiş ve ebat olarak oldukça büyümüş lezyonlarda dahi, hastanın lezyonun lokalizasyonuna uygun, komorbiditeleri gözetilerek planlanmış, isabetli rezeksiyon ve rekonstrüksiyonlar ilerlemiş yaşlarına rağmen hastalara kür şansı vaat edebilmektedir.

Kaynaklar:

1) Blum A, Brand CU, Ellwanger U, Schlagenhauff B, Stroebel W, Rassner G, Garbe C. Awareness and early detection of cutaneous melanoma: an analysis of factors related to delay in treatment. Br J Dermatol. 1999 Nov;141(5):783-7. doi: 10.1046/j.1365-2133.1999.03196.x. PMID: 10583157.

2) Ricci F, Paradisi A, Fossati B, Mancini M, Curatolo P, Guerriero C, Capizzi R. Giant neglected squamous cell carcinoma of the skin. Dermatol Ther. 2015 Jul-Aug;28(4):230-4. doi: 10.1111/dth.12214. Epub 2015 Mar 5. PMID: 25754304.

3) Varga E, Korom I, Raskó Z, Kis E, Varga J, Oláh J, Kemény L. Neglected Basal cell carcinomas in the 21st century. J Skin Cancer. 2011;2011:392151. doi: 10.1155/2011/392151. Epub 2010 Nov 25. PMID: 21151693; PMCID: PMC2993023.

4) Kaminska-Winciorek G, Cybulska-Stopa B, Gajda M, Pawełczak-Szastok M, Gęga-Czarnota A. Neglected malignant neoplasms with cutaneous involvement. Postepy Dermatol Alergol. 2021 Oct;38(5):916-920. doi: 10.5114/ada.2021.108457. Epub 2021 Aug 15. PMID: 34849146; PMCID: PMC8610055.

5) Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, Souteyrand P, Dreno B, Bonerandi JJ, Dalac S, Machet L, Guillaume JC, Chevrant-Breton J, Vilmer C, Aubin F, Guillot B, Beylot-Barry M, Lok C, Raison-Peyron N, Chemaly P. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients. Int J Cancer. 2000 May 20;89(3):271-9. PMID: 10861504.

6) Wax MK, Burkey BB, Bascom D, Rosenthal EL. The role of free tissue transfer in the reconstruction of massive neglected skin cancers of the head and neck. Arch Facial Plast Surg. 2003 Nov-Dec;5(6):479-82. doi: 10.1001/archfaci.5.6.479. PMID: 14623684.

Anahtar Kelimeler: Skalp, tümör, flep, rekonstrüksiyon, ihmal

Tablo 1



Abdullah Güler / Skalpte MM / Ying Yang Flebi ile Rekonstrüksiyon preop-postop fotoğrafları

P-020
Malar Bölgedeki Kitleye İntraoral Yaklaşım

Mustafa Akyürek, Sezen Naz Gülbezer, Gökay Karaemir
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Hastanesi

GİRİŞ:

Malar bölgedeki kitleler, klinik olarak geniş bir ayırıcı tanı spektrumuna sahiptir; malign tümörler ile benign reaktif lezyonlar benzer klinik sunum gösterebilir. (örneğin, reaktif foliküler hiperplazi, pseudolymphoma olarak da bilinir.) (1) Bu nedenle, yalnızca klinik ve görüntüleme ile değerlendirmeye dayanmak tanısal güvenirliği sınırlı kılabilir. Örneğin oral foliküler lenfoid hiperplazi, lenfoma ile karışabilmektedir. (2)

Lipomalar, benign mezenkimal kitlelerin en yaygınıdır; ancak ağız ve maksillofasiyal bölgede nadirdir ve genellikle rutin muayenelerde saptanır. (3). İntraoral yaklaşım, özellikle estetik ve fonksiyon üzerindeki minimal etkisi nedeniyle tercih edilebilir bir cerrahi seçenektir.

Bu olgu sunumunda, benign ve malign ön tanısı ayırt edilemeyen bir kitlenin, insizyonel biyopsi sonucunun lipoma, eksizyonel biyopsi sonrasında ise reaktif foliküler hiperplazi olarak tanımlanması, tanı sürecinde hem mezenkimal hem de lenfoid patolojilerin ayırıcı tanısındaki zorluğu ve intraoral yaklaşımın cerrahi avantajlarını göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Olgu:

60 yaşında erkek sol malar bölgede lokalize şişlik şikayetiyle tarafımıza başvurdu.(resim 1) Dış merkez çekilen MR görüntülemesi: ''solda piterygopalatin fossada infratemporal fossadan sol parotis bezi anterioruna dek uzanım gösteren T2A ve FLAIR sekansta hiperintens yumuşak doku sinyali izlenmiştir (koronal kesitte nodüler form oluşturmaktadır, koronal kesitte 2,5x4,5 cm çapa ulaşmaktadır). Piterygopalatin fossa düzeyindeki ve intratemporal fossa düzeyindeki yağ planları silinmiştir. Malignite ekarte edilememiştir.'' (resim 2) şeklinde raporlanmasının üzerine hastaya tarafımızca insizyonel biyopsi planlandı. İnsizyonel biyopsi sonucu lipoma, malignite bulgusu saptanmaması üzerine kitleye total eksizyon planlandı. Ağız içinde stenon kanalı papilları işaretlenerek korundu, superiordan yaklaşık 3 cm lik kesi yapılarak keen insizyonu ile kitleye ulaşıldı. (resim 3) Septalı şekile görülen kitle eksize edildi. (resim 4).Hasta 1. gününde komplikasyonsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu REAKTİF FOLLİKÜLER HİPERPLAZİ ile uyumlu gelmesi üzerine hasta takibe alındı.

TARTIŞMA:

Malar bölgedeki kitleler, klinik açıdan heterojen bir grup oluşturmaktadır. Lipomalar nadir görülmekle birlikte intraoral lokalizasyonda ortaya çıkabilmekte ve genellikle iyi sınırlı, yavaş büyüyen lezyonlar şeklinde izlenmektedir.

Reaktif foliküler hiperplazi, oral kavitede nadir görülen ve klinik olarak malign lenfoid proliferasyonları taklit edebilen bir durumdur. Literatürde sıklıkla lenfoma ile karıştığı ve kesin tanının histopatolojiye dayandırılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Cerrahi açıdan intraoral yaklaşım, özellikle malar bölge gibi estetik açıdan kritik alanlarda belirgin avantaj sağlamaktadır.

Sonuç olarak, malar bölgedeki kitlelerde ayırıcı tanıda geniş bir spkektrum göz önünde bulundurulmalı, histopatolojik inceleme tanısal süreçte temel alınmalı ve cerrahi tedavide intraoral yaklaşım estetik ve fonksiyonel açıdan güvenli bir seçenek olarak tercih edilmelidir.

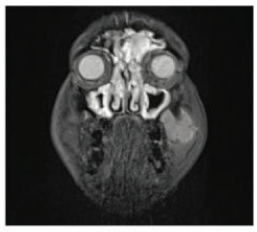
Anahtar Kelimeler: Malar bölge kitleleri, intraoral kitle, lipoma, maksillofasiyal cerrahi, reaktif foliküler hiperplazi

preop / mr görüntüsü / intraoplar

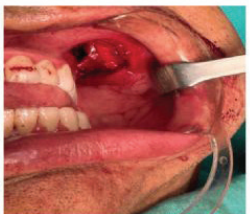
Resim 1: Pre op görüntüleme



Resim 2: MR görüntüleme



Resim 3: İntraop görüntüleme



Resim 4: İntraop görüntüleme



P-021
Siringokistadenoma Papilliferum: Nadir Görülen Benign Adneksiyal Tümör

Mustafa Akyürek, Sezen Naz Gülbezer, Gökay Karaemir
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Siringokistadenoma Papilliferum (SCAP), apokrin veya ekrin ter bezlerinden türeyen nadir görülen, benign bir adneksiyal tümördür. Klinik olarak tekil ya da birkaç tüylü kabarık papül veya plak olarak kendini gösterir; sıklıkla baş ve boyun bölgesinde bulunur. (1) Yaklaşık üçte birinde lezyon nevus sebaceus (Jadassohn sebaceous nevusu) içinde veya onun üzerinde gelişebilir. (2)

Lezyonun stroma alanında yoğun plazma hücresi infiltrasyonu sıklıkla gözlenir; bu, tanıda karakteristik bulgular arasındadır. Bazı çalışmalarda, epitel hücrelerinde IgA ve IgG sınıfı immunglobulinlerin bulunduğu, plazma hücrelerinin IgG ve IgA sınıfı olduğu da gösterilmiştir. (3)

İatrolojik açıdan, SCAP benign olmasına rağmen, bazen bazal hücreli karsinom gibi malign lezyonlarla birlikte görülebilir (yaklaşık %10 oranında) ya da malign dönüşüm gösterebilir. Bu nedenle, tedavi için tam cerrahi eksizyon önerilir; eksizyon genellikle küratif olur ve nüks nadir görülür. (2)

Olgu:

72 yaşında kadın hasta tarafımıza sağ temporal bölgede yaklaşık 2 senedir var olan giderek büyüyen, zaman zaman kabuklanan, ara sıra seröz akıntı yapan lezyon nedeniyle başvurdu. (Resim 1) Tanısal amaçlı yapılan insizyonel biyopsi sonucu syringokistadenoma papilliferum şeklinde raporlanması üzerine hastaya eksizyon ve tam kalınlıkta deri grefti planlandı. (Resim 2) Lokal anestezi altında preop çizimlere uygun kitle eksize edildi, tam kalınlıkta deri grefti ile onarım sağlandı. Hasta postoperatif 1. günde komplikasyonsuz taburcu edildi. 1. ayda eksizyonel biyopsi sonucunun ''syringokistadenoma papilliferum, cerrahi sınırlar temizdir'' şeklinde raporlanması üzerine hasta takibe alındı.

TARTIŞMA:

Siringokistadenoma Papilliferum (SCAP), nadir görülen, genellikle çocukluk çağında ortaya çıkan benign adneksiyal tümörlerdendir. Olguların büyük kısmı baş-boyun

bölgesinde yerleşim gösterir ve sıklıkla nevus sebaceus ile birliktelik gösterir. Bununla birlikte, bizim olgumuzda olduğu gibi ileri yaşta, nevus sebaceus öyküsü olmadan da ortaya çıkabilmektedir.

Klinik olarak lezyon; yavaş büyüyen, papillomatöz, verrüköz ya da nodüler görünümde olabilir. Yaşla birlikte boyut artışı ve yüzeyde kabuklanma, akıntı sık gözlenen bulgulardandır. Bizim hastamızda son yıllarda belirgin büyüme ve kabuklanma gösteren temporal bölge yerleşimli bir plak mevcuttu.

Histopatolojik olarak SCAP'in en karakteristik özelliği epidermisten dermise uzanan papiller invajinasyonlar ve bu yapılarda yoğun plazma hücresi infiltrasyonunun bulunmasıdır. Çift sıralı epitel yapısı (içte sütunlu hücreler, dışta bazaloid hücreler) tanıda önemlidir. Olgumuzda histopatoloji bu tipik bulgularla uyumluydu.

Tedavide tam cerrahi eksizyon tercih edilmektedir. Eksizyon sonrası genellikle kür sağlanır ve nüks nadirdir. Ancak literatürde SCAP'in bazal hücreli karsinom ve nadiren de malign adneksiyal tümörlerle birlikte görülebildiği bildirilmiştir. Bu nedenle cerrahi sonrası düzenli takip önerilmektedir. Bizim hastamızdaki lezyonun tamamı eksize edilip, deri grefti ile onarım sağlanmıştır.

Sonuç olarak, SCAP ileri yaşlarda da karşımıza çıkabilen, benign ancak malign transformasyon riski nedeniyle dikkatle değerlendirilmesi gereken nadir bir deri tümörüdür.

1-Al Hawsawi, K., Alharazi, A., Ashary, A., & Siddique, A. (2019). Syringocystadenoma papilliferum: a case report and review of the literature. Case Reports in Dermatology, 11(1), 36-39.

2-Ojha, S., Jain, R., & Sharma, A. (2018). Syringocystadenoma papilliferum associated with naves sebaceous of jadassohn and squamous cell carcinoma. Indian Journal of Dermatopathology and Diagnostic Dermatology, 5(2), 127-129.

3-Vanatta, P. R., Bangert, J. L., & Freeman, R. G. (1985). Syringocystadenoma papilliferum: a plasmacytotropic tumor. The American journal of surgical pathology, 9(9), 678-683.

Anahtar Kelimeler: Siringokistadenoma Papilliferum, Benign adneksiyal tümör, Baş Boyun Tümörleri

preop / intraop

Resim-1



Resim-2



P-022

Anterior Fontanelde Dermoid Kist, Nadir Gözlenen Bir Hastalık: Adeloye Odeku Hastalığı

Çağlar Yılmaz, Atakan Kutay Özdemir, Arjin Kaya, Anıl Demiröz
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul Üniveristesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş:

Adeloye-Odeku hastalığı, anterior fontanel bölgedeki konjenital dermoid kist veya epidermoid inklüzyon kisti ile karakterize nadir bir hastalıktır (1,2). Bu hastalık, ilk kez Adeloye ve Odeku tarafından Nijeryalı çocuklarda tanımlanmıştır (1). Başlangıçta Afrika'ya özgü bir durum olarak düşünülse de sonraki yayınlar bu lezyonun dünya çapında farklı etnik gruplarda da görüldüğünü ortaya koymuştur (2). Konjenital dermoid veya epidermoid inklüzyon kistleri kraniyal tümörlerin %0,1–0,5'ini ve inklüzyon kistlerinin %0,2'sini oluşturur. (2).

Doğumdan kısa süre sonra fark edilen bu kistler genellikle yumuşak, ağrısız, üstünde deri intakt halde olan ve transillüminasyon özelliği gösteren subgaleal kitlelerdir (2). Radyolojik değerlendirmede Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans görüntüleme (MRG) ve USG kistin intrakraniyal içerikle bağlantısının olmadığını doğrulamak ve cerrahi planlamada kritik öneme sahiptir (3). Histopatolojik olarak, kistler genellikle keratinize skuamöz epitel ile döşenmiş ve içlerinde saç folikülleri, sebase ve ter bezleri gibi dermal ek yapılar içerir; bu durum onları dermoid kist olarak sınıflandırmamıza olanak tanır.

Tedavi yaklaşımı cerrahidir ve genellikle tam eksizyon ile kür sağlanır. Uygun cerrahi teknikle yapıldığında, nüks nadiren görülür ve kozmetik sonuçlar genellikle tatmin edicidir (3). Bu nedenle, estetik kaygılar, ailelerin cerrahi müdahale istemesinin başlıca nedenleri arasında yer alır (3).

Bu çalışmada kliniğimize başvuran ve Adeloye-Odeku hastalığının tanısı alan hastamıza klinik yaklaşımımız ve cerrahi planlamayı ele alarak farkındalık oluşturmayı amaçlamaktadır.

Vaka:

4 aylık erkek çocuğu ailesi tarafından kafasında olan şişkinlik şikâyeti başvurdu. Doğumdan beri ön fontanelde olan lezyon giderek büyümüş. Fizik muayenesinde anterior fontanel üzerine yerleşimli yaklaşık 3x4x5 cm lik mobil, yumuşak, fluktasyon veren yuvarlak şekilli ve üzerindeki cildi ekspande eden lezyon saptandı (Resim 1A-E). Daha önce başvurdukları başka bir merkezde Ultrasonografi ve BT çekilmiş. Ultrasonografide anterior fontanel ciltaltı yerleşimli 20x8x25 mm boyutunda, intrakranyal uzanımı olmayan, iyi sınırlı, dermoid kist ile uyumlu lezyon izlenmiş. BT'de 25x10x33 mm boyutlarında intrakranyal uzanımı olmayan kistik lezyon saptanmış ancak teyit amaçlı MRG ile de değerlendirildi. (Resim 2A-B). MRG'de anterior fontanel üzerinde, subgaleal yerleşimli, intrakranyal uzanımı olmayan, düzgün sınırlı 42x26x39 mm'lik kistik lezyon saptanmış. Mevcut bulgular ile lezyonun eksizyonu planlanırken olası peroperatif intrakranyal uzanımına karşılık Beyin Cerrahisi ile iletişime geçilerek operasyonda gereklilik ihtimali bilgisi verildi.

Operasyonda lezyonun cildi ekspande etmesi nedeni ile fazla cilt dokusu piyese dahil edilecek şekilde ve saçta en az fark edilir iz için zig-zag şeklinde çizim yapıldı. Lezyon çevresine enjekte edilen lokal anestezik ile hidrodiseksiyon sağlandı. Cilt düşüldükten sonra kistin cildi incelttiği saptandı. Kist patlatılmadan çevresi diseke edilerek periost üstü plandan eksize edildi. Peroperatif lezyonun intrakaranyal uzanımı

saptanmadı. Cilt zig-zag şeklinde kapatıldı (Resim 3A-E). Operasyon sonrası takiplerde komplikasyon gelişmedi (Resim 4A-B). Lezyonun histopatolojik incelemesi dermoid kist olarak raporlandı.

Tartışma:

Adeloye-Odeku hastalığı, nadir görülmekle birlikte pediatrik yaş grubunda anterior fontanel üzerinde fark edilen kitlelerin önemli bir ayırıcı tanısıdır (1). Bu nedenle, klinik değerlendirme sırasında bu olasılığın göz önünde bulundurulması tanı sürecini kolaylaştırır. Literatürde bu hastalığın yalnızca Afrika kökenli çocuklarda değil, Asya ve Avrupa toplumlarında da bildirildiği, dolayısıyla evrensel bir patoloji olduğu vurgulanmıştır (2).

Tanıda en önemli basamak, radyolojik görüntülemenin sağladığı katkıdır. BT, MRG ve ultrasonografi ile lezyonun intrakraniyal yapılarla ilişkisi değerlendirilebilir. Cerrahi öncesi görüntüleme yapılması operasyonun planlanması açısından kritik öneme sahiptir.

Histopatolojik inceleme, Adeloye-Odeku kistlerinin ayırıcı tanısında kesin tanı yöntemidir. Kist duvarının keratinize skuamöz epitel ile döşeli olması ve dermal ek yapılar içermesi, dermoid kist tanısını desteklerken; bu yapıları içermeyen skuamöz epitel döşeli kistler ise epidermoid kist olarak sınıflandırılır (4). Bu ayrım, embriyolojik gelişim sürecinde farklılaşma mekanizmalarıyla açıklanmaktadır (4).

Cerrahi tedavi, literatürde altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Tam eksizyon hem kür sağlar hem de nüks riskini oldukça düşürür (3). Tam eksizyon sonrası nüks oranlarının son derece düşük olduğu bildirilmiştir (3). Bununla birlikte, cerrahi zamanlamanın erken dönemde yapılması, özellikle estetik sonuçların iyileştirilmesi ve psikososyal etkilerin azaltılması açısından önemlidir.

Bizim olgumuzda da lezyonun radyolojik olarak intrakraniyal bağlantı göstermediği doğrulandı ve cerrahi eksizyonla tedavi başarıyla gerçekleştirildi. Bu bulgular, literatürdeki geniş serilerle uyumlu olup, cerrahi tedavinin güvenli ve etkin olduğunu desteklemektedir.

Adeloye-Odeku hastalığı nadir görülmesine rağmen, tipik klinik bulgular ve uygun radyolojik yöntemlerle tanısı mümkündür. Literatürde bildirilen ve tam eksizyon yapılan 190 vakada rekürrens gözlenmemiştir. Cerrahi tedavi güvenilir bir yaklaşımdır. Bu nedenle, anterior fontanel üzerinde görülen her kitlede bu olasılığın akılda tutulması önem arz etmektedir.

Sonuç:

Adeloye-Odeku hastalığı, nadir görülmekle birlikte anterior fontanel üzerinde saptanan kitlelerin önemli bir ayırıcı tanısıdır. Radyolojik değerlendirme ile intrakraniyal ilişki dışlanmalı ve kesin tanı histopatolojik inceleme ile doğrulanmalıdır. Tam cerrahi eksizyon, düşük nüks oranı ve tatmin edici kozmetik sonuçları nedeniyle güvenilir ve etkin bir tedavi yöntemidir.

Referanslar:

1)Adeloye A, Odeku EL. Congenital subgaleal cysts over the anterior fontanelle in Nigerians. Arch Dis Child. 1971 Feb;46(245):95-8. doi: 10.1136/adc.46.245.95. PMID: 5555494; PMCID: PMC1647574.

2)Detchou D. Adelola Adeyole (1935-2021): Early descriptor of congenital dermoid or epidermoid inclusion cyst over the anterior fontanelle and below the galea aponeurotica. Neurosurg Rev. 2024 Sep 11;47(1):588. doi: 10.1007/s10143-024-02860-9. PMID: 39256233.

3)Ponce-Ayala A, Navarro-Garcia de Llano JP, Degollado-Garcia J, Hernández-Álvarez N, Mendizabal-Guerra R. Anterior Fontanelle Dermoid Cyst: Surgical Technique. Cureus. 2021 Jul 12;13(7):e16348. doi: 10.7759/cureus.16348. PMID: 34395129; PMCID: PMC8357849.

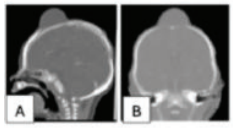
4)Pannell BW, Hendrick EB, Hoffman HJ, Humphreys RP. Dermoid cysts of the anterior fontanelle. Neurosurgery. 1982 Mar;10(3):317-23. doi: 10.1227/00006123-198203000-00004. PMID: 7070634.

Anahtar Kelimeler: Adeloye Odeku Hastalığı, Baş-Boyun Bölgesinde Dermoid Kist, Ön Fontanelde Dermoid Kist

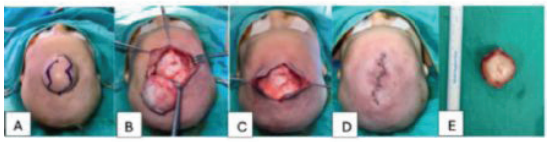
Resim 1-4



Resim 1A-E: Ameliyat öncesi hastanın farklı açılardan görüntüleri.



Resim 2A-B: BT kesitleri görülmektedir.



Resim 3A-E: Operasyonda zig-zag şeklinde insizyon planlaması, lezyonun çevresinden ve tabandan diseksiyonu (B), lezyon çıkarıldıktan sonra (C), defektin zig-zag şeklinde kapatılması (D), çıkan kistik lezyon (E).



Resim 4A-B: Post operatif 7.gün hastanın görüntüleri.

P-023

Basamaklı Rijid İntranazal Stentleme ile Nazal Hava Yolu Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Arzu Naghiyeva, Abdullah Kızmaz, Abbas Bayatlı, Ahmet Çağrı Uysal

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

Giriş

Travma sonrası yapılan burun rekonstrüksiyonları geç dönemde nazal pasaj daralması ve havayolu tıkanıklığı gibi önemli fonksiyonel sorunlara yol açabilir. Rekonstrüksiyon başarısı sadece doku onarımıyla değil, fonksiyonel stabilitenin sürekliliği ile de ölçülür. Bu nedenle, erken dönemde nazal pasajda kollapsı önleyen ve skar-kontraksiyon döngüsünü kıran intranasal destek stratejileri kritik önemdedir. Gecikmiş olgular ise fibröz daralmanın kademeli olarak yeniden kalibre edilmesi, kontrollü çap artışı ve yeterli rijidite sağlayan yaklaşımları gerektirir. Bu olgu sunumu, geç dönemde nazal havayolu obstrüksiyonunda basamaklı rijid intranazal stentleme tekniğinin uygulanabilirliğini ve kısa dönem fonksiyonel sonuçlarını ortaya koymaktadır.

Olgu SunumuOtuz yaşında erkek hasta, on yıl önce ateşli s ilah yaralanması sonrası yüz iskeletindeki multipl fraktür ve yumuşak doku kaybı nedeniyle farklı seanslarda serbest fibula, serbest ALT flebi, paramedian flebi başta olmak üzere birkaç rekonstrüktif cerrahi uygulanmıştı.

Hasta kliniğimize burun deliklerinin olmaması şikayeti ile başvurdu. Öykü ve mevcut fizik muayene sonrası rekonstrüksiyon sonrası dönemde nazal vestibül düzeyinde ileri derecede daralma/obliterasyon geliştiğini gözlemledik. Bu klinik tablo; nazal havayolunun sürekliliğini sağlayacak, darlığı güvenli biçimde yeniden kalibre edecek ve erken kollapsı engelleyecek bir içten destek (stent) yaklaşımını gerekli kılmıştır. Başlıkta tanımlandığı üzere hastaya üç aşamalı basamaklı rijid intranazal stentleme planlandı. İşlem öncesinde nazal havayolu koter yardımı ile açıldı. Erken kollaps ve granülasyon gelişimini önlemek amacıyla aynı seansta 16 Fr Nasogastrik tüp 1 cm uzunluğunda kesilerek pasaja yerleştirildi. Ardışık iki haftalık aralıklarla çap ve rijidite kademeli olarak artırıldı: ikinci aşamada 18 Fr nasogastrik tüp kullanıldı; üçüncü aşamada ise 1 mL (1 cc) insülin enjektörünün iğne gövdesi, uygun çap/rijiditesi nedeniyle intranazal stent olarak yerleştirildi. Tüm seanslarda yerleştirilen geçici stentlar 2/0 ipek ile sabitlendi. Takiplerde vestibüler düzeyde progresif mukozal epitelizasyon izlendi.

Tartışma ve Sonuç

Daha önce yayınlanan çalışmalarda akrilik veya özelleştirilmiş intranazal stentlerin postoperatif kontraksiyonu önlemede başarılı olduğu bildirilmiştir. Bu olgu, özelleştirilmiş protez yerine basamaklı şekilde artan rijiditeye sahip farklı materyallerin kullanılmasıyla literatüre farklı bir katkı sunmaktadır. Yöntem düşük maliyetli, kolay uygulanabilir ve uzun dönemde fonksiyonel sonuç sağlayıcı olması ile dikkat çekmektedir.

Bizim olgumuzda yapılan cerrahiler ve skarlaşma sonrası lokal iç yüzey dokusu yetersiz kalmıştır. Bu nedenle septal veya nazolabial tabanlı ek bir flep için sağlıklı, mobilize edilebilir doku rezervi sınırlıydı. Alternatif rekonstrüksiyonlar teorik olarak mümkün olsa da, mevcut doku kalitesi ve önceki operasyonlar nedeniyle morbiditesi daha düşük, kontrollü ve ayarlanabilir bir yol olarak basamaklı rijid intranazal stentleme tercih edilmiştir.

Altı aylık izlemde belirgin restenoza rastlanmaması umut vericidir; ancak bu yaklaşımın en büyük dezavantajı potansiyel yeniden daralma/obliterasyon riskidir. Dolayısıyla daha uzun izlem ve standart bir bakım protokolü gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Basamaklı rijid stent, İntranazal stentleme, Nazal havayolu obstrüksiyonu

Şekil 1



Şekil 1. (A) Preop nazal havayolu (B) Postop 2. ay intranazal rijid stentleme sonrası nazal havayolu

P-024

NTRK FÜZYONU GÖSTEREN İĞSİ HÜCRELİ PİGMENTE SPİTZ NEVÜS: Olgu Sunumu

Selma Sönmez Ergün[1], Nesimi Büyükbabani[2], Melin Özgün Geçer[3], Merve Kaplanlı Sarıdoğan[1], Joshgun Kasımov[1]

[1]Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi-İstanbul
[2]Patoloji AD, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi-İstanbul.
[3]Patoloji AD, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi-İstanbul.

Giriş:

DSÖ'nün 5. Deri Tümörleri Sınıflandırmasına göre, Spitz tümörler belirgin klinik, histolojik ve genetik özelliklerle karakterize melanositik lezyonlardır (1). Spitz grubu melanositik proliferasyonlar klinik olarak Spitz nevüs, Atipik Spitz nevüs/Spitz melanositom ve Spitz melanom olmak üzere 3 gruba, altta yatan genetik bozukluklara dayanarak ise 11p amplifikasyonlu/HRAS mütasyonlu proliferasyonlar, reseptör tirozin kinaz füzyonlu proliferasyonlar (ALK, ROS1, NTRK1, NTRK3, MET, RET), serin/treonin kinaz füzyonlu proliferasyonlar (MAP3K8, BRAF) ve Spitz morfolojisine sahip ancak 11p/HRAS mütasyonu, kinaz füzyonları, BRAF, NRAS, GNAQ, GNA11 mütasyonları ve tanımlanmış melanositik alt grupların karakteristik diğer genetik değişiklikleri olmayan proliferasyonlar olmak üzere 4 gruba ayrılırlar (2).

Bu çalışmada nörotrofik tirozin reseptör kinaz (NTRK) füzyonu bulguları gösteren pigmente Spitz nevüslü pediyatrik olgu sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem:

Beş yaşındaki erkek hasta 2 yıldan beri dizinde yer alan ve son 6 ayda büyümeye başlayan lezyon şikayetiyle baş vurdu (Fig.1 a). Muayenesinde, sağ diz mediyalinde 1x1.1 cm boyutunda, sınırları düzensiz, yüzeyi pürtüklü, koyu kahverenkli lezyon saptandı. Popliteal bölgede ve sağ kasıkta lenfadenopati yoktu.

Genel anestezi altında lezyon eksize edilip primer sütüre edildi. Hasta ameliyat sonrasını sorunsuz geçirdi (Fig.1b).

Histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemede bileşke bölgesindeki melanositik hücrelerde hafif atipi olması, bu hücrelerde (2-3/10 BBA) mitotik figür varlığına karşın PRAME ile melanositlerde boyanma izlenmemesi, p16 ekspresyon kaybı olmaması nedeniyle Atipik Spitz nevüs olarak yorumlansa da lezyonun büyük boyutu, HMB45 ile dermisteki melanositlerde reaksiyon olması, yani derine doğru beklenen negatifleşme gradiyentinin izlenmemesi ve pagetoid yayılım gösteren hücrelerin bulunması nedeniyle Spitz melanomun geri planda ayırıcı tanılda göz önüne alınması gerektiği bildirildi. Spitz tümörlerde tanımlanmış genetik değişikliklerin ortaya konulabilmesi için moleküler çalışmaların yapılması önerildi. Bunun üzerine ikinci bir patoloji görüşü alınması planlandı.

ikinci incelemede lezyonun simetrik olduğu, bileşke bölgesinde ağırlıklı olmak üzere düzenli dağılım gösteren ve yaklaşık olarak eşit boyutlu gruplar oluşturan, melanin pigmenti içeren iğsi şekilli Spitzoid karekterli hücrelerden meydana geldiği, seyrek olarak benzer özellikler taşıyan multinükleer karekterli hücrelerin eşlik ettiği gözlendi. Papiller dermiste ise lezyonun santral kısmında bant tarzında ince bir zonu ilgilendiren, küçük üniform melanosit gruplarının bulunduğu gözlendi. Yapılan ek immünhistokimyasal incelemelerde VE-1 (BRAF V600E) ekspresyonu görülmemesi, morfolojik bulgularla birleştirildiğinde, lezyonun Spitz yolağı üzerinden gelişen bir lezyon olması olasılığını desteklemiştir. Bunu izleyerek iğsi hücreli ve pigmentli Spitzoid lezyonlarda literatürde bildirilmiş olan NTRK füzyonları bulgusunu immünhistokimyasal olarak desteklemek amacıyla anti-panTRK antikoru kullanılarak yapılan incelemede de lezyonu

oluşturan hücrelerde yaygın pozitif reaksiyon gözlenmiştir. Böylece olgunun NTRK füzyonu gösteren iğsi hücreli ve pigmentli tipik bir Spitz tümör olduğunu destekleyen güçlü bir kanıt elde edilmiştir (Fig. 1 c,d,e,f).

Tartışma ve Sonuç:

Spitz nevüsler, genellikle çocukluk çağında ortaya çıkar ve benign karakterlidirler. Tanı biyopsi ve patolojik inceleme ile doğrulanmalıdır. Atipik melanositik lezyon veya melanom şüphesi varsa, lezyonun tümünü içeren eksizyonel biyopsi tercih edilmelidir (4). Spitz tümörlerden atipik Spitz tümör (Spitz melanositom) ve Spitz melanom nadiren de olsa metastaz ve ölüme yol açabileceğinden, tanının zor veya kuşkulu olduğu durumlarda, bu konuda deneyimli kişilerin yapacağı patoloji konsültasyonu çekinilmeden başvurulması gereken ilk yoldur (3,4,5).

Spitz nevüslerin klinik ve mikroskopik özellikleri, onları melanomdan ayırt etmeyi zorlaştırır. Bu durum özellikle pediyatrik popülasyonda, gereksiz yere agresif eksizyona ve ilişkili morbiditelere neden olabileceği için önemlidir. İmmünofenotipik ve moleküler analizler sayesinde, klinisyenler ve patologlar arasında onlarca yıldır tartışma konusu olmuş spitzoid tümörlerin, artık daha net sınırları olan alt tiplerini belirlemek mümkün olmaya başlamıştır (3,4,5).

Spitzoid tümörler çok sayıda melanositik belirteçle değerlendirilebilmekle beraber, atipik Spitz tümörlerin biyolojik davranışını tahmin etmedeki güçleri belirsizdir ve bu nedenle ileri genetik (FISH) ve moleküler (NGS) çalışmalara gereksinim vardır (4).

Son zamanlarda yapılan genetik çalışmalar, bu tümörlerin reseptör tirozin kinaz genlerini (ALK, ROS1, NTRK1, NTRK3, RET, MET, MERTK, FGFR1 veya ERBB4), tirozin kinaz genini (LCK) veya serin/treonin kinaz genlerini (BRAF, MAP3K8, MAP3K3 veya PRKDC) ilgilendiren, birbirlerini dışlayan (mutually exclusive) translokasyonlar gösterdiğini ortaya koymuştur (6).

Spitz lezyonları, HRAS'taki patojenik varyantlar ve ALK, ROS1, MET, MAP3K8, BRAF ve NTRK genlerini içeren füzyonlar gibi klasik melanositik lezyonlardan farklı bir dizi genetik değişiklikler gösterirler (3,6,7,8). Bu, özellikle patoloğun bir Spitz melanom ile bir Spitz lezyonuna benzer bir görünüme sahip olabilen ancak BRAF veya NRAS variyantları gibi farklı genetik değişikliklere sahip olabilen "klasik" bir spitzoid melanom arasında ayrım yapması gerektiğinde faydalıdır (9). Spitz tümörler ile ilişkili genetik değişikliklerin ortaya konması, özellikle hasta Spitz lezyonların görüldüğü tipik yaş grubu dışında olduğunda, bu grup lezyonlarının tanınması için esastır (8).

ALK, MET, NTRK1, RET ve ROS1'i içeren reseptör tirozin kinaz füzyonları Spitz tümörlerinin önemli bir kısmında mevcuttur (6). Ancak İnsan Kanser Genom Atlası'nda (TCGA) gösterildiği gibi akral olmayan kutanöz melanomda nadirdir (10). TCGA'da serin/treonin kinazlar ile BRAF'ın aktive edici füzyonları Spitz tümörlerinin %7'sinde ve akral olmayan kütanöz melanomların %1'inde bildirilmektedir (6).

Sonuç olarak, Spitzoid lezyonların bu konuda deneyimli bir patolog tarafından incelemesi gerekir ve gerektiğinde konsültasyona başvurulmalıdır. İmmünohistokimyasal ve moleküler çalışmalardaki son gelişmelerle daha fazla hasta incelendikçe bu konudaki zorlukların aşılması mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR:

1. WHO Classification of Skin Tumours. 5th Ed. Lyon, 2023: IARC. Beta version.
2. Elder DE, Massi D, Scolyer RA, Willemze R, editors. WHO Classification of Skin Tumours. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.
3. Yeh I, Busam KJ. Spitz Melanocytic Tumours-A Review. Histopathology 2021; 80: 122–134.
4. Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, et al. Update on dermoscopy of Spitz/Reed naevi and management guidelines by the International Dermoscopy Society. British Journal of Dermatology 2017;177: 645–55.
5. Brown A, Sawyer JD, Neumeister MW. Spitz Nevus: Review and Update.Clin Plast Surg. 2021 Oct;48(4):677-686. doi: 10.1016/j.cps.2021.06.002. Epub 2021 Aug 18.
6. Wiesner T, He J, Yelensky R, et al. Kinase fusions are frequent in Spitz tumours and spitzoid melanomas. Nature Communications 2014; 5: 3116. https://doi.org/10.1038/ncomms4116.
7. Dal Pozzo CA, Cappellesso R. The Morpho-Molecular Landscape of Spitz Neoplasms International Journal of Molecular Sciences 2022; 23: 4211.
8. Goto K, Pissaloux D, Tirode F, and de la Fouchardière, A. Spitz Nevus With a Novel TFG-NTRK2 Fusion: The First Case Report of NTRK2-Rearranged Spitz/Reed Nevus. Journal of Cutaneous Pathology. 2021; 1193-6.
9. Zaremba A, Lodde G, Murali R, et al. Molecular Pathology as a Diagnostic Aid in Difficult-To-Classify Melanocytic Tumours With Spitzoid Morphology. European Journal of Cancer 2021; 148: 340-7.
10. Stransky N, Cerami E, Schalm S, et al. The landscape of kinase fusions in cancer. Nature Communications. 2014; 5: 4846.

Anahtar Kelimeler: Spitz nevüs, ayırıcı tanı, immünohistokimyasal inceleme

Fig.1a,b,c,d,e,f

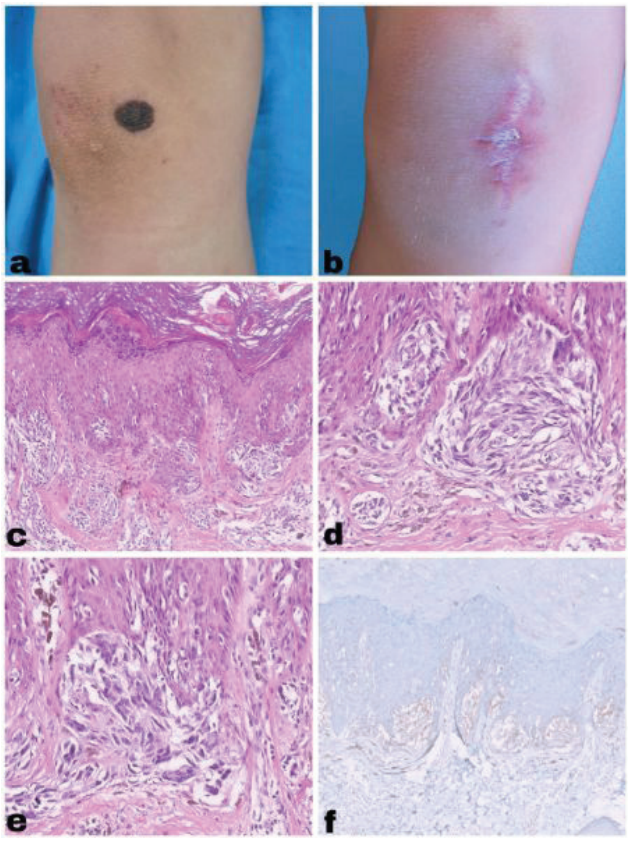


Fig1a: Olgunun preoperatif görünümü. 1b: Olgunun postoperatif görünümü. 1c: Bileşke bölgesinde genellikle interpapiller uzantıların uç kısımlarında gözlenen iğsi şekilli melanositik hücre toplulukları. 1d: Bir başka alandan büyük büyütmede, iğsi hücrelerin melanin pigmenti içerdiği, seyrek olarak multinükleer hücrelerin bulunduğu görülüyor. 1e: Lezyonun başka bir bölgesinde bileşkede çok sayıda "Spitzoid" morfolojili mono ve mültinükleer pigmentli iğsi melanositik hücreler. 1f: panTRK antikoru ile yapılan immünfenotipik incelemede bileşkedeki hücre grupları pozitif reaksiyon göstermekte.

P-027

Pediatrik Xeroderma Pigmentosum Hastasında Multipl Yüz Yerleşimli Skuamöz Hücreli Karsinomlar: Tam Kalınlıkta Deri Grefti ile Cerrahi Yönetim ve Adjuvan Nivolumab Tedavisi – Bir Olgu Sunumu

Alperen Demirel[1], Servet Elçin Alpat[1], Savaş Serel[1], Bilge Ayça Kırmızı[2]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş:

Xeroderma pigmentosum (XP), DNA onarım mekanizmalarında bozukluk ile karakterize nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır. Bu defekt, ultraviyole (UV) radyasyona karşı aşırı hassasiyet ve özellikle skuamöz hücreli karsinom (SHK) başta olmak üzere erken başlangıçlı kutanöz malignitelere yol açar.

Olgu:

Bu yazıda, birinci derece akraba evliliği olan ebeveynlerden doğmuş, XP tanılı 4 yaşındaki erkek hasta sunulmaktadır. Hasta; burun dorsumu, alt ve üst dudaklar ve periorbital bölgeyi tutan, hızlı progresyon gösteren çok sayıda yüzeyel SHK ile başvurdu. Onkolojik açıdan güvenli cerrahi sınırları gözetilerek eksizyon gerçekleştirildi ve suprapubik bölgeden alınan tam kalınlıkta deri greftleri (TKDG) ile eş zamanlı rekonstrüksiyon yapıldı. Histopatolojik inceleme; iyi ile orta derecede diferansiye SHK tanısını doğruladı ve bazı bölgelerde pozitif veya cerrahi sınıra yakın yerleşimli tümör saptandı. Postoperatif PET-BT'de uzak metastaz izlenmedi. Hastalığın agresif seyri ve hastanın yaşı göz önünde bulundurularak adjuvan immünoterapi olarak nivolumab tedavisine başlandı.

Tartışma:

Pediatrik XP hastalarında tekrarlayan cerrahi işlemler önemli fiziksel ve psikolojik yük oluşturabilir. Bu vakada, titiz cerrahi planlama sayesinde tümörler güvenli sınırla eksize edilmiş, özellikle yüz bölgesi gibi kozmetik açıdan kritik alanlarda TKDG ile başarılı estetik sonuçlar elde edilmiştir. TKDG'ler, diğer greft tekniklerine göre daha iyi renk ve doku uyumu sağlamakta olup, estetik açıdan hassas bölgelerde tercih edilmektedir. Bazı bölgelerde cerrahi sınır pozitifliği saptanmasına rağmen, yeniden eksizyon yapılmaması yönündeki karar; onkolojik güvenliğin sağlanması ile estetik bütünlüğün korunması arasındaki denge göz önünde bulundurularak ve sistemik immünoterapi desteğiyle alınmıştır.

Sonuç:

Bu olgu, yüz bölgesinde SHK gelişen XP hastalarında bireyselleştirilmiş, multidisipliner tedavi stratejilerinin önemini vurgulamaktadır. Dikkatle planlanan cerrahi eksizyon ve rekonstrüksiyonun TKDG ile kombine edilmesi, hem onkolojik açıdan yeterli hem de kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar sunabilir. Adjuvan immünoterapi, hastalık kontrolünü artırarak tekrarlayan ve şekil bozucu cerrahilerin önüne geçebilir; böylece hastanın yaşam kalitesini anlamlı şekilde iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Onkolojik cerrahi, Pediatrik cilt kanseri, Skuamöz hücreli karsinom, Tam kalınlıkta deri grefti, Xeroderma pigmentosum, Yüz rekonstrüksiyonu

Şekil 1. Pediatrik Xeroderma Pigmentosum hastasının yüzdeki lezyonlarının preoperatif (A–C) ve postoperatif (D–F) klinik görünümü.



(A–C) Burun dorsumu, perioral bölge ve sol lateral kantusta yerleşimli, çok sayıda hiperpigmente ve ekzofitik lezyon izlenmektedir. Bu lezyonlar, klinik olarak skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu, çok odaklı yerleşim göstermektedir. (D–F) Geniş lokal eksizyon ve tam kalınlıkta deri grefti (TKDG) sonrası postoperatif erken dönem görünüm. Burun dorsumu ve sol temporal bölgede greftin başarılı şekilde adapte olduğu ve konturun restore edildiği izlenmektedir. Dudak bölgesine uygulanan primer onarım sonrası minimal skar oluşumu gözlenmektedir.

P-028

Alt Ekstremitede Nadir Bir Tümör: Uyluk Medialinde Merkel Hücreli Karsinomunda Erken Cerrahi Yönetim-Olgu Sunumu

Alperen Demirel, Servet Elçin Alpat, Savaş Serel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş:

Merkel hücreli karsinom (MHK), nadir görülen ancak son derece agresif seyirli, nöroendokrin özellikler taşıyan bir cilt tümörüdür. Genellikle ileri yaşta, bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde ve güneşe maruz kalan anatomik bölgelerde ortaya çıkar. Hızla büyüme, erken lenf nodu ve uzak metastaz potansiyeli, bu tümörü yüksek riskli gruba dahil eder. Tanı, histopatolojik inceleme ile birlikte immünohistokimyasal markerların değerlendirilmesiyle konur. Erken tanı ve cerrahi müdahale prognoz açısından kritik öneme sahiptir.

Olgu:

Altmış dokuz yaşındaki, bilinen kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon ve benign prostat hiperplazisi öyküsü bulunan erkek hasta, sağ uyluk medial bölgede yaklaşık 4,5 ay önce ortaya çıkan, zamanla büyüyen ancak ağrısız ve akıntısız bir lezyon nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurmuştur. Alınan punch biyopside MCC ile uyumlu nöroendokrin tümör saptanmış, CK20, Kromogranin-A, INSM1 gibi belirteçlerde yaygın pozitiflik izlenmiştir. PET-BT'de lezyon lokalize, bölgesel lenf nodunda hafif artmış tutulum görülmüş ancak uzak metastaz saptanmamıştır. Hasta plastik cerrahi kliniğimize yönlendirilmiş; geniş lokal eksizyon ve sentinel lenf nodu biyopsisi planlanmıştır. Genel anestezi altında gerçekleştirilen operasyonda 1 cm cerrahi sınırla lezyon eksize edilmiş, sentinel lenf nodu gamma prob yardımıyla çıkarılmış, cilt defekti primer onarılmıştır.

Patolojik değerlendirmede, tümör hücreleri derin cerrahi sınıra 6 mm, lateral sınıra 3,5 mm mesafede izlenmiş, ancak perivasküler alanda 1 mm'lik mikrofokal tutulum görülmesi üzerine multidisipliner konsey kararıyla cerrahi sınır genişletilmesine karar verilmiştir. İkinci cerrahi ile lezyonun çevresinden 2 cm'lik ek doku marjı ile eliptik eksizyon gerçekleştirilmiş, defekt flep veya greft gerekmeksizin primer olarak kapatılmıştır. Revizyon materyalinde rezidüel tümör saptanmamış, skar dokusuna ait fibrozis ve dev hücreli inflamasyon ile uyumlu bulgular izlenmiştir. Hasta adjuvan tedavi planlaması ve takip amacıyla medikal onkolojiye yönlendirilmiştir.

Tartışma:

Bu olgu, MCC'de erken tanının ve yeterli cerrahi sınırlarla yapılan eksizyonun önemini ortaya koymaktadır. İlk cerrahide 1 cm marj bırakılmış olmasına karşın, sınırın mikroskobik düzeyde yakın olması nedeniyle ikinci bir cerrahi ile toplamda yaklaşık 2 cm'lik sağlam doku marjı sağlanmış, lokal nüks riski azaltılmıştır. Ayrıca, sentinel lenf nodu biyopsisi sayesinde mikrometastaz riski değerlendirilmiş, gereksiz lenf nodu diseksiyonu önlenmiştir. Plastik cerrahinin onkolojik rezeksiyon ve rekonstrüksiyon aşamalarını entegre biçimde yürütebilmesi, başarılı ve düşük morbiditeli bir cerrahi süreci mümkün kılmıştır.

Sonuç:

Merkel hücreli karsinomun yönetiminde erken, yeterli sınırlarla yapılan cerrahi eksizyon ve sentinel lenf nodu biyopsisi temel yaklaşımlar olmalıdır. Şüpheli cerrahi sınırlar saptandığında ek cerrahi ile genişletme yapılması, adjuvan tedaviye gerek kalmaksızın tam rezeke edilmiş bir alan sağlayabilir. Plastik cerrahinin onkolojik ve rekonstrüktif yaklaşımı birleştirmesi, hasta konforunu artırırken tedavi başarısını da optimize etmektedir.

Anahtar Kelimeler: deri tümörü, geniş lokal eksizyon, Merkel hücreli karsinom, nöroendokrin tümör, onkolojik cerrahi, plastik cerrahi

P-029

Malar Bölgeden Deri Tümörü Eksizyonu Sonrası İmre Flebi ile Defekt Onarımı

Ayhan Sönmez, Onur Hasret Yurtsever, İsmail Bülbüloğlu, Mehmet İskenderoğlu, Berk Kaan Bolatbaş
Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Malar bölge bu bölgede oluşan defektler travmaya veya malignite cerrahisine sekonder gelişebilmektedir. Yüz estetik ünitelerinin önemli bir parçası olan yanak bölgesinin rekonstrüksiyonu için birçok rekonstrüksiyon seçeneği mevcuttur. İmre flebi de bu rekonstrüksiyon seçeneklerinden bir tanesidir.

İmre flebi adını Macar cerrah Joseph İmre'den alır ilk kez 1930'lu yıllarda tanımlanmıştır. Günümüzde nadiren kullanılan bir tekniktir. Literatürde İmre flebi ile ilgili çok az yayın ve vaka serisi bulunmaktadır. Renk uyumu, cilt kalınlığı ve yakınlığı nedeniyle uygun fonksiyonel ve estetik sonuçlar sağlayabilen bir fleptir. Nazolabial kıvrım üzerinden kaldırılması yüzün gerim çizgilerine büyük ölçüde uyum sağlayan bir flep seçeneğidir.

Olgu: 88 yaş erkek hasta sol malar bölgede 2x2 cm bcc ön tanılı lezyonu nedeniyle polikliniğimize başvurdu.

Cerrahi teknik: Hasta supin pozisyonda baş hafif yükseltilmiş şekilde yatırıldı. Lokal anestezi uygulamasını takiben kitle 7 mm cerrahi sınır ile eksize edildikten sonra flep tasarlandı. donör bölge ipsilateral nazolabial kıvrım olarak inferior pediküllü fasyokütan flep planlandı. Derin fasya korunarak flep eleve edildi. Kanama kontrolü sağlandıktan sonra flep superolateral yönde rotasyon hareketi yaparak defekt bölgesine inset edildi. Flep yerine adapte edilirken nazoetmoid üzerindeki periosta emilebilir süturler ile alt göz kapağının aşağı traksiyonu ve ektropion olmaması için önlem alındı. Donör saha nazolabial kıvrım boyunca primer kapatılması nedeniyle estetik olarak uygun sonuç elde edilmesi ön görüldü.

Hastanın preoperatif, intraoperatif ve postoperatif fotoğrafları dokümente edildi. Hasta kontrole post op 1. Ve 21. günlerde geldi. Patoloji takibinde cerrahi sınır temiz görüldü. Bazal hücreli karsinom adenoid tip olarak raporlanmış görüldü.

Tartışma: İmre flebi nazolabial flebin bir modifikasyonu olarak değerlendirilebilir. Literatürde bu bölgenin defektlerinin onarımı için paramedian alın flebi[1], mustarde flep[2] ve ilerletme flepleri[3] için daha fazla çalışma mevcuttur. Malar bölgedeki küçük- orta boyutlu cilt defektleri(2-4 cm) nin kapatılmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Nazolabial kıvrım yüzün doğal katlantı hatlarından biri olduğu için donör saha izi estetik olarak kabul edilebilir düzeydedir. Bununla birlikte flep alt pediküle sınırlı bir rotasyon açısına sahip olduğu için lateralize veya geniş malar defektlerde yetersiz kalabilir. Bu tür defektler için servikofasiyal ilerletme flebi vb. rekonstrüksiyon seçenekleri mevcuttur.

Sonuç: İmre flebi malar bölge cilt defektlerinin kapatılmasında güvenli estetik ve fonksiyonel bir yöntem sunar. Nazolabial kıvrımdan elde edilen bu lokal flep hem pratik uygulanabilirliği hem de düşük komplikasyon riski nedeniyle yeniden dikkate alınabilecek bir fleptir. Hastamızın takiplerinde herhangi bir komplikasyon

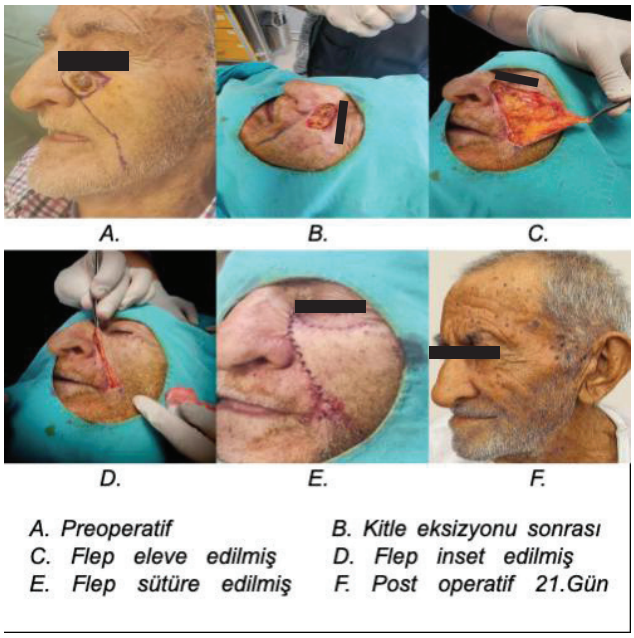
gelişmemiştir. Post operatif takiplerinde 21. Gününde süturleri alınmıştır. Estetik açıdan kabul edilebilir sonuçlar gözlenmiştir.

Kaynakça:

[1]Leibovitch I, McNab A, Sullivan T, Davis G, Selva D. Periocular reconstruction with the Mustardé cheek rotation flap. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2005;21(5):358–362. doi:10.1097/01.iop.0000178917.51338.08
[2]Burget, G. C., & Menick, F. J. (1990). The paramedian forehead flap. Clinical Plastic Surgery, 17(4), 467–485.
[3]Somoano, B., V. Mendez, and J. L. Sanchez. "Use of V-Y Advancement Flap in the Reconstruction of Facial Defects." Dermatologic Surgery 25, no. 9 (1999): 686–689. https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.1999.99072.
Imre J. A new method for covering defects of the face with pedicled cheek flaps. Magy Seb. 1930;1:86–89. PMID: 13657724.
Zide, B. M., & Jackson, I. T. (1993). Deep nasolabial flap for reconstruction of midfacial defects. Plastic and Reconstructive Surgery, 91(4), 804–810. https://doi.org/10.1097/00006534-199304000-00027

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, Deri kanserleri, Skuamoz hücreli karsinom, Kitle eksizyonu, Flep

Preoperatif, İntraoperatif ve Postoperatif Fotoğraflar



A. Preoperatif
B. Kitle eksizyonu sonrası
C. Flep eleve edilmiş
D. Flep inset edilmiş
E. Flep sütüre edilmiş
F. Post operatif 21.Gün

Sol malar bölgeden kitle eksizyonu sonrası oluşan defektin İmre Flebi ile onarımı; a. preoperatif, b. kitle eksizyonu sonrası defekt alanı, c. İmre Flebi'nin eleve edilmiş hali, d. Flebin inset edilmiş hali, e. Flebin süture edilmiş hali, f. postoperatif 21. gün kontrolü

P-030

2 Yaş Hastada Konjenital Kökenli Gelişen DEV-POLİPOİD DERMATOFİBROM Olgu Sunumu

Furkan Gözübüyük, Recep Anlatıcı, Erinç Evrensel, Bakır Deniz, Fatih Durğut

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç

Dermatofibromlar diğer adıyla Benign fibröz histiyositomlar, histopatolojisinde fibroplastik ve histiyositik özellikler sergileyen, etiyolojisi belirsiz olan ve çoğunlukla iyi huylu neoplazmalardan oluşan bir gruptur. Klinik olarak çoğunlukla asemptomatiktirler ve yavaş büyüme karakterine sahiptir, genellikle 1,0 cm çapında boyutları ile gövdede ve ekstremite bulunarak, tek veya çoklu şekilde düzenli sınırlı, papüller-noduller olarak ortaya çıkar. 1,3,4,5 Dermatofibromlar tüm yaş gruplarında bulunabilmekle beraber özellikle kadınlarda olmak üzere 20-50 yaş arası bireylerde daha sık görülür. Çocukluk çağında ortaya çıkan Dermatofibromlar büyüme karakterindedir ve baş, boyun ve üst ekstremiteler gibi olağandışı yerleri etkileyebilir. Ekstrakütanöz tutulum nadirdir, ancak literatürde uzun kemiklerde, mukozada, intraoküler, intrakranial tutulum bildirilmiştir.6

Olgu

2 yaş bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, konjenital olarak torakal vertebra lateralinde bulunan ve 0.5*0.5 cm boyutunda bulunan lezyonun, 18 aylık olana kadar giderek büyümesi nedeniyle mükerrer hastana başvuruları olmuş ve medikal tedavileri düzenlenmiş. Hasta kliniğimize başvurusu sırasında sırtta bulunan kitlesi ciltten eleve, hiperemik, polipoid görünümde santrali ülsere ve minimal pürülan akıntısı bulunan yaklaşık 3.5*4 cm boyutunda kitlesi mevcuttu. Hastaya tarafımızca sistemik antibiyoterapisi düzenlendi ve geniş eksizyon planlanarak kliniğimizde yatışı yapıldı. Hastaya tarafımızca 0.7-0.8 cm sınırdan, kas fasyası üzerinden eksizyonu yapıldı.Per-op 5.5*6 cm boyutundaki defektif alan primer onarıldı. Hastanın patoloji sonuçlarında, lezyonun histopatolojik bulguları ile Dermatofibroma/Benign fibroues histiocyhoma (giant-polypoid) lehine yorumlanmış ve Ki-67 indeksinin %30 oranında olduğu yorumlanmıştır aynı zamanda lezyonun 4.7 cm çapında, 1.1 cm derinlikte polipoid görünümlü kitlenin en yakın cerrahi sınıra, taban sınırına 0.8 cm uzaklıkta olduğu görülmüştür.

Tartışma

Sıklıkla travma sonrası ekstremitelerde ve yine sıklıkla genç erişkinlik çağında ortaya çıkan dermatofibromun, bizim vakamızda konjenital lezyon zemininde kısa sürede gelişip büyümesi, semptomatik olması ve 2 yaşındaki hastada yaklaşık 4 cm çapa ulaşması, dev-polipoid dermatofibrom tanısı alması ilginçti. Patoloji raporunda aktin, desmin, CD34,CD31,vimentin, faktör XIIIa immunohistokimyasal uygulamaları ile dermatofibrosarcoma protuberans'tan ayırt edilmiştir. Ayırıcı tanı ayrıca leiomyom, leiomyosarkom, malign fibröz histiyositom, melanom, dermatofibrosarcoma protuberans, Kaposi sarkomunu da içermelidir. 1,2,6

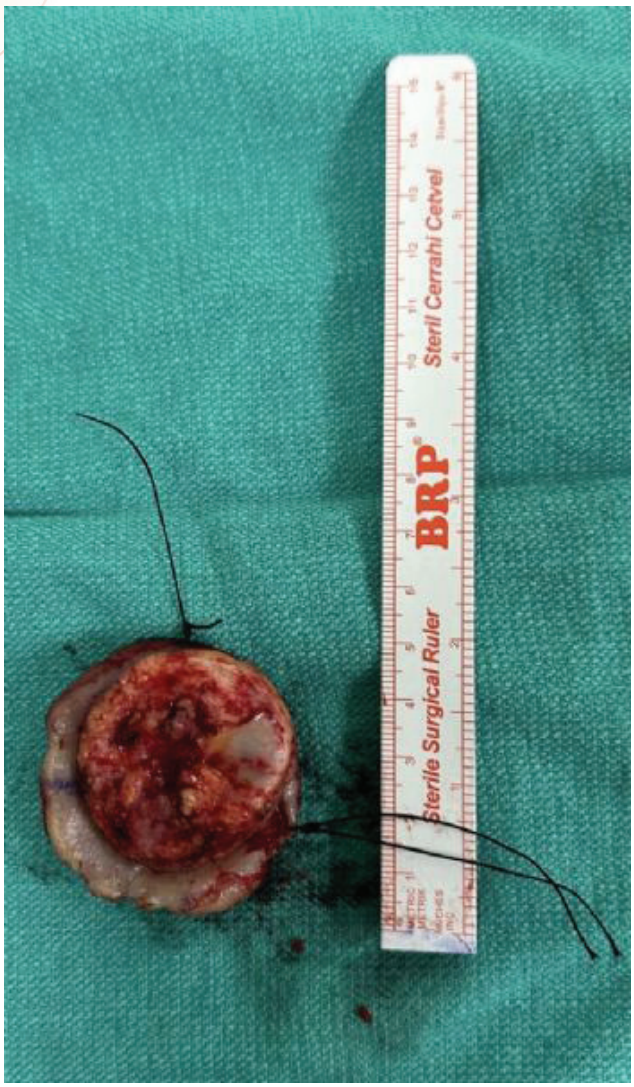
Sonuç

Dermatofibrom tedavisinde; atipik vakalar, dev veya lokal semptomatik lezyonlar için ve hücresel, anevrizmal ve atipik alt tipleri bulunduğunda geniş eksizyon önerilmektedir. Dermatofibromlar, çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte çok iyi prognoza sahip lezyonlardır. Bazı lezyonlar spontan regresse olarak hipopigmente cilt görünümüne yol açabilir. Çoğu dermatofibrom, regresyon-progresyon göstermeksizin yıllarca stabil kalabilir. Geniş eksizyon

yapılan dermatofibrom vakalarında nadiren nadiren nüks bildirilmiştir. Lokal nüks; 1,5-2,0 cm'den daha büyük, daha yüksek hücre konsantrasyonuna sahip, yüksek mitotik indeksi olan, hipervaskülarite veya nekroz varlığı içeren lezyonlarla tanımlanmıştır.1,2 Sonuç olarak, hücresel veya atipik varyantları içeren dermatofibrom eksizyonlarında, nadir bildirilmiş olsa da lokal tekrarlama oranı nedeniyle, temiz sınırların sağlanması için re-eksizyon önerilebilir. Olguya tarafımızca Ki-67 oranı yüksekliği nedeni ile olgunun yakın takibi planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: DERMATOFİBROM, BENİGN FİBROZ HİSTİYOSİTOM, POLİPOİD DERMATOFİBROM

Resim-1



Hastanın torakal vertebra bölgesinde bulunan polipoid dev dermatlfibrom uyumlu kitlesi. Per-op, eksizyon materyal

P-031

Kondroid Syringom Tanılı Hastada Üst Dudak Rekonstrüksiyonu Olgu Sunumu

Murat Doğuş Çerikan, Ege Temür, Muhammed Enes Birgül, Kamuran Zeynep Sevim

Giriş

Kondroid syringom; nadir görülen, genellikle benign karakterde, ter bezlerinden köken alan bir deri tümörüdür. Klinik olarak genellikle küçük, yavaş büyüyen, ağrısız, cilt altı nodülü şeklinde kendini gösterir. En sık baş-boyun bölgesinde görülür. Histopatolojik olarak hem epiteliyal hem de mezenkimal komponentler içerdiği için 'mikst tümör' olarak da adlandırılır. Bu olguda, üst dudak sağ tarafında yerleşimli kondroid syringom tanısı almış 52 yaşındaki erkek hastada yapılan eksizyon ve rekonstrüksiyon süreci sunulmaktadır.

Olgu

52 yaşındaki erkek hasta, üst dudak sağ tarafında yaklaşık bir yıldır mevcut olan, son dönemde belirginleşen bir kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, üst dudak filtrum sağında yaklaşık 1x1 cm boyutlarında, sınırları düzensiz, palpasyonla sert ve fikse, ağrısız bir kitle saptandı. Baş-boyun muayenesinde başka patolojik bulguya rastlanmadı. Dermatolololoji kliniği tarafından yapılan punch biyopside; kondroid syringom ön tanısı kondu ve total eksizyon önerildi. Hasta kondroid siringoma ön tanısıyla 16.06.2025 tarihinde ameliyat edildi. Kitleden 0,5 cm'lik güvenlik marjı bırakılarak tam kat eksizyon yapıldı. Ortaya çıkan defektin kapatılması için, alt dudaktan üst dudak bölgesine uzanan Estlander flebi tasarlandı. Flep tam kat olarak hazırlanarak, defekte adapte edildi.

Estlander flebi, üst veya alt dudakta yer alan defektlerin rekonstrüksiyonunda sıkça kullanılan, komşu dudaktan doku aktarımı sağlayan transvers, rotasyonel bir komissüral flep tekniğidir. Genellikle üst dudak defektlerinde alt dudaktan, veya alt dudak defektlerinde üst dudaktan doku alınarak uygulanır. Flebin temel avantajı; mukoza, kas ve cildi birlikte içermesi sayesinde hem estetik görünümün hem de oral kontinens ve fonksiyonun korunmasına olanak tanımasıdır. Komissür bölgesine uzanan defektlerde, dudak bütünlüğünü bozmadan doğal konturu yeniden oluşturmak için güvenilir bir çözümdür.

Sonuçlar

Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta, operasyon sonrası takiplerde flep vitalitesi korunmuş, yara iyileşmesi sorunsuz seyretmiştir. Donör saha sorunsuz kapatılmıştır. Estetik ve fonksiyonel sonuç tatmin edici bulunmuştur. Patoloji sonucu kondroid syringom ile uyumlu gelmiştir. Hasta taburculuğu sonrası poliklinik kontrolleri ile izlenmeye devam etmektedir.

Tartışma

Kondroid siringoma ilk kez 1859 yılında Billroth tarafından tanımlanmış ve histopatolojik olarak tükürük bezi orijinli benign mikst tümöre benzerliğinden dolayı cildin mikst tümörü olarak adlandınImıştır. (4) Kondroid syringom, nadir görülen ve çoğunlukla benign seyirli bir deri tümörüdür. Kondroid siringomalar klinik olarak asemptomatiktir, ancak estetik nedenlerden dolayı basit eksizyon ile çıkarılmalıdır.

Yüz bölgesindeki yerleşimli lezyonlarda, eksizyon sonrası oluşabilecek estetik ve fonksiyonel bozuklukların önüne geçmek amacıyla rekonstrüktif yöntemler önem kazanmaktadır. Estlander flebi, üst ve alt dudak arasında doku aktarımı sağlayan güvenilir bir flep yöntemidir. Özellikle dudak kenarı ve komissura yakın defektlerde, fonksiyonel bütünlüğü ve simetriyi korumada etkilidir. Bu

olguda da, Estlander flebi kullanılarak hem estetik hem de fonksiyonel olarak tatmin edici bir sonuç elde edilmiştir.

Sonuç

Üst dudak yerleşimli kondroid syringom olgularında, cerrahi eksizyon sonrası oluşan doku kaybı; uygun flep teknikleri ile başarılı şekilde onarılabilir. Estlander flebi, dudak rekonstrüksiyonunda hem fonksiyonel hem de estetik açıdan etkili ve güvenli bir seçenek sunmaktadır.

Kaynakça

1. Kanitakis, J. (2006). Mixed tumours of the skin—histogenesis and clinical implications: A review. *European Journal of Dermatology*, 16(5), 493–498.
2. Sarma, D. P., & Weilbaecher, K. N. (2002). Chondroid syringoma: A mixed tumor of the skin. *Southern Medical Journal*, 95(6), 656–659.
3. Janssen, D. A., & Cigna, E. (2014). Functional and aesthetic reconstruction of the lips using Estlander flap: A review of techniques. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 67(9), 1233–1240.
4. Karaca, M., Mısırlıoğlu, A., & Aköz, T. (2007). Chondroid Syringoma Of The Upper Lip: A Report Of A Case. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 89–92.

Anahtar Kelimeler: Estlander flebi, kondroid syringom, üst dudak rekonstrüksiyonu

resim 1



Hastanın preop, perop ve postoperatif fotoğrafları

P-032

Frontal Bölge BCC Eksizyonu Sonrası H-Flep ile Rekonstrüksiyon: Kısa Dönem Klinik ve Hasta Bazlı Sonuçlar

Vural İnce, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Harun Güleç, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Bazal hücreli karsinom, baş ve boyun bölgesini sıklıkla tutan, deri kanserleri arasında en yaygın olan formdur [1]. Frontal bölge yerleşimli lezyonlar, hem kozmetik hem de fonksiyonel açıdan özel yaklaşımlar gerektirir. Eksizyon sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunda; sekonder iyileşme, primer kapatma, deri greftleri, lokal flepler gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır [2].

Lokal flepler; özellikle renk, doku kalınlığı ve esneklik açısından lokal doku avantajı sundukları için tercih edilmektedir. H-flep, karşılıklı iki ilerletme flebinin medial hatta birleştirilmesiyle oluşturulan ve ismini bu görünümden alan bir lokal flep tipidir. Langer çizgilerine paralel yapılan kesiler, skar görünümünü belirgin ölçüde azaltabilir.[3]

Bu çalışmada, frontal bölgedeki bazal hücreli karsinom eksizyonu sonrası H-flep tekniği ile rekonstrüksiyon yapılan hastalarda, kısa dönem estetik ve fonksiyonel sonuçlar ile hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Ocak 2025 – Mart 2025 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde gerçekleştirilen, prospektif gözlemsel bir vaka serisidir. Çalışmaya, frontal bölgede histopatolojik olarak bazal hücreli karsinom tanısı konulmuş, servikal lenfadenopati ve kemik invazyonu bulunmayan 10 hasta dahil edilmiştir.

Cerrahi işlem lokal anestezi altında gerçekleştirilmiştir. Düşük riskli bazal hücreli karsinom lezyonları için genellikle 3-4 mm klinik marjin ile yapılan eksizyon yeterli kabul edilmektedir. Buna karşın, yüksek riskli veya agresif histolojik alt tipe sahip karsinomlar için cerrahi marjinin en az 5 mm veya daha fazla olması önerilmektedir[4]. Defektler, iki simetrik yatay ilerletme flebiyle oluşturulan H-flep yöntemi kullanılarak kapatılmıştır. Fleplerin boyutları defektin büyüklüğüne göre planlanmış ve flep uzunluğunun / enine oranı 2:1 olacak şekilde düzenlenmiştir. Kesiler Langer çizgilerine paralel olacak şekilde planlanmıştır.

Ameliyat sonrası 12. haftada, hastaların skar görünümü ve ağrı düzeyi Modifiye Vancouver Skar Skalası (MVSS) ile hasta bazlı olarak değerlendirilmiştir. Ölçütler vaskülarite, pigmentasyon, ağrı, kaşıntı ve esneklik parametrelerini içermektedir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 66 (min: 55, maks: 83) idi. Katılımcıların 7'si erkek (%70), 3'ü kadındı (%30).

MVSS vaskülarite skorlamasında; 2 hasta (%20) skar bölgesinde kırmızı renk, 4 hasta (%40) pembe renk, 4 hasta (%40) ise ciltle uyumlu renk bildirimi yaptı. Pigmentasyon açısından tüm hastalar (%100) skarın normal cilt rengi ile uyumlu olduğunu belirtti.

Ağrı düzeyi değerlendirmesinde 3 hasta (%30) analjezik kullanım ihtiyacı duyduğunu, 5 hasta (%50) zaman zaman ağrı hissettiğini bildirdi. Ortalama MVSS toplam skoru 2,2 olarak kaydedildi. Hiçbir hastada enfeksiyon, flep nekrozu, hematom gelişmedi ve revizyon ihtiyacı doğmadı.

Tartışma

Frontal bölge yerleşimli bazal hücreli karsinom lezyonları, rekonstrüktif açıdan özel bir yaklaşım gerektirir. Literatürde bu bölgeye lokalize karsinomlar için bir çok farklı teknik geliştirilmiştir. Bu çalışmamızda hastalara uyguladığımız H flebi bir çok açıdan değerlendirilmiştir.H-flep; estetik olarak alın Langer çizgilerine uyum sağlaması, dokuların benzerliği ve tek seansta uygulama avantajı ile öne çıkmaktadır. Ayrıca, donör sahada sekonder morbidite oluşmaması bu yöntemin önemli avantajlarındandır.

Çalışmamızda, H-flep ile rekonstrüksiyon sonrası erken dönemde hasta bazlı estetik memnuniyetin yüksek olduğu gözlenmiştir. Tüm hastalarda yara iyileşmesi sorunsuz tamamlanmış, komplikasyon bildirilmemiştir.Ancak skar uzunluğu ve frontal bölgede oluşabilecek kontraktür dezavantaj olarak değerlendirilebilir. Avantajların dezavantajlarına baskın olduğunu düşündüğümüz için bizce tercih edilebilir bir yöntemdir. Sonuçlarımız, literatürde daha önce bildirilen frontal bölgede yapılan lokal flep vaka serileriyle uyumludur[5,6].

Sonuç

H-flep tekniği, frontal bölgeye lokalize küçük-orta boyutlu bazal hücreli karsinom eksizyonlarından sonra etkili ve güvenle kullanılabilecek bir seçenektir.. Kısa operasyon süresi, lokal anestezi altında uygulanabilirliği, estetik başarı oranı ve düşük komplikasyon riski ile bu yöntem, özellikle yaşlı ve sistemik hastalığı olan bireylerde öncelikli tercih edilebilir.

H-flep, frontal bölgede 6 cm'ye kadar olan defektlerde, düşük morbidite ve yüksek hasta memnuniyeti ile birlikte güvenli bir seçenek olarak görülmektedir.[7]

Kaynakça

Jagdeep Rao, Hars Deora. Surgical excision with forehead flap as single modality treatment for Basal cell cancer of central face: single institutional experience of 50 cases. J Skin Cancer 2014:2014:320792
Seitz IA,Gottlieb LJ. Reconstruction of Scalp and Forehead Defects. Clin Plas Surg. 2009;36(3):355-377
Baker SR. Local Flaps in Facial Reconstruction. 3rd ed. Elsevier; 2014.
Quazi SJ, Aslam N, Saleem H, et al. Surgical Margin of Excision in Basal Cell Carcinoma: A Systematic Rewiew of Literature. Cureus. 2020;12(7):e9211
Lee KS, Kim JO,Kim NG,Lee YJ,Kim JS. A comparison of the local flap and skin graft by location of face in reconstruction after resection of facial skin cancer. Arch Craniofac Surg.2017;18(4):255-60
Rustemeyer J, Thieme V, Günther L, Bremerich A. Experiences with surgical management of facial basal cell carcinoma and procedures for plastic reconstruction. Mund Kiefer Gesichtschir. 2005;9(4):220-4
Ebrahimi A,Nejadsarvari N. Upper Forehead Skin Reconstruction with H-Flap: prospective case series involving 10 patients. J Cutan Aesthet Surg. 2013;6(3): 152-154

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, H-flep, Lokal flep, Langer çizgileri

Hastanın preop, operasyon sırasında ve post op 1. Hafta ve 3.ay görselleri



P-033

BCC'de nadir görülen bir durum: lenf nodu metastazı

Şeyhmus Mete, Ahmet Faruk Yücel, Erol Kozanoğlu
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PLASTİK REKONSTRUKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL

GİRİŞ

MELANOM DIŞI DERİ KANSERLERİ DERİNİN EN SIK GÖRÜLEN MALİGN TÜMÖRLERİDİR. KERATİNOSİT KAYNAKLI OLAN BU TÜMÖRLERDEN EN SIK BCC GÖRÜLÜR. METATİPİK BCC İSE HEM BCC HEM DE SCC ÖZELLİKLERİNİ TAŞIYAN NADİR AMA AGRESİF BİR BCC ALT TİPİDİR. KLASİK BCC'YE KIYASLA LOKAL REKÜRRENS RİSKİ DAHA YÜKSEKTİR VE METASTAZ YAPABİLİR. BU OLGU SUNUMUNDA GENÇ BİR ERKEK HASTADA PENOSKROTAL BCC'NİN İNGUİNAL LENF NODU METASTAZI VE TEDAVİSİ DEĞERLENDİRİLMİŞTİR.

HASTA VE YÖNTEM

29 YAŞ ERKEK HASTA SOL PENOSKROTAL BİLEŞKEDE YAKLAŞIK DÖRT YIL ÖNCE BAŞLAYAN GİTTİKÇE BÜYÜYEN KİTLE ŞİKAYETİYLE DIŞ MERKEZE BAŞVURMUŞ.DIŞ MERKEZDE ALINAN EKSİZYONEL BİYOPSİNİN BAZOSKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM OLARAK SONUÇLANMASI ÜZERİNE HASTA TARAFIMIZA YÖNLENDİRİLMİŞ. TARAFIMIZCA YAPILAN REEKSİZYON SONUCU METATİPİK BCC GELDİ. ÜÇ AY SONRA HASTA, SOL İNGUİNAL BÖLGEDE ELE GELEN ŞİŞLİK ŞİKAYETİYLE YENİDEN BAŞVURDU VE YAPILAN MUAYENEDE ELE GELEN LENFADENOMEGALİLERİ TESPİT EDİLDİ. HASTANIN İLERİ TETKİKLERİ İNGUİNAL USG VE PET CT İLE YAPILDI. SONUÇLARIN METASTATİK LAP İLE UYUMLU GELMESİ ÜZERİNE HASTAYA REEKSİZYON VE İNGUİNAL LENF NODU DİSEKSİYONU YAPILDI.

BULGULAR

HASTANIN REEKSİZYON MATERYALİNDE TÜMÖR GÖRÜLMEDİ ANCAK LENF NODU DİSEKSİYON PİYESİNDE

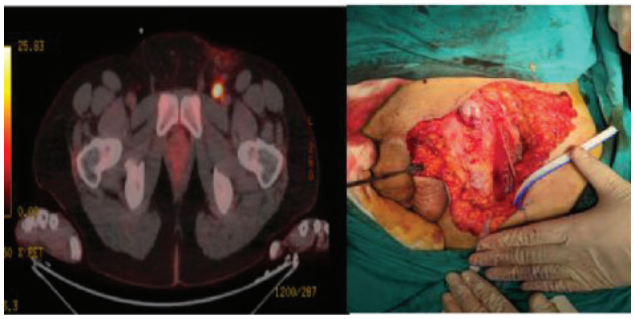
ÇIKARTILMIŞ OLAN 6 ADET LENF NODUNDAN BİRİNDE METASTAZ OLDUĞU SAPTANDI. HASTANIN BİRİNCİL LEZYONUNUN VE İNGUİNAL BÖLGESİNİN KONTROL ALTINA ALINDIĞI DÜŞÜNÜLDÜKTEN SONRA HASTA RADYASYON ONKOLOJİSİNE DANIŞILDI. İLGİLİ KONSEYDE DEĞERLENDİRİLEN HASTAYA PRİMER LEZYON VE İNGUİNAL BÖLGEYE YÖNELİK 25 SEANS RT PLANLANDI. RT SONRASI 2. AYINDA OLAN HASTADA TAKİPLERİNDE LOKAL NÜKS SAPTANMAMIŞTIR.

SONUÇ

METATİPİK BCC, BCC ALT TİPİ OLMASINA RAĞMEN NADİR DE OLSA METASTAZ YAPABİLİR. BU SEBEPLE BCC TANISI BİZİ YANILTMAMALI, METATİPİK BCC TANISI ALAN HASTALARA LENF MUAYENESİ HER ZAMAN YAPILMALIDIR VE GEREĞİNDE İLGİLİ GÖRÜNTÜLEMELERLE HASTA DEĞERLENDİRİLMELİDİR.

Anahtar Kelimeler: BCC, LENF NODU METASTAZI, METASTATİK BCC, METATİPİK BCC

pet ve diseksiyon görüntüsü



P-036
Renal Hücreli Karsinoma Bağlı Nadir Bir Metastaz: Olgu Sunumu

Berkay Umur[1], Berkan Can Bilen[1], Ayhan Işık Erdal[1], Emirhan Gül[2], Özlem Erdem[2]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Renal hücreli karsinom (RCC), en sık görülen böbrek malignitesidir ve erişkin solid tümörlerinin %3'ünden fazlasını oluşturur. RCC'nin deri metastazı yapması nadir bir durumdur ve tüm RCC metastazlarının %7'den azını oluşturur [1]. Saçlı deri tutulumu deri metastazlarının küçük bir kısmını oluşturmakta olup kötü prognoz ile ilişkilidir [4]. Şimdiye kadar literatürde yaklaşık 30'a yakın RCC'ye bağlı saçlı deri metastazı vakası bildirilmiştir [5].

Olgu: 66 yaşında erkek hasta. 45 paket/yıl sigara öyküsü bulunmaktadır. 3 yıl önce renal hücreli karsinom (RCC), şeffaf hücreli tip nedeniyle sağ radikal nefrektomi operasyonu yapıldığı öğrenilmiştir. Nefrektomiden yaklaşık 3 yıl sonra saçlı deri üzerinde ciltten kabarık, sert, immobil nodüler kitle oluşmuştur. Hastanın kitleye dair ağrı, kaşıntı, akıntı ve herhangi bir ek şikayeti olmadığı öğrenilmiştir. Kitleden alınan eksizyonel biyopsi sonucu RCC metastazı olarak raporlanmıştır. Yapılan PET-BT görüntülemesinde saçlı deride, deri altı yumuşak dokuda artmış FDG tutulumu gözlenmiştir. Metastatik nodülün sınır pozitifliği gelmesi ve nüks etmesi sonucu tarafımızca 5*5 cm boyut ile cerrahi eksizyon sağlandı (Şekil-1). Histopatolojik incelemede eksizyon sınırlarında tümör hücresi saptanmadı. Defekt alanı tam kat deri grefti (TKDG) ile onarıldı (Şekil-1). Operasyon sonrasında kemoterapi uygulanmadı. Radyoterapi tedavisi operasyondan 1 ay sonra başlayacak şekilde planlandı.

Tartışma: Deri tutulumu RCC metastazı için alışılmadık bir durumdur. Saçlı deri tutulumu ise daha nadirdir. Klinik olarak saçlı deri metastazı genellikle sert, belirgin sınırlı, mor-kırmızı renkte bir kitle şeklinde görülür. Kanama, ağrısız vejetatif görünüm, ülserasyon veya genişleyen pulsatif lezyon eşlik edebilir. RCC'ye bağlı deri metastazlarını erken dönemde tanımak zordur; çünkü malign melanom, piyojenik granülom, kutanöz anjiyosarkom, bazal hücreli karsinom veya hemanjiyom gibi dermatolojik durumları taklit edebilir. Detaylı anamnez, görüntüleme yöntemleri ve histopatolojik tanı önemlidir. Saçlı deri metastazında en olası mekanizma valfsiz vertebral venler aracılığıyla (Batson pleksusu), RCC hücrelerinin renal venden saçlı deriye ve derideki emisseral venlere yayılmasıdır [2]. Saçlı deri metastazlarının tedavisinde en yaygın yöntem cerrahi eksizyondur; bazı olguların radyoterapi, kemoterapi/interferon veya kemoradyoterapi ile tedavi edildiği de bildirilmiştir.

Sonuç: Deri metastazı RCC'de nadir görülen bir durum olsa da klinik olarak önemlidir. Olguların bir kısmında deri metastazı hastalığın ilk bulgusu olabilir [3]. Primer hastalığı bilinen vakalarda saçlı deride sert, ülseratif lezyonlar göz ardı edilmemeli, histopatolojik tanı ile metastatik nodül olup olmadığı doğrulanmalıdır. Olgumuzda RCC tanısı aldıktan 3 yıl sonra saçlı deride gelişen lezyon cerrahi olarak temiz sınırlar ile eksize edilerek tam kat deri grefti ile rekonstrüksiyon sağlanmıştır. Eksize edilen materyalin histopatolojik incelemesinde sınırlarda tümör hücresine rastlanmamıştır.

Referanslar

[1] Meshikhes AN, Al-Mulhim FA, Al-Dohayan GA. Metastatic renal cell carcinoma to the scalp: a case report with review of literature. Rare Tumors. 2023;15:20363613231161534.

[2] Yang HJ, Kang SY. Cutaneous metastatic renal cell carcinoma to the scalp. Arch Craniofac Surg. 2019;20(1):392–396. doi:10.7181/acfs.2019.00206
[3] Davis CJ, Tomlinson DC, Crook M, et al.

Calvarial metastasis of a renal cell carcinoma, mimicking a primary alveolar soft part sarcoma, in a young girl—a rare case report. Pathol Oncol Res. 2009;15(2):137 141. doi:10.1007/s12253-008-9097 X

[4] Alzahrani MS, Almalki AA, Alzahrani AS, Almalki SA, Alkhonizy SM, Alharbi RK. Scalp metastasis from renal cell carcinoma: a rare case with rapid progression. Cureus. 2024 Jan;16(1):e52701. doi:10.7759/cureus.52701

[5] Smyth LG, Casey RG, Quinlan DM. Renal cell carcinoma presenting as an ominous metachronous scalp metastasis. Can Urol Assoc J. 2010;4(3):E64 E66. doi:10.5489/cuaj.859

Anahtar Kelimeler: Renal hücreli karsinom, scalp metastazı, deri metastazı

Şekil-1



RCC'ye bağlı scalp metastazının preop, intraop ve postop rekonstrükte edilmiş fotoğrafı

P-037

Cerrahi Açıdan Riski Yüksek Olan BCC Hastasında Vismodegib Tedavi Süreci: Olgu Sunumu ile Değerlendirme

Ali Haydar Cinbaş, Volkan Özel, Bilal Çakır,
Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

Bazal hücreli karsinom (BCC), epidermal hücrelerden kaynaklanan ve dünya genelinde en sık rastlanan malign deri tümörüdür (1). Tüm cilt kanserlerinin yaklaşık %80' ini oluşturur. BCC' nin çoğu tipi lokal invaziv karakter gösterir, metastaz potansiyeli oldukça düşüktür (%0.002–0.55), ancak özellikle yüz gibi fonksiyonel ve estetik açıdan önemli bölgelerde yerleşim gösterdiğinde morbidite açısından klinik önem taşır. Lokal ileri BCC (laBCC) formunda lezyonun çapı genellikle 2 cm' nin üzerindedir ve çevre anatomik yapılara invazyon gösterir. Bu vakalarda geniş cerrahi eksizyon, ciddi doku kayıplarına, fonksiyonel bozukluklara ve estetik deformitelere yol açabilir.

Cerrahi açıdan yüksek risk taşıyan BCC hastalarında alternatif tedavi seçenekleri gündeme gelmektedir. Hedgehog (Hh) sinyal yolunun inhibisyonu üzerine etki gösteren Vismodegib, bu hasta grubunda sistemik tedavi olarak önemli bir seçenektir. FDA tarafından 2012 yılında onaylanan Vismodegib, özellikle cerrahiye uygun olmayan veya cerrahiyi tolere edemeyecek hastalarda etkinliği ve güvenliğiyle dikkat çekmektedir. Yapılan klinik çalışmalarda Vismodegib ile %60'a varan objektif yanıt oranları (ORR) ve ortalama progresyonsuz sağkalım süresi 9.5 ay olarak raporlanmıştır (1,2).

Yöntem

86 yaşında, sağ medial kantal, sağ malar, sol medial kantal, sol infraorbital ve burun dorsumunda yerleşen yüzde yaygın olan en küçüğü 0.2x0.2 cm' lik en büyüğü 2.6x3.2 cm'lik olmak üzere büyüyen lezyonlar ile başvuran kadın hastanın yapılan dermatopatolojik incelemesinde 'bazal hücreli karsinom' saptandı. Hastanın medikal özgeçmişinde myokard infarktüsü, geçirimiş DVT (derin ven trombozu) hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon nedeniyle antikoagülan tedavi altında olduğu, kardiyolojik açıdan genel anesteziye uygunluk taşımadığı belirlendi. Bu nedenle hasta 'cerrahi açıdan yüksek riskli' sınıfa alınmış ve cerrahi öncesi tümör küçültme amacıyla Vismodegib tedavisine karar verildi.

Hasta, oral yolla 150 mg/gün dozunda Vismodegib tedavisine alındı. Tedavi süresi 6 ay olarak planlandı. Yan etkiler arasında kas krampları (CTCAE Grade 1), hafif derecede saç dökülmesi ve iştahsızlık raporlandı. Tedavi tolere edilebilir seviyede sürdürüldü, tedavi sürecinde aylık fizik muayene takibi yapıldı.

Tedavinin 3. ayında lezyon çapı 3.2 cm' den 2 cm' ye, 6. ay sonunda ise 1.6 cm' ye geriledi(toplam %50 küçülme). Bu gelişme sonrası hastaya lokal eksizyon ve rekonstrüksiyon için operasyon planlandı.

Tartışma

Vismodegib, Hedgehog sinyal yolunun inhibisyonu yoluyla bazal hücreli karsinomun büyümesini engellemektedir. Bu mekanizma, özellikle lokal ileri BCC olgularında cerrahisiz veya cerrahiye ön hazırlık niteliğinde bir tedavi yaklaşımı sunmaktadır. Sekulic ve ark. tarafından yapılan pivotal çalışmada lokal ileri BCC hastalarında Vismodegib ile %60' lık objektif yanıt oranı, %27' lik tam yanıt oranı ve %33' lük parsiyel yanıt oranı bildirilmiştir (1). Bu sonuçlar, cerrahi sınırları daraltmak ve fonksiyonel bozuklukları azaltmak açısından önemli avantajlar sağlamaktadır.

Bu çalışmada sunulan olguda, vismodegib sonrası tümör çapında %65' lik küçülme elde edilmiş ve nispeten daha az invaziv bir rekonstrüktif cerrahi (nazolabial flep) ile iyi estetik sonuçlar alınabilmiştir. Literatürdeki verilerle paralel olarak, bu vaka vismodegibin cerrahiye geçiş sürecinde etkili bir basamak olduğunu göstermektedir. Ayrıca ilaç yan etkilerinin çoğu yönetilebilir düzeydedir. FDA verilerine göre en sık görülen yan etkiler kas krampları (%71), disguzi(tat bozukluğu) (%55) ve kilo kaybıdır (%45) (1).

Bu tür kompleks olguların tedavisinde multidisipliner yaklaşım önemlidir. Dermatoloji, medikal onkoloji, radyoloji, patoloji ve plastik cerrahi gibi farklı disiplinlerin iş birliği; tanı doğruluğunu artırmakta, tedavi seçeneklerini optimize etmekte ve hasta takibinde etkinliği yükseltmektedir (1,2,3).

Sonuç

Cerrahi açıdan yüksek risk taşıyan lokal ileri BCC hastalarında vismodegib tedavisi, tümör hacmini belirgin şekilde azaltarak cerrahi sınırları daraltmakta ve estetik fonksiyonel sonuçları iyileştirmektedir. Bu vaka sunumu, vismodegibin plastik cerrahi pratiğinde hem cerrahiden önce küçültücü tedavi olarak hem de cerrahiyi tolere edemeyen hastalarda monoterapi olarak yer bulabileceğini göstermektedir. Multidisipliner yaklaşım ve dikkatli hasta takibi ile bu tedavi modelinin başarısı artırılabilir (1,2).

Kaynaklar

1. Sekulic A, Migden MR, Oro AE, et al. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2012;366(23):2171-2179.
2. Dreno B, et al. Two-year sustained efficacy of vismodegib in patients with locally advanced basal cell carcinoma. Eur J Cancer. 2017;77:129–137.
3. Migden MR, et al. Long-term efficacy and safety of vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma. JAMA Dermatol. 2020;156(4):347–355.
4. Lear JT, Migden MR, Lewis KD, et al. Final update of the pivotal ERIVANCE BCC study. BMC Cancer. 2021;21(1):372.
5. Tang JY, et al. Inhibiting the Hedgehog pathway in patients with the basal-cell nevus syndrome. N Engl J Med. 2012;366(23):2180-2188.

Anahtar Kelimeler: vismodegib, hedgehog sinyal yolağı, bazal hücreli karsinom

tedavi öncesi ve tedavi başlama sonrası



P-038

Melolabial Bölgedeki BCC Tanılı Kitlenin İnferior Tabanlı Nazolabial Flep İle Onarımı

Bilal Çakır, Ali Haydar Cinbaş, Mahmut Can Karatoprak, Mehmet Fatih Akkoç

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

GİRİŞ: Nazolabial flep 19. yüzyıldan beri yaygın olarak tanımlanmış ve yüzün yumuşak doku rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır (1). Nazolabial kıvrım, burun alar kanadının hemen 1 cm yukarısından ve lateralinden oral komissürün 1 cm lateraline kadar doğrusal olarak uzanır (1). Bu bölgenin vasküler beslenmesi, aşağıda fasiyal arterin ve yukarıda angular arterin perforan dallarından kaynaklanır (2). Fasiyal arter, nazolabial bölgeye kan akışının %75'ini büyük oranda sağlar ve ortalama 12 cm uzunluğunda sabit bir ana gövdeye sahiptir (2). Nazolabial kıvrımın 2 ila 3 mm lateralinden başlayıp yanağa doğru uzanan flep genişliğini değerlendirmek için bir pinch testi kullanılabilir (2). Flebin tabanının optimum genişliği yaklaşık 2 cm olmalıdır (2). Bu, subdermal pleksusun ve ilişkili perforatörlerin yeterli şekilde tespit edilmesini sağlar, ancak daha geniş olması rotasyon derecesini sınırlayabilir (2). Donör alan yüzün merkezinde olduğundan, istenmeyen yara izi veya yüz deformasyonunu önlemek için titiz bir gerilimsiz kapatma gereklidir.

Materyal-Metod: Klinigimize başvuran sağ oral komissur inferolateralinde BCC tanılı 8x6 mmlik kitlesi olan 50 yaşında kadın hastanın kitlesi 4 mm marjla eksize edildi. Oluşan defekt için inferior tabanlı nazolabial flep tasarlandı. Tasarlanan flepteki perforatörler el doppleri yardımıyla işaretlendi. Flep supramuskuler eleve edilerek cilt ciltaltı yağ doku dahil edilerek defekt alanına adapte edildi. Kanama kontrolünün sağlanması ve penrose dren uygulamasının ardından donör saha primer suture edildi. Hastanın yapılan takiplerinde skar dokusunun minimal olduğu ve oral kommissurda çekinti olmadığı görüldü.Hastanın patoloji takibinde tümörün negatif cerrahi sınırlarla eksize edildiği görüldü.

Sonuç: Nazolabial flep, random veya aksiyel flep olarak kullanılabilir ve superior veya inferiora ilerletilebilir (3). Nazolabial flep, perforatör tabanlı flep veya ada flebi olarak eleve edilebilir. Flebin alt sınırı oral komissürü geçmemelidir, çünkü bu durum donör alanı kapatıldığında dudak ve oral modiolus bozulmasına neden olabilir. Distalde ince bir deri altı yağ tabakasının korunması, rekonstrüksiyon için uygun kalınlık eşleşmesine izin verirken, random olarak subdermal pleksusun flebe dahil edilmesini sağlar (4). Dönüş derecesi, flebin tabanı etrafında dikkatli bir şekilde diseke edilerek ile 90 dereceyi aşabilir (5).

REFERANSLAR:

1. Durgun M, Ozakpinar HR, Sari E, et al. The versatile facial artery perforator-based nasolabial flap in midface reconstruction. J Craniofac Surg 2015;26:1283–1286

2. Goh CS, Perrett JG, Wong M, et al. Delayed bipedicled nasolabial flap in facial reconstruction. Arch Plast Surg 2018;45:253–258

3. Monarca C, Rizzo MI, Palmieri A, et al. Comparative analysis between nasolabial and island pedicle flaps in the ala nose reconstruction. Prospective study. In Vivo 2012;26(1): 93e8.

4. Ducic Y, Burye M. Nasolabial flap reconstruction of oral cavity defects: a report of 18 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000;58(10): 1104e8 [discussion 8e9].

5. Park SS. Nasolabial Flap. Facial Plast Surg Clin North Am. 2001;9(2):261-273.

Anahtar Kelimeler: bcc, cilt tümörü, flep, nazolabial

Melolabial Flep



P-039

Xeroderma Pigmentosum Tanılı Bir Hastada Tam Yüz Cilt Yenilemesi ve Enükleasyon: Olgu Sunumu

Hala Halbony, Umutcan Gülmezoğlu, Harun Karaduman, Mehmet Bekerecioğlu

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Kseroderma Pigmentosum, DNA onarım mekanizmalarının bozukluğu ile karakterize nadir görülen otozomal resesif geçişli bir genetik hastalıktır. Bu hastalık, ultraviyole (UV) ışınlarına karşı aşırı hassasiyetle kendini gösterir ve genellikle çocukluk çağında başlar. UV kaynaklı DNA hasarının onarılamaması sonucu, bu bireylerde ciltte erken yaşta malign lezyonlar gelişir. Özellikle güneşe maruz kalan bölgelerde skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom ve malign melanom gibi cilt kanserleri sıkça görülür. Bu yazıda, 26 yaşında, Orta Doğulu kadın bir hastada ortaya çıkan Kseroderma Pigmentosum olgusu sunulmaktadır. Hasta, yüz bölgesinde tekrarlayan cilt tümörleri ile başvurmuş olup, bu lezyonlar hem estetik açıdan deformitelere hem de genel sağlık açısından riskler oluşturmuştur. Hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla, kısmi kalınlıkta deri grefti kullanılarak tam yüz yeniden yüzeylendirme (resurfacing) işlemi uygulanmıştır. Uygulanan cerrahi müdahale, yeniden yüzeylendirilen ciltte yeni tümörlerin gelişmesini engellemeyi başarmıştır. Ancak, takip sürecinde hastanın sol göz küresinden dışa doğru büyüyen bir kitle gözlemlenmiştir. Yapılan değerlendirmede, bu kitlenin Kseroderma Pigmentosum hastalarında sıklıkla karşılaşılan agresif ve hızlı ilerleyen cilt tümörlerinin bir sonucu olduğu anlaşılmıştır. Görme fonksiyonlarını tehdit etmesi ve çevre dokulara yayılma riski nedeniyle, enükleasyon (göz küresinin çıkarılması) önerilmiştir. Bu olgu, Kseroderma Pigmentosum hastalarında yüzey yenileme işlemlerinin olumlu etkilerini gösterirken, aynı zamanda tümör gelişiminin agresif seyrine de dikkat çekmektedir. Erken tanı ve düzenli takip tedavi başarısını artıran temel unsurlardır. Bildiğimiz kadarıyla, hem yüz yenileme (resurfacing) hem de enükleasyonun aynı hastada uygulandığı nadir bir vakadır.

Anahtar Kelimeler: Xeroderma Pigmentosum, Enükleasyon, Yeniden yüzeylendirme, Skuamöz Hücreli Karsinom, Malign Melanom

xeroderma pigmentozum



P-041

Pediatrik dönemde dermatofibrosarkom protuberans: nadir bir olgu sunumu

Perçin Karakol, Eda Kübra Koç, Yalçın Akbulut, Ali Ensar Gündüz, İbrahim Enes Aydoğan, Yasin Canbaz

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç

Dermatofibrosarkom protuberans nadir görülen özellikle maksillofasiyal bölge yerleşimi gösteren düşük dereceli, lokal agresif özellik gösteren malign bir tümördür. Dermisten köken alır ve subkutanöz dokulara invazyon gösterir, nadiren (%5) metastaz gösterir. Dermatofibrosarkom protuberans(DFSP) çocuklarda daha da nadir görülür ve sıklıkla yanlış veya yetersiz tanı alır. Bu çalışmada, 4 yaşındaki erkek hastada sol üst ekstremitede görülen dermatofibrosarkom protuberans olgusunu sunarak, DFSP'ın pediatrik popülasyondaki nadir prezentasyonunu ve bu olguya yönelik yaklaşımımızı tartışmayı amaçladık.

Yöntem

4 yaş erkek hasta sol humerus proksimal seviyede yaklaşık 9 aydır var olan, 0,5x0,5cm boyutlarında, hiperemik ciltten kabarık lezyon ile tarafımıza başvurdu. Hastanın 18.02.2025 tarihli punch biyopsi patoloji raporunun DFSP olarak yorumlandığı görüldü. Yapılan PET taramasında metastaz lehine bulgu saptanmayan hasta için operasyon planlandı. Sol kolda bulunan lezyon 2cm cerrahi sınırla kas fasyası dahil edilerek eksize edildi. Eksizyon sonrası oluşan doku defektini kapatmak amacı ile sol uyluk lateralinden uygun ölçülerde kısmi kalınlıkta deri grefti alındı ve uygun tie-over pansuman ile operasyon sonlandırıldı. Eksizyon materyali patoloji raporunda en yakın cerrahi sınır taban 0,25cm olarak görülmüş olup negatif cerrahi sınır sağlanmıştır. Ayrıca COL1A1/PDGFB geninde translokasyon saptanmış olup DFSP'de en sık görülen translokasyon paterni olarak tanıyı doğrulamıştır.

Tartışma

DFSP, genellikle yavaş ilerleyen ve asemptomatik seyreden bir kutanöz tümördür. Erken evrelerde yalnızca dermise yapışık olup palpasyon ile mobil iken, ilerleyen dönemlerde fasya ve kas dokusuna invazyonla fikse hale gelir. Klinik olarak başlangıçta benign epidermal lezyonları taklit etmesi ve periferinde telenjiektaziler gibi non-spesifik bulgular göstermesi, tanıda gecikmeye veya yanlış yönlendirmeye neden olabilmektedir. Ayrıca cerrahi planlamada tümörün gerçek boyutunun sıklıkla eksik değerlendirilmesine yol açabilmektedir. Lokal rekürrensinin sık görüldüğü bilinen bu tümörün 2-4cm güvenli cerrahi sınırla kas fasyası dahil edilerek eksize edilmesi rekürrens oranlarını düşürmektedir. Güvenli cerrahi sınırı elde etmek amacıyla Mohs cerrahisi kullanılabilecek teknikler arasındadır. Rekürrensin yüksek olması sebebiyle rekonstrüksiyon seçeneklerini belirlerken agresif tedavi seçeneklerinden kaçınmak gereklidir.

Sonuç

DFSP sıklıkla yetişkin erkeklerde görülen baş boyun bölgesini etkileyen nadir bir tümör olmasına rağmen hastalığın pediatrik popülasyonda beklenmeyen lokalizasyonlarda görülebileceği ve erken evrelerde fibrom, hemanjiom veya atrofik plaklar gibi benign lezyonlarla karışabileceği unutulmamalıdır. Erken tanı, lezyonun tam cerrahi eksizyonunun sağlanmasına olanak tanır. Rekonstrüksiyon amacıyla deri grefti kullanımı ile postoperatif radyoterapi uygulamalarının birbirini tamamlayıcı nitelikte olduğu bildirilmektedir. Rekonstrüktif yöntemler estetik kaybı en aza indirgerken, radyoterapi nüks riskini azaltmada etkin rol oynamaktadır. Geniş lokal eksizyon altın standart tedavi olmakla beraber rekürren hastalıkta radyoterapi tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Kaynakça

1)Vitiello GA, Lee AY, Berman RS. Dermatofibrosarcoma Protuberans: What Is This? Surg Clin North Am. 2022 Aug;102(4):657-665. doi: 10.1016/j.suc.2022.05.004. PMID: 35952694.
2)Allen A, Ahn C, Sangüeza OP. Dermatofibrosarcoma Protuberans. Dermatol Clin. 2019 Oct;37(4):483-488. doi: 10.1016/j.det.2019.05.006. PMID: 31466588.
3)Acosta AE, Vélez CS. Dermatofibrosarcoma Protuberans. Curr Treat Options Oncol. 2017 Aug 10;18(9):56. doi: 10.1007/s11864-017-0498-5. PMID: 28795284.
4)Reha J, Katz SC. Dermatofibrosarcoma Protuberans. Surg Clin North Am. 2016 Oct;96(5):1031-46. doi: 10.1016/j.suc.2016.05.006. PMID: 27542641.
5)Badhey AK, Tikhtman R, Tang AL. Management of dermatofibrosarcoma protuberans. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2021 Aug 1;29(4):278-282. doi: 10.1097/MOO.0000000000000721. PMID: 33993132.
6)Serra-Guillén C, Llombart B, Sanmartín O. Dermatofibrosarcoma protuberans. Actas Dermosifiliogr. 2012 Nov;103(9):762-77. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2011.10.007. Epub 2012 Jan 28. PMID: 22285046.
7) Valdivielso-Ramos M, Hernanz JM. Dermatofibrosarcoma protuberans in childhood. Actas Dermosifiliogr. 2012 Dec;103(10):863-73. doi: 10.1016/j.adengl.2011.12.002. Epub 2012 Nov 13. PMID: 23154247.

Anahtar Kelimeler: Dermatofibrosarkom protuberans, pediatrik dönem, yumuşak doku sarkomu

P-042

Yüz Tümör Rezeksiyonu Sonrası Defektlerin Rekonstrüksiyonunda Tam Kalınlıkta Deri Grefti ve Lokal Flep Yöntemlerinin Estetik ve Fonksiyonel Sonuçlar Açısından Karşılaştırılması

Tuna Taşcan, Bilgehan Bakırel, Emre Başgöze, Erol Kozanoğlu

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

Giriş

Yüz bölgesinde görülen tümörlerin cerrahi rezeksiyonu sonrasında ortaya defektler, hem fonksiyonel hem de estetik açıdan hastalara önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bu defektlerin onarımında kullanılacak yöntem; defektin büyüklüğü, mevcut cilt kanserinin patolojisi, lokalizasyonu, cilt özellikleri ve hasta beklentileri doğrultusunda seçilmektedir. Rekonstrüksiyonda en sık başvurulan yöntemler arasında tam kalınlıkta deri grefti (TKDG) ve lokal flepler yer almaktadır (1,2).

Tam kalınlıkta deri greftleri, teknik olarak daha kolay ve kısa sürede uygulanabilmeleri nedeniyle sık tercih edilmektedir. Ancak greftler uygulama sonrasında hastalardan sıklıkla renk uyumsuzluğu, kontraksiyon ve kontür düzensizliği gibi estetik sorunlar bildirilmiştir (1,3). Lokal flepler ise, çevre dokuların benzer renk ve doku özelliklerini sağlaması nedeniyle daha iyi estetik sonuçlar sunabilmekte, fakat cerrahi sürenin daha uzun olması ve bazı komplikasyon risklerini (trapdoor deformitesi, hematom, nekroz vb.) barındırması dezavantaj oluşturmaktadır (2,4).

Son yıllarda rekonstrüksiyon yöntemlerinin hasta tarafından algılanan estetik ve fonksiyonel sonuçları ile memnuniyet düzeyleri, cerrahi başarının önemli ölçütlerinden biri haline gelmiştir (5). Ancak literatürde, flep ve greft uygulamalarının hasta memnuniyeti ve estetik sonuçlar açısından karşılaştırıldığı çalışmalar sınırlıdır (2,4).

Bu çalışmada, yüz bölgesinde tümör rezeksiyonu sonrası gelişen defektlerin onarımında kullanılan lokal flep ve tam kalınlıkta deri grefti yöntemlerinin, hastaların bakış açısından estetik ve fonksiyonel sonuçları ile hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2023 – Aralık 2024 tarihleri arasında kliniğimizde yüz bölgesinde tümör rezeksiyonu sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu amacıyla tedavi edilen 28 erişkin hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 14'üne tam kalınlıkta deri grefti (TKDG), 14'üne lokal flep ile rekonstrüksiyon uygulandı.

Tüm hastalara postoperatif 6 ay-2 yıl zaman aralığı içerisindeki estetik ve fonksiyonel sonuçları değerlendirmek amacıyla 5 sorudan oluşan bir anket uygulandı:

1. Ameliyat sonrası rahatsızlık düzeyi (10–40 puan; yükselen skor = daha fazla rahatsızlık)

2. Yüzdeki değişim farkındalığı (8–32 puan; yükselen skor = daha olumsuz değişim)

3. Yüz görünümünden memnuniyet (9–36 puan; yükselen skor = daha yüksek memnuniyet)

4. Yara izlerinden memnuniyet (8–32 puan; yükselen skor = daha yüksek memnuniyet)

5. Genel sonuçtan memnuniyet (1'den 5 e doğru, 1 = çok kötü, 2 = iyi, 3 = orta, 4 = iyi, 5 = çok iyi)

Her hastanın verdiği yanıtlar kaydedildi, ardından ortalama ± standart sapma değerleri hesaplandı. İki grup (flep ve greft) arasında karşılaştırma Mann-Whitney U testi ile yapıldı ve $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 28 hastanın 14'üne lokal flep, 14'üne tam kat deri grefti ile rekonstrüksiyon uygulandı. Demografik özellikler açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Hastaların anket skorlarının ortalama ± standart sapma değerleri ve iki grup arasındaki karşılaştırmalar özetlenmiştir (Tablo 1)

Her iki grup arasında tüm sorularda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0.05$). Ancak flep grubunda özellikle genel sonuç memnuniyeti (Soru 5) daha yüksek olduğu gözlendi.

Tartışma

Literatürde, lokal fleplerin greftlere kıyasla daha iyi renk ve doku uyumu sağladığı, bu nedenle estetik memnuniyetin daha yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (1,2,4). Özellikle yanak ve burun bölgesine ait serilerde fleplerin, greftlere göre daha doğal bir görünüm sunduğu vurgulanmaktadır (1,2). Bizim serimizde de flep grubunda memnuniyetin daha yüksek olması bu bulgular ile uyumludur.

Öte yandan greftler, özellikle küçük ve yüzeysel defektlerde pratik, hızlı ve güvenli bir yöntemdir (3,4). Bizim serimizde her iki grupta da ciddi fonksiyonel kayıp veya komplikasyon izlenmemiştir.

Bizim çalışmamızda da hasta memnuniyeti değerlendirmelerinde dikkat çeken en büyük özellik hastaların operasyon öncesi yapılacak yöntem ve sonuçlara göre beklentilerinin şekillenmesi ve sübjektif memnuniyeti bu beklentinin büyük oranda etkilediği olmuştur.

Sonuç olarak, çalışmamız flep ve greft yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemekle birlikte, fleplerin estetik uyum ve hasta memnuniyeti açısından bir miktar üstün olabileceğini ortaya koymaktadır. Daha geniş seriler ve uzun dönemli takiplerle yapılacak çalışmalar, yüz tümör rezeksiyonu sonrası rekonstrüksiyonda yöntem seçiminde daha güçlü kanıtlar sağlayacaktır.

Kaynakça

1. Ebrahimi, A., Ashayeri, M., & Rasouli, H. R. (2015). Comparison of local flaps and skin grafts to repair cheek skin defects. Journal of cutaneous and aesthetic surgery, 8(2), 92-96

2. Faenza, M., Molle, M., Mazzarella, V., Antonetti, A. M., Filosa, F. G., Pelella, T., & Nicoletti, G. F. (2024). Functional and aesthetic comparison between grafts and local flaps in non-melanoma skin cancer surgery of the face: A cohort study. JPRAS open, 42, 97-112.

3. Mamsen, F. P. W., Kiilerich, C. H., Hesselfeldt-Nielsen, J., Saltvig, I., Remvig, C. L. N., Trøstrup, H., & Schmidt, V. J. (2022). Risk stratification of local flaps and skin grafting in skin cancer-related facial reconstruction: A retrospective single-center study of 607 patients. Journal of Personalized Medicine, 12(12), 2067.

4. Noori, S., Shiri, A. H., Ghoncheh, M., Ramazani, A. A., & Najmaddini, M. (2023). Reconstruction of Facial Skin Defects with Flap and Graft Techniques: A Comparative Study. IRANIAN RED CRESCENT MEDICAL JOURNAL, 25(5).

5. Vaidya, T. S., Mori, S., Khoshab, N., Dusza, S. W., Bander, T., Matros, E., & Lee, E. H. (2019). Patient-reported aesthetic satisfaction following facial skin cancer surgery using the FACE-Q skin cancer module. Plastic and Reconstructive Surgery–Global Open, 7(9), e2423.

Anahtar Kelimeler: Yüz rekonstrüksiyonu, lokal flep, deri grefti, estetik sonuçlar, hasta memnuniyeti

Sorulara Verilen Skorlar ve P değerleri

SORULAR	Flep (n=14)	Greft (n=14)	P-değeri
Ameliyat sonrası rahatsızlık	19.9 ± 9.8	19.1 ± 10.3	0.728
Yüzdeki değişim farkındalığı	17.5 ± 8.9	14.4 ± 5.6	0.564
Yüz görünümünden memnuniyet	26.3 ± 9.6	26.1 ± 9.6	0.907
Yara izlerinden memnuniyet	16.9 ± 6.2	17.1 ± 6.6	0.963
Genel sonuçtan memnuniyet	4.2 ± 0.9	3.9 ± 0.9	0.422

P-045

Pediatrik Lenfanjiyom Olgusunda Eşzamanlı Lipom Tanısı: Olgu Sunumu

Refik Ozan Bozdayı, Ali Osman Tuncer,
Muhammed Furkan Bulut, Servet Elçin Alpat, Savaş Serel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Lipom, olgun yağ hücrelerinden oluşan iyi huylu bir yumuşak doku tümörüdür ve erişkinlerde sık görülmesine rağmen çocuklarda son derece nadirdir. Pediatrik yaşta ortaya çıkan lipomatöz lezyonlar genellikle lipoblastom gibi diğer benign tümörlerle karışabilir; özellikle göğüs duvarı veya aksilla gibi alışılmadık yerleşimlerde görülmesi daha da sıra dışıdır. Lenfanjiyom ise lenfatik sistemin doğuştan gelen bir malformasyonu olup, baş-boyun bölgesinde kistik veya kavernöz yapılar şeklinde ortaya çıkan iyi huylu bir lezyondur. Bu olgu sunumunda aynı hastada farklı zamanlarda cerrahi olarak çıkarılan iki ayrı lezyonlardan biri lenfanjiyom, diğeri lipom eş zamanlı olarak saptanmış olup, vakada pediatrik yumuşak doku tümörlerinde lenfanjiyom–lipom–liposarkom ayrımı, aynı hastada birden fazla benign tümör varlığı ve vasküler malformasyonlarla mezenkimal proliferasyon ilişkisi bakımından tartşılacaktır.

Olgu

Üç yaşında erkek bir çocuk, 4 aylıkken göğüs ön duvarında bilateral yumuşak doku kitleleri ile başvurmuştur. 16 aylıkken yapılan manyetik rezonans görüntülemede sağ posterior mediastende kontrastsız kistik lezyonlar izlenmiş; bu lezyon lenfanjiyomla uyumlu bulunmuştur. Aynı incelemede sol toraks ön duvarında yaklaşık 9×2.4×8 cm boyutlarında yağ sinyalli bir kitle saptanmış ve bu kitle için lipom, düşük gradeli liposarkom veya lipoblastom olasılıkları düşünülmüştür. Ayrıca sol aksillada da benzer özellikte küçük yağlı lezyonlar bildirilmiştir. Sağ mediastinal kitle, pediatrik ve beyin cerrahisi ekiplerinin ortak cerrahisiyle çıkarılmış; patolojide D2-40 pozitif lenfatik endotel hücreleri saptanarak lezyon "lenfanjiyom" olarak tanımlanmıştır. Çocuk cerrahisi takibinde 3 yaşına gelindiğinde sol göğüs duvarı ile sol lateral toraks arasında 8×6 cm, sol aksilla yakınında 4×4 cm boyutlarında iki büyük lipomatöz kitle palpe edilmiş ve cerrahi olarak eksize edilmiştir. Postoperatif patolojide iyi diferansiye adipositik neoplazi görülmüş ve çok nodüler yapısı nedeniyle liposarkom şüphesi uyandırmıştır; ancak MDM2 gen amplifikasyonu FISH yöntemiyle araştırıldığında amplifikasyon saptanmamış ve lezyonlar "lipom" olarak tanımlanmıştır. Böylece hastada sağ toraksta lenfanjiyom, sol toraksta ise lipom tanısı konmuştur.

Tartışma

Bu olgu, çocukluk döneminde çok nadir görülen bir lipom örneğidir ve göğüs duvarı ile aksilla gibi alışılmadık yerleşimi açısından dikkat çekicidir. Literatürde pediatrik yumuşak doku tümörlerinin yalnızca küçük bir kısmını lipomatöz tümörler oluşturmakta, aksiller yağlı kitleler ise lipoblastom veya diğer nadir tümörlerle karışabildiğinden klinik tanıyı zorlaştırmaktadır. Radyolojik ayırıcı tanıda iyi diferansiye liposarkom da göz önünde bulundurulmalıdır; manyetik rezonans görüntülemede lipom genellikle homojen yağ sinyali gösterir ve kontrast tutmaz. Olgumuzda tespit edilen lezyon MR'da izointens ve kontrastsız olup lipomla uyumluydu; ancak ince fibroz nodüller veya vaskülarizasyon varlığı lipoblastom ya da düşük dereceli liposarkom olasılığını düşündürebilir. Ultrasonografik olarak damar sinyali içeren yağlı kitleler genellikle lipom veya lipoblastom lehine değerlendirilir, fakat vasküler bağlantılar tanıyı güçleştirebilir. Bizim olgumuzda sol göğüs ve aksillada birden fazla yağlı lezyon gözlenmiş ve başlangıçta lipom/lipoblastom ön tanısı konmuş, ancak eksizyon sonrası liposarkom şüphesi belirince MDM2 amplifikasyonu FISH ile araştırılmıştır. Histopatolojide adipositik lezyonların ayırımında MDM2 gen amplifikasyonu belirleyicidir; iyi diferansiye liposarkomların çoğunda amplifikasyon bulunurken basit lipomlarda bulunmaz. Bu olguda MDM2 FISH incelemesi negatif çıkmış ve sonuç "lipom" olarak kesinleştirilmiştir. Ayrıca bu vakada, nadir de olsa, aynı hastada birbirinden bağımsız iki farklı benign yumuşak doku lezyonunun bir arada görüldüğü saptanmıştır. Literatürde lenfanjiyom ile lipomun eşzamanlı yerleşimi daha önce tanımlanmamış olup büyük olasılıkla tesadüfi bir durumdur. Vasküler malformasyonlarla fibroadipoz proliferasyon arasındaki ilişkileri tanımlayan yeni kavramlar olsa da (örneğin FAVA), tipik lenfanjiyomların yalnızca kistik yapılar içerdiği göz önüne alındığında bu iki lezyon arasında ortak bir patofizyoloji olduğuna dair güçlü kanıt yoktur. Bu nedenle hastada saptanan lenfanjiyom ve lipom ayrı patogenezli, bağımsız benign oluşumlar olarak değerlendirilmiş; aynı hastada birden fazla benign tümör varlığının genetik veya sendromik bir yatkınlığa işaret edebileceği akılda tutulmasına rağmen, bu vakada bu yönde ek bir bulgu elde edilmemiştir.

Sonuç

Çocukluk çağında lipom çok nadir bir tümördür ve özellikle alışılmadık yerleşimlerde diğer benign veya malign yağlı doku lezyonlarıyla karışabilir. Bu olguda, sol toraks lipomatöz kitlesinin hem vasküler bir malformasyon (lenfanjiyom) hem de lipoblastom veya liposarkom gibi diğer yağlı tümörlerden ayrılması gerekmiştir; görüntüleme yağ varlığını göstermiş olsa da histopatolojik inceleme ve MDM2 analizi lipom tanısını kesinleştirmiştir. Lenfanjiyom tanısı almış bir hastada eşzamanlı lipom görülmesinin etyolojisi literatürde net değildir. Vaka, pediatrik yumuşak doku tümörlerinde doğru tanı için ayrıntılı histopatolojik değerlendirmenin önemini vurgulamakta ve vasküler malformasyonlarla fibroadipoz proliferasyon ilişkisine dair yeni kavramlara dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiyom, lipom, mdm-2

P-046

Sağ Tempero-Oksipital Bölge Konjenital Nörofibrom: Olgu Sunumu

Refik Ozan Bozdayı, Ali Osman Tuncer, Muhammed Furkan Bulut, Servet Elçin Alpat, Savaş Serel

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

Giriş

Nörofibromlar sinir kılıfı hücrelerinden köken alan iyi huylu yumuşak doku tümörleridir ve sıklıkla Nörofibromatozis Tip 1 (NF1) ile ilişkilidir. NF1, otozomal dominant geçişli ve her yaklaşık 2.500–3.500 doğumda bir görülen bir nörogenetik bozukluktur; vakaların yarısında yeni mutasyon söz konusudur. Klinik bulgular arasında doğumda veya çocuklukta beliren "café-au-lait" lekeleri, aksiller veya inguinal çillenme, Lisch nodülleri ve çok sayıda kutanöz veya subkutanöz nörofibrom yer alır. Hastaların %25–30'unda sinir boyunca yayılan konjenital pleksiform nörofibromlar gelişebilir. Bu tümörler genellikle doğuştan vardır ve çevre dokulara infiltratif olarak yayılır. Kafa derisinde pleksiform nörofibrom son derece nadir olup, özellikle temporo-oksipital bölgede görülen vakalar literatürde çok az bildirilmiştir. Dolayısıyla konjenital veya çocukluk döneminde ortaya çıkan bir nörofibroma görüldüğünde NF1 akla gelmeli ve hasta bu açıdan değerlendirilmelidir. Bu olgu sunumunda, doğuştan itibaren sağ temporo-oksipital bölgede takip edilen ve cerrahi sonrası patolojisi nörofibrom olarak saptanan bir hasta aktarılmaktadır.

Olgu

19 yaşında erkek hasta, sağ kulak arkasında doğuştan beri var olan, zamanla orantılı olarak büyüyen bir şişlik yakınması ile başvurdu. Lezyon normalde ağrılıydı ve güneşe maruz kaldığında ağrısında artış oluyordu; buna ek olarak belirgin bir nörolojik şikâyet yoktu. Fizik muayenede sağ temporo-oksipital bölgede yaklaşık 12×8 cm boyutlarında, yumuşak kıvamlı, çevre dokulara sabit olmayan subkutan hareketli bir kitle saptandı. Hastanın sırt ve gövdesinde birden fazla açık kahverengi (café-au-lait) leke görüldü; aile öyküsünde NF1 benzeri bir durum yoktu. Ultrason ve manyetik rezonans (MR) görüntülemede kitle benign vasküler malformasyon (hemanjiyom veya venöz-lenfatik malformasyon) lehine yorumlandı; sinir dokusuna özgü bir bulguya rastlanmadı. Takip eden doppler ultrasonografide lezyonun hipoekoik olduğuna ve düşük akımlı arteriyovenöz yapılar içerdiğine dikkat edildi, bu nedenle hemanjiyom benzeri bir vasküler malformasyon düşünülüyordu.

Hastaya genel anestezi altında operatif eksizyon uygulandı. Cerrahi olarak sağ temporo-oksipital bölgedeki yaklaşık 10×8 cm'lik kitlenin tamamı çıkarıldı; ortaya çıkan defekt primer onarıma yardımcı Z-plasti tekniği ile kapatıldı ve dren yerleştirildi. İlk patoloji raporu "iğsi hücreli mezenkimal tümör" şeklindeydi. İmmünohistokimyasal incelemelerde tümör hücrelerinde S-100 proteini güçlü pozitif bulundu ve nörofibroma uyumlu spindle hücre proliferasyonu ile sinir kılıfı tümörü özellikleri tespit edildi. Bu bulgularla lezyon nörofibrom olarak tanımlandı; malignite bulgusu izlenmedi. Hastanın aile öyküsünde nörofibromatozis olmasa da birden fazla café-au-lait leke varlığı ve patoloji sonucu birlikte değerlendirildiğinde NF1 düşüncesi güçlendi. Bu nedenle hasta NF1 açısından genetik kliniğine yönlendirildi. Postoperatif dönemde hastanın drenajı beşinci günde çıkarıldı ve yara komplikasyonsuz şekilde iyileşti. Cerrahi sonrası birinci ve üçüncü ay kontrollerinde kitle nüksü veya nörolojik defisit gözlenmedi.

Tartışma

Oksipital-postauriküler bölgede konjenital nörofibromlar çok nadir bildirilmiştir. Kafa derisindeki pleksiform nörofibromlar genelde doğuştan olup, hastalar sıklıkla kozmetik endişe veya semptomlar nedeniyle ileri yaşlarda başvurur. Bu olguda kitle doğuştan var olup 19 yaşında belirginleşen boyut ve şikayetlerle cerrahi tedavi gerektirdi; böylece nadir bir lokalizasyonda konjenital nörofibroma örneği oluşturdu. Birden fazla café-au-lait leke varlığı ve nörofibrom tanısı hastada güçlü NF1 olasılığını düşündürmektedir. NF1 tanısı, >=6 café-au-lait lekesi, bir veya daha fazla nörofibrom (veya pleksiform nörofibrom), aksiller/inguinal çillenme gibi bulgulara dayanılarak konur. Ailede benzer bir vaka olmasa da NF1'in yarıdan fazlası yeni mutasyonlarla ortaya çıkar. NF1 tanılı hastalarda yaşam boyu yeni nörofibrom gelişimi, mevcut tümör büyümesi ve nadiren malign dönüşüm riski bulunduğundan, genetik danışma ve multidisipliner takip önerilir.

Yüzeyel yerleşimli pleksiform nörofibromlar, görüntüleme yöntemlerinde vasküler malformasyonları taklit edebilir. Derin yerleşimli sinir kılıfı tümörlerinde MR'da "hedef bulgusu" gözlenirken, subkutan pleksiform nörofibromlar heterojen hipoekoik görünüm sergileyip düşük akımlı venöz/lenfatik malformasyon etkisi verebilir. Bu olgularda ultrasonografide birden fazla düşük akımlı damar yapısının izlenmesi hemanjiyom veya venolenfatik malformasyon düşüncesine yol açabilir. Bu nedenle tipik sinir bulgularının yokluğunda dahi nörofibroma ihtimalini göz ardı etmemek gerekir; kesin tanı patolojik incelemeyle konur. Semptomatik veya büyüyen lokalize nörofibromlarda tercih edilen tedavi cerrahi eksizyondur. Bu vakada tüm kitle sağlıklı sınırlara ulaşacak biçimde çıkarılmıştır. Pleksiform nörofibromlarda nadiren malignite gelişebileceği bilindiğinden, NF1'li hastalar ameliyat sonrası da düzenli takip edilmelidir. Bizim olguda cerrahi sonrası kısa dönemde nüks görülmedi; ancak NF1 açısından ileri tetkik ve uzun dönem izlemi planlanmıştır.

Sonuç

Bu olgu, doğuştan tempero-oksipital bölgede izlenen kitlelerin nadiren de olsa nörofibrom olabileceğine dikkat çekmektedir. Görüntüleme bulguları vasküler bir lezyonu düşündürse bile, klinik şüphe durumunda eksizyonel biyopsi ile patolojik tanı kesinleştirilmelidir. Nörofibrom tanısı alan hastalar, özellikle ek bulgular NF1 şüphesini güçlendiriyorsa, genetik değerlendirme ve ömür boyu multidisipliner takip programına alınmalıdır. Bu sayede hastalığın olası komplikasyonları erken dönemde saptanıp yönetilebilir ve hastanın prognozu iyileştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Nörofibrom, Nörofibromatozis 1, Tempero-oksipital bölgede kitle

P-047

Fournier Gangreninde Rekonstrüksiyonda Bipediküllü SCIP Flep Kullanımı: Olgu Sunumu

Harun Özdemir, Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ ANA BİLİM DALI, BURSA

Fournier gangreni, perineal bölgeyi ve eksternal genital organları tutan, hızla ilerleyerek karın, alt ekstremitelere ve göğüs bölgesine de yayılabilen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ilerleyici nekrotizan fasiit tablosudur. Sıklıkla anaerob ve aerob bakteriler tarafından oluşturulan polimikrobiyal bir enfeksiyondur. Tedavide geniş spektrumlu parenteral antibiyotik uygulaması ve ölü dokuların seri debridmanlarla uzaklaştırılması yer almaktadır. Bu olgu sunumunda Fournier gangreni nedeni ile perine bölgesi ve peniste yaklaşık 20x10 cm'lik tam kat deri defekti bulunan hastaya bipediküllü kasık flebi rekonstrüksiyonu ile sağlanan başarılı perine ve penis rekonstrüksiyonu sunulacaktır. Anahtar kelimeler: Fournier gangren, kasık flebi, penis rekonstrüksiyonu

Giriş

Fournier gangreni, eksternal genital organları ve perineal bölgeyi tutan, hızla ilerleyerek karın, alt ekstremitelere ve göğüs bölgesine de yayılabilen, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ilerleyici nekrotizan fasiit tablosudur.

Fournier gangreninin her iki cinsiyette perineal, genital ve perianal bölgeyi tutabilen, derin fasyaya kadar ilerleyerek, ciltte sekonder nekroz oluşturan ciddi bakteriyel enfeksiyonlara neden olduğu gösterilmiştir.

Sıklıkla aerob ve anaerob bakteriler tarafından oluşturulan polimikrobiyal bir enfeksiyondur.

Tedavide, ölü dokuların seri debridmanlarla uzaklaştırılması ve geniş spektrumlu parenteral antibiyotik uygulaması yer almaktadır.

Akut enfeksiyon tablosu kontrol altına alındıktan sonra doku defektlerinin rekonstrüksiyonu diğer bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Pediküllü kasık flebi süperfisiyal sirkumfleks iliak arterden (SCIP) köken alan aksiyel paternli fleptir. Kasık flebi kaldırılıp serbest ya da pediküllü olarak rekonstrüksiyonlarda kullanılır.Bu sunuda fournier gangrenine bağlı penisde ve perinede oluşan doku defektinin rekonstrüksiyonunda bipediküllü kasık flebi kullanımı sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

65 yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 hafta genel cerrahi kliniğinde Fournier gangreni nedeni ile seri debridman ve antibiyotik tedavisi ile takip edilip, enfeksiyon tablosunun gerilemesi ve genel durumunun toparlanması üzerine, rekonstrüksiyon amacıyla tarafımıza konsülte edildi. Hastanın fizik muayenesinde, penis sirkumferensiyel subglanüler alanda yaklaşık 15x10 cm'lik tam kat defekt mevcuttu. Penis ve perineal bölgedeki defekt sağ taraftan hazırlanan 15x10 cm boyutunda süperior sirkumfleks artere dayalı biloplu perforatör flep ile rekonstrükte edildi, flebin kaldırılmasında ve alıcı sahaya süturasyonunda peroperatif SPY cihazı ile flebin dolaşımı doğrulandı.

Tartışma

Fournier gangreni nadir görülen, % 4-43 arasında değişen mortalite oranı ile acil müdahale gerektiren perineal, genital ve perianal bölgenin hızlı ilerleyen nekrotizan bir enfeksiyonudur. İlk olarak 1883 yılında Fournier tarafından idiopatik bir durum olarak düşünülmesine rağmen günümüzde sıklıkla kolorektal bölge, genitoüriner trakt ya da genital bölge cildi kaynaklı lokal etkenlerle (enfeksiyon, travma, cerrahi, tümör) ortaya çıktığı gösterilmiştir.

Predispozan faktörler olarak başta diyabetes mellitus (DM) olmak üzere, immun yetersizlik durumları, alkolizm ve periferik damar hastalıkları en önemli yeri tutmaktadır. Fournier gangrenli hastalarda % 70'e varan oranda DM rastlanmaktadır.

Doku iskemisine zemin hazırlayan küçük damar hastalığı, bakteriyel yayılımı kolaylaştıran fagositoz eksikliği ve üriner sistem enfeksiyonlarında insidans artışı bu birlikteliği açıklayan mekanizmalar olarak ortaya atılmıştır. Ayrıca erkeklerde kadınlara oranla 10 kat fazla görüldüğü ve yaşla birlikte de görülme sıklığı arttığı gösterilmiştir.

Hastalığın ilk başlangıcında genital kaşıntı ve rahatsızlık hissi ile karakterize bir periyot gözlenir; hızla ilerleyerek genital eritem, ödem ve krepitasyon ile devam eder ve son olarak tutulan bölgede canlı ve nekrotik dokular arasında demarkasyon hattı belirginleşir. Bu tablonun yaklaşık 2-8 günlük bir sürede oturduğu gösterilmiştir.

Tanı klinik bulgular ile konulmakta ve tipik tablonun başlangıç safhasında yapılacak ultrasonografik inceleme ile cilt altında gaz birikimi gösterilerek de tanı desteklenebilmektedir.

Tedavide, predispozam faktörlerin tedavisi, nekrotik dokuların seri debridmanlarla canlı dokulara ulaşana kadar uzaklaştırılması, kültür antibiyograma uygun geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve oluşan doku defektlerinin uygun rekonstrüktif yöntemlerle kapatılması yer almaktadır.

Cerrahi sırasında testislerin, penis ve skrotumdan ayrı bir kan akımına sahip olduğu ve nadiren gangrenöz sürece dahil oldukları akılda tutulmalıdır. Bu yüzden Fournier gangreninin tedavisinde orşiektomiden kaçınmak, hastaların ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarının korunmasında önem taşımaktadır. Fournier gangreninde perineal ve penil bölgede oluşan doku defektlerinin tedavisi oldukça önemlidir ve onarım zor olabilmektedir. Bu bölge defektlerinin onarımında bir çok rekonstrüktif seçenek tanımlanmış olup hastanın yaşı, genel durumu ile defektin boyutları ve derinliği seçilecek yöntemi belirlemektedir.

Genel rekonstrüktif prensiplere uygun olarak küçük çaplı defektlerde primer onarım ilk tercih olmaktadır. Yüzeyel olan, testis ve spermatik kord gibi hayati yapıları açıkta bırakmayan ve zeminde iyi granülasyon dokusunun geliştiği daha büyük defektlerde deri greftleri uygunken, derin ve hayati yapıların açıkta olduğu defektlerde flep seçenekleri akla gelmelidir.

Testislerin uyluk içinde hazırlanan ciltaltı ceplerde geçici ya da kalıcı olarak saklanması bir seçenek olmasına rağmen yüksek ısıya bağlı disfonksiyon, skrotum yokluğunun getirdiği estetik ve psikolojik sorunlar ve yürürken oluşan rahatsızlık hissi yöntemin popüler hale gelmesini önlemiştir.

Rekonstrüksiyonu en sıkıntılı ve tartışmalı bölge ise fertilizasyon için hayati organlar olan testisleri barındıran skrotumdur. Skrotum oluşturulması amacıyla fasyokutan uyluk flepleri, nörovasküler pudental uyluk flebi, kasık flebi, grasilis kas ya da kas-deri flebi, rektus abdominis kas flebi ve anterolateral uyluk flebi başarıyla kullanılmıştır.

Yine perine ve perianal bölge defektlerinde deri greftleri oldukça iyi sonuçlar vermektedir ancak ameliyat sonrası bakımları zordur ve gayta ile kontaminasyon riski yüksektir.

Sunulan olguda olduğu gibi penis şaftını içeren defektlerde kısmi kalınlıkta deri greftleri, fasyokutan, muskulokutan flepler kullanılabilmektedir. Bu flepler daha çok daha büyük defektlerin onarımında tercih edilmektedir.

Diğer bir seçenek olan kısmi kalınlıklı deri greftleri penis derisine uygun ince bir yapı oluşturmakta ancak skar kontraktürleri nedeniyle ereksiyon sırasında ağrıya neden olması kullanımı sınırlamaktadır.

Sunulan olguda uyguladığımız bipediküllü kasık flebi penis derisine uygun incelikte olması ve kontraktür oluşumunu engelleyen esnek yapısıyla penis şaftına uygun bir yumuşak doku örtüsü sağlamaktadır.

Fournier gangrenine sekonder penis rekonstrüksiyonunda bipediküllü kasık flebi kullanımı, lokal flep olması, benzer doku özelliklerine sahip olması, geniş defektlerin onarımına imkan vermesi nedeni ile tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangren, kasık flebi, penis rekonstrüksiyonu

Resim 1



P-048

Post Auriküler Alana Yönelik Cerrahi Yaklaşımlarda Kolaylaştırıcı, Etkili Bir Ekartasyon Yöntemi

Betül Nur Balcı[1], Mustafa Tonguç İşken[1], Atilla Adnan Eyüboğlu[2]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Dış kulak cerrahisinde, özellikle kulaktan greft alımında etkili bir ekartasyon yöntemi kritik öneme sahiptir. Bu çalışma, kulağın posterioruna yönelik cerrahi yaklaşımlarda, özellikle de yetkin bir asiste edici sistemin olmadığı durumlarda karşılaşılan teknik zorlukları aşmak amacıyla geliştirilmiş bir ekartasyon yöntemini tanımlamaktadır. Bu yeni ekartasyon tekniği, kulak dokusunun manipülasyonunu kolaylaştırırken, derinin ve kıkırdağın zarar görmesini engeller. Tek başına, asiste edilmeden cerrahi işlemi gerçekleştirme olanağı sağlar.

Yöntemde işlem yapılacak bölgeye yönelik uygun olarak anterior tarafta 3 nokta işaretlenir. Çamaşır klempleri ile belirlenen 3 noktadan geçilir ve kulağın düz bir hattı sağlanır. İnsizyon yapıldıktan sonra kulağın ağırlığıyla beraber klempler bir traksiyon yapacağı için diseksiyon yapılacak alan çok daha görünür hale gelir. Bu da o bölgede cilde ve kıkırdağa zarar vermeden cerrahi aletlerin daha rahat kullanılışına olanak sağlar ve kıkırdak grefti alınmasını kolaylaştırır. Sütürasyon aşamasında da kulak daha kolay manipüle edilebildiği için kolaylık sağlar. Bu yöntem kullanılmadığında kulak tek noktadan çekilirken distorsiyona uğrayacağı için sütürasyon aşamasında bazı problemler görülebilir.

Klasik yöntemlerde iğne ile işaretleme ve ekartasyon yöntemlerinin kullanılması iğnenin yerinden çıkması ve cerrahın eline batma riski, ekartasyon eksikliği gibi problemleri ortaya çıkartır. Yeni yöntem, bu tür olumsuz durumları ortadan kaldırararak cerrahların daha rahat bir çalışma alanı yaratmalarını sağlar.

Anahtar Kelimeler: Ekartasyon, Kulak, Teknik, Cerrahi Yaklaşım, Kıkırdak Grefti

P-049

Nadir Görülen Bir Dental Anomali: Natal Dişli Yenidoğan Olgusu

Batu Özlüşen[1], Refia Melike Taşlıpınar[1], Adil Özcanlı[2], Enes Çığrıkcı[1], Fadile Aydoğan[1], Eren Kervancıoğlu[1], Billur Sezgin Kızılok[1]

[1]Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Departmanı, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
[2]Dermatoloji Departmanı, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Giriş:

Natal dişler, doğumda ağız içerisinde mevcut olan dişlerdir ve görülme sıklıkları 1:2.000 ile 1:30.000 arasında değişen nadir konjenital anomalilerdir. Dişlerin neonatal dönemde, yani ilk 30 gün içerisinde sürmesi ise "neonatal diş" olarak adlandırılır. Natal dişler çoğunlukla mandibular santral süt kesici diş bölgesinde, konik formda, hipoplastik mine ve dentin yapısında, köksüz ya da az gelişmiş köklü olarak izlenir. Bu dişler genellikle mobil olup aspirasyon riski taşırlar ve emzirmede zorluk yaratabilirler. Bu nedenle multidisipliner değerlendirme gerektiren klinik karar süreçlerini beraberinde getirir.

Olgu:

37. haftada spontan vajinal doğumla dünyaya gelen, 3900 gram ağırlığındaki, genel durumu iyi bir erkek yenidoğan, doğum sonrası yapılan rutin muayenede alt orta hatta mevcut iki diş varlığı nedeniyle plastik cerrahi kliniğimize yönlendirildi. Hastanın herhangi bir sistemik hastalığı, doğum öncesi veya sonrası komplikasyonu bulunmamaktaydı. Aile öyküsünde benzer dental anomali saptanmadı. Fizik muayenede, mandibular orta hatta, alveol mukozası ile gevşek şekilde kaplanmış, uç bölgesinde mukoza dışına ekspoze olmuş, konik formda, kök gelişimi izlenmeyen, mobil bir diş izlendi. Dişin ileri derecede mobil olması nedeniyle aspirasyon riski taşıdığı düşünüldü. Yenidoğan uzmanı ile yapılan konsültasyon sonucu, doğum sonrası K vitamini uygulamasının yapıldığı teyit edildi. Lokal topikal anestezi sonrası, mukoza dişin ekspoze olduğu yerden insize edildi, ilgili diş nazikçe çekildi ve ardından soket küretajı ile olası odontojenik artıklar temizlendi. Takip eden günlerde komplikasyon gelişmeyen olgu, 1 hafta sonra yapılan kontrolde sorunsuz şekilde iyileşmiş olarak değerlendirildi.

Tartışma:

Natal dişlerin %85'i mandibular santral kesici dişler bölgesinde yer alır. Klinik olarak konik, hipokalsifiye, köksüz veya kısa köklü yapıda olabilirler. Şayet diş emzirmeyi engellemiyor, mobil değilse ve süt dişi orijinliyse ağızda tutulmaları önerilir. Ancak mobilite, emme bozukluğu, anne meme ucu ülserasyonu gibi durumlarda çekim endikasyonu doğar. Diş çekimi öncesinde K vitamini replasmanı önerilir; bu vakada doğum sonrası rutin profilaksi uygulanmıştı. Küretaj yapılmaması durumunda rezidüel dental yapıların gelişebileceği ve granülom gibi komplikasyonların görülebileceği bildirilmiştir.

Sonuç:

Natal dişler nadir ancak dikkatli yönetilmesi gereken bir durumdur. Emzirme problemleri ve aspirasyon riski taşıması nedeniyle erken dönemde multidisipliner yaklaşım önemlidir. Bu olguda natal diş, klinik semptomlara neden olması nedeniyle başarıyla uzaklaştırılmış ve komplikasyonsuz iyileşme sağlanmıştır. Natal dişlerin varlığı, doğum sonrası sistemik muayenelerde gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Natal diş, yenidoğan, dental anomali, aspirasyon riski

Yenidoğanda Natal Diş



P-051

TRAVMATİK KALÇA DEFORMİTESİNİN DERMAL YAĞ FLEPLERİ İLE DÜZELTİMİ: Olgu Sunumu

Selma Sönmez Ergün[1], Gökçer Uzer[2], Yasir Vural[1], Joshgun Kasımov[1], Fatih Osman Demir[1], Amir Arsalan Alafı Farkhad[1]

[1]Plastitif ve Estetik Cerrahi AD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul.
[2]Ortopedi ve Travmatoloji AD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi-İstanbul.

Kalçalar, çoğu kültür ve etnik grup tarafından kabul edilen güzellik kavramında yer tutan cinsel çekiciliğin önemli bir unsurudur (1).

Gluteal bölgedeki travmalar, bası yaraları, pilonidal sinüs ameliyatları, bölgede gelişen apseler veya kalça protezi sonrası gelişen enfeksiyonlar sonucu defektler ve deformiteler oluşabilmektedir.

Bölgenin onarımında amaçlanan olgunun kalçasının görünümünü olabildiğince eski haline getirmektir (2).

Bu çalışmada, geçirdiği trafik kazası sonrasında kalça deformitesi gelişen ve dermal yağ flebi ile yağ enjeksiyonu uygulanarak kalça onarımı yapılan 17 yaşındaki bayan olgu sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem:

17 yaşındaki olgu kalçalarındaki travmatik deformitenin düzeltilmesi amacıyla baş vurdu. Yapılan muayenesinde her iki kalçanın sol tarafta daha belirgin olmak üzere ptotik olduğu, pelvik oblisitesinin (pelvic obliquity) olduğu, glutealarda ve sakral bölgede geçirdiği ameliyatlara bağlı yara izlerinin olduğu görüldü (Fig.1a).

Hastanın geçirdiği trafik kazası sonucunda; pelvisinde ve sol asetabulumunda kırıklar oluştuğu, anüs bölgesinde hasar geliştiği, kırıklarına acil müdahalede bulunulup (K telleriyle tespit yapılmış) kolostomi açıldığı, 55 gün Yoğun Bakım Ünitesi'nde kaldığı, bu dönemde sakral bası yarasının oluştuğu, bu yaranın önce VAC ile tedavi edildiği, sonrasında ise fleplerle örtüldüğü, olaydan 5 ay sonra sol ayak ve sol kalça ağrısı nedeniyle Ortopedi Kliniğince yapılan ameliyatta K tellerinin çıkarıldığı, olaydan 8 ay sonra kolostomisinin kapatıldığı, olaydan 11 ay sonra sol alt ekstremite hareket kısıtlılığı nedeniyle addüktör ve iliopsoas kaslarına tenatomi yapılıp Aşil tendonunun z-plasti ile uzatıldığı öğrenildi.

Kazadan 13 ay sonra genel anestezi altında martı kanadı şeklinde insizyon yapılıp (Fig. 1b) belirlenen alan dezepitelize edildikten sonra kaldırılan dermal yağ flepleri hazırlanan ceplere yerleştirildi. Hemostazı takiben 2 adet haemovac dren konulduktan sonra insizyonlar suture edierek kalça kontürleri kısmen düzeltilebildi, sakrum bölgesindeki dekübit yarasını örtmek için kullanılan flepler kısmen eksize edilebildi, sola doğru deviye olan intergluteal sulkus kısmen orta hatta getirilebildi. Hasta ameliyat sonrası dönemini sorunsuz geçirdi.

Kazadan 21 ay sonra sol kalça ağrısının devam etmesi nedeniyle sol total kalça protezi ameliyatı yapılan hastanın sol ayağında içe basma şikayetinin sürmesi ve femoral anteversiyon artışı yüzünden femoral derotasyon osteotomisi (27 ay) planlanıp uygulandı.

Kalçasının görünümünden ve intergluteal sulkusunun deviasyonu nedeniyle taharet alma güçlüğünün sürmesi nedeniyle hasta kazadan 34 ay sonra yeniden kliniğimize baş vurdu. Eski insizyonlardan girilerek(F.g.1c) sağlı sollu fasyokütan flepler hazırlandı.Sol gluteal bölgedeki z-plasti alanı aynı insizyondan girilerek eleve edildi, fazlası eksize edilip kalanı dezepitelize edildikten sonra sol gluteal bölgedeki volümü arttırmak amacıyla cilt altına gömüldü. Sol gluteal bölgenin üst kısmındaki skar eksize edilip ikili skar görünümü düzeltildi, fasyokütan flepler etibond dikişlerle üst kıısma asılıp intergluteal sulkus orta hata getirildi, 2 adet haemovac dren konulup insizyonlar sütüre edildi. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren olguda elde edilen sonuç hasta ve bizim açımızca tatminkar olarak değerlendirildi (Fig.1d).

TARTIŞMA:

İdeal kalça; 45,5 derecelik lomber kavsli, yüksek konumlu, yuvarlak, eni boyuna eşit, yanları düz veya kavisli, sıkı ve pürüzsüz yüzeyli, kısa kalça kıvrımlı ve vücudun diğer kısımlarıyla da orantılı olmalıdır (3).

Gluteal kontur cerrahisine 1964 yılında Pitanguy tarafından öncülük edilmiştir (4).

Onlarca yıldır birçok cerrah, bu bölgenin şekil ve hacmindeki değişiklikleri rezeksiyonlar, cilt düzeltmeleri, gluteal protezlerin yerleştirilmesi, liposuction, lipoenjeksiyon veya diğer tekniklerle kombine ederek düzeltmeye çalışmaktadır. Otolog dokuların kullanımı, seroma, kapsüler kontraktür, implant göçü, yara iyileşme komplikasyonları, doğal dokuların incelmesi ve implantla ilişkili enfeksiyonlar gibi gluteal implantların kullanımıyla ilişkili komplikasyonları önler. Yağ enjeksiyonu ile yağ nekrozu, enfeksiyon, apse oluşumu, kontur düzensizlikleri, siyatik sinir hasarı, yağ embolisi, tromboembolizm ve ölüm dahil olmak üzere çeşitli komplikasyonlar gelişebilir. Ama yağ enjeksiyonu ile gluteal büyütme yapabilmek için hastanın gözle görülür büyütmeye olanak sağlayacak yeterli donör yağa sahip

olması gereklidir (5, 6). Olgumuzda yeterli donör yağ mevcut olmadığı için bu yöntem uygulanamamıştır.

Kalça rekonstrüksiyonunun nihai hedefi, vücudun geri kalanıyla uyumlu, uzun süreli ve stabil bir yumuşak doku konturu elde etmektir (7).

Sonuç:

Kalça deformitelerinin düzeltiminde; lokal anatomide oluşan değişiklikler, yumuşak doku kaypları, olgunun antropometrik özellikleri göz önünde bulundurularak yapılan rekonstrüksiyon ile uzun süreli, fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlara olgumuzda olduğu gibi 2 aşamalı da olsa elde edilebilir.

KAYNAKLAR:

1. Cuenca-Guerra R, Quezada J. What Makes Buttocks Beautiful? A Review and Classification of the Determinants of Gluteal Beauty and the Surgical Techniques to Achieve Them. Aesth Plast Surg 2004; 28, 340–347. doi. org/10.1007/s00266-004-3114-6.
2. Windhofer C, Michlits W, Gruber S, Papp C. Reconstruction in the buttock region using the local fasciocutaneous infragluteal (FCI) flap. J Plastic Reconstruct Aesthet Surg 2010; 63:126–32.
3. Pascal JF. Buttock Lifting: The Golden Rules. Clin Plast Surg. 2019; 46:61-70. doi: 10.1016/j.cps.2018.08.008. Epub 2018 Oct 22.
4. Pitanguy I. Trochanteric Lipodystrophy. Plastic Reconstruct Surg 1964; 34:280–6.
5. Sinno S, Chang JB, Brownstone ND, et al. Deter mining the safety and efficacy of gluteal augmenta tion: a systematic review of outcomes and complications. Plast Reconstr Surg 2016;137: 1151–6.
6. Ghavami A, Villanueva NL. Gluteal Augmentation and Contouring with Autologous Fat Transfer: Part I. Clin Plast Surg 2018; 45(2): 249-59. doi: 10.1016/j.cps.2017.12.009
7. Tremp M, di Summa PG, Oranges CM, Dirk J Schaefer DJ, Kalbermatten DF. Reconstruction of gluteal deformities: a systematic review and experience of four cases. J Plast Surg & Hand Surg 2017; 51: 313–22.
Anahtar Kelimeler: Kalça deformitesi, travmatik, dermal yağ flepleriyle onarım

Fgr.1a, b,c,d,



Fig. 1a: Hastanın preoperatif görünümü 1b: İlk düzeltim için plananan insizyonlar 1c: İkinci düzeltim için plananan insizyonlar 1d: Olgunun ikinci düzeltim sonrası görünümü

P-052

Atipik Yerleşimli Konjenital Dev Melanositik Nevüs Primer Onarım

Betül Şahin, Emre Yaman, Alaattin Tuncay, Recep Tayyip Gökçe, Mehmet Dadacı

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstriktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Konjenital dev melanositik nevüs (KDMN), doğumda mevcut olan ve erişkinlikte büyümesi beklenen pigmentli lezyonlardır. Genellikle gövde, ekstremiteler ve baş-boyun bölgesinde görülse de nadir olarak genital bölgede de görülebilir. Genital bölge yerleşimli KDMN, anatomik yapıların karmaşıklığı ve fonksiyonel/psikososyal etkileri nedeniyle özel önem taşır (1) Lezyonlar koyu pigmentli, bazen kıllı ve düzensiz sınırlıdır. Histopatolojik olarak benign özellikler gösterse de malign melanom gelişme riski özellikle dev lezyonlarda %2-5 arasında değişmektedir (2).

Genital bölgede yerleşimli KDMN'ler, fonksiyonel etkiler, lokal hijyen problemleri, cinsel gelişim üzerindeki olası etkiler ve hastanın beden algısı açısından bütüncül değerlendirilmelidir. Tedavi planlaması multidisipliner yaklaşım gerektirir. Cerrahi eksizyon, lezyonun boyutuna ve lokalizasyonuna göre kısmi ya da tam olabilir. Estetik ve fonksiyonel bütünlüğün korunması amacıyla deri greftleri, doku genişletici teknikler veya lokal flep rekonstrüksiyonları da sıklıkla tercih edilen yöntemler arasındadır (3). Erken dönem takip ve vaka bazlı tedavi planı, uzun vadeli başarı açısından kritiktir. Bu posterde sizlere genital bölgesinde KDMN' e müdahale ettiğimiz hastamızı paylaşacağız. 36 yaş kadın hasta genital bölgesinde aşırı derecede büyümüş, sarkmış ve hiperpigmente lezyonlarından yürümede ve cinsel birleşmede zorluk yaşadığı, psikososyal olumsuzluklar ile baş etmede zorlandığı için kliniğimize başvurdu,

Yapılan fizik muayenede genital bölgede bilateral labium majuslarda yaklaşık 10*20 cm(kare) ve mons pubiste 10*10 cm(kare) konjenital dev nevüs ile uyumlu kitle gözlendi.

Daha önce dış merkezlerde birçok operasyon öyküsü olan hastaya genital rekonstrüksiyon amacıyla tarafımızca cerrahi operasyon planlandı. Eksize edilecek alanlar işaretlendi ve ardından oluşacak defekt için medial uyluk bölgesindeki dokular genişçe undermining yapılarak serbestlendi. Eksizyon sırasında kitlenin cilt altı yağlı dokuya infiltre olduğu gözlendi. Mons pubis pubic tubercule periost üzerinden askı sütürleri ile asıldı. Bilateral uyluk medialinden serbestlenen dokular oluşan defektlere adapte edilerek daha uygun ve memnun edici estetik görünüme kavuşturuldu Hastanın post operatif 10. Gününde uygun postoperatif pozisyon verilmesi ve idrar sondası kullanılmasına rağmen yara yerinin genital bölge yakınında bulunmasının sağladığı nem, olası idrar ve gaita kontaminasyonu gibi durumlar nedeniyle yara yerinde kötü koku akıntı ve en sonunda dehissans gelişti. Alınan yara kültüründe Klebsiella pneumoniae ve Streptococcus pneumoniae suşlarının üremesi saptandı. Teikoplanin ve piperasilin-tazobaktam ile antibiyotik tedavisi başlanmış, steril pansuman, yara bölgesine debridman ve sekonder sütürasyon işlemleri uygulamaları ile yara iyileşmesi sorunsuz şekilde tamamlanmıştır. Alınan lezyonun patoloji raporu bening melanositik lezyon olarak raporlandı. Kliniğimizdeki 1 aylık hastane gözlemi sonrası hastamızın yara yerleri sorunsuz bir şekilde iyileştikten sonra taburcu edildi.

Hastamız taburculuk sonrası yaklaşık 10. ayda abdominal, suprapubik ve sağ infragluteal bölgelerdeki kalıntı nevüsler ve skar revizyonları için yeniden opere edildi. Lezyonlar uygun cerrahi marjla eksize edilerek defektler fasyokutan

flepler ile kapatıldı ve postoperatif iyileşme sorunsuz izlendi.

Genital bölgede yerleşimli konjenital dev melanositik nevüslerin cerrahi tedavisi, estetik kaygıların yanı sıra fonksiyonel ve psikososyal etkileri de göz önünde bulundurularak planlanmalıdır (1). Bu bölgedeki eksizyonlar sonrası rekonstrüksiyon, dokuların esnekliği, nemli ve kirli ortam ve sınırlı lokal doku rezervi nedeniyle zordur. Bu bölgede yapılan geniş eksizyonlar sonrası genellikle flep ya da greft ihtiyacı doğsa da bu olguda nevüsün dev boyutu nedeniyle çevre dokuda gelişen esneklik ve cilt fazlalığı sayesinde primer onarım mümkün olmuştur. Genital bölgenin nemli ve kontaminasyona açık yapısı nedeniyle postoperatif dönemde yara iyileşmesini olumsuz etkileyebilecek akıntı, enfeksiyon ve dehisans gibi komplikasyonlar görülebilir (5). Ancak uygun yara bakımı, steril pansuman, lokal debridman ve hedefe yönelik antibiyotik tedavisi ile bu komplikasyonlar başarıyla kontrol altına alınabilir. Bu vaka, uygun hasta seçimi ile primer onarımın, bazı dev nevüs olgularında güvenli ve etkili bir seçenek olabileceğini ortaya koymaktadır.

Konjenital dev melanositik nevüslerin tedavisinde cerrahi eksizyon ve uygun rekonstrüksiyon yöntemleri temel yaklaşımlardandır (1). Bu vakada dev konjenital melanositik nevüs başarılı şekilde eksize edilerek primer onarımla kapatılmıştır. Lezyonun genişliği onarıma olanak tanımış, ek flep veya greft ihtiyacı olmadan kozmetik açıdan doğal ve uyumlu bir görünüm elde edilmiştir. Bölgenin kontaminasyona açık doğası nedeniyle sınırlı düzeyde yara problemi görülmüş ancak uygun tedavi ile kontrol altına alınmıştır. Yara iyileşmesi tam olmuş, fonksiyonel ve estetik açıdan hastada yüksek memnuniyet sağlanmıştır. Bu sonuçlar, uygun olgularda primer onarımın güvenilir ve etkili bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. (1,4)

Anahtar Kelimeler: Konjenital Dev Melanositik Nevüs, Genital Bölge, Perine Rekonstrüksiyonu

Şekil-1



Sol üstte preop lezyon gösterilmektedir. Üst ortadaki görselde intraop lezyonun invazyon derinliği gösterilmektedir. Sağdaki tek görselde hastanın preop tüm vücut görüntüsü mevcuttur. Sol altta ilk operasyon sonraki postop görüntü sağ altta 2. operasyon sonrası postop görüntü mevcuttur.

P-053

Alveolar kleft hastalarının takip ve tedavisinde 5 yıllık retrospektif analiz

İbrahim Uğur Budak, Nuh Arven, Serhat Gün, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,PLASTİK CERRAHİ ANA BİLİM DALI,DİYARBAKIR

Giriş: Alveolar kleft, maksilla kemiğinin yapısında doğuştan gelen bir eksikliktir. Bu durum, dişlerin ve çene yapısının düzgün gelişmemesine yol açarak estetik ve fonksiyonel sorunlara neden olabilir. Alveolar kleft, genellikle doğumsal dudak ve damak yarıkları ile (%75) ilişkilidir, ancak bazen izole bir durum olarak da görülebilir (1). Alveolar kleft onarımı hastanın yaşına, kemik greftinin nereden alındığına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Hastanın yaşına göre primer alveoler kemik greftlemesi 0-2 yaş süt dişleri döneminde, sekonder alveoler kemik greftlemesi 3-13 yaş mikst dentisyon döneminde ve tersiyer alveoler kemik greftlemesi 13 yaş üzerinde yapılan greftlemeler olarak sınıflandırılabilir (2). Kemik grefti kaynağı olarak parietal kemik, kosta, mandibula ve iliak krest kullanılabilir (2). Bu çalışmada iliak krest kemik grefti ile onarım yaptığımız alveolar kleft hastalarının 5 yıllık sonuçları incelendi.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda 29 haziran 2020 ile 2 temmuz 2025 yılları arasında alveoler kleft onarımı yaptığımız 35 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif ve postoperatif panoramik görüntülemeler ve/veya 3 boyutlu BT görüntülemeleri karşılaştırıldı. Panoramik grafilerden interalveoler kemik segment seviyesinden Bergland skalasına göre greftleme başarısı derecelendirildi. Bergland skala 1 ve 2 hastalar interalveoler segmentte hedeflenen %50 ve üzeri kemikleşmeyi gösteren başarılı sonuçlar olarak değerlendirildi. Bergland skala 3 ve 4 hastalar ise hedeflenen sonuçların altında kalan hastalar olarak sınıflandırıldı ve bu hastalarda olası başarısızlık nedenleri gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmada değerlendirdiğimiz 35 hastadan 21' i erkek 14' ü kadın hastadan oluşmaktaydı. Olguların 2'si bilateral, 33' ü tek taraflıydı. Hastaların tamamında onarım için iliak krest alınan kansellöz kemik grefti kullanıldı. Hastalara alveoler kleft cerrahisi 6-21 yaş aralığında uygulandı (ortalama yaş 11,49). Hastalar operasyon sonrası ortalama 5 yıl takip edildi. Ortalama Bergland skalası 2,34 olarak belirlendi. 5 hasta postoperatif panoramik grafilerine göre Bergland 3 ve 4 olarak değerlendirildi. 30 hasta postoperatif panoramik grafilerine göre Bergland 1 ve 2 olarak değerlendirildi. Hastaların 3 tanesinde donör alanda sütur dehissansı görüldü.2 hastada ağız içinde sütur dehissansı izlendi. 2 hastada donör alanda hematom izlendi. Sütur dehissansı izlenen hastalara 2 haftalık yara bakımı yapıldıktan sonra ağız içi sütur dehissansı olan 2 hasta ile donör alanda sütur dehissansı olan 1 hastanın sütur hattında sekonder yara iyileşmesi izlenirken, donör alanda sütur dehisansı olan 2 hastanın sütur hattı resütura edildi. Donör alanda hematom izlenen hastalara yapılan 2 haftalık yarabakımı sonrasında hematomun gerilediği izlendi.

Tartışma ve Sonuç: Alveolar yarık tedavisi son yüzyılda değişmiştir (3). En yaygın kabul gören tedavi protokolü, 6-11 yaş arası hastalarda iliak krestten otolog kansellöz kemik kullanılarak greftlemedir (3). Stabil ve devamlı maksiller ark oluşturulması, kleft komşuluğundaki dişlere desteğin arttırılması, kleft sahasındaki dişin tekrar çıkmasının sağlanması, oral hijyenin kolaylaştırılması, yüz büyümesinin desteklenmesi, konuşma netliğinin arttırılması, priform bölgenin augmentasyonu, rahat ve serbest ortodontik hareketlere, diş implantına temel sağlanması ve kozmetik olarak daha iyi bir dental ark formu oluşturmak için alveoler kleftlerin onarımı gereklidir.

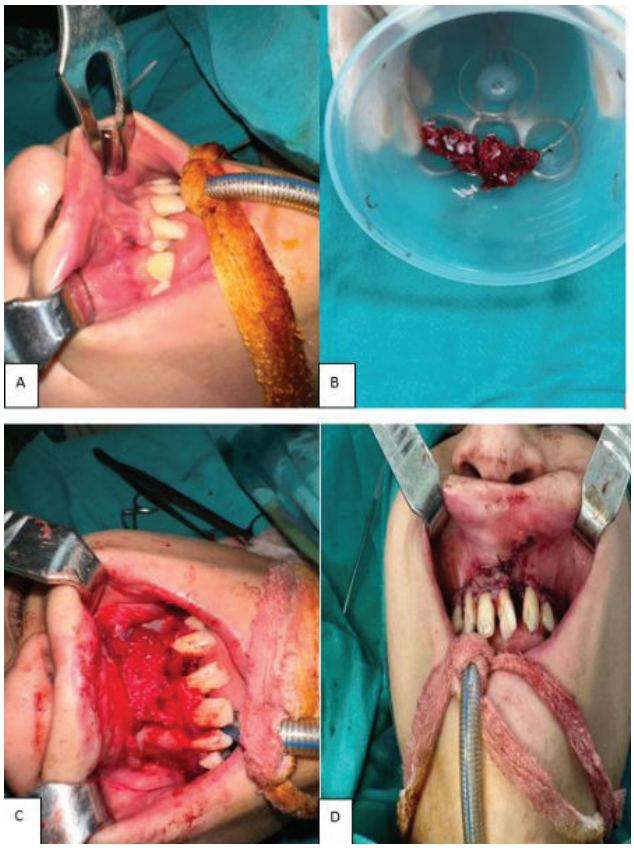
Uygun preop ve postop ortodontik destek tedavisi, diş çekilmesi de dahil kemikleşmeyi önleyecek etmenlerin ortadan kaldırılması, kleft genişliği, kleftin bilateral/unilateral olması, cerrahi teknik, cerrahın tecrübesi, ek periodontal hastalık varlığı, hasta uyumu, kullanılacak greft materyalleri ve greft miktarı alveoler greftleme başarısını etkileyen faktörler olarak bilinmektedir (4).

REFERANSLAR:

1. Kemer Plast Cerrahisi. 2017 Mayıs 22; 44(3):188–193. doi: 10.5999/aps.2017.44.3.188
2.von Eiselsberg F. Zur technik der uranoplastik. Kemer Klin Chir. 1901; 64:50
3.Lexer E. Die Verwendung der freien knochenplastik nebst versucher über gelenkversteinfung und gelenktransplantation. Kemer Klin Chir. 1908; 86:939–943.
4.Drachter R. Die Gaumenspalte und deren operative Behandlung. Dtsch Z Chir. 1914; 131:1–89.

Anahtar Kelimeler: alveolar kleft, kemik grefti, iliak krest

ALVEOLAR KLEFT



A)PREOPERATİF ALVEOLAR KLEFT B)İLİAK KRESTEN ALINAN KANSELLÖZ KEMİK GREFTİ C)İNTRAOPERATİF KEMİK GREFTİNİN ALVEOLAR KLEFT ALANINA YERLEŞTİRİLİMESİ D)POSTOPERATİF ALVEOLAR KLEFTİN KAPATILMASI

P-055

Alın Bölgesinde Ciltte Yerleşim Gösteren Leiyomyomum Yönetimi

Ali Haydar Cinbaş, Volkan Özel, Bilal Çakır, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

Leiyomyomlar, düz kas dokusundan köken alan benign tümörler olup, en sık uterus (yaklaşık %95), gastrointestinal sistem (yaklaşık %3) ve deri (yaklaşık %2) yerleşimlidir (1,2,3). Kutanöz leiyomyomlar, çoğunlukla piloerektör kaslardan gelişir ve genellikle gövde ve ekstremitelerde görülür. Baş-boyun bölgesinde yerleşim gösteren kutanöz leiyomyomlar ise tüm leiyomyomların yalnızca %1' ini oluşturur. Cilt yerleşimli olgular oldukça nadirdir ve literatürde sınırlı sayıda vaka bildirilmiştir. Bu tümörler genellikle ağrısız, mobil, yavaş büyüyen nodüller şeklinde ortaya çıkar. Ancak estetik önemi yüksek olan ciltte yer almaları, plastik cerrahi açısından tanı ve tedavi planlamasında dikkatli yaklaşımı gerektirir. Bu çalışmada, cilt yerleşimli kutanöz leiyomyom olgusunun cerrahi yönetimi, histopatolojik tanısı ve estetik sonuçları sunulmuştur.

Yöntem

32 yaşında erkek hasta, sol frontal ciltte lokalize, yaklaşık 1 yıldır mevcut olan ve son 6 ayda büyüme gösteren ağrısız bir kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede yaklaşık 1x1.5 cm boyutlarında, mobil, iyi sınırlı bir nodül tespit edildi.

Cerrahi planlamada cilt yerleşimliki doğal cilt çizgileri dikkate alınarak yatay bir insizyon tercih edildi. Kitle sınırdan eksize edildi. Eksizyon sonrası defekt primer olarak kapatıldı. Histopatolojik incelemede tümör hücrelerinin desmin ile immün pozitifliği gösterdiği Ki-67 düşük pozitif olduğu ve malignite kriterleri göstermediği saptandı. Ki-67 proliferasyon indeksi, hücre çoğalma oranını gösteren immünhistokimyasal bir belirteçtir. Düşük Ki-67 değeri (<%5), lezyonun düşük proliferatif aktiviteye sahip olduğunu ve genellikle benign karakter taşıdığını gösterir. Yüksek Ki-67 değerleri (>20%), malignite şüphesi açısından uyarıcı kabul edilir (3).

Tartışma

Kutanöz leiyomyomlar, nadir görülen benign neoplazmlar olup, yüz gibi görünürlüğü yüksek alanlarda yer aldıklarında cerrahi yaklaşım önem kazanmaktadır. Literatürde cilt bölgesine yerleşmiş leiyomyom vakaları oldukça sınırlıdır ve genellikle 1–2 cm çapında, klinik olarak benign karakterdedir. Lezyonların eksizyonu, hem nüks riskini azaltmak hem de estetik deformiteyi önlemek açısından önerilir. İnsizyonların cilt çizgilerine paralel yapılması skar görünümünü minimize eder. Bu olguda, frontalis kasına komşu yerleşimli lezyon dikkatli disseksiyonla eksize edilmiş ve estetik açıdan memnun edici sonuç elde edilmiştir.

Ayırıcı tanıda dermatofibroma, trikoepitelioma ve nörofibroma gibi diğer benign kutanöz tümörler düşünülmeli; tanı, histopatolojik ve immünohistokimyasal değerlendirme ile doğrulanmalıdır. (2,3,5)

Sonuç

Cilt yerleşimli yerleşen kutanöz leiyomyomlar oldukça nadir olup, cerrahi yaklaşımda hem onkolojik hem de estetik prensipler göz önüne alınmalıdır. Total eksizyon ve estetik çizgilere uygun insizyon planlaması ile başarılı kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar elde edilebilir. Plastik cerrahlar için bu tip olgular, dikkatli planlama ve dokuya saygılı cerrahi tekniğin önemini vurgulamaktadır.

Kaynaklar

1. Pérez-Pérez L, et al. Multiple cutaneous piloleiomyomas: clinical, dermoscopic and histopathological diagnosis. An Bras Dermatol. 2014;89(3):510–512.
2. Pontone G, et al. Cutaneous leiomyoma: A case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2019;59:191–194.
3. Kaddu S, et al. Cutaneous piloleiomyomas: Clinicopathologic analysis of 53 patients. Am J Surg Pathol. 2001;25(7):1068–1074.
4. Malik M, et al. Cutaneous leiomyoma: A rare presentation on forehead. Dermatol Surg. 2014;40(6):710–712.
5. Gibbons CP, et al. Painful skin tumors: The spectrum of cutaneous leiomyomas. Br J Plast Surg. 1993;46(7):511–514.

Anahtar Kelimeler: leiyomyom, Kİ-67, piloerektör kas

pre-op post-op patoloji sonucu



P-056

Dudakta Tümör Cerrahisi Sonrası Gelişen Mikrostomi: Kommisüroplasti ile Rekonstrüksiyon Cerrahisi ve Klinik Yönetimi

Ali Haydar Cinbaş, Yusuf İnan Nakipoğlu, Bilal Çakır, Serkan Erbatur

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

Mikrostomi, oral açıklığın normalden belirgin şekilde daralmasıyla karakterize, hem fonksiyonel hem de estetik sorunlara yol açan klinik bir tablodur. Edinsel mikrostominin en sık nedeni dudak ve ağız çevresi malign tümörlerin cerrahi rezeksiyonlarıdır. Başta skuamöz hücreli kanser (SCC) olmak üzere maligniteler, dudak tümörlerinin yaklaşık %90' ını oluşturur ve bu hastaların %15–20' sinde cerrahi sonrası mikrostomi geliştiği bildirilmektedir (1, 2). Mikrostomi; beslenme, konuşma ve ağız hijyenini ciddi biçimde bozarken, estetik deformasyonlar da hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu durum özellikle üst ve alt dudak kommissürlerinin rezeke edildiği vakalarda daha sık görülür. Rekonstrüktif cerrahinin temel hedefi hem açıklığın genişletilmesi hem de dudak konturunun simetrik ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılmasıdır. Kommisüroplasti, bu amaçla uygulanan temel cerrahi yaklaşımlardan biridir (2,3,4).

Yöntem

Bu çalışmada, dudak tümörü nedeniyle rezeksiyon uygulanmış ve postoperatif mikrostomi gelişmiş toplam 4 hastanın (3 erkek, 1 kadın; yaş aralığı 45–72 yaş) değerlendirilmesi sunulmaktadır. Tüm hastalarda tanı skuamöz hücreli karsinom olup, 4' ü alt dudakta, 2' si üst dudakta yerleşimliydi(iki hastada hem alt hem üst). Cerrahi sınır güvenliği nedeniyle kommissürlerin bir kısmı ya da tamamı rezeke edilmişti. Radyoterapi almış olan 3 hastada, cerrahi müdahale radyoterapiden en az 4 ay sonra, dokuların yumuşak doku kontraktüründen stabil hale gelmesini takiben planlandı.

Cerrahi teknik olarak, lezyonun lokalizasyonuna göre Webster-Bernard modifikasyonu, mukokutanöz rotasyon flepleri ve gerektiğinde karşılıklı üçgen flep dizaynları kullanıldı.

Webster-Bernard flep, kommissür hattının dışa doğru genişletilmesinde ve dudak uzunluğunun restore edilmesinde tercih edildi.

Mukokutanöz flepler, dudak mukoza ve deri uyumu açısından doğal geçiş sağladığı için özellikle estetik beklentisi yüksek olgularda kullanıldı.

Geniş defektlerde ise rotasyon- ilerletme kombinasyonları ile kommissür hattı yeniden dizayn edildi.

Her operasyonda postoperatif 10. günde süturlar alındı. Ağız açıklığı interinsizör mesafe ile ölçüldü. Cerrahiden 2 hafta sonra, hastalara kişiselleştirilmiş oral egzersiz programı ve splint uygulamaları başlatıldı.

Tartışma

Dudak ve perioral bölge rekonstrüksiyonları, hem fonksiyonel gereksinimleri hem de estetik beklentileri dengelemesi açısından rekonstrüktif cerrahinin zorlu alanlarından biridir. Post-onkolojik mikrostomi olgularında başarı; flep seçiminin doğru yapılması, simetrik kommissür dizaynı ve postoperatif rehabilitasyonla doğrudan ilişkilidir. Radyoterapi sonrası doku kalitesindeki azalma, iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir ve cerrahinin zamanlamasını kritik hale getirir. Özellikle mukozal ve kutanöz yüzeylerin geçiş bölgelerinde renk ve doku uyumu sağlamak, doğal dudak mimiklerini korumak açısından önemlidir. Splint kullanımı ve erken egzersiz, rekonstrüksiyon sonrası gelişebilecek yeniden daralma (rekürren mikrostomi) riskini azaltır (1,4,5).

Sonuç

Dudak tümörleri sonrası gelişen mikrostomi, özellikle kommissür tutulumu olan vakalarda sık karşılaşılan bir problemdir. Kommisüroplasti, uygun flep tasarımı ve dikkatli cerrahi diseksiyonla ağız açıklığını artırırken, dudak estetiğini ve fonksiyonunu başarılı şekilde yeniden kazandırabilir. Cerrahi zamanlama, hastaya özgü planlama ve disiplinli postoperatif takip, uzun vadeli başarı için temel gerekliliklerdir.

Kaynaklar

1. Baker SR. Local Flaps in Facial Reconstruction. 3rd ed. Elsevier; 2014.
2. Yotsuyanagi T, Yokoi K, Urushidate S, et al. Reconstruction after resection of lip cancer: analysis of 154 cases. Plast Reconstr Surg. 2001;108(5):1047-1052.
3. Shenaq SM, Dinh TA. Commissuroplasty for microstomia following oncologic resection. Plast Reconstr Surg. 1992;90(3):504-510.
4. Kim YJ, Woo SH. Management of post-oncologic microstomia: functional and aesthetic considerations. J Craniofac Surg. 2016;27(5):1232-1236.
5. Hölzle F, Loeffelbein DJ, et al. Reconstruction of the perioral region following tumor resection. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66(4):684-693.

Anahtar Kelimeler: mikrostomi, kommisüroplasti, alt dudak malignitesi

pre-op post-op görüntüler



P-057

Omuz Defektinin Torakoakromial Arter Tabanlı Flep ile Onarımı

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Mehmet Fatih Akkoç, Volkan Özel

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

Giriş:

Omuzdaki doku kayıpları üst ekstremitedeki diğer yerlere göre daha az yaygındır. Esas olarak tümörlerden (sarkomlar), enfeksiyöz hastalıklardan (hidradenitis) veya yanıklardan kaynaklanır (1). Nadir de olsa ateşli silah yaralanmasına bağlı doku kayıpları görülebilir. Rekonstrüksiyonun amaçları doku kayıplarının omuz çevresinde mi yoksa aksiller bölgede mi yer aldığına göre değişir. Perforatör, propellar, pediküllü ve serbest flepler dahil olmak üzere çok sayıda bölgesel çözüm mevcuttur. Donör bölge; toraks (latissimus dorsi, serratus anterior), sırt (trapezium, skapular veya subskapular flepler, oksipito-serviko-torasik flep), toraksın ön yüzeyi (pektoralis majör veya minör supraklvaviküler, akromiotorasik arterin perforatörleri, delto-pektoral flep) veya kol (brakial lateral veya medial) olabilir. Torakoakromiyal arterin iki ana dalı vardır: Deltoid dal ve pektoralis dalı. Torakoakromiyal arter, deltoid dalın terminal kutanöz arteridir ve deltoid ile pektoralis kası arasındaki sulkusun medial yönünde cilt altı düzleme çıkar. Daha sonra deltoid bölgeye doğru ilerler ve cildi ve cilt altı dokuyu deltoid ve pektoralis majörün üst kısmı üzerinde perfüze eder.

Yöntem:

Kliniğimizde 2 hasta omuz bölgesine ateşli silah yaralanmasına bağlı doku defekti nedeniyle takip edildi. İki hastada erkek idi. Hastalar 38 -47 yaşında idi. İki hastada da sağ omuza lokalize defekt izlendi. İki hastada da kemik açıklığı izlendi. Defekt alanları yaklaşık iki hasta için de 10*10 cm izlendi. Hastalara uygun debridman –negatif basınçlı yara tedavisi, iv antibiyotik tedavisi,yara yeri bakımı sonrası Torakoakromiyal arter tabanlı fasyokutan flep cerrahisi planlandı. Genel anestezi altında cerrahi örtünme ve temizlik sonrası operasyona başlandı. El doppleri yardımı ile Torakoakromiyal arter ve kominikan venleri, derin fasyanın altından, sulkusun medial tarafındaki deltoid ve pektoralis majör kasları arasındaki cilt altı düzleme doğru ortaya çıkar. Kasın ön tarafındaki deriyi ve deri altı dokuyu desteklemek için sulkusu klavikulanın yaklaşık 6 ila 7 cm altında bir seviyeden geçtiği izlendi. Doppler USG yardımı ile arter lokalizasyonu işaretlendi. Defekt alanına uyugun olacak şekilde flep büyüklüğü tasarlandı. Flep pedikülü korunacak şekilde defekt alanına inserte edildi. Hastalar postop takip edildi. Herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Bir hastada 2. günde diğer hastada da 4. günde dren çekildi. Hastalar fizik tedavi polikliniğine yönlendirildi. 1.Ay -3.Ay -6.Ay takiplerde flepler iyi gözlendi.

Sonuç:

Aksiller kıvrım ve omuz eğrisi için, çok sayıda bölgesel çözüm mümkündür. Torakoakromial arter tabanlı fasyokutan flep de güvenirliliği nedeniyle omuz kavsini oluşturması ve eklem hareketine izin vermesi nedeniyle omuz defeklerinde tercih edilebilecek bir fleptir. Torakoakromial arter tabanlı fasyokutan flep omuz bölgesindeki defeklerde cilt esnekliği,cilt rengi benzerliği nedeniyle uygun bir tercihtir. Diğer seçeneklere göre dezavantajı estetik açıdan gövde anteriorda kötü bir yara yeri,donör saha deformitesi gözlenebilir. Uygun hastalarda uygun defeklerde sağlam ve güvenli bir flep için torakoakromial arter tabanlı fasyokutan flep tercih edilebilir.

Referans:

1-) Gouin F, Creen V. Rekonstrüksiyon après résection pour tumeur osseuse de l'épaule [Kemik tümörü için omuz rezeksiyonunu takiben rekonstrüksiyon]. Kanseri 2014;101(10):951—7.

Anahtar Kelimeler: Akromiyotorasik arter, Ateşli silah yaralanması, Omuz, Torakoakromial arter

Torakoakromial Arter Tabanlı Flep



A: Omuzdaki defekt anterior B: Omuzdaki defekt lateral C: Torakoakromial arter tabanli flep anterior 1. Hafta D: Torakoakromial arter tabanli flep lateral 1. hafta E: Torakoakromial arter tabanli flep 3. hafta F: Torakoakromial arter tabanli flep 3. hafta

P-058

Hayvan Isırıklarına Klinik Yaklaşımlarımız

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Serkan Erbatur

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

Giriş:

Hayvan ısırık yaralanmalarının sıklığı ve türü coğrafi konuma, endüstrileşmeye ve kültürel faktörlere bağlıdır. Türkiye' de hayvan ısırığı vakalarının yılda 100.000 kişide 200 olduğu tahmin edilmektedir. Yaklaşık 10 milyon köpek ve kedi, yılda yaklaşık 700 bin köpek ısırığına ve 200 bin kedi ısırığına neden olmaktadır (1). Köpek ısırıkları genellikle erkekleri, kedi ısırıkları ise daha çok kadınları etkiler. Hayvan ısırığının lokal kuvveti, değişken miktarda doku dermabrazyonuna neden olan ezilme yaralanmasına neden olur. Isırık yaralanmalarının şiddeti, yüzeysel sıyrıklar, yırtıklar ve ezilme yaralarından, bazen alttaki kemiğe kadar uzanan veya onu da içeren büyük doku kaybıyla sonuçlanan soyulma yaralanmalarına kadar değişir.Isırık yaralarının %70-80 ' i ellerde, kollarda ve bacaklarda, %10-30' u ise baş, ense ve boynun ön kısmında (özellikle 10 yaş altı çocuklarda) görülür. 5 yaş altı çocuklarda ısırık yaralarının %90' a kadarı yüz ve boynun ön kısmında görülür (2). Köpek ısırıklarında kuduz, kedi ısırıklarında bartonella,fare ısırıklarında spirillium,kemirgen ısırıklarında leptospira patojeni üremesi olabilir.

Yöntem:

Kliniğimizde 3 eşek ısırığı, 7 köpek ısırığı,1 inek ısırığı ve 1 domuz ısırığı sonrası doku defekti ve cilt bütünlüğü

bozulması sonrası toplam 12 hasta takip edilmiştir. Hastaların 7'si kadın 5'i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 38 idi. 6 hastada elde, 2 hastada gövdede, 2 hastada skalpte, 2 hastada uylukta doku defekti izlendi. Hastalara ilk müdahele olarak yara yeri yıkaması yapıldı. Hastalara tetanoz ve kuduz aşısı yapıldı. Seri doku debritmanı –negatif basınçlı yara tedavisi yapıldı. 4 hastanın defekti primer olarak kapatıldı. 2 hastaya transpozisyon flebi uygulandı. 1 hastanın yara yeri sekonder iyileşmeye bırakıldı. 5 hastaya kısmi kalınlıkta deri grefti (stsg) uygulandı. Postop 1 hastada yara yeri ayrışması gözlendi. Hastalar ortalama 14 gün kliniğimizde takip edildi. Taburculuk sonrası hastaların aşılamasına devam edilmesi için yakın gözlem ve takip yapıldı. Uygun hastalara fizik tedaviye yönlendirildi.1 Ay-5. Ay hastalar kontrole çağrıldı. Herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Sonuç:

Hastalar ve hekimler,hayvan ısırığının gerçek şiddetini akut olarak anlamayabilir.Bu sebeple hayvan ısırıklarında çok dikkatli olunmalı gözlem süresinin yeterli olması gerekli.. Patojenlerin tespiti ve yaralı bölgedeki mikrodolaşımın optimizasyonu için antibiyogram çalışılması ve uygun antibiyotik başlanılması önemlidir.Cerrahi tedavi, nekrotik dokunun çıkarılmasına, yükün mekanik olarak azaltılmasına dayanır. Isırık yarasının yeri ve boyutuna bağlı olarak disiplinler arası iş birliği önerilebilir. Nekrotik dokuların çıkarılması için debridman, irrigasyondan daha üstündür. Yara debridman, tenosinovektomi, irrigasyon, drenaj ve günlük batikon banyoları ile tedavi edilimelidir. Uygun debridman sonrası aceleci davranmadan yara yerinin kapatılmaya uygun olduğu anlaşıldıktan sonra uygun cerrahisi yapılmalıdır. Ameliyat sonrası immobilizasyon ve erken fonksiyonel fizyoterapi gereklidir. Isırık yaralarını bağışıklık açısından dikkatli takip edilmelidir

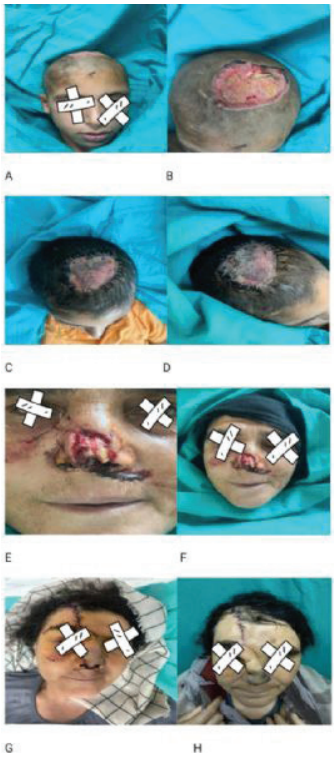
Referanslar:

1. Ostanello F, Gherardi A, Caprioli A, La Placa L, Passini A, Prosperi S: Büyük bir İtalyan şehrindeki acil servislerde tedavi edilen köpek ve kedilerin neden olduğu yaralanmaların sıklığı. Emerg Med J 2005; 22: 260–2.

2. 28. Rueff F, Bedacht R, Schury G: Die Bissverletzung – Sonderstellung in der Klinik, Behandlung und Heilverlauf. Med Welt 1967; 12: 663–8.

Anahtar Kelimeler: Eşek, Flep, Greft, Hayvan Isırığı, İnek, Köpek

HAYVAN ISIRIĞI



A:Hayvan ısırığı sonrası skalpte defekt B:Hayvan ısırığı sonrası skalpte defekt C:Skalpt greft 4.gün D:Skalp greti 4. Gün E:Hayvan ısırığı sonrası burunda defekt F:Hayvan ısırığı sonrası burunda defekt G:Alın flebi 1. Hafta H:Alın flebi 17. gün

P-060

Labial Frenilum Yapışıklığı Klinik Yaklaşımımız

Fırat Aktaş, Muhammet Taha Toprak,
Mehmet Nesim Güney, Volkan Özel, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

GİRİŞ

Labial frenulum, üst veya alt dudakların iç yüzeyi ile alveolar mukoza arasında uzanan ince fibröz bir yapıdır. Dudak ve diş eti arasındaki hareketi sınırlandırarak fonksiyonel denge sağlar. Ancak bazı bireylerde bu yapı hipertrofik, kısa veya insiziv papilla hizasında sonlanacak şekilde yapışık olabilir. Bu anatomik varyasyonlar; diş fırçalama sırasında kanama, ön dişler arasında açıklık (diastema), diş eti çekilmesi, konuşma bozuklukları ve estetik sorunlara neden olabilir (1,3).

Labial frenulum anomalileri genellikle pediatrik yaş grubunda fark edilmekle birlikte erişkinlerde de estetik ya da fonksiyonel şikayetlernedeniyle gündeme gelebilir. Ortodontik tedavi gören bireylerde, frenulumun oluşturduğu traksiyon diastemanın kapanmasını engelleyebilir veya tedavi sonrası yeniden açılmasına neden olabilir. Bu bağlamda, labial frenilumun dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve gerekirse cerrahi olarak serbestleştirilmesi önemlidir.

Klinik değerlendirmede frenilumun insiziv papilla seviyesinin üzerindeki yapışıklık düzeyi, traksiyon testi

ile çekilme olup olmadığı ve ön dişler arasındaki açıklığın varlığı gözlemlenir. Diş eti seviyesinde traksiyona bağlı çekilme veya inflamasyon da karar verme sürecinde dikkate alınır (2). Cerrahi endikasyonlar arasında estetik kaygılar, fonksiyonel kısıtlılık, ağız hijyeninin bozulması, ortodontik direnç ve protez uyumsuzluğu yer alır (1,3).

Cerrahi teknik seçimi hastanın yaşına, diş-gingiva ilişkisine ve estetik beklentilere göre belirlenmelidir. En sık uygulanan yöntemler arasında basit frenotomi (frenilumun kesilerek gevşetilmesi), frenektomi (frenilumun tamamen çıkarılması) gibi teknikleri yer alır (3,5). Tüm tekniklerde dikkat edilmesi gereken en önemli husus, yeterli gevşetmenin sağlanması ve rekürrens riskinin azaltılmasıdır (4).

OLGU

17 yaşında kadın hasta, ön dişleri arasında açıklık (diastema), diş fırçalama sırasında kanama ve gülümserken diş etlerinin aşırı görünmesi şikayetleriyle başvurdu. Ortodontik tedaviye rağmen diastemanın kapanmaması üzerine labial frenulum anomalisi açısından Plastik Cerrahi Polikliniği'ne yönlendirildi. Anamnezinde herhangi bir travma ya da sistemik hastalık bulunmamaktaydı.

Muayenede, üst labial frenulumun kalın ve insiziv papilla üzerine yapışık olduğu, frenilumun dudak hareketiyle traksiyon oluşturduğu ve yaklaşık 2 mm genişliğinde diastema bulunduğu görüldü. Ayrıca frenilumun çekme etkisiyle diş eti seviyesinde mobilite olduğu dikkat çekti.

Hastaya lokal anestezi altında klasik frenektomi planlandı. Cerrahi işlemde frenilum insize edilerek alttaki fibrotik bant serbestleştirildi ve eksize edildi. Hemostaz sağlandıktan sonra kesi hattı emilebilir sütür materyali ile kapatıldı.

SONUÇ

Labial frenulum anomalileri, ağız içi estetik ve fonksiyon açısından önemli sorunlara yol açabilir. Özellikle ortodontik tedavi sürecinde direnç oluşturan, diş eti sağlığını olumsuz etkileyen veya estetik olarak rahatsız edici frenulum yapışıklıkları cerrahi olarak giderilmelidir. Frenektomi, basit ve etkili bir cerrahi yöntem olup doğru endikasyonla uygulandığında yüksek hasta memnuniyeti sağlar.

Anahtar Kelimeler

Labial frenulum, frenektomi, diastema, oral yapışıklık, ağız estetiği, ortodontik uyumsuzluk, mukoza çekintisi, ağız içi cerrahi.

Kaynakça

1. Huang WJ, Creath CJ. The midline diastema: a review of its etiology and treatment. Pediatr Dent. 1995;17(3):171-179.
2. Placek M, Miroslav S, Mrklas L. Significance of the labial frenum attachment in periodontal disease in man. Part I: Classification and epidemiology of the labial frenum attachment. J Periodontol. 1974;45(12):891-894.
3. Campbell PM. The dilemma of midline diastema. Semin Orthod. 2006;12(3):163-171.
4. Kotlow LA. Diagnosis and treatment of ankyloglossia and other frenulum attachments in neonates and infants: A new classification scheme. J Hum Lact. 1999;15(3):279–284.
5. Kılıç N, Kiki A, Oktay H. Effects of frenectomy on maxillary midline diastema and relapse in children. Eur J Orthod. 2010;32(6):681–685.

Anahtar Kelimeler: labial, frenilum, yapışıklığı

labial frenilum yapışıklığı



P-067

Turner Sendromlu Bir Olguda Pterigium Colli'nin Cerrahi Tedavisi

Salih Çanlar, Yasin Canbaz, Zeki Çelik, Ceren Cömert, Perçin Karakol

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Pterigium colli, 1883 yılında Kobylinski tarafından tanımlanmış olup Turner sendromu başta olmak üzere Noonan ve Klippel–Feil sendromlarında görülebilen konjenital bir boyun deformitesidir. Turner sendromu, 45X0 karyotip anomalisine bağlı olarak yaklaşık 1/2500–3000 kız doğumunda izlenir ve kısa boy, düşük saç çizgisi, perdeli boyun, kulak deformiteleri, kardiyak anomaliler gibi bulgularla karakterizedir (1,2). Pterigium colli fonksiyonel bir kısıtlılığa yol açmamakla birlikte estetik kaygı nedeniyle cerrahi düzeltme endikasyonu taşır. Literatürde çeşitli cerrahi teknikler tanımlanmış olup, eksizyon ve ölü boşluk kapatma yöntemleri erişkin olgularda da uygulanabilir. Burada erişkin bir Turner sendromu olgusunda bilateral pterigium colli eksizyonu sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem

Sekiz yıldır bilateral kulak arkasında kitle şikâyeti olan 6 yaşında kadın hasta Ocak 2024'te plastik cerrahi polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde geçirilmiş cerrahi öykü, ek kronik hastalık ve ilaç alerjisi yoktu. Fizik muayenede bilateral servikal bölgede, kulak posteriorundan kraniale uzanan yaklaşık 7 cm uzunluğunda vertikal kontraksiyon bantları saptandı. Boyun hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Boyun ultrasonografisinde sağ tarafta en büyüğü 19x6 mm olan reaktif lenf nodları ve her iki tarafta lateralden kraniale uzanan 6–7 mm kalınlığında yumuşak doku eko artışı izlendi. Turner sendromu tanısı mevcut olan hastaya estetik amaçlı cerrahi planlandı Ağustos 2024 tarihinde, genel anestezi altında prone pozisyonda steril hazırlık sonrası kontraksiyon bantları superficial fasya üzerinden serbestlendi. Posteriorundaki cilt konveks "half moon"

insizyonla eksize edildi. Cerrahi loja dren yerleştirilip sütüre edildi. Postoperatif dönemde hastada komplikasyon gelişmedi. Estetik görünümde belirgin düzelme sağlandı.

Tartışma

Pterigium colli deformitesi, Turner sendromu olgularında yüksek prevalansa sahiptir ve estetik kaygılar nedeniyle cerrahi düzeltme sıklıkla tercih edilir (3). Cerrahi tedavide Z plasti, posterior servikal lifting, eksizyon + quilting sutures, doku genişletme teknikleri gibi çeşitli yöntemler bildirilmiştir (4–6). Erişkin olgularda, deri elastikiyetinin azalması ve skar iyileşme özelliklerindeki değişiklikler nedeniyle cerrahi planlama daha dikkatli yapılmalıdır. Bizim olgumuzda, half moon insizyonla eksizyon ve ölü boşluk kapatma teknikleri kullanılarak tatmin edici sonuç elde edilmiştir. Literatürde eksizyon temelli tekniklerin özellikle geniş bantlı deformitelerde etkili olduğu, komplikasyon oranlarının düşük olduğu bildirilmektedir (7,8).Turner sendromlu hastalarda pterigium colli cerrahisi, dikkatli planlama ve uygun teknik ile güvenli şekilde uygulanabilir. Eksizyon ve ölü boşluk kapatma kombinasyonu, özellikle geniş kontraksiyon bantlarında estetik olarak tatmin edici sonuçlar sağlar.

Sonuç

Sonuç olarak, Pterigium Colli deformitesinin tedavisinde birden fazla cerrahi teknik mevcuttur. Hastanın mevcut durumu ve beklentileri dikkate alınarak en uygun yöntem seçilmelidir. Z plasti ile cilt eksizyonu, uygun olgularda hem güvenilir hem de estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sağlayabilen etkili bir seçenek olduğu düşünülmektedir. Fakat daha geniş olgu serileri ve uzun takipler ile sonuçların desteklenmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Kobylinski L. Webbed neck. Virchows Arch Pathol Anat. 1883;91:497–502.
2. Morgan T. Turner syndrome: Diagnosis and management. Am Fam Physician. 2007;76(3):405–410.
3. Cinpolat A, Ünal K, Özkan Ö, Özkan Ö. Turner sendromlu bir olguda pterigium colli'nin cerrahi tedavisi. Akdeniz Tıp Dergisi. 2018;1:82–84.
4. Chaput B, Chavoin JP, Lopez R, et al. The "posterior cervical lift": A new approach to pterygium colli management. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2013;1(6):e45.
5. Thomson SJ, Tanner NS, Mercer DM. Web neck deformity: anatomical considerations and options in surgical management. Br J Plast Surg. 1990;43(1):94–100.
6. Kapaj R, Zor F, Öztürk S. Repair of pterigium colli in a case with Turner syndrome: Case report and review of the literature. Gulhane Med J. 2012;54(1):70–73.
7. Posso CM, Wolff GA, Suarez LD. Pterigium colli: Secondary surgical correction of one severe case. Ann Chir Plast Esthet. 2012;57(4):299–303.
8. Leandris M, Ricbourg B. Surgical treatment of pterygium colli: A case report and review of the literature. Ann Chir Plast Esthet. 1997;42(6):615–622.

Anahtar Kelimeler: Pterigium Colli, Turner Sendromu, Z plasti

P-068

Brakial Pleksus ile Çevrili Dev Lipomun Cerrahi Yönetimi

Alperen Aras, Erdem Ervar, Ceyhun Uzun, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Aksiller bölgede görülen dev lipomlar nadir olmakla birlikte, yerleşimlerinin nörovasküler yapılara yakınlık ve fonksiyonel kısıtlılığa yol açması sebebiyle tanı ve tedavide zorluk oluşturur. Çapı 10 cm'den büyük veya 1000 gramdan ağır olan lipomlar "dev lipom" olarak tanımlanır. Aksiller bölgedeki dev lipomlara yaklaşım olarak anterior aksiller insizyon, transaksiller yaklaşım ve endoskopik yöntemler yer almaktadır. Biz bu çalışmada anterior aksiller insizyonla açık cerrahi yöntemi tercih ettik. Operasyon süresi, brakial pleksus ve aksiler ven ile olan ilişkisi, komplikasyonlar ve kozmetik sonuçlar açısından olguyu değerlendirdik.

Materyal-Metod: Bilinen astım tanılı 43 yaşındaki kadın hastanın 5 sene önce sağ aksiller bölgede şişlikle başlayan ve giderek büyüyen, ağrı ve hareket kısıtlılığına sebep olan kitlesine yönelik olarak sağ omuz kontrastlı manyetik rezonans görüntülemede sağ aksiller bölge toraks duvarı sağ lateral kesimi dolduran yaklaşık 13x7x10 cm boyutlara ulaşan T1A'da hiperintens T2 yağ baskılı sekanslarda baskılanan aksiller bölgeden kol düzeyi triceps kası arasına doru uzanımı bulunan intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrası kontrast tutulumu göstermeyen lipom ile uyumlu yer kaplayıcı lezyon saha görünümü izlenmektedir.

Cerrahi Teknik: Sağ aksiller bölgedeki lipoma yönelik anterior aksiller insizyonla başlandı. Lipomun kapsülünün brakial pleksus ile çevrili olduğu izlendi. Brakial pleksusun dalları tek tek ortaya konuldu ve daha sonrasında askılandı. Aksiller venin de lipom ile ilişkili olduğu izlendi ve vaka boyunca korundu. Kitlenin kapsülü soyulup total eksizyonu gerçekleştirildi. Çıkarılan materyal incelenmek üzere patolojiye gönderildi. Kanama kontrolü ve fibrin glue uygulaması yapıldı. 1 adet hemovac dren yerleştirildi. Cilt altı dokular PDS ile cilt Prolen ile katlarına uygun sütüre edildi.

Bulgular: Sağ aksilla eksizyon materyali lipom olarak raporlanmıştır. 1500 gram ağırlığında 16x15x10 cm boyutlarında dış yüzeyinde ince fibröz kapsülü bulunan kesit yüzü sarı yağlı homojen görünümde nodüler lezyonda belirgin atipi, nekroz, mitoz ve lipoblast gibi liposarkom lehine aşikar bulgu görülmedi. Olguda nörovasküler yapılara zarar verilmedi. Operasyon süresi 120 dakika olarak kaydedildi. İnterkostobrakiyal kaynaklı parestezi izlenmedi. Aksiller ven veya brakial pleksus hasarı izlenmedi. 6 aylık postoperatif takipte nüks gözlenmedi.

Sonuç: Aksiller bölgedeki dev lipomlar açık cerrahi eksizyonla güvenli ve etkin biçimde tedavi edilebilir. Cerrahi yaklaşımın iyi planlanması, nörovasküler hasarı minimize ederken fonksiyonel ve estetik başarıyı artırır. Minimal invaziv yöntemler seçilmiş küçük/orta boyutlu lezyonlarda avantaj sunsa da dev tümörler için altın standart hâlen açık cerrahidir.

Tartışma: Dev aksiller lipomlar nadir görülmekle birlikte, anatomik yerleşimleri nedeniyle cerrahi olarak dikkat gerektirir. Özellikle brakial pleksus ve aksiller ven ile yakın ilişkileri nedeniyle cerrahi yaklaşım iyi planlanmalıdır. Cerrahi tercih genellikle açık eksizyon yönündedir, derin yerleşimli veya büyük kitleler için kapalı yöntemlerin yetersiz olduğu vurgulanmıştır.Minimal invaziv yöntemler (örneğin liposuction, endoskopik rezeksiyon), seçilmiş küçük lipomlar için avantaj sağlasa da, dev lipomlarda kapsül bütünlüğünü bozabilir ve maligniteyi gözden kaçırma riski taşır. Histopatolojik inceleme zorunludur. Dev lipomlar

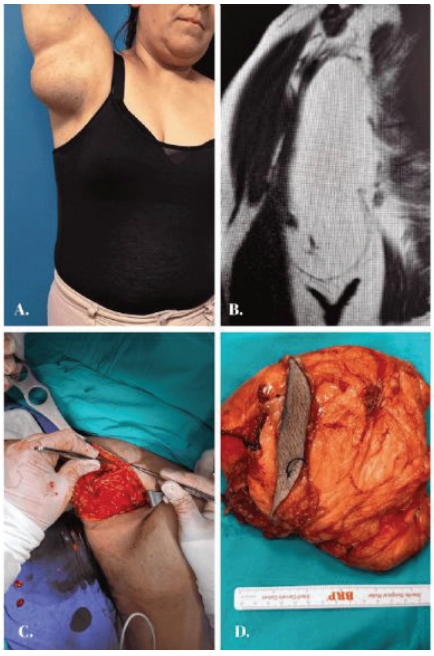
çoğunlukla benign olsa da, iyi diferansiye liposarkomlar makroskopik olarak benzer görünebilir. Bu nedenle her cerrahi örnek detaylı incelenmelidir. Literatüre göre %2–4 oranında liposarkom olgusu dev lipom gibi sunulmuştur (Bhaskaran et al., 2020). Komplikasyonlar genellikle minimal ve geçicidir. En sık karşılaşılan komplikasyon interkostobrakiyal sinirin geçici parestezisidir. Sinir monitörizasyonu önerilmemekle birlikte, büyük olgularda dikkatli diseksiyon tekniği bu riski azaltır.Nüks oranı çok düşüktür, kapsülü ile birlikte yapılan eksizyonlar nüks ihtimalini azaltır. Kozmetik sonuçlar, özellikle kadın hastalarda önem taşır. Anterior aksiller insizyonlar doğal deri katlantılarından geçirilerek hem geniş cerrahi alan sağlar hem de estetik olarak iyi sonuçlar verir.

Kaynaklar:

1.Giant axillary lipoma — A rare case report with review of literatüre November 2015Hellenic Journal of Surgery 86(6):383-385 DOI:10.1007/s13126-014-0164-3
2.Bashir M, Zaki IA, Mahajan MK. Gaint axillary lipoma following excision. Indian J Surg. 2013 Jun;75(Suppl 1):158-9. doi: 10.1007/s12262-012-0561-1. Epub 2012 Jun 16. PMID: 24426549; PMCID: PMC3693297.
3.Vandeweyei, E., & ScagnoI, I. (2005). Axillary Giant Lipoma: a Case Report. Acta Chirurgica Belgica, 105(6), 656–657. https://doi.org/10.1080/00015458.2005.11679797
4.Giant lipomas: A 130-year literature review, case series, and introduction of an intuitive management algorithm October 2024Giornale di Chirurgia - Journal of Surgery 44(6):e57 DOI:10.1097/IA9.0000000000000057
5.Guler O, Mutlu S, Mahirogulları M. Giant lipoma of the back affecting quality of life. Ann Med Surg (Lond) 2015; 4(3): 279-282. doi:10.1016/j.amsu.2015.08.001.

Anahtar Kelimeler: Brakial pleksus, aksiller ven, dev lipom, yumuşak doku tümörü

Resim 1



A.Preoperatif görüntü B.Preoperatif MR görüntülemesi C.Eksizyon sonrası brakial pleksusun görüntüsü D.Eksizyon materyali

P-070

Minimal Travma Sonrası Hızla İlerleyen Kutanöz Mukormikozis: Erken Tanı ile Uzuv Kurtarma

Alper Kaan Sever, Ahmet Umut Yuvacı, Özlem Çolak
Demiroğlu Bilim Üniversitesi

Giriş ve Amaç

Mukormikozis, özellikle immünsüprese bireylerde görülen, Mucorales takımına ait mantarların neden olduğu, hızla ilerleyebilen ve yüksek mortaliteye sahip invaziv bir fungal enfeksiyondur. En sık nazal, orbital ve pulmoner yerleşimli formları görülmekle birlikte, cilt ve yumuşak doku tutulumuna bağlı kutanöz mukormikozis formları da özellikle travmatik girişimler sonrası gelişebilir.

Bu sunumda, kemik iliği transplantasyonu öyküsü olan, sol kolunda damar yolu açılmasını takiben gelişen ve hızla ilerleyen nekrozla seyreden nadir bir kutanöz mukormikozis olgusunun tanı, tedavi ve izlem sürecini paylaşarak bu nadir enfeksiyonun önemini vurgulamayı amaçladık.

Yöntem ve Bulgular

Olgumuz, 66 yaşında, kemik iliği transplantasyonu öyküsü olan erkek bir hastadır. Hasta, sol ön kol fleksör yüzeyine damar yolu açılmasını takiben gelişen kızarıklık, şişlik ve ağrı şikayetleriyle başvurdu. Yaklaşık iki hafta içinde sol ön kol fleksör yüzde başlayan cilt değişiklikleri, hızla ilerleyerek sol el bileğine kadar uzanan derin nekroz tablosuna dönüştü.

Plastik cerrahi tarafından ön tanı hematom olup, hasta debridman ve eksplorasyon amacıyla operasyona alındı. Cerrahi sırasında, cilt altı dokuların yanı sıra fasya ve bazı fleksör kas gruplarında da yaygın nekroz gözlendi. Vital yapıların açığa çıkmaması adına fasya debride edilmedi.

Debridmandan sonraki ikinci günde, yara çevresinde artmış eritem, hiperemi ve yeni nekrotik odaklar dikkat çekiciydi. Bu süreçte alınan derin doku biyopsisi ve yara kültüründe mukormikozis tanısı doğrulandı.

Hastaya hemen intravenöz antifungal tedavi başlandı. Ayrıca, hiperbarik oksijen tedavisi, topikal antifungal ajanlar ve uygun modern yara örtüleri ile multidisipliner bir yaklaşım izlendi.

Takibin 40. gününde, defektin periferinden santraline doğru sağlıklı epitelizasyon geliştiği, yeni nekrotik alanların oluşmadığı ve enfeksiyonun kontrol altına alındığı gözlemlendi. Hasta ileri cerrahi rekonstrüksiyona gerek kalmadan konservatif olarak izlenmeye devam edildi.

Tartışma

Mukormikozis, özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda damar yolu gibi minimal travmalar sonrası bile invaziv kutanöz enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Hematolojik maligniteler, transplantasyon öyküsü, kontrolsüz diyabet ve deferoksamin kullanımı gibi risk faktörleri hastalığın görülme sıklığını artırmaktadır.

Sunulan olguda damar yolu girişimi sonrası başlayan inflamatuvar süreç, immün yetmezlik zemininde hızlı şekilde ilerleyerek ciddi doku kaybına yol açmıştır. Tanının geç konulması ve başta hematom düşünülmesi, klinik süreci karmaşıklaştırmıştır.

Erken cerrahi debridman, doku biyopsisi ile kesin tanı ve hızlı antifungal tedavi başlatılması, hastanın uzuv kaybı yaşamadan iyileşmesini sağlamıştır. Ayrıca hiperbarik oksijen tedavisi, hipoksik ortamda çoğalan Mucor spp. karşısında adjuvan bir tedavi seçeneği olarak etkili olmuştur.

Bu vaka, klasik rinokerebral ya da pulmoner formların dışındaki kutanöz mukormikozis olgularında da yüksek dikkat gerekliliğini göstermektedir. Klinik tablo hızlı

ilerleyebileceği için özellikle immünsüprese bireylerde cilt lezyonlarının dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç

Kutanöz mukormikozis, immün yetmezlikli bireylerde basit cilt travmaları sonrası bile ciddi komplikasyonlara yol açabilen, yüksek morbiditeye sahip bir enfeksiyondur.

Erken tanı, geniş debridman, uygun antifungal tedavi ve adjuvan destek yaklaşımları ile uzuv kaybı önlenebilmekte ve iyileşme sağlanabilmektedir. Bu olgu, klinik şüphenin erken oluşmasının ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, Mukormikozis, Uzuv

Travma sonrası mukormikozis



P-071
Madelung Hastalığı; Vaka Sunumu

Özcan Öcük[1], Enes Çöpoğlu[2]

[1]Hatem Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Rize

GİRİŞ

Madelung hastalığı ilk kez 1800'lü yıllarda Brodie tarafından tanımlanmıştır ve 1888'de Madelung tarafından adlandırılmıştır. Nadir görülen bu hastalıkta kapsülize olmayan yağ dokusunun büyük oranda boyun, omuzlar, üst kollar, göğüs, sırt ve diğer üst gövde bölgeleri dahil olmak üzere çeşitli bölgelerde anormal ve simetrik şekilde birikimin gösterdiği iyi huylu bir durumdur. Ağırlıklı olarak erkeklerde ve orta yaşlı kişilerde görülür. Erkek:kadın oranı 15:1 şeklindedir ve istisna olarak çocuklarda da görülebilmektedir (1-3). Estetik yönden hastalarda sosyal olarak büyük kaygı uyandıran bu hastalığın kesin olarak bir tedavisi olmadığı gibi patofizyolojisi de tam olarak aydınlatılmamıştır (3). Bu vaka sunumunda nadir görülen bu duruma farkındalık yaratmak istedik.

VAKA SUNUMU

22 yaşında kadın hasta, çocukluk döneminde herhangi bir şikayeti olmayan hastanın adelösan dönemde özellikle gözdenin üst yarısında aşırı ve dengesiz şekilde yağlamaya başlaması şikayeti mevcuttur. Hastanın ekstra bir şikayeti bulunmamaktadır. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktur. Hastanın pubis, gövde, üst ekstemiteler ve boyunda aşırı cilt altı yağ dokusu görülmektedir (Resim 1). Yapılan rutin hemogram ve kan biyokimyasında özellikle saptanmamıştır. Çekilen MR görüntüsünde iç organlarda belirgin bir patoloji saptanmayıp cilt altı yağ dokuda kalınlık artışı göze çarpmaktadır (Resim 2). Hasta kliniğimize başvurusundan 6 ay önce başka bir merkeze sağ omuzdan lipektomi ameliyatı yapılmıştır. Patolojik incelemesi "bening adipositik proliferasyon" olarak raporlanmıştır.

TARTIŞMA

Launois Bensaude sendromu olarak da bilinen Madelung hastalığı, nadir görülen ve patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış iyi huylu lipomatöz bir hastalıktır. Bu hastalık 3 tipte sınıflandırılır. Tip1 genelde erkeklerde görülür ve daha çok boyun sırt omuzlarda görülür. Tip2 daha sık kadınlarda görülür ve genel olarak obeziteye benzetilir ayrımını yapmak zordur. Tip 3 jinekoid tip olarak adlandırılır (1,2). Patofizyolojisine yönelik bazı teoriler mevcuttur. Bu teoriler içinde en ön plana çıkanı yağ dokularının mitokondriyal DNA mutasyonuna bağlı olarak yağ hücrelerinde oksidasyon bozukluğu ve sitokrom C oksidaz aktivitesinde azalmaya bağlı olarak yağ hücrelerinin anormal yağ birikime yol açtığı yönündedir ve katekolamin kaynaklı yağ birikimi gibi bazı faktörler hastalığın gelişiminde rol oynayabilir. Yapılan çalışmalarda bu hastaların yaklaşık %90'ında alkolizm tespit edilmiştir. Alkol, B-adrenerjik reseptörlerin sayısında ve aktivitesinde azalmaya yol açabilir ve yağ sentezini teşvik edebilmektedir. Alkol ayrıca mitokondriyal aktiviteyi doğrudan etkileyebilir ve mitokondriyal DNA'ların erken oksidasyonuna veya mitokondriyal DNA'nın mutasyonuna neden olabilir bu da vücudun farklı bölgelerinde yağ birikimine yol açar. Fakat alkol kullanmayanlarda da görülmesi bu teoriyi dışlamıştır. Diğer teoriler arasında kahverengi yağ dokusu dağılım bozukluğu olabileceği yönündedir (3,4).

Ayrıcı tanıda primer hipotiroidizm, cushing sendromu, dev hücreli anemi, diyabetes mellistus, epilepsi, sigara kullanımı, multipl familya lipomatozis, angiolipoma, Dercum hastalığı ve bazı malign hastalıklar gibi birçok hastalık göz önünde tutulmalıdır. Tedavide her ne kadar sistemik bir çözüm olmasa da oral salbutamol kullanımının

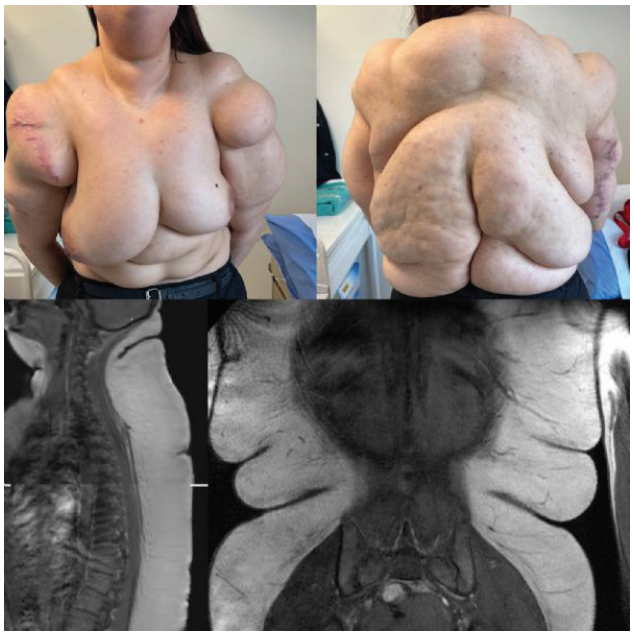
lipoliz yapabildiği şeklinde bir görüş mevcuttur. Ayrıca konservatif tedavi önlemleri üzerine çalışmalar devam etse de bunlar hala tartışmalıdır. Cerrahi olarak lipektomi ve liposuction yapılması günümüzde en kesin ve sonuç alınabilen yöntemdir. Fakat %12 oranının rekürrens görülebileceği göz önünle alınmalıdır. Sadece liposuction yapılması rekkürrens oranının daha fazla artırmaktadır. Genel olarak tedavi protokolü lipektomi ve liposuction işleminin kombine uygulanması şeklindedir. Ayrıca bu hastalar lipamatöz kanserleşme açısından yakın takip edilmelidir (3-5).

REFERANSLAR

1-Pinto CI, Carvalho PJ, Correia MM. Madelung's Disease: Revision of 59 Surgical Cases. Aesthetic Plast Surg. 2017;41(2):359-368. doi:10.1007/s00266-016-0759-x
2-Jiao C, Liu W, Qiao Y, Qi S, Shen Y. A case report on Madelung's disease and comprehensive review of the literature. Orphanet J Rare Dis. 2024;19(1):302. Published 2024 Aug 17. doi:10.1186/s13023-024-03303-w
3-Gao Y, Hu JL, Zhang XX, Zhang MS, Lu Y. Madelung's Disease: Is Insobriety the Chief Cause?. Aesthetic Plast Surg. 2017;41(5):1208-1216. doi:10.1007/s00266-017-0920-1
4-Liu Q, Lyu H, Xu B, Lee JH. Madelung Disease Epidemiology and Clinical Characteristics: a Systemic Review. Aesthetic Plast Surg. 2021;45(3):977-986. doi:10.1007/s00266-020-02083-5
5-Gao H, Xin ZY, Yin X, Zhang Y, Jin QL, Wen XY. Madelung disease: A case report. Medicine (Baltimore). 2019;98(3):e14116. doi:10.1097/MD.0000000000014116

Anahtar Kelimeler: madelung, lipektomi, lipomatöz

resim 1



hastanın ön, arka ve MR görüntüsü

P-072

Brakial pleksus malign periferik sinir kılıfı tümöründe erken amputasyon şansını kaybeden hastada palyatif amaçlı geç amputasyon

Şeyhmus Mete, Volkan Çakan, Emre Hocaoğlu
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

ÜST EKSTREMİTE TÜMÖRLERİNİN %5'İNDEN AZI BRAKİAL PLEKSUSTAN KAYNAKLANIR. BRAKİAL PLEKSUSU TUTAN YÜKSEK DERECELİ YUMUŞAK DOKU SARKOMLARI NADİR GÖRÜLMEKTE VE OLDUKÇA AGRESİF SEYRETMEKTEDİR. LİTERATÜRDE BRAKİAL PLEKSUS TÜMÖRLERİNİN %9'U MALİGN OLARAK BİLDİRİLMİŞTİR. BU TÜMÖRLERİN TEDAVİSİNDE CERRAHİ REZEKSİYON, RADYOTERAPİ VE KEMOTERAPİ KOMBİNASYONU GEREKLİ OLMAKTA, ANCAK NÖROVASKÜLER YAPILARIN TUTULUMU NEDENİYLE TEDAVİ PLANLAMASI ZORLAŞMAKTADIR. RADİKAL CERRAHİ KARARININ ZAMANLAMASI HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİ DOĞRUDAN ETKİLEMEKTEDİR. BU OLGUDA ERKEN AMPUTASYON YAPILMAYAN BRAKİAL PLEKSUS KAYNAKLI YÜKSEK DERECELİ MALİGN PERİFERİK SİNİR KILIFI TÜMÖRÜ HASTASININ TAKİBİ VE TEDAVİSİ SUNULMAKTADIR.

OLGU

56 YAŞ KADIN HASTA 2023 YILINDA SAĞ KOLUNDA UYUŞUKLUK VE KASILMA ŞİKAYETLERİ OLMASI ÜZERİNE DIŞ MERKEZ NRŞ BİRİMİNE BAŞVURMUŞ. MR VE BT TETKİKLERİ SONUCUNDA SAĞ BOYUNDA KİTLE GÖRÜLMÜŞ VE EKSİZE EDİLMİŞ PATOLOJİ SONUCU SCHWANNOM İLE UYUMLU GELMİŞ. TAKİPLERİNİN 5. AYINDA SAĞ BOYUNDA ŞİŞLİK VE AĞRI OLMASI ÜZERİNE NÜKS DÜŞÜNÜLEREK RADYOTERAPİ ALMIŞ.KASIM 2024'TE BRAKİAL PLEXUS MR DA KİTLE BOYUTUNDA BÜYÜME GELİŞMESİ NEDENİYLE ALINAN BİYOPSİ SONUCU YÜKSEK GRADE MALİGN MEZENKİMAL TÜMÖR GELMİŞ. DIŞ MERKEZ NRŞ TARAFINDAN TÜMÖRÜN SUBKLAVİAN ARTERE VE BRAKİAL PLEKSUSA İNVAZE KISIMLARI KOLU KORUMAK ADINA BIRAKILARAK SUBTOTAL EKSİZE EDİLMİŞ. SONRASINDA ADJUVAN 4 KÜR KT ALMIŞ. (SON KÜR 24.03.2025)

SAĞ BOYUN BÖLGESİNDE SÜREKLİ KANAMA VE SAĞ ÜST EKSTREMİTEDE ŞİDDETLİ AĞRI ŞİKAYETLERİYLE DAHA SONRASINDA TARAFIMIZA BAŞVURAN HASTAYA YAPILAN FİZİK MUAYENEDE SAĞ BOYUNDA 5X5 CM KANAMALI KİTLE İZLENDİ. SAĞ OMUZ VE DİRSEK HAREKETLERİ YOKTU. SAĞ EL BİLEĞİ VE PARMAK HAREKETLERİNDE CİDDİ KISITLILIK VARDI. MULTİDİSİPLİNER KONSEYDE HASTA DEĞERLENDİRİLDİ. İNCELENEN PET VE MR GÖRÜNTÜLEMELERİ SONUCUNDA SUBKLAVİAN ARTERİ SARAN BRAKİAL PLEKSUS RADİKSLERİNİ TUTAN, SAĞ NÖRAL FORAMENLERE UZANAN TÜMÖR İÇİN PALYATİF CERRAHİ KARARI ALINDI. GÖĞÜS CERRAHİSİ VE NRŞ BİRİMLERİYLE BİRLİKTE YAPILAN OPERASYONDA GENİŞ EKSİZYON + GLENOHUMERAL SEVİYEDEN SAĞ KOL AMPUTASYONU + SAĞ KLAVİKULA VE SAĞ 1.KOSTA EKSİZYONU + SAĞ KOL POSTEROLATERALİNDEN HAZIRLANAN FİLETO FLEP İLE ONARIM YAPILDI. EKSİZYONDA SAĞ TARAFLI SUBKLAVİAN ARTER VE VEN DALLARIYLA BERABER BAĞLANIP SAKRİFİYE EDİLDİ.

POSTOPERATİF DÖNEMDE YAPILAN TAKİPLERDE FİLETO FLEP ÜZERİNDE PARSİYEL NEKROZ GELİŞMESİ ÜZERİNDE TARAFIMIZCA DEBRİDMAN VE KONTRALATERAL PEKTORALİS MAJOR KAS DERİ FLEBİ İLE ONARIM YAPILDI.

HASTANIN POSTOP TAKİPLERİNDE REKONSTRÜKSİYON ALANI VE DONÖR SAHA SALİM İZLENDİ VE TABURCU EDİLDİ. BÖYLECE İLERİ EVRE BRAKİAL PLEKSUS KAYNAKLI MALİGN MEZENKİMAL TÜMÖRDE PALYATİF AMAÇLI

MAJOR CERRAHİ VE KOMBİNE FLEP REKONSTRÜKSİYONU BAŞARIYLA TAMAMLANDI.

TARTIŞMA

BRAKİAL PLEKSUSU İNFİLTRE EDEN YÜKSEK DERECELİ SARKOMLAR, TEDAVİ YAKLAŞIMINDA CİDDİ ZORLUKLAR SUNAN VE YAŞAM KALİTESİNİ DERİNDEN ETKİLEYEN MALİGNİTELERDİR. BU OLGUDA GÖRÜLDÜĞÜ GİBİ, FONKSİYONUNU NEREDEYSE TAMAMEN YİTİRMİŞ VE SÜREKLİ AĞRILI EKSTREMİTENİN AMPUTASYONU, SADECE ONKOLOJİK BİR GİRİŞİM DEĞİL, AYNI ZAMANDA HASTAYA KONFOR SAĞLAYAN PALYATİF BİR ÇÖZÜM OLMUŞTUR.

FİLETO FLEPLERİN, AMPUTASYONA GİDEN EKSTREMİTEDEN ELDE EDİLEN DOKUYLA EK DONÖR SAHA MORBİDİTESİNİ ÖNLEME AVANTAJI, GENİŞ DEFEKTLERİN GÜVENİLİR ŞEKİLDE KAPATILMASINA OLANAK SAĞLAR. BU VAKA, FİLETO FLEBİN ETKİN KULLANIMININ YANI SIRA, KOMPLİKASYONLAR VE DOKU YETERSİZLİĞİ DURUMLARINDA KONTRALATERAL PECTORALİS MAJOR KAS FLEBİNİN HAYAT KURTARICI ROLÜNÜ VURGULAMAKTADIR.

PEDİKÜLLÜ PEKTORALİS FLEBİNİN THORAKOAKROMİYAL ARTER TEMELLİ GENİŞ ROTASYON ARKI VE CİLT ADASI İLE KULLANILMASI, UZAK VE KOMPLEKS DEFEKTLERİN GÜVENLİ ŞEKİLDE REKONSTRÜKTE EDİLMESİNİ MÜMKÜN KILAR. BU OLGUDA AYNI TARAFLI BÜTÜN PEDİKÜLLER RADİKAL CERRAHİYLE ALINDIĞI İÇİN REKONSTRÜKSİYON İÇİN KARŞI TARAF PEDİKÜLLÜ PEKTORAL KAS DERİ FLEBİ HAYAT KURTARICI OLMUŞTUR

İLERİ ONKOLOJİK CERRAHİLERDE AMPUTASYON ZAMANLAMASI VE REKONSTRÜKTİF SEÇENEKLERİN DOĞRU PLANLANMASININ ÖNEMİNİ ORTAYA KOYMAKTADIR.

SONUÇ

BRAKİAL PLEKSUS YERLEŞİMLİ YÜKSEK DERECELİ SARKOMLARDA ZAMANINDA YAPILAN RADİKAL CERRAHİ, HEM ONKOLOJİK KONTROLÜN SAĞLANMASI HEM DE HASTA YAŞAM KALİTESİNİN ARTIRILMASI AÇISINDAN KRİTİK ÖNEM TAŞIR.

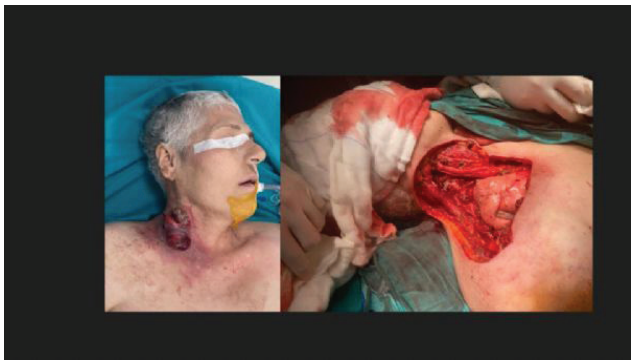
FİLETO FLEPLERİN MORBİDİTESİZ VE ETKİN BİR REKONSTRÜKTİF YÖNTEM OLMASI, BU ZORLU OLGULARDA BÜYÜK AVANTAJ SAĞLAR.

KOMPLİKASYONLARDA VE DOKU YETERSİZLİĞİNDE KARŞI TARAF PEDİKÜLLÜ FLEPLERİ GÜVENİLİR BİR ALTERNATİF SUNAR.

BU VAKA, PALYATİF MAJÖR CERRAHİ VE KOMPLEKS FLEP REKONSTRÜKSİYONUNUN UYGUN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİ ÖNEMLİ ÖLÇÜDE YÜKSELEBİLECEĞİNİ ORTAYA KOYMAKTADIR.

Anahtar Kelimeler: AMPUTASYON, BRAKİAL PLEKSUS SARKOMU, MALİGN PERİFERİK SİNİR KILIFI TÜMÖRÜ, PECTORALİS MAJOR PEDİKÜLLÜ KAS DERİ FLEBİ

tümör ve tümör eksizyonu sonrası



P-074

Bilateral Yarık Dudak Skarının Dermofat Greft ile Onarımı

Aslı Odabaşı, Servan Dağ, Süleyman Rezan Güler, Berk Tahhan, Volkan Özel, Serkan Erbatur

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

Giriş

Yarık dudak ve/veya damak anomalileri, embriyogenez sırasında medial ve lateral nazal çıkıntıların füzyonundaki yetersizlik sonucu ortaya çıkan ve kraniofasiyal malformasyonlar içerisinde en sık izlenen konjenital deformitelerdendir (1). İnsidans ortalama 1:700 canlı doğum olarak bildirilmektedir (1). Sıklıkla unilateraldir, bilateral komplet yarık dudak ve damak deformiteleri, tüm yarık olgularının yaklaşık %10–15'ini oluşturmaktadır (1,2).

Bilateral yarık dudaklı hastalarda primer onarımdan sonra ortaya çıkan skar kontraktürü, dudak hacim kaybı ve asimetrik kontur deformiteleri, fonksiyonel ve estetik açıdan önemli problemlere yol açar (1,2). Cerrahi tedavisinde dermofat greft, dudak konturunu düzeltmek ve volüm desteği sağlamak için seçenektir (1,3). Dermofat greft, dermis ve altında yer alan subkutan yağ dokusunu içeren otolog bir doku greftidir. Genellikle inguinal, gluteal ya da supraklaviküler bölgelerden elde edilir (1). Volüm eksikliği olan alanların doldurulmasında (ör. dudak, nazolabial oluk, yanak, el sırtı), yüz kontur deformitelerinde (travma, doğumsal anomaliler), skar revizyonlarında (kontrakte olmuş skarların altında hacim oluşturmak için); burun tabanı, filtrum, dudak konturu gibi hassas estetik bölgelerde yumuşak geçişler elde etmek için de kullanılır (1).

Olgu

Daha önce bilateral yarık dudak onarımı yapılan 13 yaşındaki kadın hasta, skar şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Üst dudakta belirgin skar dokusu, simetri kaybı ve retraksiyon mevcuttu. Hastada, konuşma ve mimik bozukluğu şikayetleri mevcuttu. Operasyon lokal anestezi altında gerçekleştirildi. Skar dokusu eksize edildi. Dermofat greft için donör alan olarak inguinal bölge tercih edildi. Epidermis eksize edilip, yalnızca dermis ve subkutan yağ dokusu korundu. İstenilen ölçüye göre şekillendirildikten sonra (genellikle 2–4 cm uzunluk, 0.5–1 cm kalınlık) dermofat greft, 3x1.5 cm ölçülerinde hazırlanarak defekte yerleştirildi. Greft, sütürler ile stabilize edildi. Skar hattı eksize edildikten sonra filtral kolon boyunu uzatmak amacıyla bilateral mini üçgen flepler kullanıldı. Yara hattı uygun şekilde 6-0 prolen süturlarla kapatıldı. Hasta post operatif 14 gün boyunca sefazolin tedavisi aldı. Günlük steril pansumanı yapıldı. Hastanın 2. haftadan sonraki takiplerinde masaj önerildi.

Tartışma – Sonuç

Dermofat greftte %10–30 arasında hacim kaybı beklenebilir (1,3). Bu nedenle başlangıçta greft, istenenden biraz fazla bırakılır (1,3). Hastaya rezorpsiyon ihtimali açık şekilde anlatılmalıdır (1,3). Ortalama 6–12 ayda stabil volüm oluşur (1). Greft kalınlığı çok fazla olmamalı, aksi halde nekroz riski vardır (1). Dermofat greftler, bilateral yarık dudak sekellerinde estetik ve fonksiyonel açıdan başarılı sonuçlar vermektedir (1,2). Skar kontraktürünün giderilmesi, dudak hacminin yeniden kazandırılması ve hasta memnuniyetinin artırılması açısından etkili bir yöntemdir (1,2). Greft hacmi %10 fazla planlanmalıdır (1). Eş zamanlı filtrum boyunu uzatmak ve asimetriyi önlemek için mini üçgen flepler de kullanılabilir (2,4). Böylece dudakta keskin ve hacimli bir kontür sağlanmış olur (4).

Kaynakça

1. Türkaslan, T., Özyiğit, T., Dayıcıoğlu, D., & Özsoy, Z. (2008). Yarık dudak burnu deformitesinde gecikmiş onarım ve sekonder girişimler. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 16(1), 4–10.
2. Demir, Z., Velidedeoğlu, H., Kurtay, A., Şahin, Ü., Karamürsel, S., & Çelebioğlu, S. (2005). Tek taraflı yarık dudak burnu deformitesinin tedavisinde farklı yöntemlerin birlikte kullanımı. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 13(1), 1–8.
3. Millard DR Jr. The triangular flap technique for repair of unilateral cleft lip. Plast Reconstr Surg. 1960 Oct;26:335-42. doi:10.1097/00006534-196010000-00002. PMID: 13751120.
4. Millard DR. Cleft craft: the evolution of its surgery. Volume 1: The unilateral deformity. Boston: Little, Brown; 1976.

Anahtar Kelimeler: Allogreft, Dermofat, Greft, Skar revizyonu, Yarık dudak

Dermofat greft



Bilateral yarık dudak skarında dermofat greft uygulamasının planlama, intra-op ve post operatif takipleri

P-075

Submükoz Yarık Damak Onarımında Furlow Tekniği Tecrübelerimiz

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Mehmet Fatih Akkoç, Volkan Özel

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

Giriş:

Submükoz yarık damak, bifid uvula, sert damağın arka sınırının çentiklenmesi ve yumuşak damağın orta hattında mavimsi bir mukoza (zona pellucida) olarak görünen kasların eksikliği ile karakterize bir durumdur (1). İnsidansı yaklaşık 1:1250- 1:6000' dir. İzole bir deformite veya sendromal malformasyonların bir parçası olarak ortaya çıkabilir (2). Östaki borusu disfonksiyonu nedeniyle kulak sorunları sık görülen bir durumdur, yiyecek ve sıvıların burundan yetersiz beslenmesi şeklinde beslenme sorunu genellikle erken ortaya çıkan özelliktir ve hipernazal konuşma geç olabilir. Submükoz damağın neden olduğu velofaringeal yetmezlik çeşitli tekniklerle tedavi edilmiştir. Sert damakta daha az yara izi olması nedeniyle Furlow tekniğinin diğer işlemlere kıyasla daha faydalı olması beklenir. Furlow çift-karşıtlı Z- plasti damak onarımı, yumuşak damağın kapatılmasını ve uzatılmasını sağlar. Özellikle sekonder yumuşak damağın izole yarıkları için oldukça uygundur ve ayrıca velofaringeal yetmezlik için sekonder uzatma prosedürü olarak da kullanılır. Ayna görüntüsü Z-plasti kesileri, yumuşak damağın karşıt oral ve nazal yüzeylerinde yarık boyunca yapılır. Posterior tabanlı iki flep muskulomukozaldir ve levator kaslarını mukozaya bağlı bırakırken, anterior tabanlı flepler yalnızca mukozadadır. Yer değiştirdiğinde, levator kası transvers bir yönelim alır ve damak uzar. Ancak bu uzatma, posterior flepleri deforme edebilen yumuşak damağın transvers genişliğinde bir azalma pahasına gerçekleşir. Furlow palatoplastisi güvenilir bir uzama sağlar, kas-mukoza bağlantısını korur ve burun astarının tübüler bir şekil almasını sağlar.

Yöntem:

Kliniğimizde 9 submükoz yarık damak hastası son 2 yıl içinde Furlow palatoplasti tekniğine uygun olarak opere edildi. Hastaların yaşı en küçük 8 ay 20 gün en büyük 5 yaş 4 ay idi.Oral endotrakeal entübasyon ile genel anestezi altında lokal anestezi uygulandıktan sonra cerrahi alanda işaretleme yapıldı. Yumuşak damak, submükoz zarsı kısımdan geçen orta hattan ikiye bölünerek hastayı açık yarık yumuşak damağa dönüştürdü ve yeni yara dudakları oluşturmak için bifid uvulanın medial kenarlarının kesildi. Burun tabakasının öne nazal mukozal flep ve arkaya nazal myomukozal flep ile kapatılması ve oral tabakanın anterior oral mukozal flep ve posterior oral myomukozal flep ile kapatılması gerçekleştirildi. Son olarak, her iki myomukozal flep posterior olarak üst üste getirildi, kapanışta kullanılan tüm sütur materyali 3-0 ve 4-0 Vicryl idi. Damak onarımının tamamlanmasından sonra, 1 hastaya Kulak burun boğaz hastalıkları tarafından (orta kulak efüzyonu gösteren olguda) T-tüp yerleştirilerek miringotomi yapıldı. Ameliyat sonrası takip ve değerlendirme yapıldı. Hastalar ameliyat sonrası ortalama 3. günde taburcu edildi. Oral beslenmesi ilk gün sadece su, ikinci gün su meyve suyu, 3. Gün ve sonrası pürtüksüz sıvı gıdalar olarak revize edildi. Olgular postoperatif olarak üç hafta boyunca bir hafta arayla görüldü. 3.ay ve 6. ayda takibe çağrıldı. 3 hastanın damağında dehissans izlendi. 2 hasta sekonder iyileşmeye bırakıldı. 1 hasta reopere edildi. Hastalar konuşma ve dil terapisine yönlendirildi.

Sonuç:

Submükoz yarık damak, levator veli palatini kaslarının sert damağın arka sınırına anormal şekilde yapışması

sonucu oluşan konjenital bir anomalidir. Normalde bu kaslar bir araya gelerek levator kas desteğini oluşturur. Furlow tekniği, levator kas desteği yeniden yapılandırdığı için daha fizyolojik bir çözüm gibi görünmektedir. Furlow palatoplastinin avantajları şunları içerebilir; yumuşak damağın arka kısmındaki kas liflerinin yatay olarak yeniden hizalanması yoluyla levator kas desteğini yeniden yapılandırılması için tasarlanmıştır, ayrıca Z - plasti etkisi ile genişlik pahasına damağı ön-arka düzlemde uzatır. Operasyonun faringeal prosedürlerin tersine hava yolu üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur ve sert damakta diseksiyona ihtiyaç duymaz; bunun sonucunda maksiller büyüme üzerinde olumlu etkisi olur.

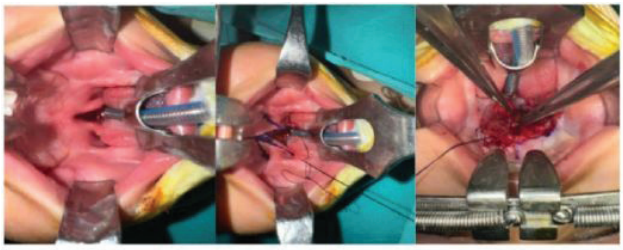
Referanslar:

1) J. Calnan, Submukoz yarık damak, Br. J. Plast. Cerrahi 6 (1954) 264-282.

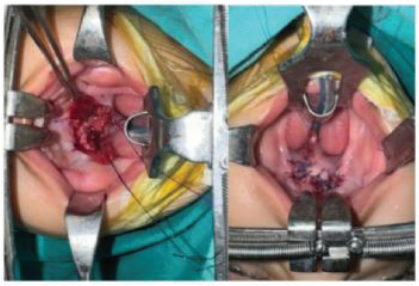
2) Kriens OB. Veloplastiye anatomik bir yaklaşım. Plast Reconstr Surg. 1969;43:29–41.

Anahtar Kelimeler: Furlow, Submükoz Damak, Yarık Damak

YARIK DAMAK



A B C



D E

A:İnkomplet yarık damak B:Furlow palatoplasti çizimi C:Fleplerin eleve edilmesi D:Fleplerin eleve edilmesi E:Fleplerin inserte edilmesi

P-077

Dudak-Damak Yarığı Olan Hastaların Post-operatif Beslenme Düzenlenmesinde Klinik Yaklaşımlarımız

Bilal Çakır, Ali Haydar Cinbaş, Serkan Erbatur

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

Giriş: Dudak- damak yarığı ameliyatı sonrası beslenme rejimleri tartışmalı bir konu olmakla beraber birçok görüş bulunmaktadır (1). Bu görüşler aşırı kısıtlamalı beslenmeyle sınırsız beslenme arasında değişiklik göstermektedir (1). Millard, yarık dudak onarımı sonrası iyileşmeyi teşvik etmek için yaranın mümkün olduğunca hareketsiz bırakılmasının önemli olduğuna inanmaktadır (2). Millard, enjektörle beslenmeyi önermekle beraber ameliyattan bir ay sonra biberonla beslenmeye dönülmesine izin vermektedir (2). Yarık damak onarımını takiben ise, iki hafta boyunca şırınga ve/veya bardakla beslenmeyi ve ardından iki hafta daha yumuşak bir diyet önermektedir (2). Randall ise yarık damak onarımını takiben bir bardaktan ya da kaşığın kenarından beslenmeyi önermektedir (2). Weatherly-white ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yarık dudak onarımı sonrası 8 hafta boyunca direkt emzirmeye izin vermiş ve hiçbir hastada yara açılması bildirmemiştir (3).

Materyol-Metod: Dicle Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniği Güneydoğu Anadolu bölgesindeki yarık dudak ve damak hastalarının başvurduğu merkez olarak hizmet vermektedir. Kliniğimizde 2024 yılında 11 erkek 9 kadın hasta olmak üzere 20 adet yarık damak 16 erkek 10 kadın hasta olmak üzere 26 adet yarık dudak ameliyatı yapılmıştır. Kliniğimizdeki yarık damak ve dudak hastalarının postoperatif beslenmesindeki ilk gün için yalnızca su ve şekerli su olacak şekilde enjektör ya da kaşık yardımıyla beslenme uygulaması yapmaktayız. 2 ve 3. Günden itibaren partiküllü olmayan sıvılarla beslenmeyi ya da partiküllü gıdaların süzülmesiyle elde edilen sıvıları enjektör ya da kaşık yardımıyla vermekteyiz. 4. Gün itibariyle bebek mamalarını enjektör ya da kaşık yardımıyla vermekteyiz. Birinci hafta itibariyle emzirme ya da biberon yardımıyla beslenmeye başlamaktayız. Her beslenme sonrası hastanın ağız içine ve ağız içi sutur hatlarına hastanede yattığı süre boyunca ağız bakım seti (ucu sünger olan çubuk ve solüsyon) yardımıyla ağız temizliği ve yara bakımı uygulaması yapmaktayız. Taburculuk sonrası ailelere bilgilendirme kağıdı verip her besleme sonrası hastaya su içirmesi gerektiğini ve ağız bakım setiyle ağız bakımı yapması gerektiğini anlatmaktayız. Hastaların eliyle ağız içindeki ya da dudağındaki sütür hatlarını travmatize etmemesi amacıyla ebeveynlerine 1 hafta boyunca hastanın kolunu bağlamasını ya da eldiven kullanılmasını öneriyoruz.

Tartışma-Sonuç:

Yarık damak ya da dudak ile doğan bebeğin, başka sistemik bir sorun olmadığı sürece, yarık damak-dudak olmadan doğan diğer bebeklerle benzer beslenme gereksinimleri vardır (4). Bu beslenme gereksinimine post operatif dönemde de dikkat etmek önemlidir. Dudak ve damak yarıklarında post operatif dönemde beslenme, ebeveynlerin, hemşirelerin ve cerrahların karşılaştığı bir zorluktur (5). Beslenme, anne-çocuk bağının güçlendiği yenidoğanın hayatındaki önemli bir zamandır. Birçok merkez ve cerrah, ameliyat sonrası dönemde 3 ila 5 gün biberon tatili önermekte ve şırınga ile besleme kullanmaktadır (6,7,8). Çalışmalar, beslenmenin mekanik etkilerinin yara komplikasyonları veya sütürasyonun açılması üzerinde çok az etkisi olduğunu göstermektedir. Alınan besinin türü, yara komplikasyonlarında beslenmeyle ilgili mekanik hareketlerden çok daha büyük bir rol oynar. Ameliyat sonrası beslenme, yeterli besin alımını sağlamak

ve yaranın iyi iyileşmesini sağlamak için mümkün olan en kısa sürede normale döndürülmelidir. Dudak ve damak onarımından sonra kol tutucuların faydasına dair de yeterli kanıt bulunmamakla beraber birçok merkez gibi biz de klinik olarak kol bağlamayı kullanmaktayız.

REFERANSLAR:

1. Ranzer M, Daniele E, Purnell CA. Perioperative management of cleft lip repair: a meta-analysis and clinical practice guideline. Cleft Palate Craniofac J 2021;58:1217–1225
2. Pujol G, Riera March A. Cleft Lip Repair. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; October 31, 2022. https://www. ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564326/
3. Weatherley-White RC, Kuehn DP, Mirett P, et al. Early repair and breast-feeding for infants with cleft lip. Plast Reconstr Surg 1987;79: 879–887
4. Christensen K, Juel K, Herskind AM, Murray JC. Long term follow up study of survival associated with cleft lip and palate at birth. BMJ 2004; 328: 1405.
5. Gopinath VK, Muda WA. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005;36(1):254–258.
6.. The Cleft Palate Foundation. Feeding an infant with a cleft. Chapel Hill (NC): Author; 1998.
7. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. Cleft Palate Craniofac J. 2004;41(3):268-278.
8. Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. Cleft Palate J. 1987;24(3):244-249.

Anahtar Kelimeler: Alfabetik sıraya göre ve virgüllerle ayrılmış hali:, beslenme, damak, dudak

P-078

Sadece Bir Yarık Değil: İzole Damak Anomalilerinde Tanı Almamış Komorbiditeler

Emre Savacı, İsmail Özpür, Çağlar Yılmaz, İrem Okay Taşçan, Yağmur Aydın

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Üniversitesi-Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı-İstanbul

Giriş

Damak yarığı, kraniyofasiyal gelişim sırasında damak yapılarının orta hatta birleşememesi sonucu ortaya çıkan konjenital bir anomalidir [1]. Sıklıkla dudak yarığı ile birlikte görülse de, izole damak yarığı olguları da önemli bir hasta grubunu oluşturur [2]. Damak yarıkları; beslenme, konuşma ve orta kulak fonksiyonlarını etkileyen önemli işlevsel sonuçlara yol açabilir [3]. Bununla birlikte, birçok çalışmada damak yarığı olan bireylerde —özellikle izole damak yarıklarında— eşlik eden sendromların bulunduğu gösterilmiştir [4]. Bu sendromik durumlar arasında kardiyak anomaliler, metabolik hastalıklar ve genetik sendromlar yer almaktadır [5].

Olgu Sunumu

Doğumdan itibaren mevcut olan ve beslenme güçlüğüne yol açan damak yarığı şikayeti olan ve inkomplet sekonder damak yarığı (Veau Sınıf I) saptanan pediatrik hastamız opere edildi. Ameliyat sonrası birinci günde ani gelişen solunum sıkıntısı ve desatürasyon üzerine hasta çocuk yoğun bakım ünitesine (ÇYBÜ) transfer edildi. Yoğun bakım sürecinde antibiyoterapi olarak klaritromisin tedavisi başlandı. Altta yatan ve henüz tanı almamış olan DiGeorge sendromuna bağlı olarak uzun QT eğilimi riski olan hastada, benzer şekilde uzun QT'ye yol açabilen klaritromisinle birlikte supraventriküler taşikardi (SVT) gelişti [6]. SVT atağına adenozin ile yanıt alınamaması üzerine hastaya iki kez kardiyoversiyon uygulandı ve sonrasında stabilize edildi. Yoğun bakımda vital bulguları düzelene ve EKG'si normale dönene kadar takip edildi.

Postoperatif 3. günde servise yeniden alınan hastanın vital bulguları stabil izlenmekle birlikte, ÇYBÜ'de femoral kateterizasyon uygulanmış olan sağ uyluk bölgesinde kızarıklık, hassasiyet, şişlik ve morarma tespit edildi. Derin ven trombozu (DVT) ön tanısıyla yapılan Doppler ultrasonografi sonucunda DVT doğrulandı ve antikoagülan tedavi başlandı. Uygun süre medikal tedavi aldıktan ve kontrol ultrasonografisinde trombozun gerilediği gösterildikten sonra hasta taburcu edildi. Tüm bu süreçte gelişen beklenmedik sistemik komplikasyonlar doğrultusunda hastaya genetik tarama yapıldı ve DiGeorge sendromu (22q11.2 delesyonu) tanısı konuldu.

Tartışma

Bu olgu, dışarıdan izole damak yarığı ile başvuran hastalarda dahi, altta yatan sendromik durumların dikkatlice değerlendirilmesi gerektiğini güçlü bir şekilde vurgulamaktadır. Damak yarıkları, tek başına anatomik bir bozukluk olarak görülmemeli; bu bulgunun, daha geniş bir genetik veya sistemik sendromun parçası olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

DiGeorge sendromu (22q11.2 delesyon sendromu), konotrunkal kalp defektleri, hipokalsemi ve kraniofasiyal anomalilerle karakterize, fenotipi oldukça değişken bir sendromdur [5,9]. Bu hastalarda tanı sıklıkla ileri yaşlara kadar konulamayabilir; özellikle fenotipin hafif olduğu durumlarda veya klasik bulguların eksik olduğu hastalarda tanı gecikir [9].

Olgumuzda olduğu gibi, cerrahi sonrası gelişen sistemik komplikasyonlar (örn. aritmi, tromboz) aslında altta yatan genetik bozuklukların ilk ipuçlarını verebilir. DiGeorge sendromlu hastalarda QT intervalinin uzamasına ve potansiyel olarak ölümcül ventriküler aritmilere yatkınlık olduğu bilinmektedir [7]. Bu nedenle, QT intervalini uzattığı bilinen klaritromisin gibi ilaçların kullanımı bu hasta grubunda dikkat gerektirir [6].

Ayrıca, DiGeorge sendromunda görülen hematolojik anomaliler trombositopeni, düşük ortalama trombosit hacmi ve tromboembolik olaylara yatkınlık ile ilişkilidir [8]. Olgumuzda da postoperatif dönemde gelişen DVT, bu predispozisyonun bir göstergesi olabilir. Bu nedenle, bu tür beklenmedik komplikasyonlar, cerrahi sonrası izlemde "sekonder komplikasyon" olarak değerlendirilmek yerine, altta yatan sistemik nedenler açısından uyarıcı olmalıdır.

Preoperatif dönemde atlanan sendromik tanılar, anestezi yönetimi, postoperatif komplikasyon yönetimi ve uzun dönem prognoz üzerinde belirleyici etkilere sahiptir [9]. Bu olgu, kraniyofasiyal cerrahlar, pediatristler, anestezistler ve genetik uzmanları arasında güçlü bir multidisipliner iş birliğinin gerekliliğini göstermektedir.

Sonuç

Dışarıdan izole görünümlü damak yarıkları, kapsamlı sistemik ve genetik değerlendirme yapılmadan "izole" kabul edilmemelidir. Multidisipliner yaklaşım ve erken tanı; perioperatif komplikasyonların önlenmesi ve hastanın uzun dönem sağlığının korunması açısından belirleyici rol oynar [10]. Bu olgu, klinisyenlerin bu hasta grubunda tetikte ve dikkatli olması gerektiğini güçlü bir şekilde hatırlatmaktadır.

Kaynaklar

1. Dixon MJ, et al. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. Nat Rev Genet. 2011;12(3):167–178.
2. Mossey PA, Modell B. Epidemiology of oral clefts 2012: an international perspective. Front Oral Biol. 2012;16:1–18.

3. Peterson-Falzone SJ, et al. The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech. Mosby; 2005.
4. Calzolari E, et al. Associated anomalies in multi-malformed infants with cleft lip and palate. Am J Med Genet A. 2007;143A(6):528–537.
5. McDonald-McGinn DM, Sullivan KE. Chromosome 22q11.2 deletion syndrome. Medicine (Baltimore). 2011;90(1):1–18.
6. Owens RC Jr, Nolin TD. Antimicrobial-associated QT interval prolongation. Clin Infect Dis. 2006;43(12):1603–1611.
7. Isgandarova K, et al. Late diagnosed DiGeorge syndrome. Eur Heart J Case Rep. 2021;5.
8. Mohamad H, et al. Hematological Anomalies in DiGeorge Syndrome. Cureus. 2025;17.
9. Bassett AS, et al. Guidelines for 22q11.2 deletion syndrome. J Pediatr. 2011;159(2):332–339.
10. Digilio MC, et al. Clinical manifestations of 22q11.2 deletion. Curr Opin Pediatr. 2013;25(6):731–737.

Anahtar Kelimeler: Genetik, İzole damak yarığı, Komorbidite

a) Hasta, 11 ay 10 günlükken operasyona alındı B) inkomplet sekonder damak yarığı (Veau Sınıf I) C) Postoperatif 3. günde sağ uyluk bölgesinde gelişen derin ven trombozu



a) Hasta, 11 ay 10 günlükken operasyona alındı B) inkomplet sekonder damak yarığı (Veau Sınıf I) C) Postoperatif 3. günde sağ uyluk bölgesinde gelişen derin ven trombozu

P-082
Tamai zon-2 tip replantasyonu olgusu

Melih Memişoğlu, Büşra Işıtan, Furkan Sarıkocalar, Enes Küçük, Furkan Kök, Murat Sinan Engin

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

Tip amputasyonları acil serviste karşılaşılan en yaygın yaralanmalardan biridir. Tip, fleksör ve ekstansör tendonların distal falanksa yerleştiği noktanın distalindeki parmak kısmı olarak tanımlanır. Tip replantasyonu teknik olarak mümkün olsa da işlemin zorluğu ve sonuç hakkındaki şüpheler nedeniyle düzenli olarak yapılmaz. Amputasyonun seviyesi, travmanın etyolojisi ve hastanın eşlik eden ek komorbiteleri değerlendirildikten sonra amputatın replantasyonu veya lokal flepler ile tedavi seçenekleri düşünülebilir.

Parmak amputasyonlarında en çok kullanılan sınıflama Tamai sınıflamasıdır.Tamai parmak ucu amputasyonlarını iki zona ayırmıştır:

Zon I: Lunulanın distalindeki kısım.

Zon II: Distal interfalangeal (DIP) eklemden lunulaya kadar olan kısım.

Tip amputasyonunun başarısını etkileyen önemli faktörlerden birisi de travmanın etyolojisidir. Yamano, tip amputasyonunu mekanizma ve şiddete göre sınıflandırmıştır:

1. Giyotin tarzı (temiz bıçakla)

2. Ezilme: Orta derecede ezilmeyle oluşan amputasyon (örneğin testere,hızar).

3. Crush Avülziyon: Şiddetli ezilme ve/veya kopma yaralanması (örneğin makine baskısı veya kapı).

Tip replantasyonlarında replantasyonu zorlaştıran çeşitli durumlar vardır. Bunlar; damarların eksplorasyonu, ince kalibrasyonlu damarların anastomozu ve venöz konjesyonun yönetimidir.

Başarılı bir tip replantasyonu için en önemli faktörler titiz bir vasküler diseksiyon, güvenilir arteriyel onarım ve postoperatif venöz konjesyonu önlemek için venöz anastomozdur. Bu faktörlerin iyi yönetimi replantasyonun başarı şansını oldukça arttırmaktadır.

Olgumuzda, 64 yaşında erkek hasta elektrikli bağ makası ile kesi sonucu sağ el ikinci parmak DİP eklem distalinden total ampütasyon şikayetiyle hastanemize başvurdu. Travma ile başvuru arasındaki süre yaklaşık 3 saat idi. Bilinen Meniere hastalığı mevcuttu ve sigara kullanmaktaydı. Yapılan fizik muayenesinde sağ el ikinci parmak DİP eklem distalinden total amputeydi, amputat uygun koşullarda hastaneye getirilmişti. Yapılan ilk değerlendirme ardından giyotin tarzında yaralanmanın olması, amputatın durumu ve uygun koşullarda muhafaza edilmesi göz önüne alınarak replantasyona karar verildi ve hasta acil şartlarda operasyona alındı.

Hasta yapılan preoperatif hazırlıklar altında opere edildi. Lokal anestezi altında volar yaklaşımla uygun redüksiyonda 1 adet transartiküler Kirschner Teli kullanılarak kemik fiksasyonu sağlandı. Ardından mikroskop altında parmakta ve amputatta bilateral digital pediküller eksplore edildi. Onarıma uygun bulunan ulnar taraflı bir adet digital arter 10/0 prolen ile ve volar yüzde radyal taraflı bir adet digital ven 10/0 prolen ile mikrocerrahi tekniğe uygun olarak uç-uca anastomoz ile onarım sağlandı. İntraop parmakta dolaşım olduğu görüldü.

Postoperatif dönemde servisimizde takiplerinde günlük 4*1000 mg iv Sulbaktam-Ampisilin, 3*1000 mg Parasetamol,1*500 ml Voluven,1*100 mg Ecoprin ve 1*60 mg sc Heparin tedavisi uygulandı. Hasta postoperatif 5. gününde taburcu edildi.

Hasta postoperatif dönemde iki haftalık aralıklarla poliklinikte takip edildi. Postoperatif 1.ayında Kirschner Teli çıkartıldı, FDP tendon aktivitesinin ve DIP eklem açıklığının rehabilitasyonu için Fizik Tedaviye yönlendirildi. Hastanın postoperatif 40. günde poliklinik kontrolünde yapılan fizik muayenesinde distalde dolaşımın olduğu, FDP tendon aktivitesinin iyi olduğu, DIP eklem açıklığının iyi olduğu ve pulpada duyusal iyileşmenin başladığı görüldü. Replantasyonun başarı ile sonuçlandığı görüldü.

Parmak ucu replantasyonlarının başarı oranları, amputasyonun seviyesi ve tipi ile ilişkilidir. J Sebastin ve ark yaptığı çalışmalarda Tamai sınıflamasına göre bölge I ve bölge II replantasyonları arasında sağkalım açısından fark olmadığı görülmüştür. (Ortalama sağkalım oranı %86). Giyotin tarzı yaralanma ile crush tarzı amputasyonların replantasyonu arasında sağkalım açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ayrıca ven onarımının yapılması hem bölge I hem de bölge II replantasyonlarında sağkalımı iyileştirdiği görülmüştür. Sigara, yaş (>50 yaş), ek komorbiteler (Hipertansiyon, Diyabetis Mellitus,Koroner Arter Hastalığı vs.) ve crush tarzı yaralanmaların varlığı tip replantasyon başarısını olumsuz etkileyen faktörlerdir. Bizim olgumuzda 65 yaşında sigara kullanan, giyotin tarzı yaralanma sonucu Tamai sınıflamasına göre zon II amputasyonu olan hastaya replantasyon başarısını olumsuz etkileyen sigara ve ileri yaş faktörleri olmasına rağmen başarıyla replantasyon yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tip Replantasyonu, Tamai Sınıflaması, Zon-2

Tamai Zon-2 Tip Replantasyonu



P-084

A.Princeps Pollicis Onarımı İle Sağ El Başparmak Revaskülarizasyonu: Olgu Sunumu

Emre Başgöze, Muhammed Furkan Görücü, Erol Kozanoğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş: Başparmak, elin kavrama ve karşılayıcı(opozisyon) işlevleri açısından vazgeçilmez bir yapıdır. El işlevlerinin yaklaşık %40'ını sağlayan başparmak kaybı, hastada ciddi işlevsel ve estetik kayıplara yol açar. Özellikle dominant elde meydana gelen başparmak kayıpları günlük yaşam aktiviteleri ve iş gücüne dönüş açısından önemli bir sorun teşkil eder. Yaralanmanın seviyesi, yaralanmanın şekli, onarım seçenekleri ve hastanın mesleki/sosyal ihtiyaçları tedavi planlamasında belirleyici unsurlardır. Bu olgu sunumunda kliniğimizde, travmaya bağlı gelişen sağ el başparmak subtotal amputasyonu nedeniyle yapılan A.Princeps Pollicis revaskülarizasyonu operasyonu ele alınmıştır.

Hasta ve Yöntem: Olgumuzda 21 yaş erkek hasta 24.05.2024 tarihinde kılıç darbesi ile meydana gelen sağ el başparmak yaralanması sonucu 112 acil ekipleri tarafından hastaneye getirildi.

Hastanın acilde yapılan muayenesinde sağ el başparmak fleksör zon 3'ten ekstansör zon 6'ya uzanan oblik seyirli kesi ile suptotal ampute olduğu görüldü.Başparmak dolaşımı görülmedi. Başparmak metakarpofalangeal eklemden ve interfalangeal eklemden hareket kısıtlılığı görüldü.Başparmak ulnar ve radial taraflı hipoestezik bulundu.

Hastanın ek hastalığı ve kullandığı ilaç yoktu. Hasta sigara kullanıyordu.

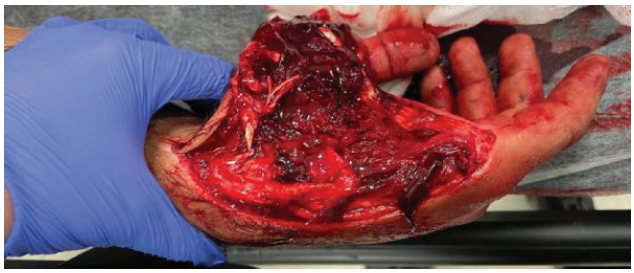
Hasta tarafımızca hızlıca revaskülarizasyon için operasyona alındı.İntraoperatif yapılan eksplorasyonda Trapezium'daki fraktür hattı görüldü ve 1.metakarpal kemiğin eklemden tamamen ayrıldığı görüldü. 1.Metakarp'tan Trapezium'a 2 adet Kirschner teli geçirilerek fiksasyon sağlandı. Ardından Fleksör Pollicis Longus, Ekstansör Pollicis Longus, Ekstansör Pollicis Brevis, Abduktor Pollicis Longus tendon kesileri modifiye kessler yöntemi ile onarıldı. 1.İnterosseoz kas ve tenar kas onarımı yapıldı. Dorsal taraftan A.Princeps Pollicis proksimalden ve distalden bulunup diseke edildi ardından uygun mikrocerrahi teknik ile anastomoze edildi. V.Cephalica'nın dalı proksimalde ve distalde bulundu,diseke edildi ardından uygun mikrocerrahi teknik ile onarıldı. Başparmak ulnar taraflı digital arter ve sinir kesisi uygun şekilde onarıldı.Arter anastomozları yapıldıktan sonra parmak dolaşımı görüldü.Uygun şekilde atele alındı.

Bulgular: Hasta operasyondan sonra serviste bir hafta takip edildi.Yakın şekilde dolaşım takibi yapıldı.Revaskülarizasyon bölgesine ısı kaynağı ile sıcak uygulaması yapıldı.Post operatif dönemde 1x0.6 ml enoksaparin ve 1x100 mgr aspirin başlandı.İlk beş gün günde 2 ampul olacak şekilde intravenöz pentoksifilin infüzyonu verildi.Takiplerinde arteryel veya venöz yetmezlik durumu görülmedi.Hasta bir hafta serviste takip edildikten sonra salah ile taburcu edildi ve poliklinik kontrollerinde görüldü.

Sonuç: Başparmak el fonksiyonlarının sürekliliği açısından kritik öneme sahiptir. Bu tür dolaşımı tehdit eden travmalarda, dolaşımın yeniden sağlanması, dokuların canlılığını korumak ve işlevsel kazanımı mümkün kılmak açısından belirleyicidir. A.Princeps Pollicis onarımı ile sağlanan başarılı revaskülarizasyon, başparmağın canlılığının korunmasına olanak tanımıştır. Erken dönemde damar onarımına yönelik yapılan bu müdahale, distal dokuların beslenmesini sürdürerek hem işlevsel hem de estetik sonuçları olumlu yönde etkilemiştir. Revaskülarizasyonun zamanında ve teknik olarak yeterli yapılması, başparmak amputasyonlarında ve dolaşım yokluğunda cerrahi başarının temel unsurlarındandır.

Anahtar Kelimeler: A.Princeps Pollicis, Başparmak, Revaskülarizasyon

Ameliyat Öncesi



P-085

Üst ekstremiteye penetre büyük yabancı cisimlere yaklaşım: olgu eşliğinde değerlendirme

Mustafa Akkuş, Gökçe Yıldıran, Hande Akdeniz

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

GİRİŞ:

Elin yabancı cisimle ilişkili yaralanmaları, üst ekstremitenin en sık karşılaşılan acil başvuru nedenleri arasında yer alır. Bu tür yaralanmalar; kas-iskelet sistemi yapılarının, nörovasküler dokuların ve cilt altı yumuşak dokuların hasarı ile sonuçlanabilir. Ayrıca, enfeksiyon riski, alerjik reaksiyon gelişimi ve yara iyileşmesinde gecikme gibi sekonder komplikasyonlar da bu vakaların önemini artırmaktadır (1).

Yabancı cisimlerin karakteri, yaranın seyrini büyük ölçüde etkiler. Özellikle cam ve metal gibi inorganik materyaller, kesici-delikli yapıları nedeniyle damar ve sinir yaralanmalarına yol açabilirken; organik kökenli tahta parçaları, retansiyon durumlarında enfektif komplikasyonlara (abse, granülom) daha yatkındır. Cisimlerin büyüklüğü de yönetimi belirleyen önemli bir faktördür. Büyük yabancı cisimler, hem giriş esnasında oluşturdukları doku travmasıyla hem de çıkarılmaları sırasında potansiyel yeniden hasar riskiyle dikkatle değerlendirilmelidir (2).

Bu posterde, üst ekstremiteye saplanan büyük bir yabancı cisim olgusu üzerinden tanı, yönetim ve cerrahi yaklaşım süreci ayrıntılı olarak gözden geçirilmektedir.

Olgu:

On beş yaşında erkek hasta, koşarken sol ön kolunu kapının metal koluna çarpması sonucu ön kol dorsalinde yabancı cisim penetrasyonu gelişmesi üzerine ailesi tarafından acil servise getirildi. Yabancı cismin, kapı kolunu ve anahtar girişini tutan metal rozete ait olduğu öğrenildi. Aile, rozeti oluşturan vida bağlantılarını yerinden sökerek yabancı cismi el üzerinde sabit şekilde bırakmıştı.

Fizik muayenede hasta sağ ekstremite dominanttı. Sol önkol extansör zone 9 seviyesinde, dorsal yüzde metal kapı rozetiyle uyumlu cisim giriş deliği mevcuttu (Resim 1). Parmaklarda motor fonksiyonlar doğal olup, bilek ekstansiyonunda belirgin kısıtlılık ve ağrı mevcuttu. Duyu muayenesinde parmaklarda patoloji saptanmadı, dolaşım bulguları normaldi. Direkt grafide yabancı cismin yumuşak dokular içinde seyrettiği izlendi; kemik yapılarla ilişkisi bulunmadı ve eşlik eden osseöz patoloji saptanmadı (Resim 2).

RESİM 1 RESİM 2

Yabancı cismin büyüklüğü ve anatomik yerleşimi nedeniyle, derin dokulara—özellikle ekstansör tendonlara ve yüzeyel radial sinir dalcıklarına—potansiyel zarar verebileceği düşünüldü. Bu nedenle çıkarma işlemi kontrollü koşullarda, ameliyathane şartlarında planlandı, tetanoz profilaksisi yapıldı.

Cerrahi saha sterilizasyonu sonrası yabancı cisim çevresindeki cilt, yabancı cisim yerinde sabit tutulacak şekilde dikkatle genişletildi. Kapı rozeti, çevre dokularla ilişkisi tam olarak ortaya konmadan çekilmeden önce, subkutan ve derin dokularla olan yapışıklıkları dikkatli disseksiyonla serbestlendi.

Yabancı cismin, ekstansör zone 9 düzeyinde, extensor carpi radialis brevis ve extensor digitorum communis tendonları arasında ilerlediği, ancak herhangi bir tendon ya da sinir yapının doğrudan kesilmediği gözlendi. Tendon kılıflarında hafif kontüzyon ve ödem dışında makroskopik yırtık izlenmedi. Radial sinirin yüzeyel dalı ile doğrudan temas saptanmadı. Tüm dokular dikkatle değerlendirildikten sonra yabancı cisim nazikçe çıkarıldı.

Giriş bölgesi ve diseke edilen alanlar serum fizyolojik ile irrigasyon sonrası hemostaz sağlanarak primer olarak kapatıldı. Tendon ve sinir yapılarında onarım gerektirecek patoloji saptanmadığı için sadece cilt kapatıldı. Postoperatif dönemde ekstremite elevasyona alındı ve profilaktik antibiyotik başlandı. Postoperatif birinci gün taburcu edildi, takiplerinde komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma:

Üst ekstemite yabancı cisim yaralanmaları genellikle 20-40 yaş arası, parmak uçlarında, tahta kıymığı ve cam parçaları gibi küçük materyaller ile yaralanma şeklinde gözlenir (3). Yabancı cisimlerin büyük çoğunluğunu metalik cisimler oluşturmaktadır. Ancak bazı metalik yabancı cisimler, yalnızca bir kitle olmanın ötesinde, elde mekanik yük oluşturarak çok daha ciddi durumlara yol açabilmektedir. Sunulan olgu pediatrik yaş grubunda olup ön kolunda büyük kapı kolu ile yaralanma şeklinde başvurmuştur ve literatürden farklı özellik göstermektedir.

Extansör zone 9 düzeyi, fleksör kısımdan daha az kompleks olsa da radial sinirin süperfisiyel dalı ve birçok ekstansör tendonun yoğun şekilde seyrettiği anatomik bir bölgedir. Bu bölgeye yönelik penetran yaralanmalarda, cisim çekilmeden önce tendon, sinir ve damar yapılarının değerlendirilmesi gereklidir. Acil serviste değil, ameliyathane koşullarında, metalik yabancı cisim çekilerek veya döndürülerek değil, kesilerek güvenli bir şekilde çıkarılmalıdır, çünkü yabancı cismin sadece penetre olurken değil çıkarılırken de hasara sebep olabileceği bildirilmiştir (2). Ayrıca kimi zaman ek insizyonlar gerekebilir, bu insizyonlar bazen cismin çıkarılması için bazen de önkol yapılarının eksplorasyonu için gerekir. Bu vakada da, ameliyathane koşullarında yabancı cismin penetre olduğu yara genişletilerek cisim çıkarılmış ve yapılar aynı alandan eksplore edilebilmiştir. Ancak bazı vakalarda yeterli görme alanı sağlamak için ek küçük bir insizyon gerekebilir. Büyük metal penetrasyonlarında genellikle tüm cisimler tamamen çıkarılır, ancak kalıntıdan şüphe duyulan olgularda intraoperatif floroskopi kullanımı önerilmektedir.

Sonuç:

Üst ekstremite ve el yaralanmalarında yabancı cisimlerin çıkarılması, basit bir işlem gibi görünse de dikkat ve özen gerektirir. Sık görülmeyen, sürprize açık yabancı cisim olgularında yabancı cisimlerin ameliyathane koşullarında çıkarılması hasta güvenliği ve tedavi kalitesi açısından büyük önem taşır. Tetanoz profilaksisi ihmal edilmemeli, hastaya ve yaralanma şekline uygun antibiyoterapi planlanmalıdır.

Kaynaklar:

1.Kurtulmuş T, Sağlam N, Saka G, Imam M, Akpinar F. Tips and tricks in the diagnostic workup and the removal of foreign bodies in extremities. Acta Orthop Traumatol Turc. 2013;47(6):387-92. doi: 10.3944/aott.2013.2979. PMID: 24509217.
2.Akdağ O, Yıldıran G, Karameşe M. Management of huge and extraordinary metal-penetrating injuries to the hand. Turk J Surg. 2018 Jul 1;34(2):117-120. doi: 10.5152/turkjsurg.2017.3867. PMID: 30023975; PMCID: PMC6048638.
3.Salati SA, Rather A. Missed foreign bodies in the hand: an experience from a center in Kashmir. Libyan J Med. 2010;5 doi: 10.3402/ljm.v5i0.5083. doi: 10.3402/ljm.v5i0.5083.

Anahtar Kelimeler: büyük yabancı cisim, kapı rozeti, üst ekstremite yabancı cisim

üst ekstremite yabancı cisim grafi



P-086
İnguinal Bölge Defektlerinde Sartorius Kas Fleplerinin Kullanımı

Feryal Tunç, Volkan Özel, Berk Tahhan, Mahmut Can Karatoprak, Muhammed Altuğ, Mehmet Fatih Akkoç

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

GİRİŞ:

İnguinal bölge defektleri; travmalar, cerrahi komplikasyonlar veya konjenital anomaliler sonucu gelişebilir. Bu bölge, büyük damar yapılarının yüzeyel yerleşimi ve enfeksiyonlara açıklığı nedeniyle yüksek risk taşıyan anatomik bir alandır. Özellikle vasküler greftlerin açığa çıkması gibi komplikasyonlar, hayatı tehdit eden sonuçlara yol açabilir.

Sartorius kası, uylukta yer alan ve vücuttaki en uzun kas olup, bu bölgede rekonstrüksiyon için uygun bir seçenek sunmaktadır. İnguinal defektlerin onarımında kullanılan geleneksel yöntemlerin yanı sıra, sartorius kas flebi düşük morbiditesi, kolay uygulanabilirliği ve güvenilir vaskülaritesiyle dikkat çeken bir alternatiftir [1,2,3].

OLGU 1:

31 yaşında erkek hasta, sol inguinal bölgedeki kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan insizyonel biyopsi sonucu dermatofibrosarkoma protuberans saptandı. Hastaya eksizyon ve sartorius kas flebi ile rekonstrüksiyon planlandı.

Genel anestezi altında lokal saha temizliği ardından operasyona başlandı. Sol inguinal bölgede 3×3 cm' lik ciltten eleve ülsere kitle 3 cm marjla eksize edildi. Defekt sonrası sol inguinal bölgede oluşan 15×20 cm' lik femoral arter, ven, sinir ve spermatik kord açıklığı olan defekt oluştu. Oluşan defekt için uygun çizimler sonrası sartorius kas flepi tasarlandı. Sartorius kası anterior superior iliak çıkıntıdan başlayarak 6–8 cm distale kadar diseke edildi ve kas segmenti inguinal ligamente fikse edilerek defekti örtecek şekilde transpoze edildi.

Sağ uyluk anterior bölgesinden 3 adet split thickness skin greft (kısmi kalınlıkta deri grefti) alındı ve sartorius kas flebi üzerine inserte edildi. Tie-over pansuman uygulandı. Postoperatif uygun antibiyoterapi başlandı. Komplikasyon izlenmedi (nekroz, enfeksiyon, greft kaybı yok).

OLGU 2:

43 yaşında kadın hasta, daha önce kardiyovasküler cerrahi kliniğinde sağ femoral arter sentetik grefti uygulanmıştı. Gelişen greft enfeksiyonu sonrası debridman yapılmış, ancak damar grefti açıkta kalmıştı. İntraoperatif olarak tarafımıza danışılan hastanın sağ inguinal bölgesinde 10x25 cm' lik doku defekti ve 5 cm'lik femoral arter açıklığı mevcuttu. Hastaya uygun çizimler sonrası sartorius kas flebi tasarlandı. Sartorius kası anterior superior iliak çıkıntıdan 6 – 8 cm distale kadar diseke edilerek flep hazırlandı. Flep, damar yapılarını örtecek şekilde transpoze edildi. Üzerine cilt kapatılması amacıyla fasyokutan rotasyon flebi planlandı ve eksize edilerek defekte adapte edildi.

Postoperatif süreç sorunsuz geçti. Komplikasyon izlenmedi (nekroz, enfeksiyon, greft kaybı yok). Flep dolaşımı iyi izlendi.

TARTIŞMA-Sonuç:

Sartorius kas flebi, inguinal bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda güvenli ve etkili bir seçenektir. Bu kasın femoral üçgene yakınlığı, anatomik olarak uygunluğu ve flep hazırlığının teknik basitliği önemli avantajlar sağlar [4,5].

Cerrahi deneyimlerimiz, özellikle damar greftlerinin korunmasında bu flebin enfeksiyon ve greft kaybı gibi komplikasyonları önlemede etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca mikrocerrahi gerektirmemesi ve düşük morbiditesi ile birçok hasta için ideal bir çözüm sunmaktadır.

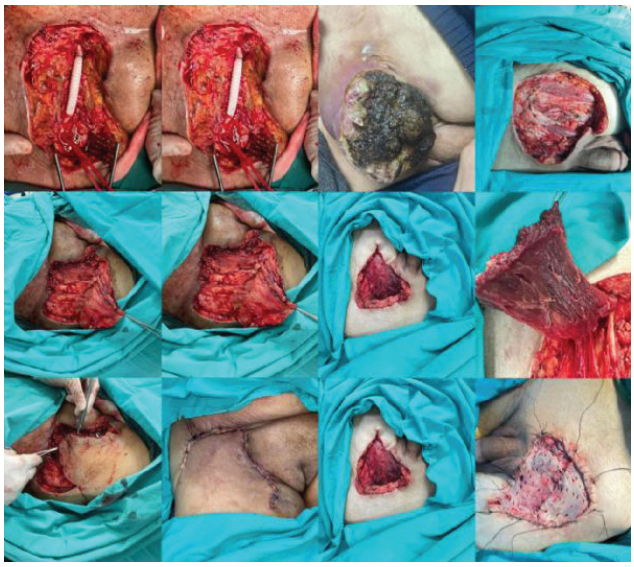
Sonuç olarak; sartorius kas flebi basit, güvenli ve etkili bir rekonstrüktif alternatiftir. İnguinal bölge cerrahisinde planlama aşamasında mutlaka değerlendirilmesi gereken bir tekniktir.

KAYNAKLAR:

1. Mathes SJ, Nahai F. Clinical Atlas of Muscle and Musculocutaneous Flaps. Mosby; 1979.
2. Lytle M, Crawford RS, et al. Sartorius muscle flap coverage for vascular grafts: analysis of 30 cases. J Vasc Surg. 2008;47(5):936–940.
3. Tang GL, et al. Vascularized sartorius muscle flap coverage for groin wounds. J Vasc Surg. 2005;41(6):1067–1072.
4. O'Hara PJ, et al. Surgical management of infected femoral pseudoaneurysms in drug abusers: sartorius muscle flap. J Vasc Surg. 1986;3(5):732–737.
5. Pearl RM, et al. Sartorius muscle flap: clinical applications and technique. Plast Reconstr Surg. 1983;72(6):843–849.

Anahtar Kelimeler: İnguinal bölge defekti, Kas flepleri, Sartorius flebi, Sentetik vasküler greft

Preoperatif İntraoperatif ve Postoperatif Görüntüler



P-087
El Defektlerinde Groin Flep Kullanımı

Feryal Tunç, Volkan Özel, Mahmut Can Karatoprak, Berk Tahhan, Muhammed Altuğ, Mehmet Fatih Akkoç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik rekonstrüktif Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ:

El defektleri; travmalar, tümör rezeksiyonları, enfeksiyonlar ve yanıklar sonrası ortaya çıkabilir ve hem fonksiyonel hem de estetik açıdan önem taşır. Bu defektlerin rekonstrüksiyonunda birçok lokal ve serbest flep seçeneği mevcuttur. Groin flep(kasık flebi), özellikle orta büyüklükteki defektlerin onarımında sıklıkla tercih edilen, güvenilir bir aksiyel fleptir [1,2].

Serbest ve lokal fleplerin sayısının artmasına rağmen, groin flepler günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ciddi el travmalarından sonra geniş yumuşak doku kaybıyla birlikte oluşan defektlerin onarımı hızlı ve yetkin bir tedavi gerektirir. Özellikle mikrocerrahiye uygun olmayan, uzun operasyon süresini kaldıramayacak hastalarda veya alıcı sahada yeterli dolaşımın bulunmadığı durumlarda, hasta beklentileri de göz önünde bulundurularak groin flep uygulanabilir [3].

Olgu:

01.01.2024–30.06.2025 tarihleri arasında, el defekti nedeniyle Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi ve Polikliniğine başvuran ve trafik kazası, iş kazası, ateşli silah yaralanması gibi nedenlerle crush, avülsiyon tipi doku kaybı gelişen 8 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

Hastalara yara bakımı ve medikal tedavi sonrası, uygun zamanlamayla elektif koşullarda pediküllü groin flep uygulandı. Olgular yaş, cinsiyet, taraf, flep uygulama süresi ve ek operasyonlar açısından incelendi.

Hastalara yara bakımı ve medikal tedavi yapıldıktan sonra elektif sartlarda pediküllü groin flep uygulandı. Olgular yaş, cins, taraf, flep uygulama süresi, ek operasyonlar açısından değerlendirildi. Olguların ortalama yaşı 27 idi. Hataların yaşları en küçük 14, en büyük 37 idi.Olguların hepsi erkekti. Olguların yaralanma lokalizasyonu sağ el %57 sol el %43' ü sol elde gelişmişti. Hastaların %90' ının dominant eli sağ el %10' u sol eldi.Hastaların doku defektlerinin lokalizasyonları %50' si d1 %40' i d2 %10' u el dorsalindeydi. Yaralanma şekli olarak crush yaralanma %65' i, yüksek enerjili silah yaralanması %20, avülsiyon tipi yaralanma %15 idi.Ateşli silah yaralanması sonrası gelişen defektlerde el dolaşımı iyi olmadığından lokal flepler tercih edilmedi. Tüm hastalar genel anestezi altında opere edildi. Defekt boyutuna göre superficial circumflex iliac arter (SCIA) bazlı groin flepler uygun çizimler sonrası eleve edilerek defekt alanına adapte edildi.

Sadece 1 hastada donör saha greftle kapatıldı; diğer tüm hastalarda donör sahası primer uç uca kapatıldı. El ve gövde arasında yaklaşık 3 hafta immobilizasyon sağlandı. Nekroz, hematom veya enfeksiyon gelişmedi. 3. haftada flep pedikülü kesilerek ikinci seans tamamlandı.

TARTIŞMA – Sonuç:

Modern mikrocerrahinin gelişimiyle birlikte serbest flepler ön plana çıkmış olsa da groin flep, hala birçok merkezde tercih edilen, kanıtlanmış bir çözümdür [4]. Özellikle mikrocerrahi alt yapısı olmayan merkezlerde veya serbest flep için uygun hasta olmayan durumlarda groin flep güvenli bir alternatiftir.

İki seanslı cerrahi gerektirmesi bazı dezavantajlar oluştursa da, komplikasyon oranları düşüktür ve uygulaması teknik olarak kolaydır. Ayrıca inguinal bölge, obez hastalarda dahi diğer vücut bölgelerine göre daha ince flepler sunar [5]. Lokal anestezi altında uygulanabilmesi, kritik hastalarda avantaj sağlar. Pansumana uyum gösteren hastalar postoperatif 2. gün taburcu edilip ayırma seansına kadar ayaktan takip edilebilir.

Ayrıca, kanlanması sınırda olan fleplerde, groin flebin distal uçlarının yaşayabilirliğini artırmak amacıyla operasyon öncesi delay (geciktirme) yöntemi uygulanabilir. Delay, planlanan flebin tam olarak kaldırılmasından önce, belirli sınırlarının cerrahi olarak kesilerek kısmi olarak devaskülarize edilmesi işlemidir. Bu yöntem, flebin dominant olmayan vasküler yataklarının kapatılmasıyla kalan damarların gelişimini uyarır ve böylece flebin kanlanması güçlendirilir. Delay işlemi sonrası flebin yaşayabilirliği artar ve nekroz riski azalır. Groin flepte delay genellikle distal uç iskemi riski olan, sınırda boyutta planlanan flepler için tercih edilir. Delay işlemi sayesinde flebin dominant vasküler kaynağı güçlendirilir, bu da postoperatif komplikasyonları azaltabilir [5].

Kasık flebinin dezavantajları arasında el, dirsek ve omuzun hareketsizliğine bağlı gelişebilecek eklem sertliği ve ödem sayılabilir. Yine de, serbest ve lokal fleplerin sayısındaki artışa rağmen kasık flepleri el rekonstrüksiyonunda hâlâ geçerliliğini korumaktadır.

KAYNAKLAR

1. McGregor IA, Jackson IT. The groin flap. Br J Plast Surg. 1972;25(1):3–16.
2. Mardini S, Wei FC. Groin and superficial circumflex iliac artery perforator flaps. Clin Plast Surg. 2003;30(3):381–92.
3. Hallock GG. Utility of both muscle and fascia flaps in severe upper extremity trauma. J Trauma. 2002;53(1):61–5.
4. Serletti JM, Tavin E, Moran S, Kovach SJ. Reconstruction of the hand. In: Neligan PC, editor. Plastic Surgery. Vol 6. 3rd ed. Elsevier; 2012. p. 159–95.
5. Kimura N, Satoh K. Considerations in groin flap elevation in obese patients. Ann Plast Surg. 1997;39(5):456–60.

Anahtar Kelimeler: El defekti onarımı, El rekonstrüksiyonu, Groin flep

Preoperatif İntraoperatif ve Postoperatif Görüntüler



P-088

Parmak Yaralanmalarında Tırnak Yatağı Onarımının Uzun Dönem Sonuçları

Aslı Odabaşı, Servan Dağ, Süleyman Rezan Güler, Serkan Erbatur

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

Giriş

Tırnak yatağı yaralanmaları, özellikle falanks distalinde meydana gelen travmaların en sık görülen komplikasyonlarındandır ve genellikle direkt travma, kesiler, bıçak yaralanmaları veya sıkışmalar sonucu oluşur (1,2). Tırnak yatağı, matriks, proksimal ve distal tırnak yatağı dokularını, nörovasküler yapıları içerir. Bu nedenle, tırnak yatağındaki yaralanmalar sadece estetik bir problem değil, aynı zamanda duyusal kayıplar, kanama, enfeksiyon riski ve fonksiyonel bozukluklar gibi ciddi klinik sonuçlara yol açabilir (3,4). Yarar sağlayacak bir tedavi, bu yapıları koruyarak, yaranın işlevsel iyileşmesini desteklemekle mümkündür (4).

Gereç-Yöntem

Tırnak yatağı yaralanmaları olan hastalar, travma öyküsü ve fizik muayene ile değerlendirilir (1,3). Gerekli durumlarda, radyolojik inceleme ile kemik fraktürü varlığı araştırılır (3,4). Hastaya, lokal anestezi uygulanarak tırnak yatağındaki ağrı kontrol altına alınır. Yaralı bölge, antiseptik solüsyonlarla temizlenir ve nekrotik doku uzaklaştırılır. Tırnak matriksi hasar görmüşse 6-0/7-0 emilebilir (genellikle Vicryl) sütürla onarımı yapılır (3). Eğer matriks hasar görmüşse, mikrocerrahi tekniklerine uygun flep cerrahisi veya greft kullanımı tercih edilebilir (3,4). Proksimal ve distal tırnak yatağı arasında süturasyon yapılır ve kanama kontrolü sağlanır. Eğer tırnak kaybı varsa, geçici protezler veya doku iyileşene kadar destekleyici bandajlar kullanılabilir (3,4). Yara bölgesine pansuman yapılır ve antibiyotik tedavisi başlatılır. Hastaya postoperatif ağrı yönetimi için uygun analjezik tedavi uygulanır. Parmak hareketliliği, iyileşme sürecinde fonksiyonel kaybı engellemek için erken dönemde başlatılır (3,4).

Olgu

Kapı arasına elini sıkıştırma sonrası 3 yaş erkek hasta sağ el D2, D3 ve D4 distal falanksta tırnak yatağını da içeren subtotal amputasyonu olan hasta acil servise başvurdu. Hastanın çekilen direkt grafisinde fraktür hattı izlenmedi (1). Acil serviste yapılan irrigasyon ve debridman sonrası hastanın tırnak yatağı uygun şekilde onarılarak D3 için protez tırnak tasarlandı. Hastanın günlük yapılan pansumanla takiplerinde distalde nekrotik alanlar izlendi. hastaya yapılan seri tanjansiyel debridmanlar sonrası post-operatif 6. ay sonuçlarında tırnak büyümesinin olduğu izlendi (3,4).

Sonuç-Tartışma

Parmak ve tırnak yatağı yaralanmaları, el yaralanmaları içerisinde sık görülmekte olup özellikle dominant el, başparmak ve işaret parmağı daha fazla etkilenmektedir (2,3). Erkeklerde ve 20-40 yaş arası aktif iş gücü grubunda insidans daha yüksektir (2). Çocuklarda ise kapı sıkışması gibi travmalar ön plandadır (1,3). Tırnak yatağı yaralanmalarının tedavisinde erken ve anatomik onarım, fonksiyonel ve estetik sonuçlar açısından kritiktir (3,4). Dominant elde ve işlevsel parmaklarda oluşan yaralanmalar, iş gücü kaybı açısından ayrıca önem taşımaktadır (2,3). Tırnak yatağındaki travmalarda iyileşme süreci, hasarın derecesine, cerrahi tekniğe ve postoperatif bakımın etkinliğine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (1,3,4). Sonuç olarak her hasta ve yaralanma tipi farklı olduğundan, tedavi süreci bireysel olarak izlenmeli ve kişiye özel planlama yapılması elzemdir (3,4).

Kaynakça

1. Fetter-Zarzeka A, Joseph MM. Fingertip injuries. Pediatr Emerg Care. 2002;18(4):294-298. doi:10.1097/00006565-200208000-00003. PMID: 12142861

2. De Jonge JJ, Kingma J, van der Lei B, Klasen HJ. Hand injuries in the Netherlands: A retrospective study of 27,294 patients. J Hand Surg Br. 1994;19(6):668-673. doi:10.1016/0266-7681(94)90133-3. PMID: 7847901

3. Huang K, Holfeld K, et al. Nail bed injuries: epidemiology, management and complications. Clin Plast Surg. 2014;41(3):415-423. doi:10.1016/j.cps.2014.03.006. PMID: 24996475

4. Köse, A. A., Ekinci, C., & Zir Yıldırım, S. (2025). Tırnak yatağı ve parmak ucu yaralanmaları. Plastik Cerrahide El Yaralanmaları (1. Baskı), 67–74. Türkiye Klinikleri.

Anahtar Kelimeler: subtotal ampütasyon, tip ampütasyon, tırnak yatağı onarımı

Tırnak yatağı onarımı



Kapı arasına sıkıştırma sonrası multiple subtotal amputasyonları olan ve tırnak yatağı onarımı yapılan hastanın takipleri

P-089

Başparmakta Wessel Tip 6 Polidaktili: Cerrahi Yaklaşım ve Metakarpal Transpozisyon Tekniği ile Olgu Sunumu

Ali Haydar Cinbaş, Volkan Özel, Bilal Çakır, Mehmet Fatih Akkoç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

Polidaktili, üst ekstremitenin en sık görülen konjenital anomalilerinden biridir ve genetik ile çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkar [1]. Başparmak polidaktilisi, el polidaktililerinin yaklaşık %20'sini oluşturur ve fonksiyonel bozukluklarla birlikte ciddi estetik problemlere yol açabilir [2]. Wessel sınıflaması, başparmak polidaktilisini radyolojik ve anatomik özelliklerine göre 7 tipe ayırır. Tip 6, başparmakta proksimal seviyeden başlayan tam gelişmiş duplikasyonu tanımlar. Bu durum, sadece yumuşak doku değil, aynı zamanda metakarp ve falanks kemiklerinin de çift olması ile karakterizedir. Cerrahi tedavi oldukça karmaşıktır; hedef fonksiyonel başparmağın korunması, dengenin sağlanması ve kozmetik görünümün iyileştirilmesidir [3].

Gereç ve Yöntem

Olgumuz 6 yaşında erkek hasta olup, sol elde başparmakta belirgin duplikasyon şikayeti ile başvurdu. Klinik muayene ve radyolojik inceleme sonucunda Wessel Tip 6 polidaktili tanısı konuldu. Başparmakta metakarp düzeyinden başlayan tam yapı duplikasyonu mevcuttu. Duplike başparmak eksize edildi. Ancak ana başparmağın metakarp proksimali rudimenter, duplike metakarp gelişmiş yapıdaydı. Başparmağın metakarp distali korunarak, gelişmiş metakarp distalinden kemik rezeksiyonu sonrası K-tel ile fiksasyon yapıldı ve transpozisyon gerçekleştirildi. Ligamentöz ve tendon yapılar mikrocerrahi tekniklerle rekonstrükte edildi. Postoperatif olarak 45 gün splint uygulandı, ardından fizik tedavi süreci başlatıldı.

Tartışma

Wessel Tip 6 polidaktili olguları cerrahi olarak en karmaşık vakaları temsil eder. Eksizyon sonrası geride kalan başparmakta stabilite ve düzgün aks sağlanamadığında fonksiyonel kayıplar ortaya çıkabilir [4]. Bu nedenle metakarpal transpozisyon, anatomik ekseni yeniden oluşturmak ve fonksiyonu maksimize etmek açısından önemlidir. Bu teknik, başparmağın kavrama ve ince motor beceriler için ideal pozisyona getirilmesini sağlar [2]. Aynı zamanda rekonstrüksiyona yönelik yumuşak doku ve tendon tamiri, fonksiyonel bütünlüğün sağlanmasında kritik rol oynar [3]. Cerrahın deneyimi, yapıların detaylı analizi ve titiz preoperatif planlama başarının temel belirleyicileridir.

Sonuç

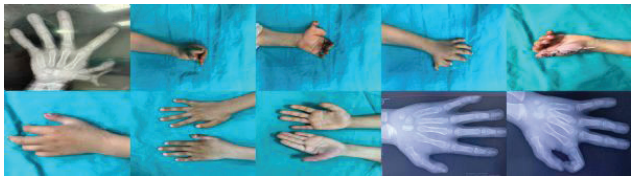
Başparmakta Wessel Tip 6 polidaktili nadir görülmekle birlikte, tedavi edilmediğinde ciddi fonksiyonel ve estetik sorunlara yol açar. Cerrahi tedavi yalnızca eksizyonu değil, başparmağın aksının yeniden düzenlenmesini ve stabilizasyonunu da içermelidir. Metakarpal transpozisyon, başparmağın fonksiyonel konumuna getirilmesinde etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Erken yaşta yapılan cerrahi müdahale ile hem estetik hem de fonksiyonel olarak başarılı sonuçlar elde edilebilir [1,5].

Kaynaklar

1. Malik S, Grzeschik KH. Congenital anomalies of the hand: an epidemiological study. J Hand Surg Br. 2008;33(1):39–43.
2. Zuidam JM, Selles RW, Ananta M, Runia J, Hovius SE. Polydactyly of the thumb: clinical analysis, radiological findings, and treatment. J Hand Surg Am. 2008;33(7):1169-1177.
3. Ogino T, Ohshio I, Natsume N. Surgical treatment of preaxial polydactyly of the thumb. Hand Clin. 1990;6(4):677-687.
4. Wood VE. Polydactyly and syndactyly. Orthop Clin North Am. 1976;7(3):555-569.
5. Miura T. Treatment of polydactyly of the thumb. Hand Clin. 1985;1(4):715-727.

Anahtar Kelimeler: polidaktili, metakarp transpozisyonu, duplike metakarp

pre-op intra-op post-op görüntüler



P-090

Pediatrik Cross Leg Flep Kullanımı Klinik Deneyimlerimiz

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Serkan Erbatur, Tuba Avcı

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

Giriş:

Alt ekstremite yaralarının kapatılması için pediküllü çapraz ekstremite fleplerinin yerini (Cross Leg) son yirmi yılda serbest doku transferi almaya başlamıştır. Ancak, serbest flebin kullanılamayacağı ve alternatif yöntemlere ihtiyaç duyulan bazı zor durumlar vardır. Defektin yakınında mikrovasküler anastomoz için uygun alıcı damar bulunmayan zor bacak defektlerinin rekonstrüksiyonu için çapraz bacak flebi (Cross Leg) ile rekonstrüksiyon tercih edilmelidir. Bacağın alt 1/3 ve ayak sırtındaki doku defekleri ve yaralanmalarda karşılaşılan zayıf vaskülarizasyon ve sonrasındaki zayıf iyileşme, her hasta için en iyi cerrahi alternatifi seçmek için lokal anatomi hakkında ayrıntılı bilgi gerektirir. Serbest flepler genellikle distal bacakta yumuşak doku defektleri için ilk tercihtir (1). Bazen, serbest flep teknik hatalar veya hasarlı vasküler yapılar nedeniyle de başarısız olabilir. Bu durumlarda, çapraz bacak flebi en iyi tercihtir. Flebe fasyanın dahil edilmesi sonrası uzunluk genişlik oranı 3:1' i tamamen güvenli hale gelir (2). Bu, çok daha fazla bacak pozisyonu özgürlüğüyle çok daha fazla cilt alanının transfer edilmesini sağlar

Yöntem:

Kliniğimizde 4 pediatrik hastaya cross leg flep işlemi uygulandı.Hastalar 6 yaş kadın, 10 yaş erkek, 16 yaş erkek, 17 yaş kadın hasta idi. Hastaların 2' si araç içi trafik kazası 1' i ateşli silah yaralanması 1' i yanık idi. Hastalara uygun debridman yapıldı. Yara yeri flep cerrahisine uygun olacak hale getirildi. Preoperatif planlama yapıldı ve önerilen defekt, yara izi olan lokal dokuyu da içerecek şekilde ana hatlarıyla belirtildi. Flep,gazlı bez kullanılarak defektin kenar boşluğu ve uzunluğunu içerecek şekilde planlandı. Uzuv, aşırı eklem fleksiyonundan kaçınarak rahat bir pozisyonda tutularak, ters yönde planlama yapıldı. Uzvun son pozisyonunda flebin bükülmesini veya kıvrılmasını önlemek için önlem alındı. Flepler, defektin konumuna bağlı olarak tercihen proksimal veya anteromedial olarak,3:1' e kadar bir oranda temellendirildi. Önde medial

crurise dayalı transvers flep, uzun safen veni ve önemli perforatöri korumak için tibianın medial sınırının en az 3 cm arkasına dayandırıldı. Defekt debride edildi. Uygun preoperatif işaretlemeden sonra, flep fasya dahil olmak üzere kaldırıldı. Flebin donör bölgesi kısmi kalınlıkta deri grefti ile greftlendi. Flep defektin üzerine dikildi.Her iki uzuv da eksternal fiksatör kullanılarak pozisyonda tutuldu.4 hasta da 21 gün kliniğimizde takip edildi. 1 hastanın greft alanında kısmi kayıplar izlendi. 21 gün sonra 4 hastanın flebi ayrıldı. Postop 3. günde fizik tedaviye başlatıldı. Hastalar 1. ay,3. ay ve 9 ayda takibe çağrıldı. 1 hastanın postop 12. ayda flep inceltme operasyonu gerçekleştirildi.

Sonuç:

Alt ekstremitede meydana gelen bir yaralanma, genellikle kırık kemik, açığa çıkmış tendonlar ve yumuşak doku defektlerini içeren karmaşık bir sorun olabilir. Serbest flep artık ciddi şekilde hasar görmüş alt ekstremitelerin rekonstrüksiyonunda iyi bilinen bir prosedürdür. Ancak başarılı sonuç, sağlıklı vasküler duvara sahip uygun damarın ve mikrovasküler anastomoz için yeterli boyutun bulunmasına bağlıdır. Bazı durumlarda alternatif bir yöntemin gerekli olduğu durumlar ortaya çıkar ve çapraz bacak flebi, plastik cerrahların tercihleri arasında kalması gereken basit ve etkili bir seçenek haline gelir. Serbest flepler, aksiyel damar hasarı ve daha önce travma ve damar trombozu öyküsü olan majör alt ekstremite yaralanması olan hastalarda kullanılamaz. Başarısız önceki serbest flep, rekonstrüksiyonda özel sorunlar sunar. Eksplorasyonda alıcı damarın bulunmaması ve hastanın uzun süreli cerrahiye izin vermeyen genel durumu serbest flep için diğer kontrendikasyonları oluşturur. Serbest flebin göreceli kontrendikasyonları arasında elektrik yanıkları, tek damarlı uzuv, gecikmiş sevk ve kemik tümörü olan hastalarda radyoterapi uygulanan rezeksiyon bulunur. Bu durumlarda, çapraz bacak fasyokutanöz flep defektleri yeniden yapılandırmak için iyi bir alternatif olabilir. Bu nedenle, çapraz bacak flebi yukarıda belirtilen koşullarda değerli bir seçenek haline gelir

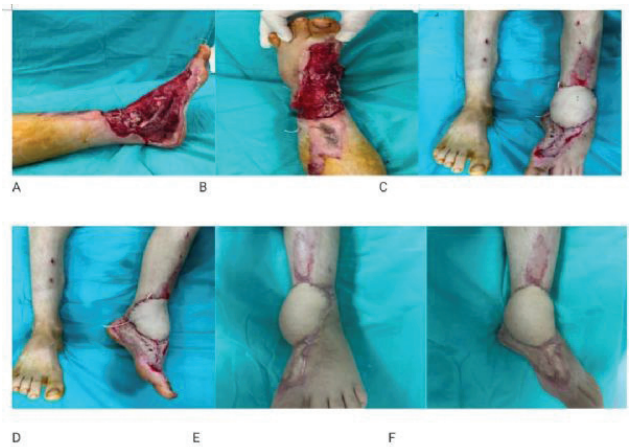
Referanslar:

1. Devansh S. Prefabricated recipient vascular pedicle for free composite-tissue transfer in the chronic stage of severe leg trauma. Plast Reconstr Surg 1995;96:392-9.

2. 2. Chen H, El-Gammal TA, Wei F, et al. Cross-leg free flaps for difficult cases of leg defects: indications, pitfalls, and longterm results. J Trauma 1997;43:486-91.

Anahtar Kelimeler: Alt Esktremite, Cross Leg, Pediatrik

Cross Leg



A:Ayak dorsali defekt lateral B:Ayak dorsali defekt anterior C:Cross Leg flep D:Cross Leg flep E:Cross Leg flep 3.hafta F:Flep inceltilmesi sonrası

P-092

Tamai zone 1 amputasyonda ven arteriyalizasyonu ile replantasyon

Mahmut Can Karatoprak, Feryal Tunç, Muhammed Altuğ, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giriş:

1965 yılında Komatsu ve Tamai ilk başarılı dijital replantasyonu bildirmiştir (1). 60 yılı aşkın bir süredir, mikrocerrahi tekniklerinin daha metodik bir şekilde öğretilmesinin yanı sıra gelişmiş enstrümantasyon sayesinde sınırlar sürekli olarak zorlandı. Digital replantasyon dünya çapında uzmanlaşmış el cerrahisi merkezlerinde yaygın bir prosedürdür. Ancak, kesilen parçaların kurtarılması tamamen anastomoz yapılacak damarların mevcudiyeti ve kalitesi ile yakın ilişkilidir (2). Özellikle distal digital replantasyonlarda avülziyon tarzı yaralanmalar küçük çaplı damarlarda geniş yaralanmalar meydana getirmektedir. Distal uç amputasyon yaralanmalarının tedavisi için kompozit greftler,lokal flepler ve free flepler kullanılabilir (3). Dijital amputasyon yaralanmalarından sonra yapısal bütünlüğü geri kazandırmak için önemli çaba sarf edilmelidir. Yaygınlığı, basitliği ve pratikliği nedeniyle amputasyonları tamai sınıflandırılması tercih edilmektedir. DİF' ten lunulaya kadar olan bölge tamai zone 2, lunuladan parmak ucuna kadar olan bölge tamai zone 1 olarak sınıflandırılır.

Cerrahi teknik:

Sunulan bu vakada amputasyon baş parmak tamai zone 1 seviyesindeydi ve arter onarımı için amputatta uygun, onarılabilecek, defektin olmadığı bir santral arter bulunamadı. Bu durumda parmak dolaşımını yeniden sağlabilmek için proksimal güdükte santral arter çapına uygun,daha az defektif bir volar vene anastomoz yapılması tercih edildi.10-0 prolen sütür ile yapılan anastomoz sonucu parmağın kanlanması sağlandı.Ardından 1 adet volar venin venövenöz şekilde anastomozunu yapıldı. 1 hafta servisimizde takibinden sonra taburcu edildi. Yatış sırasında hastaya herhangi bir eritrosit süspansiyonu replasmanı yapılmadı. Literatürde replantasyon sağkalımında antikoagülan kullanımıyla alakalı net bir çalışma ve fikir birliği olmamasına rağmen anastomoz güvenliği açısından 1x1 subkutan 40 mg enoksaparin sodyum ve 1x1 oral 100 mg asetilsalisilik asit medikal tedaviye eklendi.

Tartışma:

Amputasyon yaralanmalarında amputasyonun yaralanma şekline bağlı olarak cerrahi teknik değişebilir. Literatürde klasik olarak replantasyon operasyonu şu basamakları izleyerek yapılmaktadır: kemik fiksasyonu-tendon onarımı –arter onarımı-ven onarımı-sinir onarımı- cilt onarımı. Ancak yaralanmanın mekanizması ve şekline göre ya da cerrahın tercihine göre bu sıralama değişebilir veya bazı aşamalar yapılmayabilir(4). Özellikle tamai zone 1-2 amputasyonlarda daha proksimal amputasyonlara göre daha fonksiyonel sonuçlar elde edilebilmektedir. Ancak daha distale gittikçe görüş alanın kısıtlı olması damar çaplarının çok daha fazla küçülmesi nedeniyle bazı aşamalar yapılamayabilmektedir. Literatürde ven onarımı yapılmadan çokça başarılı replantasyon örneği mevcuttur. Tamai zone 1 amputasyonlarda sinir onarımı yapılmayarak 2 nokta diskriminasyonunun 6-7 mm ye kadar iyileştiği vakalar bulunmaktadır (5). Cerrahi görüş alanını arttırmak için dorsal yaklaşımla önce arter onarımının yapıldığı sonra kemik fiksasyonunun yapıldığı Kabakaş ve ark. tanımladığı dorsal yaklaşım tekniği denenebilir (6) veya önce ven onarımı yapılıp sonra arter onarımını tercih eden çokça otör de mevcuttur (4). Anastomoz yapılacak uygun ven bulunamadığında 2 digital arter onarılıp biri proksimalden

bağlanarak retrograd arteriyel dönüşle de venöz dönüş sağlanabilir. Ayrıca distal amputasyonlarda ven onarılamadığı durumlarda eksternal kanatma metodları tercih eden merkezler de vardır.

Sonuç:

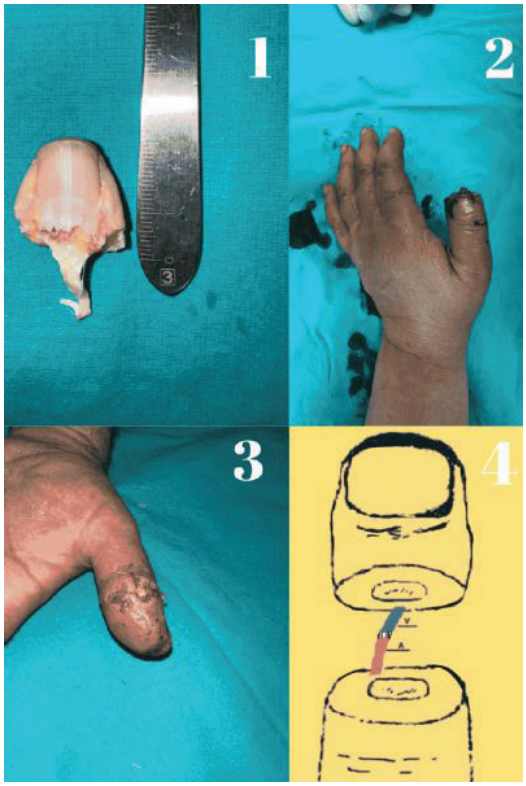
Sonuç olarak yaralanmanın ve amputatının durumuna göre cerrahi teknikler değişebilir. Ven arteriyalizasyonu ile dolaşımın sağlandığı vakamızda parmak sağkalımını sağlamış bulunmaktayız. Onarılabilecek arter bulunamadığı zaman ven arteriyalizasyonu akılda tutulmalıdır.

Referanslar:

1-Komatsu, S., & Tamai, S. (1965). Successful replantation of a completely amputated thumb. The Journal of the Japan Surgical Association, 26, 212–215.
2- Nishida, J., & Tamai, S. (2010). Microsurgical replantation: Principles and outcomes. Journal of Reconstructive Microsurgery, 26(3), 179–185
3- Chen, H. C., & Wei, F. C. (2001). Reconstruction of distal fingertip defects with composite grafts and flaps. Plastic and Reconstructive Surgery, 108(5), 1225–1234
4- Barbary S, Dap F, Dautel G. Finger replantation: surgical technique and indications. Chir Main. 2013 Dec;32(6):363-72. doi: 10.1016/j.main.2013.04.012. Epub 2013 Aug 21. PMID: 24075814.
5- Matsuda, K., Kawai, S., & Fujimura, H. (1990). Sensory recovery without nerve repair after fingertip replantation. Journal of Hand Surgery, 15(3), 366–370.
6- Kabakaş F. Dorsal approach for vascular repairs in distal finger replantations. Microsurgery. 2016 Nov;36(8):628-636. doi: 10.1002/micr.30057. Epub 2016 Apr 9. PMID: 27062183.

Anahtar Kelimeler: Tamai, Replantasyon, Arter, Ven

Ven arteriyalizasyonu ile replantasyon



1-Amputatın dorsalden görüntüsü 2-Güdüğün dorsalden görüntüsü 3-Ven arteriyalizasyonu ile replantasyon yapılan hastanın post-op 6. hafta görüntüsü 4-Ven arteriyalizasyonun illüstrasyonu

P-093

Travma zonundan tasarlanan perforatör flep örnekleri

İbrahim Uğur Budak, Nuh Arven, Serhat Gün, Volkan Özel, Serkan Erbatur

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Giriş: Plastik ve rekonstrüktif cerrahinin temel ilgi alanı karmaşık problemleri, "benzeri benzer ile onar" ilkesiyle hareket ederek, estetik ve fonksiyonel olarak tatmin edici bireysel çözümler bulmaktır. Şekil ve işlevde mükemmelliğe ulaşabilmek amacıyla tarihsel süreçte çeşitli flepler kullanılmıştır. Perforatör flepler ilk defa 1980' lerde mikrocerrahi tekniklerinin gelişmesi ve plastik cerrahların deneyim kazanmasıyla ince, kolay ulaşılabilir ve minimal donör alan morbiditesine sahip flep arayışı ile gündeme gelmiştir (1).

Gereç-Yöntem: Bu çalışmamızda kliniğimizde perforatör flepler ile yumuşak doku rekonstrüksiyonu yaptığımız 3 erkek hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara yapılan perforatör flepler; Quaba flebi, dorsalis pedis perforatör flebi ve first dorsal metetarsal perforatör flep(FDMA) şeklindedir. Bu hastalardan Quaba flebi yapılan hastaya 2 seans debridman, dorsalis pedis perforatör flep yapılan hastaya 3 seans yara yeri debridmanı ile 2 seans negatif basınçlı yara bakımı yapıldı. FDMA tasarlanan hastaya 3 seans yara yeri debridmanı ile 2 seans negatif basınçlı yara bakımı yapıldı. Tüm hastalar Enfeksiyon hastalıkları bölümüne danışıldı ve uygun antibiyotik tedavisi verildi.

Olgu 1: 30 yaş erkek hasta iş kazası sonrası sağ el 2. parmak proksimal falanks seviyesinde subtotal amputasyonu ile tarafımıza başvurdu. Hastaya Kirschner teli kullanılarak kemik fiksasyonu ve radial taraflı dijital arterine revaskülarizasyon yapıldı. Hastanın yapılan takiplerde sağ el 2 parmak proksimal falanks seviyesi dorsoradialde 2*1cm' lik kemik açıklığı oluştu. Hastanın el dorsalinden doopler USG yardımı ile uygun çizimler sonrası quaba flebi tasarlandı ve flep defekt alnına inserte edildi. Postoperatif herhangi bir komplikasyon (hematom, arteriyel veya venöz yemezlik) görülmedi.

Olgu 2: 33 yaşında erkek hasta elektrik çarpması sonucu sağ ayak dorsalinde 4*5 cm' lik doku defekti, sağ ayak başparmak dorsomedialinde 2*2 cm' lik kemik açıklığının olduğu izlenildi. Doku defekti olan hastanın baş parmağına Kirschner teli uygulandı ve 2 hafta boyunca yara bakımı yapıldı. Hasta 3 seans debridmana alındı, 2 seans negatif basınçlı yara tedavisi uygulandı. Hastaya uygun çizimler sonrası doopler USG yardımı ile 3*2 cm' lik FDMA tasarlandı. Hastanın ayak baş parmağındaki kemik açıklığı flep ile tamamen kapatıldıktan sonra doner alan ile diğer doku defekti olan alanlara kısmi kalınlıkta deri grefti inserte edildi. Postop herhangi bir komplikasyon (hematom,arteriyel veya venöz yemezlik) görülmedi.

Olgu 3: 40 yaşında erkek hasta, araç dışı trafik kazası sonrası sol ayak baş parmak medialinden ayak dorsaline uzanan 3*5 cm'lik kemik ve tendon açıklığı olan hastaya 2 hafta boyunca yara bakımı yapıldı. Hasta 3 seans debridmana alındı. Hastaya uygun çizimler sonrası doopler USG yardımı ile 3*5 cm'lik dorsalis pedis arter perforatör flep tasarlandı. Hastanın ayak baş parmağındaki kemik açıklığı flep ile tamamen kapatıldıktan sonra doner alan ile kemik, tendon açıklığının olmadığı alanlara kısmi kalınlıkta deri grefti uygulandı. Hastada postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Tartışma ve Sonuç: Perforator fleplerin en önemli avantajları arasında; kas fonksiyonunun korunmas, donör alan morbiditesinin az olması sayılabilir. Eğer onarım için yalnızca cilt gerekli ise fasya, kas ve sinirler korunabilir.

Perforator fleplerin önemli dezavantajı arasında; çok titiz diseksiyon gerekliliği, perforatör damarların pozisyon ve boyutundaki farklılıklar sayılabilir. Travma zonunda yapılan perforatör fleplerin uygun görüntüleme, yara bakımı ve flebin dahil olacağı nörovasküler yapıların titizlik ile korunması ile rekonstrüksüyon başarısının artacağını bu çalışma ile deneyimlemeyi hedefledik.

Referanlar:

•1. McGregor IA, Morgan G. Axial and random pat-tern flaps. Br J Plast Surg 1973; 26:202-213 http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(73)90003-9

Anahtar Kelimeler: quaba flep, FDMA, travma zonu, perforatör flep

OLGU 1:QUABA FLEP,OLGU 2 FDMA FLEP



OLGU 1: QUABA FLEP A)PREOPERATİF DEFEKT ALANI B) PREOPERATİF QUABA FLEP ÇİZİM C)İNTRAOPERATİF FLEP İLE DEFEKT ALANININ ÖRTÜLMESİ D)POSTOPERATİF 3. AY SONUÇ OLGU 2:FDMA FLEP A)PREOPERATİF FDMA FLEP ÇİZİMİ B),C)FDMA FLEP KALDIRILMASI D)İNTRAOPERATİF FLEP İLE DEFEKT ALANIN ÖRTÜNMESİ

P-094

El Enfeksiyonlarında Takip ve Tedavisinde Klinik Yaklaşımlarımız

Fırat Aktaş, Muhammet Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Berk Tahhan, Serkan Erbatur

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

GİRİŞ

El, karmaşık anatomik yapısı ve yoğun fonksiyonel kullanımı nedeniyle enfeksiyonlara açık bir yapıdır. Cilt altındaki damar, sinir ve tendon yapılarının yüzeyel yerleşimli olması, enfeksiyonların hızla derin dokulara ilerlemesine zemin hazırlar (1,2). Özellikle yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanmaları gibi travmalar, başlangıçta küçük ve önemsiz görünse bile ciddi doku hasarına ve hatta amputasyona neden olabilir.

El enfeksiyonlarının etkin yönetimi için öncelikle sistematik bir klinik yaklaşım benimsenmelidir. Hastadan ayrıntılı anamnez alınmalı; travma öyküsü, hayvan veya insan ısırıkları, yabancı cisim teması, bağışıklık durumu, kronik cilt lezyonları ve sistemik hastalıklar mutlaka sorgulanmalıdır (1,3). Semptomların başlangıç zamanı ve ilerleyiş şekli de tanı açısından oldukça önemlidir.

Fizik muayenede enfekte alanda eritem, ısı artışı, ödem, fluktuasyon, hassasiyet ve fonksiyon kaybı değerlendirilmelidir. Enfeksiyonun derin dokulara yayılması halinde tendon hattı boyunca hassasiyet artışı (tenosinovit), eklem hareketlerinde ağrı (septik artrit) veya dolaşım bozukluğu (kompartman sendromu) gibi ciddi bulgular görülebilir.

Tanı sürecinde laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerinden destek alınır. Lökositoz, yüksek CRP ve sedimentasyon değerleri enfeksiyonu düşündürürken, radyografi kemik tutulumu veya yabancı cisim varlığını gösterebilir. Ultrasonografi, sıvı koleksiyonları ve apseleriortaya koymada faydalıdır. Tendon, fasya veya kemik tutulumu düşünülen olgularda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tercih edilir.

Tedavi, enfeksiyonun şiddetine ve derinliğine göre şekillendirilir. Yüzeyel enfeksiyonlar konservatif tedaviyle kontrol altına alınabilirken, derin dokulara yayılmış enfeksiyonlarda cerrahi debridman, uygun antibiyotik tedavisi ve gerekirse vakum destekli kapama (VAC) sistemleri uygulanmalıdır (2,5). Geniş doku kayıplarında, yaranın uygun hale getirilmesinden sonra deri grefti veya flep ile rekonstrüksiyon yapılması gerekebilir

El enfeksiyonları içinde en sık karşılaşılan türlerden biri paronişidir. Tırnak çevresinde yerleşen bu enfeksiyonun akut formu genellikle bakteriyel kaynaklıdır, kronik formu ise sıklıkla mantar etkenleriyle ilişkilidir. Panaritium, parmak ucunda gelişen subkutan apseylekarakterize olup çoğunlukla cerrahi drenaj gerektirir. Tendon kılıfının enfekte olmasıyla ortaya çıkan tenosinovit, hızla ilerleyebilen bir durumdur ve erken cerrahi müdahale edilmezse kalıcı fonksiyon kayıplarına yol açabilir. Eklem boşluğunun enfekte olmasıyla gelişen septik artrit, acil tedavi gerektiren ciddi bir durumdur. Derin fasyal aralık enfeksiyonlarında ise tenar, hipotenar veya intermetakarpal boşluklar etkilenerek fonksiyon kaybı riski doğurabilir.

Ayırıcı tanıda gut ve psödogut gibi kristal artropatiler, romatoid artrit gibi inflamatuarhastalıklar, travmatik hematomlar, iskemik parmak gibi dolaşım bozuklukları ve viral kaynaklı lezyonlar dikkate alınmalıdır. Özellikle Herpes simpleks virüs kaynaklı herpetik dolama, parmakta veziküler lezyonlarla seyreder ve cerrahi girişim bu durumda kontrendikedir; antiviral tedavi ile iyileşme sağlanır.

Mantar enfeksiyonları, genellikle elin nemli bölgelerinde ortaya çıkar ve tinea ya da kandida türleri tarafından oluşturulur. Bu tip enfeksiyonlarda topikal ya da sistemik antifungal tedavi uygulanır. Viral enfeksiyonlar arasında yer alan herpetik dolama, ise, tip 1 veya tip 2 Herpes simpleks virüsü ile oluşur ve cerrahi işlem yapılmaksızın medikal tedaviyle iyileşir.

Sanayi işçileri gibi yüksek riskli gruplarda sık karşılaşılan yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanmaları ise, ciltte küçük bir giriş deliği bırakmasına rağmen altta ciddi doku hasarına, enfeksiyona ve basınç artışına neden olabilir. Bu tür yaralanmaların yönetiminde klinik değerlendirme ile birlikte radyografi kullanılarak yabancı cisim ya da hava görüntüsü araştırılmalıdır. Tedavide acil cerrahi debridman ve gerekirse fasyotomi uygulanmalı, ardından sistemik antibiyotik tedavisine başlanmalıdır (4,5). VAC ile yara yönetimi sağlandıktan sonra, uygun greft veya flep rekonstrüksiyonu yapılabilir.

OLGU 1

58 yaşında erkek hasta, yağ pompası ile çalışırken sol el başparmağında kesici-delici yaralanma sonrası ağrı, ödem ve hareket kısıtlılığı şikayetleriyle başvurdu. D1 bölgesinde yaygın ödem, soğukluk ve dolaşım bozukluğu saptandı. Kompartman sendromu düşünülen hasta acilen opere edildi ve radyal fasyotomi uygulandı. Cerrahi sırasında

pürülan akıntı görüldü ve kültürde Staphylococcus aureus üredi Lökositoz ve yüksek CRP değerleriyle enfeksiyon doğrulandı. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve vakum destekli yara bakımı sonrasında yara yüzeyinde sağlıklı granülasyon dokusu gelişti. İyileşmeyi takiben tam kat deri grefti uygulandı ve greftin tamamen tuttuğu gözlendi. Son kontrollerde enfeksiyonun gerilediği, dolaşımın normale döndüğü ve parmak fonksiyonlarının korunduğu belirlendi.

OLGU 2

45 yaşında erkek hasta, yüksek basınçlı enjeksiyon sonrası dış merkezde fasyotomi uygulanmış şekilde başvurdu. Sağ el başparmak volar yüzde doku defekti, granülasyon dokusu ve akıntı mevcuttu. Parmakta ağrı, fleksiyon kısıtlılığı ve çevre dokuda ödem gözlendi. Subakut enfeksiyon düşündüren CRP yüksekliği dışında sistemik bulgu saptanmadı. Geniş defekt ve estetik gereksinimler göz önüne alınarak ilk dorsal metakarpal arter (FDMA) flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Flebin sorunsuz adaptasyonu sağlandı, nekroz izlenmedi. Hastaya erken dönemde fizyoterapi başlandı ve fonksiyonel olarak kavrama, tutma ve yazma becerilerinde anlamlı iyileşme elde edildi.

SONUÇ

El enfeksiyonları, yüzeyseldoku tutulumundan derin yapılara kadar ilerleyerek fonksiyon kaybına ve ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Özellikle yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanmaları erken dönemde masum görünmesine rağmen doku yıkımı, enfeksiyon ve amputasyon riski taşır. Bu nedenle her olgu, sistematik biçimde değerlendirilerek doğru tanı ve uygun tedavi protokolü ile yönetilmelidir. Zamanında cerrahi müdahale, enfeksiyon kontrolü, fonksiyonun korunması ve rekonstrüksiyon süreçleri multidisipliner yaklaşım gerektirir.

Anahtar Kelimeler

El enfeksiyonları, yüksek basınçlı enjeksiyon yaralanması, kompartman sendromu, VAC tedavisi, deri grefti, FDMA flebi, nekrotik doku debridmanı, fasyotomi, viral ve mantar enfeksiyonları, ayırıcı tanı, el cerrahisi.

Kaynakça

1. Mackenzie DJ, Kealey WD. Hand infections. BMJ. 2000;321(7260):461–464.
2. Kennedy CD, Huang JI, Hanel DP. Infections of the hand. J Hand Surg Am. 2011;36(8):1403–1409.
3. Puckett CL, Meyer VH. Hand infections. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, Wolfe SW, eds. Green's Operative Hand Surgery. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 1071–1105.
4. Brown DJ, Young VL. High-pressure injection injuries to the hand: a review. Am J Surg. 1993;165(2):236–240.
5. Chung KC, Pushman AG. Current concepts in the management of hand infections. Plast Reconstr Surg. 2011;127(1):89e–102e.

Anahtar Kelimeler: El enfeksiyonları, Enjeksiyon yaralanmaları, kültür

el enfeksiyonları



el enfeksiyonları

P-098

El Bilek Kesisinde İnsidental Gözlenen Baskın Median Arter Varlığı

Bilal Çakır, Ali Haydar Cinbaş, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Median arter genellikle erken embriyonik yaşamda ön kolun arteriyel eksenini temsil eden geçici bir damardır ve embriyoda ele ana kanın iletimini sağlar (1). Gebeliğin 8. haftasından sonra ulnar ve radyal arterler gelişir ve median arter genellikle apopitoz geçirerek küçük bir damar haline gelerek geriler (1). Median sinire eşlik eden arteria comitans nervi mediani olarak görülebilmektedir (2). Median arter median siniri besler (3). Görüntüleme yöntemi olarak bt anjiyografi kullanılabilmekle beraber usg yardımıyla da görüntülenebilmektedir (2).

Materyal-Metod: Acil servise başvuran spiral testere ile temas sonrası sol el volar yüz zon 5 seviyesinde ve önkolda seviyeli kesileri olan 30 yaşındaki erkek hasta acil operasyona alındı. Aksiller blok altında operasyona başlandı. Yapılan eksplorasyon esnasında median sinirle seyreden median arter görüldü, disseke edildi ve intakt olduğu görüldü. Hastanın kesik D3-D4-D5 FDS ve D2-D3 FDP tendonları Modifiye Kessler yöntemine göre sütüre edildi. Kesik olan radial arter mikroskop altında mikrocerrahi yöntemlere göre anastomoze edildi. Kanama kontrolü sağlandı. Penrose dren yerleştirilmesi sonrası cilt altı ve cilt sütüre edildi. Kısa kol atel sonrası operasyona son verildi.

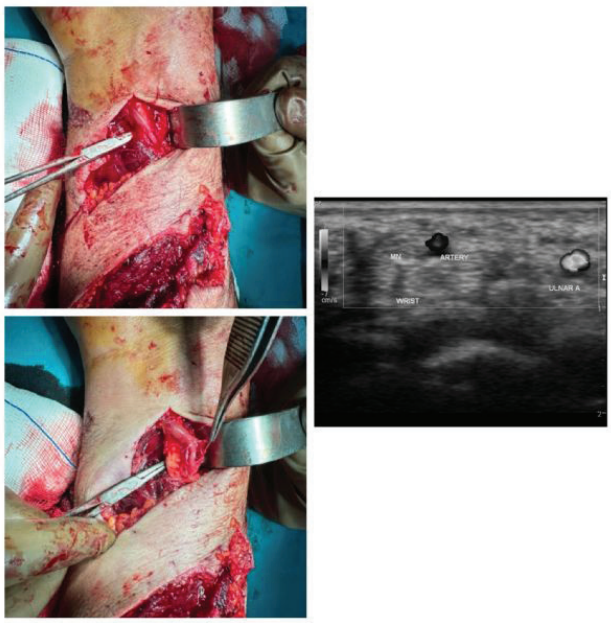
Tartışma ve Sonuç: Median arter yetişkin yaşamda palmar ve antebrakiyal olmak üzere iki farklı şekilde varlığını sürdürebilir (1). Antebrakiyal tip, anterior interosseözden kaynaklanan kısa bir arterdir (1). Embriyonik arterin kısmi regresyonunu temsil eden antebrakiyal tip ince, kısadır ve bileğe ulaşmadan önce sonlanır (1). Embriyonik dönemi temsil eden palmar tip büyük, uzundur ve avuç içine kadar uzanır (1). Palmar tip median arter insidansı

%11-23 bildirilmiş olup farklı ırklarda arterin görülme sıklığı değişmektedir (2). Persistant median arter yaygın bir damardır ve ön kol ve bilekteki cerrahi prosedürler sırasında sıklıkla karşılaşılabilir (3). Sonuç olarak, median arterin kalıcılığı üst ekstremitede yaygın ve önemli bir arteriyel varyasyondur. Bu nedenle, ön kol ve ele cerrahi yaklaşımlar sırasında özellikle palmar tipi olmak üzere kalıcı median arterin varlığının farkında olmak zorunludur.

1. Smith JL, Ebraheim NA. Anatomy of the palmar cutaneous branch of the median nerve: A review. J Orthop. 2019 Jun 5;16(6):576-579. doi: 10.1016/j.jor.2019.06.010. PMID: 31660025; PMCID: PMC6807303.
2. Altinkaya, N., & Leblebici, B. (2016). Prevalence of persistent median artery in carpal tunnel syndrome: Sonographic assessment. Surgical and Radiologic Anatomy, 38, 511–515.
3. Blunt, M. J. (1959). The vascular anatomy of the median nerve in the forearm and hand. Journal of Anatomy, 93, 15–22.

Anahtar Kelimeler: insidental, median arter, persistant

Median Arter



P-099

Palmaris Longus (PL) Tendon Grefti Uygulamaları

Bilal Çakır, Ali Haydar Cinbaş, Mahmut Can Karatoprak, Serkan Erbatur

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

Giriş: Palmaris longus, fleksör karpi radialis kasının medialinde yer alan ince, fuziform bir kastır ve humerusun medial epikondilinden ve epikondiler çıkıntısından başlar (1). PL kası ön kolun fleksör kas grubuna dahildir (1). Uzun ve ince tendonu fleksör retinakulumun önünden geçer ve palmar aponevroz olarak devam eder (1). Palmaris longus tendonu, otolog tendon grefti veya tendon transferi için en sık kullanılan donörlerden biridir (1). Nüfusun yaklaşık %15'inde PL tendonunun doğuştan olmadığı tahmin edilmektedir (1).Bazı yazarlar agenezinin kadınlarda ve sol tarafta daha sık olduğunu bildirmişlerdir ancak, bildirilen yokluk insidansı etnik kökene göre değişmektedir; PL'nin doğuştan yokluğuna ek olarak, anormal varyasyonlar tanımlanmıştır (Tendon, ters dönmüş, ikiye bölünmüş veya bölünmüş olabilir (1). Sonografi, PL tendonunun varlığı (%100 duyarlılık ve özgüllük) hem de kadavralarda ölçülen boyutları açısından doğru bir değerlendirme sağlar (2). Tendonun varlığını tespit etmek amaçlı çeşitli manevralar mevcuttur. Bunlara örnek olarak Schaeffer'in standart testi (başparmağın küçük parmağa karşı duruşu ve hafif bilek fleksiyonu) Pushpakumar testi (işaret ve orta parmakların ekstansiyonu, yüzük ve serçe parmakların fleksiyonu) Thompson testi (başparmağın yumruk şekline getirilmiş elin üzerine getirilerek bileğin fleksiyonu) (2).

Materyal-Metod: Polikliniğimize başvuran 4 ay önce cam ile temas sonucu sağ el d5 volar yüz zon 2 seviyesinde kesi skarı izlenen hastadan alınan anamnezde kesinin dış merkezde primer sütüre edildiği ve tendon onarımı yapılmadığı öğrenilmesinin üzerine yapılan fizik muayenede hastanın sağ el d5 distal falanks düzeyinde fleksiyon kısıtlılığı görüldü. Hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Uygun z-plasti insizyonları sonrası fleplerin eleve edilmesinin ardından yapılan eksplorasyonda fdp tendon kesisi olduğu diğer nörovasküler ve tendinoz yapıların intakt olduğu görüldü. Fdp tendonun proksimali ile distali arasında yaklaşık 4 cmlik gap görüldü. Hastanın sağ el palmaris longus tendon muayenesinde tendonun palpe edilmesinin ardından alınacak tendon greftinin proksimali ve distaline 1'er cmlik insizyonlar açılarak pl tendonu disseke edilerek eksize edildi. Hastanın A2 ve A3 pulleyleri korunarak alınan tendon grefti core ve epitendinoz olarak tendonun proksimal ve distal uçlarına suture edildi. parmaklar semifleksiyonda iken, her parmağın kendi radial taraftakinden biraz daha fleksiyonda olmasına dikkat edilerek tendon greftinin gerginliği ayarlandı. Kanama kontrolünün sağlanmasının ardından cilt suture edildi. Kısa kol atel uygulamasının ardından operasyona son verildi. Hastaya post op 3.günde pasif egzersizler uygulandı. Hastanın yapılan poliklinik ve fizik tedavi takiplerinde motor muayenesinin doğal olduğu görüldü.

Sonuç: El yaralanmalarının önemli bir kısmı tendon yaralanmalarıdır. Basit tendon kesilerinde primer onarım yeterli olabilir fakat çoklu veya komplike yaralar, doğumsal anomaliler, romatizmal rahatsızlıklar ve sinir hasarından sonra yapılan tendon cerrahisi tendon grefti kullanımını gerektirebilir (3,4,5). Bu gecikmeye tedaviye geç başvurma veya tanı koyamama da neden olabilmektedir. Günümüzde tendon onarımı sonrası rehabilitasyonda erken kontrollü aktif hareketi amaçlayan ve atelin içinde pasif harekete imkan veren iki farklı görüş bulunmaktadır (4,5). Tendon grefti için plantaris longus tendonu, fleksör digitorium profundus, tensor fasya lata tendonu gibi tendonlar kullanılmakla beraber uzunluk, çap ve bulunabilirlik

ve yüksek morbidite oluşturmaması açısından gerekli olan palmaris longus tendonu, herhangi bir fonksiyonel deformiteye yol açmadan kullanılabilir (5). Palmaris longus tendonu, genellikle parmakların fleksörlerinin yerine tendon greftleri için ideal donör olarak kabul edilir (5). Palmaris longus'un yüzeysel konumu tendon donörü olarak seçilmesinde diğer önemli olumlu noktadır (5).

REFERANSLAR

1. Kapoor SK, Tiwari A, Kumar A et al (2008) Clinical relevance of palmaris longus agenesis: common anatomical aberration. Anat Sci Int 83:45–48

2. Mishra S (2001) Alternative tests in demonstrating the presence of palmaris longus. Indian J Plast Surg 34:12

3. Pushpakumar SB, Hanson RP, Carroll S (2004) The 'two Wnger' sign. Clinical examination of palmaris longus (PL) tendon. Br J Plast Surg 57:184–185

4. W. Wolfe, N. Hotchkiss, C. Pederson, H. Kozin, Green's Operative Hand Surgery, 6th ed Elsevier Inc., 2010

5. J.H. Pulvertaft, Tendon grafts for flexor tendon injuries in the fingers and thumb, J. Bone Joint Surg. 38 (1956) 175–I94.

Anahtar Kelimeler: Alfabetik sıraya göre ve virgüllerle ayrılmış hali:, greft, palmaris longus, tendon

PL Tendon Grefti



P-100

Atipik Yerkeşimli Hemanjiom: Palmar Bölge

Fırat Aktaş, Muhammet Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Berk Tahhan, Serkan Erbatur

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

GİRİŞ

Hemanjiyomlar, vasküler anomali grubunda yer alan benign tümörlerdir ve çocuklukta en sık görülen yumuşak doku tümörlerindendir (1, 2). Palmar bölgede nadir görülmelerine rağmen, elin karmaşık anatomisi ve yoğun fonksiyonel kullanımı nedeniyle özel önem taşırlar. Bu tümörler damar yapılarının anormal proliferasyonu sonucu oluşur ve palmar bölgede büyüdüğünde fonksiyon kaybı, ağrı ve kozmetik sorunlara neden olabilir. Bu nedenle palmar Hemanjiyomların erken tanısı, etkin tedavi ve multidisipliner yaklaşımla yönetimi gereklidir.

Klinikte, hemanjiyomlar genellikle yumuşak, palpasyonda hafif ağrılı ya da ağrısız kitleler olarak ortaya çıkar. Palmar bölgede lokalize olduklarında el hareketlerinde kısıtlılık ve ağrı görülebilir. Anamnezde, lezyonun doğumdan itibaren varlığı, büyüme hızı, ağrı, fonksiyonel kısıtlılık ve önceki travmalar sorgulanmalıdır. Fizik muayenede ise yüzeyel vasküler yapılar belirgin olabilirken, derin yapılarla ilişki saptanabilir.

Tanıda ultrasonografi (USG), vasküler yapının lokalizasyonu ve hemodinamik özelliklerini değerlendirmede faydalı olurken, Doppler USG damar akımını ve tümörün vaskülarizasyonunu gösterir (4, 5). Özellikle tümörün derinlik ve yayılımını, çevre yapılarla ilişkisini ve doku infiltrasyonunu net olarak ortaya koymak için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tercih edilmektedir.

Hemanjiyomların patogenezinde, vasküler endoteliyal büyüme faktörü (VEGF) başta olmak üzere çeşitli anjiyogenik mediatörlerin aşırı ekspresyonu önemli rol oynar. VEGF, damar endotel hücrelerinin proliferasyonunu, migrasyonunu ve yeni damar oluşumunu tetikler. İnfantil hemanjiyomlarda özellikle proliferatif fazda VEGF düzeyleri artmıştır ve bu artış, tümörün hızlı büyümesinden sorumludur. Ayrıca hipoksiye yanıt olarak yükselen HIF-1α (hypoxia inducible factor-1 alpha) da VEGF üretimini artırarak anjiyogenezi destekler. Bu nedenle, VEGF hemanjiyomların biyolojik davranışında ve tedavi hedeflerinde merkezi bir role sahiptir (2, 3)

Palmar bölgedeki vasküler kitlelerin değerlendirilmesinde ayırıcı tanı büyük önem taşır. Hemanjiyomlarla benzer klinik ve radyolojik özellikler gösterebilen lezyonlar arasında venöz malformasyonlar, arteriovenöz malformasyonlar, lenfanjiyomlar, glomus tümörleri, lipomlar ve nörofibromlar yer alır (1, 4, 5). Venöz malformasyonlar genellikle doğuştan mevcuttur ve proliferatif faz göstermezler. Glomus tümörleri ise tipik olarak şiddetli lokalize ağrı ile seyreder. Lipomlar palpasyonda daha yumuşak olup vasküler yapı içermez. Radyolojik incelemeler, özellikle Doppler USG ve MRG, bu lezyonların ayırt edilmesinde kritik öneme sahiptir. Klinik bulgular ve gerekirse histopatolojik değerlendirme ile kesin tanı konmalıdır.

Tedavi planlaması; hemanjiyomun boyutu, lokalizasyonu, fonksiyonel etkileri ve hastanın yaşı gibi faktörlere göre belirlenir. Küçük ve asemptomatik lezyonlar konservatif olarak izlenebilirken, ağrı, hızlı büyüme, fonksiyon kaybı veya kozmetik kaygılar varsa medikal tedavi seçenekleri (örneğin sistemik beta-blokerler [propranolol] ve kortikosteroidler) gündeme gelir (2, 3, 5). Propranolol tedavisine başlanmadan önce hastanın sistemik durumu değerlendirilmelidir. Özellikle kardiyak (bradikardi, AV blok), solunumsal (astım, bronkospazm) ve metabolik

(diyabet) kontrendikasyonlar dışlanmalı; EKG, kan basıncı ve gerekirse kan şekeri ölçümleri yapılmalıdır. Tedavi düşük dozla başlanmalı, yan etkiler açısından hasta yakından izlenmelidir. Bu nedenle propranolol, her olguda doğrudan değil, dikkatli hasta seçimi ve izlemle uygulanmalıdır. Medikal tedaviye yanıt alınamayan ya da fonksiyon kaybına yol açan durumlarda cerrahi eksizyon düşünülmelidir. Cerrahi sırasında sinir, tendon ve damar yapılarını korumak esastır. Ayrıca, lazer terapisi ve skleroterapi gibi minimal invaziv yöntemler de palmar bölgenin anatomik yapısı göz önünde bulundurularak değerlendirilebilir.

OLGU SUNUMU

32 yaşında erkek hasta, sağ el palmar yüzeyinde yavaş büyüyen ağrılı kitle şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede 3x2 cm çapında, palpasyonda hafif ağrılı, elastik kitle izlendi. Doppler USG'de vasküler yoğunluk gösteren hemanjiyomşüphesi vardı. MRG ile tümörün derin tendon kılıfına yakın ve dijital sinirlerine komşu olduğu belirlendi. Tanının kesinleştirilmesi için lezyon patolojiye gönderildi ve sonuç hemanjiyom olarak raporlandı. Hastaya önce sistemik propranolol tedavisi başlandı ancak ağrıda azalma ve fonksiyonel kısıtlılık devam etti. Cerrahi eksizyon kararı alındı.Ameliyat lokal anestezi altında gerçekleştirildi. Lezyonun lokalizasyonu, cilt üzerinden işaretlendi ve palmar deri çizgilerine paralel olacak şekilde yaklaşık 4 cm'lik insizyon planlandı. Cilt kesisi sonrası yüzeyel doku katmanları dikkatli şekilde diseke edildi.

Subkutan dokuda, lezyonun kapsüle benzer yapısı belirgin hale geldi. Tümör çevresindeki bağ dokular dikkatle ayrıldı. Lezyon dijital sinir kollarına 1–2 mm mesafede seyretmekteydi. Dijital sinirler korunarak ayrıştırıldı ve nörovasküler yapılara zarar verilmeden tümör tam kat eksize edildi.

Postoperatif dönemde yara komplikasyonu olmadı, hastanın el fonksiyonu korunarak iyileşme sağlandı.

SONUÇ

Palmar hemanjiyomlar, elin fonksiyonel ve anatomik kompleksitesi nedeniyle özel değerlendirme gerektiren vasküler tümörlerdir. Erken tanı, detaylı görüntüleme ve uygun tedavi planlaması fonksiyon kaybını önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Multidisipliner yaklaşım ile medikal ve cerrahi yöntemler birleştirilerek hastaya özgü tedavi sunulmalıdır. Cerrahi müdahalelerde fonksiyon korunmalı ve postoperatif rehabilitasyon planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Palmar hemanjiyom, vasküler tümör, el cerrahisi, propranolol tedavisi, cerrahi eksizyon, manyetik rez

onans görüntüleme, Doppler ultrasonografi.

Kaynakça

1. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. Plast Reconstr Surg. 1982;69(3):412-422.

2.Léauté-Labrèze C, Harper JI, Hoeger PH. Infantile haemangioma. Lancet. 2017;390(10089):85-94.

3. Drolet BA, Swanson EA, Frieden IJ. Infantile hemangiomas: an update on pathogenesis and treatment. Pediatrics. 2016;137(2):e20153631.

4.Oztürk K, Demirkan F. Palmar Hemangioma: Diagnostic and Therapeutic Approaches. Turk J Plast Surg. 2020;28(1):45-52.

5. Darrow DH, Greene AK, Mancini AJ, Nopper AJ. Diagnosis and management of infantile hemangioma. Pediatrics. 2015;136(4):e1060-e1104.

Anahtar Kelimeler: atipik, palmar, hemanjiom

P-101

Medial Sural Arter Arterinin Peronea Magna Hastasında Alıcı Damar Olarak Kullanımı: Olgu Sunumu ve Literatür Taraması

Burak Özkan, Burak Ergün Tatar

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul

Alt ekstremite travmaları ve travmaya bağlı vasküler yetmezlikler, serbest flep rekonstrüksiyonunda geleneksel yaklaşımları zorlaştırabilir. Peroneal arterin dominant olduğu peronea arteria magna (PAM) vakalarında, anterior tibial (ATA) ve posterior tibial arterler gibi standart alıcı damarlar yetersiz veya riskli olabilir. Bu çalışmada, PAM'a sahip bir hastada medial sural arterin (MSA) alıcı damar olarak kullanıldığı olgu sunulmaktadır.

55 yaşında erkek hasta, dokuz ay önce geçirdiği trafik kazası sonrası sol alt bacakta kronik yumuşak doku ve kemik ekspozisyonu ile başvurdu. Önceki tedavilerinde kemik stabilizasyonu ve greftleme yapılmıştı. Kontrastlı BT anjiyografi, peroneal arterin tamamen tıkalı olduğunu, anterior tibial arterin segmental tıkanıklık gösterdiğini ve posterior tibial arterin hipoplastik olduğunu ortaya koydu; böylece distal ekstremitenin tek fonksiyonel arter kaynağı PAM idi. Mevcut tibial veya peroneal damarlar mikrocerrahi anastomoz için uygun olmadığından, serbest fasciocutaneous flep transferi için MSA alternatif alıcı damar olarak seçildi. Operatif olarak MSA, gastroknemius kasının iki başı arasında posterior yaklaşım ile disseke edildi. Anostomo MSA'ya uç uca, venöz drenaj posterior tibial vene uç uca olarak ile sağlandı. Toplam iskemi süresi 45 dakika olarak ölçüldü.

Postoperatif dönemde flep fizyolojik perfüzyon gösterdi, konjesyon veya iskemi belirtisi gözlenmedi. Hasta komplikasyonsuz iyileşti ve greft sağlığı korunarak taburcu edildi. Bu olgu, PAM gibi nadir vasküler varyantlarda MSA'nın güvenilir bir alternatif alıcı damar olduğunu, distal ekstremite perfüzyonunu riske atmadan mikrocerrahi rekonstrüksiyon yapılabileceğini göstermektedir. Önceden vasküler görüntüleme ve dikkatli cerrahi planlama, MSA'nın tek damarlı veya travmaya bağlı hasarlı alt ekstremite vakalarında etkin kullanımını mümkün kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremite rekonstrüksiyonu, peronea arteria magna, medial sural arter, alıcı damar seçimi, serbest flep, mikrocerrahi

P-102

Median Sinir ve Fleksör Karpal Ligament Arasında Nadir Görülen Lipom

Özgür Agdoğan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Tekirdağ

Giriş: Karpal tünel sendromunun etyolojisinde bir çok neden olmakla birlikte nadiren median sinire baskı yapıp yer kaplayan lipom, gangliyon kisti gibi lezyonlar da yer almaktadır. Lipomlar mezenşim kökenli benign yumuşak doku tümörleridir. Elde görülen benign yumuşak doku tümörlerinin ancak % 5'i lipomdur (1). el kompartmanlarında ölü boşlukların olmaması, tümör genişlemesinin başlangıcından itibaren nörovasküler uçların

hızlı bir şekilde sıkışmasına neden olur. Lipomlar zamanla yavaşça büyüyerek etraf dokulara yaptıkları bası nedeniyle ağrı, fonksiyonel kısıtlılık ve nöropatik sorunlara neden olabilirler. Yağ dokusu, sinirlerle ilişkili basit lipomlardan sinir lipomatozu gibi kitlelere yol açabilir. Sinirlerle ilişkili lipomlar epinöryumla olan ilişkilerine göre intranöral lipomlar, ekstranöral lipomlar, şeklinde olabilirler (2). İntranöral lipomatöz tümör çoğunlukla üst ekstremitelerde görülmekle birlikte en sık etkilenen sinir median sinirdir. Olgu çalışmamızda karpal tünelde yer kaplayan lipomatöz kitlenin ekstranörol lipom olup karpal tünel sendromu başlangıcına neden olduğunu sunmaktayız.

Olgu: Sağ el bileği volar yüzde, hipotenar bölgeye yakın, palpabl kitlesi nedeniyle 46 yaşındaki erkek hasta tarafımıza başvurdu. Kitleyi son 6 ayda fark etmeye başlamış. Median sinir duyu dağılım alanlarında orta seviyede hipoestezi ve hafif tenar atrofi mevcut idi. Tinel bulgusu müphem idi. ağrısının hafif olduğu ve gece uykusundan uyandırmadığını belirtti. USG görüntülemesinde karpal tünel içerisinde, fleksör karpal ligament (FKL) ile median sinir arasında belirgin 25x20 mm boyutunda, hiperekoik solid kitle izlendi. Lipomatöz kitle şeklinde düşünüldü. MR çekilme gereği duyulmadı. Yapılan EMG ' sinde hafif-orta arasında motor defisit tanımlandı. Hasta aksiller anestezi aldında ve turnike eşliğinde operasyona hazırlandı. Loop eşliğinde el bileği volarinden karpal tünel hizasında palmar bölgeye doğru ulnar tarafa yakın insize edildi. FKL görüldü ve insize edildi. Karpal tünel eksplore edildi. Kitleye ulaşıldı. Lipomatöz görünümlü kitlenin median sinir, FKL ve hipotenar bölge arasından median sinire baskı yapacak şekilde olduğu görüldü (Resim 1). Kitle diseke edilerek ekszie edildi. median sinir perinöral kılıf diseke edilerek rahatlatıldı. Kanama kontrolü yapılarak cilt sütürte edildi ve kısa önkol atel yapılarak vaka sonlandırıldı. Kitle lipom ön tanısı ile patolojiye gönderildi ve lipom olarak rapor edildi.

Tartışma: Lipomlar cilt altı, intramüsküler ya da intermüsküler planda görülebilen matür yağ hücrelerinden oluşan tümörlerdir. Derin planlı lipomlar guyon kanalında, karpal tünelde ve derin palmar bölgede yerleşirler. Derin palmar yerleşimli lipomların, karpal tünel sendromunun muhtemel nedenlerine ait listeye ilave edilmesi gerektiği savunılmaktadır (3). Median sinir basısına neden olan beş palmar lipom olgusunun tümünde duyusal disfonksiyon varken, hiçbirinde tenar atrofi ya da motor güçsüzlük olmadığı bildirilmiş (4). Bizim vakamızda bu semptom ve bulguların hafif seviyede olduğu görüldü. El gibi fasyal kılıfların yaygın olduğu dar bölgelerde, nörovasküler yapılara tümörün basısı sonucu oluşan bazı komplikasyonlar cerrahi tedavi için bir endikasyon oluşturabilir (5). İntranöral lipomlar sinirin epinöryumunun altında ortaya çıkan tümörleri, ekstranöral lipomlar ise sinir dokusu dışında oluşan ancak kitle etkisi nedeniyle nörolojik semptomlara yol açabilen lipomları ifade eder. Üç tip intrinsik lipom tanımlanmıştır: kapsüllü veya intranöral lipom, lipofibromatöz hamartom ve makrodistrofi lipomatosa (6). Median sinirin intranöral lipomlarının klinik görünümü değişken olabilir. Karpal tünel içinde el bileği seviyesinde meydana geldiğinde, ortaya çıkan başlıca semptom medyan sinir nöropatisidir (7). Karpal tünel içerisinde yerleşik kitlelerin kitle görünümü etkisi, psikolojik kaygılar, ağrı ve nörovasküler semptomlardan dolayı ana tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Kitleye bağlı gelişen sinir kompresyonlarının, kalıcı sinir hasarlarını önlemek için erken dönemde tedavi edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (8). Olgumuzda kitlenin basısına bağlı median sinire baskı mevcut idi ve hafif dejenere bir görünüm mevcut idi. Ayırıcı tanıda liposarkom önemli bir ön tanıdır. Liposarkom, heterojen bir kitle, yanlış sınırlı ve belirsiz bir sınırla birlikte görülür. Fakat olgumuzda sınırlar net olduğu için öncesinde biyopsi yapılma gereği duyulmadı.

Sonuç: Yağ dokusu kaynaklı kitleler yağ dokusunun olduğu her yerde görülmekle birlikte karpal tünelde görülmesi nadirdir. Semptomların giderilmesi ve patolojik tanı için tedavisi total cerrahi eksizyondur. Liposarkom riskini göz ardı etmemek için lipomların basite alınmaması gerekir. Lezyonun iyi huylu olduğu tespit edilen vakalarda, biyopsiden önce cerrahi eksizyon uygundur. Median sinir ve dallarına hasar vermeden, koruyarak kitlenin total eksizyonu cerrahinin mihenk noktasıdır. Böylelikle hem yer kaplayan kitleden kurtulmuş olunur hem de median sinir basısına bağlık semptomlar giderilmiş olur.

Referanslar:

1.Deshmukh N, Kelly CP. Giant lipoma of the hand: a case report. Hand Surgery. 1999;4:87-90.

2. Marek T, Amrami KK, Mahan MA, Spinner RJ. Intraneural lipomas: institutional and literature review. Acta Neurochir (Wien). 2018 Nov;160(11):2209-2218. doi: 10.1007/s00701-018-3677-7. Epub 2018 Sep 21. PMID: 30242496.

3.Brand MG, Gelberman RH. Lipoma of the flexor digitorum superficialis causing triggering at the carpal canal and median nerve compression. J Hand Surg. 1988;13A:342–4.

4Babins DM, Lubahn JD. Palmar lipomas associated with compression of the median nerve. J Bone Joint Surg Am 1994;76:1360–2.

5.Zümrüt M. Karpal Tünel Sendromunu Taklit Eden Dev Lipom: Olgu Sunumu. Cukurova Medical Journal 2014;39(4):143-146.

6. Intraneural lipomas: institutional and literature review. Marek T, Amrami KK, Mahan MA, Spinner RJ. Acta Neurochir (Wien) 2018;160:2209–2218.

7. Intraneural lipoma of the median nerve mimicking carpal tunnel syndrome. Gennaro S, Merciadri P, Secci F. Acta Neurochir (Wien) 2012;154:1299–1301. [PubMed] [Google Scholar] 7. Shekhani HN, Hanna T, Johnson JO. Lipofibromatous Hamartoma of the Median Nerve: A Case Report. J Radiol Case Rep. 2016 Nov 30;10(11):1.

8.Vekris MD, Lykissas MG, Beris AE. Median nerve compression secondary to lipoma arising from flexor tenosynovium: a case report. Hand Surgery. 2007;12:83-6.

Anahtar Kelimeler: karpal tünel, fleksör karpal ligament, lipom, hipotenar

resim 1



Lipomatöz görünümlü kitlenin median sinir,

FKL ve hipotenar bölge arasından median sinire baskı yapacak şekilde görünümü.

P-103

Distal radioulnar eklem osteofitine bağlı spontan ekstansör tendon rüptürü: Olgu sunumu

Yakup Karabağlı, Simay Erşahin, Sipan Zir Yıldırım
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

Spontan ekstansör tendon rüptürü, özellikle yaşlı erişkinlerde el fonksiyon kaybının nadir fakat önemli bir nedenidir. Bu yazıda, distal radioulnar eklem (DRUJ) dorsal osteofitinin mekanik tahrişi sonucu 3., 4. ve 5. parmak ekstansör digitorum communis (EDC) tendonlarında spontan rüptür gelişen 65 yaşındaki kadın hastamızın olgusu sunulmaktadır. Hasta, iki aydır süren ilerleyici parmak güçsüzlüğü ve parmak düşüklüğü şikâyeti ile başvurdu. Ultrasonografi, EDC tendon rüptürünü ve tendon uçlarında retraksiyonu doğruladı. Cerrahi eksplorasyonda, distal ulnanın dorsal yüzünde keskin kemik çıkıntısı saptandı. Retrakte tendon uçları nedeniyle 2. parmak EDC tendonu kullanılarak tendon transferi yapıldı ve osteofit eksize edildi. Histopatolojik inceleme reaktif kemik oluşumu ile uyumlu bulundu. Ameliyat sonrası erken kontrollü mobilizasyon uygulandı. Kırk haftalık takipte fonksiyonel iyileşme sağlandı.

Giriş

Spontan ekstansör tendon rüptürü, özellikle yaşlı erişkinlerde el fonksiyon kaybına yol açan nadir bir klinik durumdur. En sık nedenler dejeneratif değişiklikler olup; romatoid artrit, diyabet, metabolik hastalıklar ve kortikosteroid kullanımı diğer risk faktörleridir. Dorsal osteofitlerin mekanik aşındırması, sistemik hastalık öyküsü olmayan olgularda da rüptüre neden olabilir. Bu makalede, DRUJ dorsal osteofitine bağlı gelişen çoklu EDC tendon rüptürü olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Sağ elini baskın kullanan 65 yaşındaki kadın hasta, iki aydır süren sağ el 3., 4. ve 5. parmaklarda güçsüzlük ve düşüklük yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde Hashimoto tiroiditi dışında özellik yoktu, sigara kullanmıyor ve romatolojik hastalık öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenede, ilgili parmaklar aktif ekstansiyona getirilemiyordu. Sağ el dorsumunda ekstansor zone 7 hizasında 2×2 cm boyutunda, cilt altında kitle palpe edildi. Direkt grafide patoloji saptanmadı. Ultrasonografi sonuçları göz önüne alınarak hastaya cerrahi eksplorasyon planlandı. Ultrasonografi, EDC tendonlarında zone 7 düzeyinde rüptür ve tendon uçlarında retraksiyon gösterdi, Genel anestezi altında yapılan cerrahi eksplorasyonda, 3., 4. ve 5. parmak EDC tendonlarının rüptüre olduğu ve makroskobik aşınma bulguları olduğu görüldü. Proksimale doğru Bruner insizyonu uzatılarak distal ulnanın dorsalinde keskin osteofit saptandı ve rongeur ile eksize edildi. Tendon uçlarındaki aşırı retraksiyon nedeniyle doğrudan onarım yapılamadı. 3.–5. parmak EDC tendonlarının proksimal kısımları 2. parmak EDC tendonuna yan yana (side-to-side) teknik ile transfer edildi. Ameliyat sonrası el hafif ekstansiyonda atelle immobilize edildi. Üçüncü haftada erken kontrollü mobilizasyon başlatıldı. Çıkartılan osteofit dokusunun histopatolojik incelemesinde, papiller sinovit ve granülasyon dokusu içeren reaktif kemik oluşumu şeklinde raporlandı. Kırk haftalık takipte fonksiyonel iyileşme sağlandı, nüks veya instabilite gelişmedi.

Tartışma

Spontan ekstansör tendon rüptürü, inflamatuar artropatilerle ilişkili olsa da dorsal osteofitlerin mekanik travması sonucu da gelişebilir. Bizim olgumuzda, sistemik hastalık veya travma öyküsü olmaması tanısal süreci daraltmıştır. Yaralanma mekanizması, osteofit ile ekstansör tendonlar arasındaki tekrarlayan sürtünme sonucu progresif tendon hasarına bağlı olduğu düşünüldü. Erken tanı, fonksiyonel kaybı önlemede kritik öneme sahiptir. Yüksek çözünürlüklü ultrasonografi ve MRG, tanıda yardımcıdır. Cerrahi tedavi, osteofit eksizyonu ve tendon onarımını veya transferini içerir. Olgumuzda, tendon retraksiyonu ve doku kalitesinin düşük olması nedeniyle EDC II'den III–V'e tendon transferi tercih edilmiştir. Erken mobilizasyon, yapışıklıkları önleyerek fonksiyonel iyileşmeyi hızlandırmıştır.

Sonuç

Dorsal ulnar osteofitlere bağlı spontan ekstansör tendon rüptürü, yaşlı erişkinlerde nadir görülmekle birlikte ciddi fonksiyon kaybına yol açabilir. Sinsi seyri nedeniyle erken tanı güçtür. Ani gelişen parmak ekstansiyon kaybı olan hastalarda bu durum akılda tutulmalı, radyolojik görüntüleme ile tanı desteklenmelidir. Osteofit eksizyonu ve tendon rekonstrüksiyonunu içeren zamanında cerrahi girişim, tatmin edici fonksiyonel sonuçlar sağlar.

Anahtar Kelimeler: Spontan ekstansör tendon rüptürü, distal radioulnar eklem, osteofit

spontan tendon rüptürü



P-105

Olgu Sunumu: Z-plasti ile Tendon Uzatma ve Matriderm Kombinasyonu; Gecikmiş Ekstansör Zon 7 Kesisi Olgusunda Fonksiyonel Başarı

Perçin Karakol, Muhammet Acar, Burak Tatar, Furkan Uysal, Mehmet Albayrak, Yasin Canbaz

T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul

GİRİŞ

Ekstansör zon 7 kesileri, el bileği dorsalinde yer alan ve parmak ekstansiyonunu sağlayan tendonlar ile beraber radial ve ulnar sinir dallarının yüzeyel seyrettiği bölgeyi içerir. Bu bölgede en sık yaralanan yapılar arasında extensor digitorum communis (EDC) tendonları, extensor indicis proprius (EIP), extensor digiti minimi (EDM) tendonları ve yüzeyel sinir dalları bulunur. Etyolojik olarak en sık neden cam kesileri olup, genellikle iş kazaları ve ev içi yaralanmalarla ilişkilidir. Literatürde erkeklerde daha sık görüldüğü, özellikle 20–40 yaş aralığında insidansın yüksek olduğu bildirilmiştir.

MATERYAL VE METOT

Hastamız tarafımızca aksiller blok altında batikonla yapılan uygun alan temizliğinin ardından operasyona başlandı. Sağ el dorsal yüzdeki eski insizyon hattından girilerek cilt-ciltaltı geçilerek eksplorasyona başlandı. Yapılan eksplorasyonda sağ el D2-3-4 EDC ve EDM tendonlarının sınırlarının düzensiz olduğu ve etraf dokulara fibrotik yapışık olduğu görüldü. D5 EDC tendonu izlenemedi. Sağ el D2-3-4 EDC ve EDM tendonlarına tenoliz yapıldı. Takiben sağ el D2 ve D3 EDC tendonlarına Z-plasti ile uzatma işlemi gerçekleştirildi. Hemostaz sağlandı. Tendonların etrafına Matriderm uygulaması yapıldı. Cerrahi loja 1 adet hemovac dren yerleştirildi. Uygun pansumanı ve ateli takiben operasyona son verildi.

BULGULAR

Hastamız cama yumruk atma sonrası gelişen yaralanma nedeniyle dış merkeze başvurmuş, acil şartlarda sağ el extensor carpi ulnaris (ECU) ve D5 extensor digiti minimi (EDM) tendon onarımı uygulanmıştır. Tedavi sonrası sağ el D5 ekstansiyonunda kısıtlılık gelişmesi üzerine aynı merkezde revizyon cerrahisi yapılarak D5 EDM ve D5 extensor digitorum communis (EDC) tendon onarımları gerçekleştirilmiştir.

Operasyonlara rağmen şikayetleri gerilemeyen, el ve parmak fleksiyonlarında kısıtlılık başlayan hasta, dış merkezde iki kez tenoliz operasyonu geçirmiştir. Tarafımıza başvurduğunda, sağ el ekstansör zon 7 ulnar tarafta önceki cerrahilere sekonder yaklaşık 10 cm'lik düzensiz seyirli skar hattı izlendi. Muayenede sağ el bileğinde fleksiyonun hafif kısıtlı, sağ el D5'te tüm eklemlerde ekstansiyonun belirgin kısıtlı olduğu saptandı. Tarafımızca yapılan cerrahide tenoliz, Z-plasti ile tendon uzatma ve Matriderm uygulaması gerçekleştirildi. Postoperatif takiplerde hastanın şikayetlerinin belirgin şekilde gerilediği, el ve parmak hareket açıklığının arttığı ve fonksiyonel kullanımın düzeldiği gözlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ekstansör zon 7 yaralanmaları, bu bölgedeki çoklu tendon ve yüzeyel sinir yapılarının anatomik yakınlığı nedeniyle yüksek oranda fonksiyonel kayıp riski taşır. Travma sonrası gecikmiş başvuru, tekrarlayan cerrahiler ve yetersiz rehabilitasyon, yapışıklık ve kontraktür gelişimini kolaylaştırarak fonksiyonel iyileşmeyi zorlaştırır.

Sunulan olguda, daha önce birden fazla cerrahi girişim geçirmiş ve belirgin hareket kısıtlılığı gelişmiş hastada, tenoliz, Z-plasti ile tendon uzatma ve Matriderm uygulaması ile tatmin edici fonksiyonel sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum, uygun cerrahi teknik ile birlikte dikkatli postoperatif takip ve erken rehabilitasyonun, eklem hareket açıklığını ve el fonksiyonlarını geri kazandırmada kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekstansör Tendon Yaralanması, El Cerrahisinde Matriderm Uygulaması, Tendon Rekonstruksiyonu, Z-plasti ile Tendon Uzatma

Perop



Tedavi ve Sonuçlar

Uygulanan İşlem	Sonuç
Tenoliz + Z-plasti ile tendon uzatma	Ekstansiyon kısıtlılığı düzeldi
Matriderm uygulaması	Yapışıklık ve skar dokusu engellendi
Postop takip	Hareket açıklığı arttı, fonksiyon düzeldi

P-106
Ön Kolda Dev Yabancı Cisim Yaralanmaları: İki Nadir Olgu Sunumu ve Literatür İncelemesi

Alperen Aras, Berkan Koç, Alperen Kolay,
Murat Şahin Alagöz, Emrah Kağan Yaşar, Ceyhun Uzun
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Dev boyutlu yabancı cisim yaralanmaları, üst ekstremitede oldukça nadir görülmekle birlikte, nörovasküler yapılara yakın seyirleri nedeniyle ciddi morbidite riski taşırlar[^1]. Özellikle çocuk hastalarda bu tür travmatik yaralanmalar hızlı ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Acil serviste ilk yaklaşımda ABC(D) yaklaşımı eksiksiz şekilde uygulanmalı ve öncelikle hayati fonksiyonlar stabilize edilmelidir[^2]. Yabancı cisim penetrasyonu olan olgularda, tetanoz profilaksisi ve geniş spektrumlu antibiyotik profilaksisi erken dönemde başlanmalıdır; böylece enfeksiyon ve tetanoza bağlı komplikasyonlar önlenebilir[^3][^4].

Bu tarz penetran yaralanmalarda yabancı cismin olay yerinde çıkarılmaması, transport sırasında cismin stabilizasyonunun sağlanması temel ilkedir. Zorunlu hallerde yabancı cisim sadece bağlandığı objeden veya mekanizmadan itfaiye ya da kurtarma ekipleri tarafından ayrılmalı, mümkünse hastane ortamında çıkarılmalıdır[^5]. Bu sunumda, ön kolda dev yabancı cisim penetrasyonuna bağlı gelişen yaralanma nedeniyle opere edilen iki pediatrik olguyu, cerrahi yönetim basamaklarını ve literatürle kıyaslamalı değerlendirmesini sunmayı amaçladık.

Olgu 1

Hasta: 11 yaşında kız çocuk

Travma Mekanizması: Düşme sonrası ön kola dev boyutlu yabancı cisim penetrasyonu.

Ameliyat Bulguları ve Yönetim:

Hasta acil şartlarda genel anestezi altında opere edildi. Turnike kontrolü sağlandıktan sonra sağ ön kol volar yüz zone 7 bölgesine, dirsek distalinden başlayarak el bileğine kadar uzanan dev yabancı cismin çıkarılmasına yönelik orta hattan S insizyon ile eksplorasyon gerçekleştirildi. Yabancı cismin kas fasyasını delerek FCR ve FDS kaslarının %10 oranında parsiyel hasarına yol açtığı gözlendi. Radial ve ulnar arter, median sinir ve eşlik eden nörovasküler yapılar intakt izlendi. Hasarlı kas-tendon bileşimleri 3-0 polyglactin ile onarıldı, yara hattı bol antiseptik ve serum fizyolojik ile irrige edildi. Kanama kontrolünü takiben penrose dren yerleştirildi ve katmanlara uygun onarım sonrası kısa kol alçı atel uygulanarak hasta stabil şekilde postoperatif bakım ünitesine transfer edildi.

Olgu 2

Hasta: 11 yaşında erkek çocuk

Travma Mekanizması: Oyun sırasında sağ ön kola dev yabancı cisim penetrasyonu.

Ameliyat Bulguları ve Yönetim:

Hasta acil şartlarda genel anestezi ile opere edildi. Esmarch bandaj ve turnike uygulaması sonrası horizontal lazy S insizyon ile kubital bölgedeki yabancı cisim çıkartıldı. Yabancı cismin ulnar taraftan biceps brachii kasının altından geçerek radial taraftan çıktığı, median sinir, brakial arter ve ulnar pakeyi çaprazladığı fakat bu yapılara zarar vermediği gözlendi. Yabancı cisim dikkatle serbestleştirilerek nörovasküler yapılara zarar vermeden çıkarıldı. Ameliyat sahası bol antiseptik solüsyon ile irrige edildi, doppler ile brakial arter pulsasyonu doğrulandı. Kanama kontrolünü takiben penrose dren yerleştirildi, cilt katmanları anatomik olarak kapatıldı ve kısa kol alçı atel ile stabilize edilerek postoperatif izleme alındı.

Tartışma

Üst ekstremitede dev yabancı cisim yaralanmalarında en kritik basamak, öncelikle kapsamlı nörovasküler değerlendirme ve intraoperatif koruyucu diseksiyonun titizlikle yapılmasıdır. Literatürde, benzer pediatrik olgularda erken cerrahi müdahalenin komplikasyon oranını azalttığı, fonksiyonel sonuçların daha iyi olduğu bildirilmektedir[^1] [^2]. Ayrıca, kas fasyasının anatomik bütünlüğünün birçok vakada derin nörovasküler yapılara tampon etkisi yaratarak koruyucu rol oynadığı vurgulanmıştır[^3].

Cerrahi eksplorasyonda kullanılan insizyon hattının, yabancı cismin çıkarılmasını kolaylaştıracak, önkoldaki kritik nörovasküler ve kas-tendon yapılarının güvenli şekilde eksplorasyonuna olanak tanıyacak ve aynı zamanda cilt fleplerinin kanlanmasını bozmadan kapanmaya imkân verecek şekilde planlanması son derece önemlidir[^6].

Her iki olgumuzda da derin anatomik yapılara yakın seyreden büyük yabancı cisimlere rağmen, dikkatli cerrahi eksplorasyon ile majör nörovasküler yapıların korunması sağlanmış ve fonksiyonel kayıp gelişmemiştir. Bu tür yüksek riskli yaralanmalarda fonksiyonel kaybın gelişmemesi; kas fasyası tampon etkisi, anatomik planlara uygun insizyon seçimi ve titiz cerrahi diseksiyonun bir sonucu olarak değerlendirilmelidir[^7]. Postoperatif erken dönem takiplerde enfeksiyon veya dolaşım bozukluğu izlenmemiştir.

Sonuç

Ön kolda dev yabancı cisim yaralanmaları, özellikle pediatrik popülasyonda, hızlı tanı ve dikkatli cerrahi teknik ile başarılı şekilde yönetilebilmektedir. Bu olgular, ekstremite fonksiyonlarının korunması adına kapsamlı anatomik diseksiyonun ve sistematik cerrahi yaklaşımın önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Mevcut literatürde çocuk hastalarda bu tip yaralanmalara dair sınırlı vaka bildirimi olması nedeniyle olgularımızın literatüre anlamlı katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

[1]: Uzun M, et al. Management of penetrating forearm injuries: Analysis of 56 cases. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2017.

[2]: Rossi G, et al. Pediatric Forearm Penetrating Injuries: Clinical Experience and Literature Review. J Hand Surg. 2019.

[3]: Negenborn VL, et al. Tetanus and trauma: A review of the literature. World J Emerg Surg. 2020.

[4]: Porras C, et al. Antibiotic prophylaxis in traumatic penetrating injuries: A systematic review. Injury. 2018.

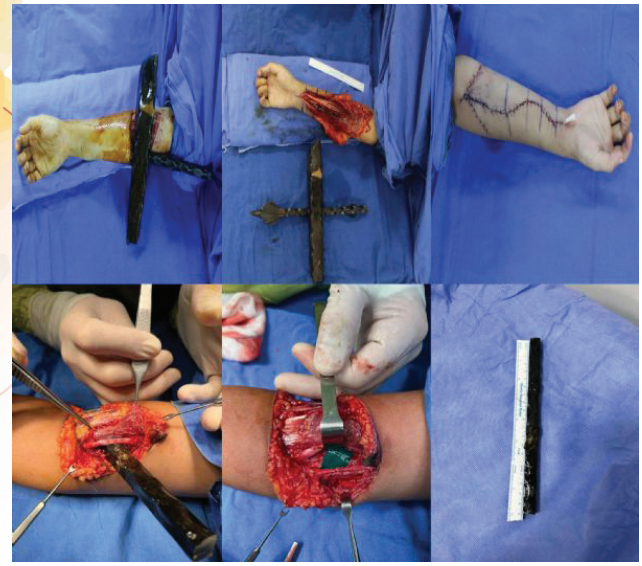
[5]: Koçak AO, et al. Unusual penetrating extremity injuries: importance of in situ foreign body stabilization. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2019.

[6]: Subramanian A, et al. Principles of incision planning in traumatic limb injuries. Trauma Case Rep. 2019.

[7]: Demirkan F, et al. Functional outcomes of penetrating limb injuries: Importance of anatomical dissection and soft tissue management. Eur J Trauma Emerg Surg. 2018

Anahtar Kelimeler: Yabancı cisim, ön kol yaralanması, penetran yaralanma

Cerrahi aşamaları gösteren kolaj



P-107

kstensör Karpi Radialis Brevis (ERCB) Tendonunun Otolog Greft Olarak Kullanımı: Olgu Sunumu

Emirhan Murat, Mustafa Talha Okutan, Ayhan Işık Erdal

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

GİRİŞ

Otolog tendon greftleri, ekstremite rekonstrüksiyonunda anatomik bütünlüğün korunması ve fonksiyonel restorasyon için temel biyolojik kaynaklardır. Otolog tendon greftleri olarak sıklıkla tercih edilen m. palmaris longus (PL) ve m. plantaris tendonlarının bazı bireylerde konjenital yokluğu veya yapısal yetersizliği, cerrahları alternatif donör saha arayışına yöneltmektedir. Bu bağlamda m. extensor karpi radialis brevis (ECRB) tendonu; üst ekstremite yaralanmalarında kolay cerrahi erişim, düşük donör saha morbiditesi ve yeterli doku kalitesi ile güçlü bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.

OLGU

Kırk altı yaşındaki kadın hasta, sağ ön kol ekstensör yüzde 6 × 8 cm yumuşak doku defekti, çoklu ekstansör tendon yaralanması ve distal radius açık kırığı nedeniyle operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda, ekstansör zon VIII seviyesinde ECU, EDM, EDC (II–IV), APB, EPB, ECRB ve ECRL tendonlarının tamamen kesildiği gözlendi. Uçları arasında gap bulunmayan tendonlar core ve epitenon sütürlerle primer onarıldı.

Üçüncü ve dördüncü EDC tendonlarında yaklaşık 4 cm'lik segmenter gap olduğu görüldü. İntraoperatif olarak PL tendonunun olmadığı tespit edilen hastada hasarlı ECRB'den uygun uzunluk ve kalibrede greftler hazırlanarak defektli segmentlere interpoze edildi, core sütürlerle tespit edilip epitenon sütürleri ile güçlendirildi. Ardından, açık distal radius kırığı için eksternal fiksatör uygulanması amacıyla vaka Ortopedi ekibine devredildi.

Hastanın mevcut yumuşak doku defekti, serbest anterolateral uyluk (ALT) flebi ile rekonstrükte edildi.

Figür 1. Sağ ön kol ekstensör yüz doku defekti ve çoklu tendon yaralanması olan hastanın pre-op görüntüsü

Figür 2A ve 2B. Çoklu tendon kesilerinin onarımı ve uçları birleşmeyen 3. 4.EDC tendonlarının ECRB tendon grefti ile rekonstrüksiyonu sonrası çekilen intra-op görüntü. (siyah oklar, tendon greftlerini göstermektedir.)

Figür 3A, 3B VE 3C. Sonraki seansta Serbest ALT flebi ile rekonstrükte edilen hastanın post-op 5.ay poliklinik kontrolünden çekilen bir görüntü.

TARTIŞMA

PL ve plantaris tendonları en sık kullanılan otolog greft kaynaklarıdır ancak PL'nin %10–15 oranında yokluğu ve plantarisin cerrahi erişim güçlükleri, yeni tendon greft kaynağı arayışını gündeme getirmektedir. ECRB tendonunun greft olarak alınması; kasın yüzeyel yerleşimi, kısa diseksiyon süresi, düşük morbidite ve minimal komplikasyon riski ile öne çıkar. ECRL ve ECU kaslarının telafi edici fonksiyonları sayesinde bilek ekstansiyonunda anlamlı kayıp oluşturmaz. Bu özellikleriyle klasik greft kaynaklarının uygun olmadığı olgularda güvenilir bir alternatiftir.

Bununla birlikte, her olgu için ideal olmayabilir. Greft uzunluğu bazı olgularda yetersiz kalabilir. Güçlü bilek ekstansiyonu gerektiren profesyonel sporcularda tendon grefti alımı sonrası hafif düzeyde fonksiyon kaybı yaşanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 1. PL ve ECRB tendonlarının otolog greft olarak kullanımının karşılaştırılması

SONUÇ

ECRB tendonu; cerrahi erişim kolaylığı, düşük donör saha morbiditesi ve yeterli greft kalitesi ile klasik otolog greftlere etkili bir alternatiftir. Üst ekstremite yaralanmalarında PL'nin yokluğu veya yetersizliği durumunda tendon grefti olarak güvenle kullanılabilir. Sunulan olguda, PL tendonu bulunmayan bir hastada ECRB tendon grefti ile sağ el 3. ve 4. EDC tendonları başarılı şekilde rekonstrükte edilmiştir.

REFERANSLAR:

1. Haddad D, Kempton D, Ghotmi J, Türker T. A case series of upper extremity reconstructions utilizing partial ECRB and ECRL tendon autografts. J Surg Case Rep. 2024 Aug 14;2024(8):rjae278. doi: 10.1093/jscr/rjae278. PMID: 39144104; PMCID: PMC11324252.

2. Türker T, Gosey GM, Kempton DM. Surgical Technique for Harvesting ECRL and ECRB Concurrently as Upper Extremity Tendon Autograft. Tech Hand Up Extrem Surg. 2020 May 6;25(1):41-44. doi: 10.1097/BTH.0000000000000294. PMID: 32384382.

3. Sebastin SJ, Puhaindran ME, Lim AY, Lim IJ, Bee WH. The prevalence of absence of the palmaris longus--a study in a Chinese population and a review of the literature. J Hand Surg Br. 2005 Oct;30(5):525-7. doi: 10.1016/j.jhsb.2005.05.003. PMID: 16006020.

Anahtar Kelimeler: Extensor Carpi Radialis Brevis Tendonu, Otolog Tendon Grefti, Palmaris Longus Yokluğu, Üst Ekstremite Tendon Rekonstrüksiyonu

FİGÜR 1/ 2A-2B/ 3A-3B-3C



Figür 1. Sağ ön kol ekstensör yüz doku defekti ve çoklu tendon yaralanması olan hastanın pre-op görüntüsü Figür 2A ve 2B. Çoklu tendon kesilerinin onarımı ve uçları birleşmeyen 3. 4.EDC tendonlarının ECRB tendon grefti ile rekonstrüksiyonu sonrası çekilen intra-op görüntü. (siyah oklar, tendon greftlerini göstermektedir.) Figür 3A, 3B VE 3C. Sonraki seansta Serbest ALT flebi ile rekonstrükte edilen hastanın post-op 5.ay poliklinik kontrolünden çekilen bir görüntü.

Tablo 1. PL ve ECRB tendonlarının otolog greft olarak kullanımının karşılaştırılması

ÖZELLİK	PL	ERCB
ERİŞİM KOLAYLIĞI	YÜKSEK	ORTA
FONKSİYONEL KAYIP RİSKİ	YOK	DÜŞÜK
GREFT BOYUTU	ORTA	ORTA-UZUN
KULLANIM SIKLIĞI	YAYGIN	SINIRLI

Vaka Görüntüleri



1)14 ay önceki MR görüntüsü 2)14 ay önceki Preopretif görüntü 3)14 ay önceki intraoperatif kitle eksizyonu 4))14 ay önceki intraoperatif kitle eksizyonu 5)14 ay önceki postop görüntüsü 6)Preop görüntüsü 7)İntraop amputatın görüntüsü 8)İntraop görüntü 9)Postop görüntü

P-109

1.Metacarpal Kemik Kaynaklı Kondrosarkom Eksizyon Sonrası Nüks Kondrosarkom Olgusu

Furkan Sarıkocalar, Ömer Faruk Karaca, Ali İhsan Satılmış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, PREC Ana Bilim Dalı, Samsun

Olgumuzda sağ el 1. metacarp hizasında yaklaşık 15*11 cm boyutunda kondrosarkom ön tanılı kitlesi olan hastaya mevcut kitle sağ el 1. parmak trapezium seviyesinden ve 2. Parmak KMK eklem seviyesinden total amputasyonu yapılmıştı.Patoloji sonucu cerrahi sınırların intakt olduğu kondrosarkım ile uyumlu raporlanmıştı. Hastanın takiplerinde postop yaklaşık 1. yılında sağ elde insizyon hattında ve radyal taraflı el bileğinde kondrosarkom nüks ? düşündürecek iki adet lezyon gelimesi üzerine ön kol 1/3 orta seviyesinden total amputasyon gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde servisimizde dren takibi ve medikal tedavi uygulandıktan sonra hasta taburcu edildi. Sizlerle bu olgumuzu paylaşmak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kondrosarkom, Metacarp, Amputasyon

P-111

2. Metakarpal Şaft Kırığı: Profesyonel Boksörde Nadir Bir Olgu Sunumu

Yasin Canbaz, Eda Kübra Koç, Furkan Uysal, Cemil Öztürk, Perçin Karakol

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Metakarpal kırıklarında tedavi kararı; fraktürün tipi, yerleşimi, stabilitesi ve hastanın mesleki gereksinimleri gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu olguda, mesleği boksörlük olan 21 yaşındaki bir erkek hastada, yumruk atma sonrası 2. metakarpta oluşan nadir bir metakarpal şaft kırığı sunulmaktadır. Tedavi sürecinde kapalı redüksiyon ve K-tel ile fiksasyon tercih edilmiş, fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir. Bu olgu, profesyonel sporcularda bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımının önemini vurgulamaktadır.

Giriş

Metakarpal şaft kırıkları, el travmaları içerisinde yaygın görülmekle birlikte, tedavi seçenekleri konusunda bir altın standart fikir birliği bulunmamaktadır. Deplase ve instabil kırıklarda cerrahi tedavi sıklıkla tercih edilmekle birlikte; konservatif tedavi, plak-vida osteosentezi ve intramedüller Kirschner teli (K-tel) ile fiksasyon gibi yöntemler arasında seçim, çeşitli klinik faktörlere bağlı olarak değişmektedir [1,2].

En sık görülen metakarp kırıklarından biri olan 5. metakarpal boyun kırığı, "boksör kırığı" olarak da bilinmektedir. Ancak bu olguda olduğu gibi 2. metakarpal şaftında görülen kırıklar oldukça nadirdir ve özellikle profesyonel boksörlerde raporlanması ilgi çekicidir. Bu çalışmada, mesleği boksörlük

olan genç bir erkek hastada oluşan 2. metakarpal şaft kırığı ve uygulanan tedavi yöntemi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşında, profesyonel olarak boksörlük yapan erkek hasta, yumruk atma sonrası sağ el ikinci parmak (D2) metakarpofalangeal (MP) eklem seviyesinde şişlik ve ağrı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ el D2 MP, PIP ve DIP eklemlerinde hareketle ağrı ve aktif fleksiyon kısıtlılığı saptandı. Duyu ve dolaşım muayenesi normaldi.

Direkt grafide, sağ D2 metakarpal şaftında açılı (yaklaşık 10°'den fazla dorsal angulasyonlu) fraktür izlendi. Hasta ile yapılan değerlendirmede, mesleki gereksinimleri ve minimal skar isteği dikkate alınarak, plak ile fiksasyon veya konservatif tedavi yerine K-tel ile fiksasyon tercih edildi. Hastaya genel anestezi altında, kapalı redüksiyon uygulandı ve bir adet longitudinal, bir adet oblik olacak şekilde anterograd iki K-tel ile intramedüller fiksasyon sağlandı. Postoperatif radyografilerde yeterli redüksiyon ve stabilite izlendi. İmmobilizasyon uygulanmadı; erken aktif hareket önerildi. Takiplerde herhangi bir angulasyon, rotasyon deformitesi veya eklem hareket kısıtlılığı gelişmedi. Tel çıkarımı 4. haftada yapıldı. Altıncı haftada kavrama gücü ve parmak hareket açıklığı tamamen normale döndü. Uzun dönemde skar formasyonu izlenmedi ve hasta mesleğine geri dönüş sağladı.

Tartışma

Metakarpal şaft kırıklarının cerrahi tedavisinde kullanılan başlıca yöntemler; plak-vida osteosentezi, intramedüller vida ve K-tel fiksasyonudur. Her yöntemin kendine özgü avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Özellikle profesyonel sporcularda tedavi planlamasında estetik kaygılar, hızlı iyileşme beklentisi ve kavrama fonksiyonunun korunması önemli rol oynamaktadır [3–5].

Del Prete ve ark. (2024), intramedüller vida fiksasyonunun daha düşük sekonder cerrahi oranı ve yüksek kavrama gücü sağladığını ortaya koymuştur [5]. Benzer şekilde, bazı biyomekanik çalışmalar intramedüller vida ile daha yüksek maksimal kuvvet sağlandığını bildirmiştir [6]. Plak ile tedavi edilen olguların bazı çalışmalarda daha düşük el disabilite skorlarına (DASH) sahip olduğu da gösterilmiştir [8].

Ancak, diğer çalışmalar plak ile tedavi edilen hastalarda mobilitenin beklenenden düşük kaldığını, özellikle agresif rehabilitasyon yapılmadığında fonksiyonel sonuçların yetersiz olabildiğini ortaya koymuştur [7]. Bu bağlamda, intramedüller K-tel ile fiksasyon; minimal invaziv olması, cilt skarını azaltması, daha kısa cerrahi süre ve düşük maliyet avantajları ile öne çıkmaktadır.

Bu olguda, hastanın mesleki beklentileri, estetik kaygıları ve fraktürün tipi göz önünde bulundurularak K-tel ile fiksasyon uygulanmış, başarılı fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar elde edilmiştir.

Sonuç

K-tel ile intramedüller fiksasyon, uygun seçilmiş metakarpal kırıklarda etkin, güvenli ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sağlayabilmektedir. Özellikle profesyonel sporcularda, minimal skar ve erken fonksiyonel dönüş gibi avantajlar göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş tedavi planlaması yapılması önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Sugiyama Y, Naito K, Nagura N, et al. Treatment for a Metacarpal Shaft Fracture using Locked Wire Fixator: A Case Report of New Surgical Technique. J Orthop Case Rep. 2020;10(2):66–69. doi:10.13107/jocr.2020.v10.i02.1700

2. Malasitt P, Owen JR, Tremblay MA, et al. Fixation for metacarpal neck fracture: a biomechanical study. Hand (N Y). 2015;10(3):438–443. doi:10.1007/s11552-015-9744-0

3. Kim JK, Kim DJ. Antegrade intramedullary pinning versus retrograde intramedullary pinning for displaced fifth metacarpal neck fractures. Clin Orthop Relat Res. 2015;473(5):1747–1754.

4. Lee JK, Cho WM, Lee HI, et al. The inter- and intra-observer reliability of volar angulation measurements in a fifth metacarpal neck fracture. Arch Orthop Trauma Surg. 2022;142(7):1705–1713. doi:10.1007/s00402-022-04404-6

5. DelPrete CR, Chao J, Varghese BB, et al. Comparison of Intramedullary Screw Fixation, Plating, and K-Wires for Metacarpal Fracture Fixation: A Meta-Analysis. Hand (N Y). 2025;20(5):691–700. doi:10.1177/15589447241232094

6. Malhotra D, Campion ER, Giddins GE. Intramedullary fixation for metacarpal fractures: a biomechanical comparison of techniques. J Hand Surg Eur Vol. 2019;44(5):511–517.

7. Dreyfuss D, Koss S, Weinzweig N. Plating versus percutaneous pinning in unstable metacarpal shaft fractures: a comparative study. Plast Reconstr Surg. 2017;139(6):1291–1297.

8. Moradi A, Sundgren S, Eliasson P. Comparison of functional outcome between plate and pin fixation for metacarpal shaft fractures. J Hand Surg Eur Vol. 2020;45(2):135–140.

Anahtar Kelimeler: Metakarpal kırığı, boksör fraktürü, K-tel, cerrahi tedavi, el cerrahisi

P-112

Karpal Tünel Cerrahisi Sonrası Gelişen Yüzeyel Palmar Ark Psödoanevrizması: Olgu Sunumu

Ömer Cesur, Bilal Hamad, Kaan Yalçın Kundakçıoğlu, Fatih Akkaya, Muhammet Uraloğlu

KTÜ Plastik Cerrahi

Amaç:

Yüzeyel palmar ark psödoanevrizması oldukça nadir görülen bir durumdur. Genellikle penetran travmalar, arteriyel ponksiyonlar veya geçirilmiş cerrahi işlemler sonrası gelişir. Bu olguda, açık karpal tünel cerrahisi sonrasında gelişen psödoanevrizma sunulmaktadır.

Olgu:

Altmış yedi yaşında, hipertansiyon ve aspirin kullanım öyküsü olan kadın hasta, sağ elde uzun süreli uyuşukluk ve ağrı şikâyeti ile değerlendirildi. Elektrodiagnostik testler sonrasında karpal tünel sendromu tanısı konularak açık transvers karpal ligament serbestleme yapıldı. Postoperatif dönemde avuç içinde kesi distalinde şişlik ve ağrı gelişti. Kontrastlı MR'da fleksör tendon düzeyinde 34 mm çapında kontrastlanan lezyon, USG'de ise 33×24 mm psödoanevrizma izlendi. Fizik muayenede pulsasyon hissedildi. Aksiller blok anestezi altında yapılan eksplorasyonda, superfisial ark kaynaklı psödoanevrizma tespit edildi. Lezyon, proksimal ve distalden ligatüre edilerek eksize edildi. Patoloji sonucu dilate hyalinize fibröz damar ile uyumlu bulundu. Hastanın 18 aylık takiplerinde nüks veya komplikasyon saptanmadı.

Sonuç:

Karpal tünel cerrahisi sonrası psödoanevrizma oldukça nadir görülmektedir. Aspirin kullanımının anevrizmatik sürece katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Tanıda

USG ve MR güvenilir yöntemlerdir. Cerrahi eksplorasyon ve damar ligasyonu, büyük boyutlu lezyonlarda güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Karpal tünel sendromu, Psödoanevrizma, Yüzeyel palmar ark, anevrizma cerrahisi

Olgu preop intraop



Şekil 1 ve şekil 2 kitlenin preop mr görüntüleri, şekil 3 kitlenin,kol turnikesinin sıkılmadan önceki hali,şekil-4 turnike sıkıldıktan sonra, şekil 5 kitlenin eksizyon materyali

P-113

Travma Sonrası Gelişen Agresif Seyirli Pyoderma Gangrenosum: Olgu Sunumu

Bilal Hamad, Erdem Babalık, Derya Baltutar, Fatih Akkaya, Muhammet Uraloğlu
KTÜ Plastik Cerrahi

Giriş:

Pyoderma gangrenosum (PG), nadir görülen, immün aracılı, hızlı ilerleyen ve sıklıkla ağrılı ülserlerle karakterize, tanısı dışlama ile konulan bir neutrofilik dermatozdur. Travma veya cerrahi sonrası ortaya çıkabilen pathergy fenomeni hastalığın tipik özelliklerindendir. Bu olguda, postpartum dönemde sezaryen skar hattında yara açılması öyküsü olan ve travma sonrası bacakta gelişen ülseratif lezyon ile başvuran bir hasta sunulmuştur.

Olgu:

25 yaşında kadın hasta, 2023 yılında sezaryen sonrası insizyon hattında yara açılması gelişmesi üzerine uzun süre pansuman ve kortikosteroid tedavisi almış, iyileşme sonrası skar dokusu oluşmuştur. 13.06.2025'te bacağını travmatize etmesi sonrası sol bacakta hızla ilerleyen, nekrotik ve ülseratif lezyon gelişmiş, dış merkezde yapılan cerrahi sonrası defekt genişlemesi nedeniyle ileri merkezimize sevk edilmiştir. Başvurusunda tibianın ön yüzünü kısmen ekspoze eden nekrotik ülser alanı ve çevresinde büllöz lezyonlar izlendi. Başlangıçta antibiyoterapi ve debridman uygulandı. Ancak yara alanının her geçen gün agresif şekilde genişlediği gözlendi. Dermatoloji konsültasyonu sonrası başlanan kortikosteroid tedavisi ile lezyon progresyonunun yavaşladığı, bu dönemde ise yeni cerrahi debridmandan kaçınıldığı kaydedildi. Klinik ve histopatolojik inceleme sonucunda Pyoderma Gangrenosum tanısı doğrulandı. İmmünsüpresif tedavi ve dikkatli lokal yara bakımı ile süreç kontrol altına alındı. Kısmi deri grefti ile rekonstrüksiyon sonrası greft adaptasyonu sorunsuz izlendi.

Tartışma ve Sonuç:

PG, klinik ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi ile tanı alan, enfeksiyon ve vaskülit gibi benzer tabloların dışlanması gereken bir hastalıktır. Travma sonrası hızlı ilerleyen ülser gelişimi, önceki cerrahi skar alanında yara öyküsü ve immünsüpresif tedaviye dramatik yanıt, bu olguda tanıyı destekleyen önemli özelliklerdir. Bu olgu, postpartum dönemde görülen PG'nin hem insizyonel hem de travmatik yara bölgelerinde tekrarlayabileceğini; ayrıca agresif cerrahi girişimlerin hastalığı kötüleştirebileceğini, bu nedenle immünsüpresif tedavi ile kontrol sağlandıktan sonra rekonstrüktif yaklaşımların planlanmasının morbiditeyi azalttığını vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: yoderma gangrenosum, pathergy, travmatik yara, deri grefti, immünsüpresif tedavi

olgu sunumu preop postop



Şekil-1 Künt travmanın olduğu gün, şekil-2 travmadan 10 gün sonra, şekil-3 dış merkez debridman sonrası, şekil-4 travmadan 24 gün sonrası şekil-5- travmadan 25 gün sonra greftleme öncesi, şekil-6 greft sonrası doğal adaptasyon

hastanın post op dönem yarasının tamamen epitelize olduğu hali henüz elimize ulaşmadı ve bu yüklediğimiz fotoğraflardan daha iyi fotoğraflar var. onlar elimize ulaştığında postere eklemek isteriz

P-114

Travma Sonrası 3. Parmak Orta Falanks Kemik Defektinin Hemi-Hamatum Osteokondral Otogreft ile Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Hüseyin Şahin, Farhad Maharramov, Mert Menemencioğlu, Buğra Sarı, Muhammet Uraloğlu
KTÜ Plastik Cerrahi

Giriş:

Elde travmatik kemik defektleri, özellikle eklem yüzünü ilgilendiren lezyonlarda ciddi fonksiyonel kayıplara yol açabilmektedir. Proksimal interfalangeal (PİF) ve orta falanks defektlerinin onarımında kullanılan hemi-hamatum osteokondral otogreft (HHA), eklem kongruitesini yeniden sağlayan ve fonksiyonel sonuçları literatürde iyi tanımlanmış bir tekniktir

Olgu:

28.05.2025 tarihinde hasta elini spiral makinası ile yaralamış olup;

• Sol el 3. parmak: Mid falanks dorsalinde parçalı kesiler, ekstansör tendon yaralanması ve kemik defekti ekspoze idi.

• Sol el 4. parmak: DIP eklem dorsalinde 1 cm'lik transvers kesi mevcuttu ve mallet deformitesi gelişmişti.

Acil serviste ilk müdahalede devitalize dokuların debridmanı, bol yıkama-irrigasyon ve atel uygulaması gerçekleştirildi.

30.05.2025 tarihinde yapılan cerrahide;

• 3. parmak orta falanks kemik defekti hamatumdan alınan osteokondral greft ile onarıldı ve parsiyel ekstansör tendon onarımı yapıldı.

•4. parmakta parsiyel EDC onarımı ve K-teli ile fiksasyon uygulandı.

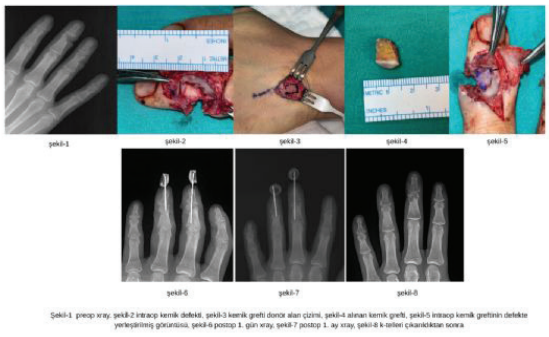
Postoperatif dönemde kemik iyileşmesi sorunsuz ilerledi. K-telleri çekildikten sonra hasta aktif fizik tedaviye yönlendirildi.

Tartışma ve Sonuç:

Orta falanks eklem yüzünü ilgilendiren travmatik defektlerde, rekonstrüksiyon için anatomik uyumlu otogreft seçenekleri gereklidir. Hemi-hamatum osteokondral otogreft tekniği, eklem kongruitesini sağlamada ve fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesinde güvenilir bir yöntemdir. Bu olgu, akut travma sonrası uygulanan acil müdahale basamaklarının (debridman, irrigasyon, atel) ardından planlanan hamatum otogreftinin, başarılı iyileşme ve erken rehabilitasyon açısından etkinliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Travmatik parmak defekti, orta falanks, osteokondral greft, hemi-hamatum, el cerrahisi

olgu sunumu preop intraop postop



P-115

Mukopolisakkaridoz Tip I Tanılı Bilateral Karpal Tünel Sendromu Olan Hastada Median Sinir Relaksasyonu: Olgu Sunumu

Perçin Karakol, Berkan Şanlı, Ali Dönmez, İbrahim Ekici

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Mukopolisakkaridoz Tip I Tanılı Bilateral Karpal Tünel Sendromu Olan Hastada Median Sinir Relaksasyonu: Olgu Sunumu - Giriş ve Amaç

Mukopolisakkaridoz Tip I (MPS I), lizozomal depo hastalıkları grubunda yer alan, nadir görülen ve genetik geçişli bir metabolik hastalıktır. Bu hastalıkta alfa-L-iduronidaz enzim eksikliği sonucu glikozaminoglikanların (GAG) dokularda birikimi meydana gelir. Biriken GAG'lar, özellikle sinovyal dokularda ve yumuşak dokularda kalınlaşmaya yol açarak çeşitli kas-iskelet sistemi ve nörolojik komplikasyonlara neden olabilir. MPS I hastalarında sık görülen bu komplikasyonlardan biri de karpal tünel sendromu (KTS)'dur. KTS, median sinirin el bileğinde transvers karpal ligament altında sıkışması ile karakterizedir ve zamanında tedavi edilmezse kalıcı fonksiyon kayıplarına neden olabilir. Bu olgu sunumunun amacı, MPS I tanılı bir pediatrik hastada bilateral karpal tünel sendromunun cerrahi olarak tedavi sürecini, klinik ve radyolojik bulgularla birlikte değerlendirmek ve literatürle karşılaştırmalı olarak sunmaktır.

Materyal ve Metod

Bu sunumda 9 yaşındaki bir erkek hastanın tanı, cerrahi tedavi ve takip süreci ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Hasta, bilateral el uyuşması, el kaslarında güçsüzlük ve fonksiyon kaybı gibi tipik KTS belirtileriyle başvurmuştur. Ameliyat öncesi el grafilerinde kemik deformiteleri ve yumuşak doku kalınlaşmaları tespit edilmiştir. Bu bulgular, MPS I'e bağlı GAG birikiminin periferik dokular üzerindeki etkilerini göstermektedir.

Cerrahi işlem, genel anestezi altında bilateral olarak gerçekleştirilmiştir. Cerrahi girişim sırasında klasik karpal tünel insizyonu uygulanarak transvers karpal ligament kesilmiş ve median sinirin üzerindeki fibrotik sinovium eksize edilmiştir. Rekürren motor dal korunarak sinir çevresi dekompresyonu yapılmış, hemostaz sağlanmış ve her iki ele Penrose dren yerleştirilmiştir. İşlem sonrası hastanın postoperatif seyri sorunsuz geçmiş, ikinci gün taburcu edilmiştir.

Bulgular

Hastanın preoperatif şikayetleri arasında iki elde de uyuşma, motor fonksiyonlarda zayıflık ve günlük aktivitelerde belirgin azalma yer almaktaydı. Fizik muayene ve radyolojik incelemeler sonrası bilateral karpal tünel sendromu tanısı doğrulanmıştır. Cerrahi işlem sonrası elde edilen patolojik incelemelerde median sinir çevresinde fibrotik ve inflamatuar değişiklikler gözlemlenmiştir. Bu bulgular MPS I'de sık görülen GAG birikimi sonucu gelişen kronik inflamasyon ve sinir çevresi fibrozisini destekler niteliktedir.

Postoperatif takipte hastanın semptomlarında belirgin bir gerileme izlenmiş; ellerdeki uyuşma azalmış, motor fonksiyonlar iyileşmiş ve hasta komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edilmiştir. Takip süresince herhangi bir nüks ya da cerrahi komplikasyon gelişmemiştir.

Tartışma

MPS I hastalarında karpal tünel sendromu gelişimi, hastalığın karakteristik bir sonucu olarak değerlendirilir. GAG'ların sinovyal dokularda ve bağ dokularında birikmesi sonucu ortaya çıkan yumuşak doku kalınlaşması, median sinirin transvers karpal ligament altında sıkışmasına neden olur. Bu durum, özellikle çocuk yaş grubundaki hastalarda erken yaşta ortaya çıkabilir ve tanı genellikle gecikir. Bu nedenle, MPS tanısı almış çocukların nörolojik semptomlar açısından yakından izlenmesi büyük önem taşır.

Bu olgu sunumu, MPS I tanılı hastalarda KTS'nin başarılı şekilde cerrahi olarak tedavi edilebileceğini göstermektedir. Cerrahi relaksasyon ve nöroliz işlemi sonrasında hastanın hem subjektif hem de objektif olarak belirgin şekilde iyileştiği görülmüştür. Literatürde de MPS hastalarında erken cerrahi müdahalenin nörolojik fonksiyonlar üzerindeki olumlu etkileri sıklıkla vurgulanmaktadır. Özellikle bilateral KTS vakalarında cerrahinin eş zamanlı gerçekleştirilmesi, hem operasyon süresini hem de iyileşme sürecini kısaltmaktadır.

Literatürde Gabrielli ve ark. (2011), çocukluk çağında MPS hastalarında KTS cerrahisinin sonuçlarını değerlendirmiş ve cerrahinin motor fonksiyonlar üzerindeki etkisinin belirgin olduğunu raporlamıştır. Benzer şekilde, van der Linden ve ark. (2011) tarafından yapılan bir çalışmada da cerrahi dekompresyonun özellikle median sinirin fonksiyonel iyileşmesine katkı sağladığı vurgulanmıştır. Bu olgu çalışması da bu bulgularla örtüşmektedir.

Ayrıca, erken dönemde tanı konulması ve tedaviye yönlendirme, sinir hasarı gelişmeden semptomların kontrol altına alınmasını sağlar. Bu nedenle, MPS I hastalarının multidisipliner bir ekip tarafından, özellikle pediatri, ortopedi, nöroloji ve fizik tedavi branşlarının iş birliğiyle takip edilmesi gereklidir.

Sonuç

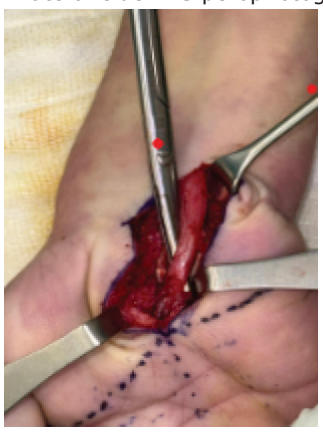
Mukopolisakkaridoz Tip I hastalarında median sinir sıkışması, hastalığın doğal seyri gereği sıklıkla görülür ve çoğu kez bilateral karpal tünel sendromuna neden olur. Bu durum, çocuklarda bile erken yaşta ciddi fonksiyonel kayıplara yol açabilir. Bu olgu sunumu, MPS I hastalarında karpal tünel sendromunun başarılı cerrahi yönetimini ve bu müdahalenin olumlu klinik sonuçlarını gözler önüne sermektedir.

Median sinir relaksasyonu ve nörolizi, MPS I'e bağlı KTS'de etkili, güvenli ve komplikasyon oranı düşük bir cerrahi yöntemdir. Patolojik incelemeler, median sinirin çevresinde yoğun fibrozis ve inflamatuar hücre infiltrasyonu olduğunu göstermiştir; bu da GAG birikiminin doğrudan sinir hasarına katkıda bulunduğunu desteklemektedir.

Sonuç olarak, MPS I hastalarında erken dönem nörolojik değerlendirme ve cerrahi müdahale, yaşam kalitesini artırmak ve kalıcı hasarı önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Multidisipliner takip programlarıyla bu hastaların uzun dönem fonksiyonel ve nörolojik durumları daha iyi yönetilebilir.

Anahtar Kelimeler: Mukopolisakkaridoz Tip I (MPS I), Karpal Tünel Sendromu (KTS), Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi, Median Sinir ve Median Sinir Relaksasyonu, El Cerrahisi, Glikozaminoglikan (GAG)

Bilateral elde KTS perop fotoğraf



P-116

Başparmakta Nadir Görülen Bir Ter Bezi Tümörü: Porokarsinom Olgu Sunumu

Erol Benlier, İsa Melik Avcı, Fatih Akyar

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

Ekrin porokarsinom, ter bezlerinin ekrin biriminden köken alan, nadir görülen malign bir kutanöz neoplazidir. Histopatogenez açısından, özellikle duktal diferansiyasyon gösteren bir tümör olarak tanımlanır ve bu yönüyle benign prekursörü olan ekrin poroma ile histopatolojik bağ taşır. Poroma, ekrin ter bezlerinin intraepidermal kanal hücrelerinden kaynaklanan, genellikle yavaş büyüyen benign bir tümördür; ancak nadir durumlarda malign dönüşüm gösterebilir ve porokarsinom gelişimi ile sonuçlanabilir. Porokarsinom, sıklıkla yaşlı erişkinlerde görülmekte olup; baş, boyun ve alt ekstremitelerde hızlı büyüyen, kubbemsi papül veya nodül şeklinde klinik olarak ortaya çıkar. Düşük prevalansına rağmen, ayırıcı tanıda özellikle skuamöz hücreli karsinom gibi daha yaygın deri tümörleriyle benzerlik göstermesi, doğru tanıyı güçleştirir. Ayrıca, metastatik potansiyele sahip olması nedeniyle erken tanı ve tedavi büyük önem taşır. Literatürde sınırlı sayıda bildirilen bu tümör türüyle ilgili her yeni olgu, klinik bilgi birikimine katkı sağlamakta ve farkındalık yaratmaktadır. Bu olgu sunumunda, duktal diferansiyasyon gösteren, poroma ile histolojik benzerlik taşıyan ancak klinik görünümüyle ve patolojisinde infiltratif büyüme paterni ve atipi içermesi nedeniyle porokarsinom olarak değerlendirilen, klinik özellikleriyle dikkat çeken nadir bir başparmak yerleşimli ekrin ter bezi tümörü olgusu sunulmaktadır."

80 yaşında erkek bilinen rektum kanseri dışında ek hastalık öyküsü olmayan hasta sol el 1.parmak ucunda uzun yıllardır mevcut olan ve son 1 yılda gittikçe büyeyen nodüler kitle nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol el 1.parmak distal falanks tipinde 1,5x2 cm boyutunda sert,hetorokromik nodüler lezyon ve tırnağın ulnar tarafında 1x1 cm boyutunda ülserenoduler kitle mevcuttu. Hiponişial alanda fistül ağzı ve bu fistül ağzından seröz akıntı geleni mevcuttu. Sol el 1.parmak IP ve MCP eklem fleksiyon, ekstansiyon hareketi olağandı. Sol el 1.parmakta hipoestezi tariflemiyordu. Sol el 1.parmağın kapiller dolumu olağandı. Hastanın bilateral aksiller ve boyun muayenesinde palpabl lenfadenopati ele gelmedi. Manyetik rezonans görüntülemede (MR), sol el 1. parmak distal falanks komşuluğunda, fleksör pollicis longus tendonuna yakın ve ciltte defekt oluşturarak dışa doğru uzanan, sagittal planda 31x43 mm boyutlarında, kistik nekrotik alanlar içeren solidifiye kitle lezyonu izlendi. MR raporu, lezyonun malign süreçlerle uyumlu olduğunu belirtti. Hasta ameliyata alındı. Sol el 1.parmaktaki cilde ve çevre dokuya invaze olan kistik görünümdeki lezyon çevre dokulardan dikkatlice serbestleştirilerek supratendinöz plandan eksize edildi. Kalan cilt primer sütürasyon ile kapatıldı. Operasyon sonrası major veya minor komplikasyon gözlenmedi. Hasta ameliyat sonrası bir gün serviste takip edildi. Erken dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesinde, duktal diferansiyasyon gösteren ter bezi tümörü tanısı kondu. Fokal nekroz mevcuttu; perinöral invazyon izlenmedi. Tümör infiltratif büyüme paterni ve hücresel atipi gösteriyordu. Derin cerrahi sınırda tümör devamlılığı saptandı. Mitoz hızı 10/mm² olarak tespit edildi.

Ekrin porokarsinom, nadir görülen ve sıklıkla geç tanı alan bir deri tümörü olup, klinik ve histopatolojik olarak diğer kutanöz neoplazilerle benzerlik göstermesi nedeniyle tanı sürecinde önemli güçlükler oluşturur. Özellikle skuamöz hücreli karsinom ve bazal hücreli karsinom gibi daha yaygın tümörlerle histopatolojik örtüşme göstermesi, yanlış veya gecikmiş tanılara yol açabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, uzun süre asemptomatik seyreden ve son bir yıl içerisinde progresif büyüme gösteren lezyonlar, malign dönüşüm açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Ekrin porokarsinomların %18–25'inde lenf nodu metastazı, %10–20'sinde ise uzak metastaz bildirilmiştir. Bu nedenle doğru histopatolojik tanı kadar cerrahi sınırların durumu da klinik yönetim açısından kritiktir. Sunulan olguda, tümörün infiltratif büyüme paterni göstermesi ve derin cerrahi sınırlarda tümör devamlılığının bulunması, nüks ve metastaz açısından potansiyel risk taşımaktadır.

Histopatolojik açıdan, porokarsinomun duktal diferansiyasyon göstermesi, benign poroma ile olan ilişkisinin izini taşır. Poroma gibi benign bir lezyonun zamanla malign transformasyon göstermesi nadir fakat belgelenmiş bir fenomendir. Bu nedenle uzun süredir mevcut olan, özellikle değişim gösteren ya da ülserasyon gibi ikincil bulgular geliştiren deri lezyonlarının mutlaka biyopsi ile değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu bağlamda, bizim olgumuz hem yerleşim yeri itibarıyla (başparmak) nadir bir örnek teşkil etmesi hem de histopatolojik özellikleri bakımından tanı zorluklarını

ortaya koyması açısından önemlidir. Dermatologlar, plastik cerrahlar, onkologlar ve patologlar arasında multidisipliner iş birliği ile bu tür lezyonların erken tanı ve etkin tedavisi mümkün olabilmektedir.

Sonuç olarak, hızlı büyüyen, morfolojik değişim gösteren veya ülserasyonla seyreden cilt lezyonlarında porokarsinom gibi nadir fakat agresif tümörler mutlaka akılda tutulmalı; doğru tanı için histopatolojik inceleme geciktirilmemelidir. Bu olgu, nadir ekrin porokarsinomların klinik tanı zorluklarını ve cerrahi sınırların önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Başparmak, El Cerrahisi, Nadir, Porokarsinom, Ter Bezi Tümörü

Porokarsinom



P-117
Meperidin ilişkili kontraktür ve popping skar

Perçin Karakol, İbrahim Enes Aydoğan, İbrahim Ekici, Agit Sulhan, Osman Onaç, Yasin Canbaz

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ

Kontraktür cilt, tendon, kas veya çevre dokuların sıkışması olarak tanımlanabilir (1)

Kontraktürler, eklem, cilt, ekstansör tendon, fleksör tendon patolojisi ve hastanın bireysel biyolojisi dahil olmak üzere bir veya birkaç faktörün birleşiminden kaynaklanabilir. Kontraktürler bir travma ya da cerrahi sonucu gelişebilir ve kişinin yaşamında önemli ölçüde etkileri olabilir.(2)

Burada kontraktür gelişiminin nadir nedenlerinden birisi olan ilaç kullanımına ve derin enjeksiyona vurgu yapmak amacıyla bir olgu sunulmuştur. Daha önce literatürde meperidin ilişkili kontraktürle ilgili yalnızca bir olgu sunumu mevcuttur. (3)

Meperidin gibi opioidlerin tekrarlayan deri altı enjeksiyonları ciltte sürekli travma ve irritasyon yaratır.Nekroz ülser iyileşme skar döngüsü gelişir.Bu tablo "skin popping scars" olarak adlandırılır.

Bu lezyonlar sadece kozmetik sorun değil, aynı zamanda tekrarlayan enfeksiyon, kronik ülser ve nadiren malign dönüşüm riski açısından önem taşır.

BULGULAR

Her iki elinin parmaklarında hareket kısıtlılığı nedeniyle polikliniğimize başvuran 41 yaşında erkek hastanın muayenesinde sol el D2-3-5, sağ el D5 PİP eklem seviyesinde cilt kontraktürü izlendi. Sol el D2-3-5 ve sağ el D5'te fleksiyon kısıtlılığı mevcuttu. Aynı zamanda her iki elinde de dorsal ve volar yüzlerinde ve her 2 alt ekstremitesinde skin popping scars ile uyumlu gözüken yaygın hipopigmente ve hiperpigmente skar alanları ve lezyonlar izlendi. Hastanın detaylı sorgulanmasında uzun süredir devam eden meperidin bağımlılığı olduğu öğrenildi.

Hastanın kontraktürlerinin 1 yıldan uzun süredir devam etmesinden ötürü konservatif tedaviye uygun bulunmadı ve cerrahi önerildi.

Hastanın vücudundaki yaygın lezyonlardan biyopsi alındı. Alınan biyopsi sonuçları yaygın nötrofilik infiltrasyon ve bakteri kok yapıları izlendi. Malignite görülmedi.

YÖNTEM

Her iki elinde kontraktür şikayetiyle gelen 41 yaşında erkek hastanın poliklinikte yapılan fizik muayenesinin ardından 3 yönlü el grafilerinde eklem aralığı açık izlenen hastaya sol el D2-3-5 ve sağ el D5 için z-plasti ile kontraktür açılması ve K-tel ile fiksasyon planlandı. Perop belirlenen sınırlardan girilerek sağ el D5 bilateral bundlelar ve FDS ve FDP tendonları görüldü. Volar plate, Sağ el D5 FDS ulnar slipi ile rekonstrükte edildi. Parmakların tam ekstansiyona getirilebildiği görüldü. K-tel ile fiksasyon sağlandı. Sol el D5 perop belirlenen z-plasti insizyonuyla açılarak sol el D5 FDS ve FDP tendonları ve bilateral bundle görüldü. Volar plate, sol el D5 FDS ulnar slip grefti ile rekonstrükte edildi. A2 pulley sol el D5 FDS ulnar slip grefti ile rekonstrükte edildi. Sol el D2 perop belirlenen z-plasti insizyonu ile açılarak PIP eklemi osteom ile eksize edildi. Hastaya K-tel ile fiksasyon sağlanarak sağ el D2 PIP eklem tenodezi uygulandı. Sol el D2 EDC santral slip onarıldı

TARTIŞMA ve SONUÇ

Parmaklarda kontraktür toplumda %8-14 arasında görülmekte olup en sık nedeni dupuytren hastalığıdır.(4) Elde gelişen kontraktürler kişinin yaşamında çok önemli etkiler olup konservatif veya cerrahi metodlar ile tedavi gerektirir. Bu sunumuzda literatürde geçmişte yalnızca bir defa bildirilmiş meperidin ilişkili kontraktüre değinilmek istenmiştir.

REFERANSLAR

1. NCI Kanser Terimleri Sözlüğü. (nd). Cancer.gov. https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/contractur

2.Catalano, L. W., Barron, O. A., Glickel, S. Z., & Minhas, S. V. (2018). Etiology, evaluation, and management options for the stiff digit. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 27(15), e676–e684. https://doi.org/10.5435/jaaos-d-18-00310

3. Mastaglia, F. L., Gardner-Medwin, D., & Hudgson, P. (1971). Muscle fibrosis and contractures in a pethidine addict. BMJ, 4(5786), 532–533. https://doi.org/10.1136/bmj.4.5786.532

4. Salari, N., Heydari, M., Hassanabadi, M., Kazeminia, M., Farshchian, N., Niaparast, M., Solaymaninasab, Y., Mohammadi, M., Shohaimi, S. ve Daneshkhah, A. (2020). Dupuytren hastalığının dünya çapındaki yaygınlığı: kapsamlı bir sistematik inceleme ve meta-analiz. Ortopedik Cerrahi ve Araştırma Dergisi, 15 (1). https://doi.org/10.1186/s13018-020-01999-7

Anahtar Kelimeler: Kontraktür, Meperidin, Skar

Alt ekstremite skin popping skar



P-118

Pulley Rekonstrüksiyonunda Yöntem ve Zamanlama Ne Kadar Kritiktir? Olgu Bazlı Yaklaşım

Ahmet Fırat Yangın, Ahmet Biçer

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İZMİR

Giriş-Amaç:

Pulleyler, parmakların kusursuz hareketleri için kritik öneme sahiptirler. Kusursuz hareket için tendonların pulleyler üzerinde takılmadan kaymaları gerekmektedir.

El travmaları sonucu meydana gelen tendon ve pulley sisteminin hasarı el fonksiyonlarında belirgin kısıtlanmaya sebep olabilir. Yalnızca tendon onarımı bu kısıtlılığın düzelmesine yeterli olmaz.Bu kısıtlılık pulleylerin yeniden oluşturulması ile giderilebilir. A2 ve A4 pulleyler kusursuz fonksiyon için kritik öneme sahiptir. Hasarlanmaları bowstringing(yaylanma) ile sonuçlanmaktadır. Pulley rekonstrüksiyonunda literatür tarandığında sıklıkla kullanılan yöntemler;intrasinovyal (FDS — Flexor Digitorum Superficialis) ve ekstrasinovyal (PL — Palmaris Longus) tendon greftleridir. Bu greftler dışında Extensor Retinakulum,Fasya Lata greftleri veya sentetik materyaller kullanılabilmektedir.

Gereç Yöntem: Temmuz 2024-Temmuz 2025 yılları arasında kliniğimize başvuran akut evre fleksör zon 2 yaralanmaları ile dış merkezde fleksör tendon onarım öyküsü olan zon 2 yaralanmalarının,onarım sonrası bowstringing meydana gelmesi nedeniyle tarafımızca Palmaris Longus(PL) ya da Fleksör Digitorum Süperficialis(FDS) tendon grefti kullanılarak pulley rekonstrüksiyonu yapılan 4 ayrı olgu incelenmiştir.

Bulgular:

• Olgu 1

14 Yaş, Erkek, Bıçak ile oluşan kesi sonrası sol el 4. Parmak Zon 2'de FDP hasarı nedeniyle opere edilmiş. Operasyon sonrası 9.ayda tarafımıza bowstringing ve PİF ve DİF eklemde fleksiyon kısıtlılığı nedeni ile başvurdu. Tenoliz ve FDS Tendonun Lateral Slibi kullanılarak A2 pulley rekonstrüksiyonu gerçekleştirilmiştir. Operasyon sonrası rutin fizik tedavi desteği almıştır. Bir yıl sonunda PİF ve DİF eklemlerin pasif ve aktif hareketlerinde belirgin düzelme, gündelik fonksiyonlarda iyileşme izlenmiştir. Parmakta belirgin güçsüzlük izlenmemiştir.

• Olgu 2

27 Yaş, Erkek, Askeri Personel, Mühimmat patlaması sonucu sağ el 4. Parmakta yüzük avülsiyon yaralanması ile 5. Parmakta crush zon 2 kesisi ile acil servise başvurmuştur. 4. Parmakta ray amputasyonu ve 5.Parmaktaki FDP tendonu onarımı sağlanmıştır. FDS tendonu lateral slibi ile eş zamanlı olarak A2 pulley onarımı sağlanmıştır. Post op 2.ay aktif fizik tedavisi devam etmektedir. Eş zamanlı tendon ve pulley onarımı sonrası,travma öncesi ile karşılaştırıldığında PİF ve DİF eklemde aktif ve pasif hareket açıklıklarında anlamlı farklılık izlenmemiştir.

• Olgu 3

16 Yaş,Kız,Bıçak ile oluşan sol el 4. ve 5. Parmakta zon 2'de FDS ve FDP kesileri nedeniyle opere edilmiş. Postop 3. Ayda 5. Parmakta PİF seviyesinde bowstringing gelişmesi nedeniyle Palmaris Longus tendon grefti alınarak çift loop A2 pulley onarımı sağlanmış. Postop takiplerinde yara iyileşme problemleri nedeniyle tendon ekspozisyonu meydana gelen hastada Cross Finger flebi ile rekonstrüksiyon uygulanmış. Postop 6. Ayda PİF ve DİF seviyesindeki fleksiyon kontraktürünün devam etmesi nedeniyle artroliz işlemi uygulanmıştır. Fizik tedavi ve rehabilitasyonu devam etmektedir.El bileği seviyesinde insizyon hattında hipertrofik skar gelişimi izlenmiştir.

• Olgu 4

73 Yaş,Kadın,Bıçak ile oluşan Sağ el 2. Parmak Zon 2 kesisi sonucu 2 yıl önce FDS ve FDP tendon onarımı uygulanmış. PIF ve DİF eklemindeki kontraktür nedeniyle A2 pulleye yönelik FDS lateral slip yöntemiyle pulley rekonstrüksiyonu uygulanmış.Post op 1. yılda operasyon öncesi ile kıyaslandığında PİF ve DİF eklem açıklıklarında belirgin artış ve gündelik hayat fonksiyonlarında normalleşme izlenmiştir.

Genel bulgular

• Hastaların 2 tanesi (14 ve 16 yaş) genel anestezi altında, diğerleri ise aksiller blok altında opere edilmiştir.

• Bir tanesine FDP tendonu onarımına eş zamanlı FDS tendon grefti kullanılarak A2 pulley onarımı uygulanmıştır. Diğer üç hasta ise travma sonrası geç dönemde (min 3.ay – maks 2.yıl) pulley rekonstrüksiyonu uygulanmıştır.

• Post op tüm hastalar erken dönemde (3-5.günlerde) erken pasif egzersiz uygulanmıştır.

• Hastalar operasyon sonrası yaklaşık bir yıl takip edilmiştir.

• Akut dönemde tendon ve pulley onarımı yapılan hastada, PİF ve DİF eklem açıklıkları travma öncesi ile anlamlı fark gözlenmemiştir.

• Palmaris Longus tendon grefti ile rekonstrüksiyon uygulanan hastada post op volar yüzde tendon ekspozisyonu nedeniyle cross finger flebi ile rekonstrüksiyon uygulanmıştır.

• Geç dönemde palmaris longus tendon grefti ile yapılan pulley onarımı sonrası PİF ekleminde kontraktür gelişimi izlenmiştir.

• Geç dönemde FDS lateral slip tendon grefti ile yapılan pulley onarımı sonrası PİF ekleminde belirgin kontraktür izlenmemiştir.

Sonuç ve Tartışma:

• Elin fleksör tendon sistemi, pulley denilen fibröz kalınlaşmaların destekleri ile fonksiyonel bütünlüğünü sağlanmaktadır.Bu fibröz kalınlaşmalar, biyomekanik olarak fleksör tendonları eşlik ettiği eklemlerin rotasyonu katkıda bulunarak,elin kavrama gücünü maksimize etmektedir. Anatomik olarak baş parmakta 2 adet anüler(A1-2) ve 1 adet Oblik pulley, diğer parmaklarda ise 5 adet Anüler (A1-5) ve 3 adet Cruciate (C1-3) pulley bulunmaktadır.

Pulleyler fonksiyonları gereği, tendon ekskürsiyonu minimal düzeyde tutarken; tendonların kayma mekanizmasının fizyolojik sınırlar içinde gerçekleşmesi ile birlikte eklem hareket açıklığı, ince motor beceri ve kavrama gücü maksimize etmektedir.Özellikle zon 2 fleksör tendon yaralanmalarının eksplorasyonu sırasında A2 ve A4 pulleyin hasarı tendon kayma mesafesinde artışa ve sonuç olarak eklem hareket verimliliğinde belirgin azalmaya neden olmaktadır.Klinik olarak bu durum bowstringing(yaylanma) olarak tanımlanmaktadır.Bu önemli fonksiyonları nedeniyle pulleylerin onarımı, fleksör tendon onarımı kadar kritiktir. Pulleylerin fibröz yapısı nedeniyle primer onarım oldukça zordur. Bu yüzden pulley rekonstrüksiyonun literatürde en sık kullanılan yöntem Palmaris Longus tendon grefti ile yapılan çift loop tendon grefti yöntemidir. Ekstansör retinakulum ve fasya lata greftleride bu yöntem için kullanılabilir. Ek dönor saha insizyonu gerektirmesi bu yöntemin dezavantajları arasındadır. Cerrahi teknik olarak sıklıkla çift loop tercih edilmekle birlikte, tek loop veya üçlü loop kullanılabilir. Adezyon gelişimi açısından esas temel olan greftin gerginliği ve loop sayısı rol almaktadır. Loop sayısının artması taşıma gücünü artırırken,adezyon riskini de artırmaktadır.

Yine literatürde kabul görmüş diğer yöntem ise FDS Tendon Slibi ile Pulley Rekonstrüksiyonudur. Bu yöntemde ek insizyon olmadan, daha kısa operasyon süresi ve görece basit cerrahi prosedür ile, aynı sahadaki FDS tendonun bir slibi alınarak onarımı yapılacak olan pulleye aktarımı gerçekleştirilmektedir. Biyomekanik ve mikromorfolojik olarak iki yöntem karşılaştırıldığına FDS slibinin, PL greftine kıyasla pulleylerin morfolojik yapısına daha çok benzerlik göstermektedir. Bu benzerlikte düşük sürtünmeye sebep olmaktadır. Ancak yük taşıma kapasitesilerine ve dönor sahada minimalde olsa fonksiyonel kısıtlılığa bakıldığında çift loop yöntemi daha avantajlıdır.

Literatürdeki iki yöntem değerlendirildiğinde Greft seçimi, hastanın klinik durumuna ve cerrahın önceliğine göre kişiselleştirilmelidir. Pulley onarımının, fleksör tendon onarımı ile birlikte erken dönemde yapılması fonksiyonel sonuçlar açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: A2- A4 Pulley Rekonstrüksiyonu, Bowstringing, Tendon Grefti, Fleksör Tendon Onarımı

P-119

Alt Ekstremite Distal 1/3 lük Kısımdaki Doku Defektine Yaklaşım

Mustafa Akyürek, Evrim Ahmet Gönen, Anıl Bolca

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ:

Alt ekstremite distal 1/3 doku defeklerinin tedavisinde, literatürde basit kapama yöntemlerinden mikrocerrahi rekonstrüksiyonlara kadar uzanan çeşitli modaliteler tanımlanmıştır. Bunlar; sekonder iyileşme, primer suturizasyon, deri greftleri, lokal flepler (rotasyon, advancement), bölgesel (perforator temelli flepler), serbest flepler (ALT,latissimus dorsi flebi) kullanılabilmektedir. Fakat bu tedavi modaliteleri için uygun koşullar sağlanamadığında rekonstruksiyon için alıcı damar bulunamadığında, pediküllü cross leg flep defektli ekstremite için özellikle önem arz eder. (1) Bu olgu sunumunda son 6 aydır kapanmayan doku defekti olan, insizyonel biyopsi sonucunda malignite bulgusu içermeyen ve uygun damarı olmayan hastada pediküllü fasyokutan cross leg flebinin avantajının gösterilmesi açısından önem taşımaktadır.

Olgu:

47 yaş erkek hasta 2006 yılında iş kazası sebepli sol ayak lateral malleol bölgesinden dış merkez ortopedi bölümünde operasyon geçirmiş olup buna bağlı kompartman sendromu ve sonucunda volkmann iskemik kontraktürü gelişmiş. Hastanın son 6 aydır cerrahi işlem bölgesinde yeni oluşan doku defekti nedeniyle tarafımıza başvurdu (resim1). Tarafımızca insizyonel biyopsi islemi plandı. Patoloji sonucunun ''kesitlerde çok katlı yassı epitel ile örtülü doku parçasında epitel bütünlüğünün bozulduğu ve bu kısımda PMN lökositleri de içeren inflamatuar hücre infiltrasyonu ile granülasyon dokusu oluşumu içerdiği görülmektedir. Malignite bulgusu yoktur''şeklinde raporlanmasının üzerine hastaya operasyon hazırlıklarına başlandı. Kontrastlı MR sonucunda, kalkaneustaki defekti lojunda gerekse komşu subkutan yağlı planlarda hafif heterojen kontrast fiksasyonları da izlenmiş olup kronik osteomyelit ve eşlik eden yumuşak doku enfeksiyonu sekeli şeklinde yorumlandı. Tarafımızca sol alt ekstremite orta 1/3 kısmdan perforatör flep uygulandı, donor saha deri grefti ile kapatıldı. Perforatör flepin distal uç kanlanmasının bozulması ve doku defektinin kapanmaması sonucunda tarafımızca hastaya pediküllü fasyokutan cross leg flep ve travmasını önlemek için eksternal fiksasyon uygulandı. (Resim 2) Postoperatif dönemde kas tonusunu korumak için yatak başı fizik tedavi başlandı. Hastanın 3 haftalık servis takibinin ardından genel anestezi altında pedikül ayrılması ve eksternal fiksatörün pinleri ve barları uygun şekilde gevşetilerek çıkarıldı. Pin giriş yerleri kürete edilerek debride edildi. Donör saha kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Hasta postoperatif 2. Haftada komplikasyonsuz taburcu edildi. (Resim 3)

TARTIŞMA:

Alt ekstremite distal 1/3 doku defeklerinin tedavisinde birçok tedavi modalitesi tanımlanmış olup bunlar rekonstrüksiyon piramidi, hastanın komorbid durumları (diabet, koagülopati,pulmoner komplikasyon), göz önüne alınarak uygun şekilde uygulanmalıdır.En zorlu hasta grubu tek damarı veya hiç alıcı damarı olmayanlardır. Lokal flepler kullanılabilir olsa da geniş defektleri kapatma konusunda yeterli olmayacaktır. İpsilateral perforator flepler, serbest flepler kullanılabileceği gibi uygun alıcı damar olmadığında geleneksel tedaviler de plana dahil edilmelidir.(2)

Sonuç olarak ipsilateral ekstremite damarları mevcut olmadığında ve diğer rekonstruktif seçenekler tükendiğinde,

özellikle serbest doku transferine güvenilir bir alternatiftir. Fasya veya kasın eklenmesi ve eksternal fiksatör kullanımıyla flebin çok yönlülüğü arttırılabilir. Uygulanımı kolay ve mikroanastomoz için gereken gelişmiş ekipman veya uzmanlık gerektirmez. Bu yüzden cross leg flepleri geniş defektlerde ekstremite kurtarma için uygulanabilir bir seçenek olabilir. (3)

Kaynakça:

1-Manrique, OJ, Bishop, SN, Adabi, K., Martinez-Jorge, J., Moran, SL, Huang, T., & Chen, HC (2018). Çapraz bacak pedikül flebi, çapraz bacak serbest flebi ve çapraz bacak vasküler kablo köprü flebi ile alt ekstremite uzuv kurtarma. Rekonstrüktif Mikrocerrahi Dergisi, 34 (07), 522-529.

2- Agarwal, P. ve Raza, HKT (2008). Çapraz bacak flebi: Ekstremite kurtarmadaki rolü. Hint Ortopedi Dergisi, 42 (4), 439.

3- Van Boerum, MS, Wright, T., McFarland, M., Fiander, M. ve Pannucci, CJ (2019). Alt ekstremite kurtarma için çapraz bacak flepleri: bir kapsam incelemesi. Rekonstrüktif Mikrocerrahi Dergisi, 35 (07), 505-515.

Anahtar Kelimeler: Crossleg flap, serbest flap, alt ekstremite defekt

Vaka Fotoğrafları

Resim 1



Resim 2



Resim 3



P-120

Çocukluk Çağında Median Sinirle İlişkili Karpal Hamartom: Nadir Bir Olgu Sunumu

Mustafa Akyürek, Gökay Karaemir, Sezen Naz Gülbezer

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Lipofibromatöz hamartom(LFH), ilk kez Mason tarafından 1953 yılında tanımlanmış yağ ve fibröz dokuların epinöryal ve perinevriyal proliferasyonu ile etkilenen sinirin genişlemesi ile karakterize nadir, yavaş ilerleyen, iyi huylu bir yumuşak doku tümörüdür. [1]. En sık median sinirde görülür ve sıklıkla çocukluk çağında tanı alır. Klinik olarak yavaş büyüyen, ağrısız kitle ile birlikte karpal tünel basısına bağlı bulgular görülebilir[1,2].. Makrodaktili (macrodystrophia lipomatosa) ile birlikteliği literatürde sıkça bildirilmiştir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), "koaksiyel kablo" veya "spagetti" benzeri tipik görünümü ile tanı koydurucudur. Cerrahi tedavide esas yaklaşım, sinir fonksiyonlarını koruyacak şekilde dekompresyondur. [3].

Olgu Sunumu

On yaşındaki kız hastaya dış merkezde çekilen kontrazsız el MR raporu 'Elde fleksor tendon cilt altı yağ dokusunda 27-13 mm boyutlarında T1-T2 serilerde kas dokusu ile izointens nonspesifik benign morfolojide yumuşak doku lezyonu mevcuttur. Lezyonda belirgin kontrastlanma gozlenmemiştir. ' şeklinde olup hasta dış merkez de ortopedi ve travmatoloji doktoru tarafından lezyon eksize edilmek operasyona alınıyor. Ameliyat sırasında lezyon anlamlandırılamayıp bir kaç cilt süturu atılarak ameliyat sonlandırılarak hastanemiz acil servisine yönlendiriliyor. Tarafımızca hastanın çocuk olması ve oluşabilecek fonksiyon kayıplarından ötürü hasta eksplorasyon yapılmak üzere ameliyata alındı(resim 1). Kitlenin hamartamöz bir oluşum olduğu düşülüp median sinirle ilişkili olduğu görüldü. Kitlenin LFH olduğu düşünülerek sinirle ilişkisinden dolayı eksize edilmemiş olup önceki operasyonda karpal tünel serbestleştirildiği görülüp ek tedavi uygulanmamıştır(resim 2). Hastanın duyu ve motor muayenesi daha sonraki yapılan muayenelerinde olağan olup tarafımızca takibi aralıklı olarak yapılması planlanmıştır.

Tartışma

LFH, özellikle median siniri tutması ve tipik radyolojik görüntüsü ile ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Çocukluk çağında görülmesi tanıyı destekleyen bir bulgudur. Literatürde, olguların %25–60'ında makrodaktili ile birlikte seyrettiği bildirilmiştir. Ayrıca nadiren Proteus sendromu ve Klippel–Trénaunay sendromu gibi overgrowth sendromlarıyla birlikteliği rapor edilmiştir. Tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Sinir içine yaygın infiltrasyon nedeniyle radikal rezeksiyon önerilmez; çünkü bu işlem kalıcı duyu-motor kayıplarına yol açabilir. En uygun cerrahi yaklaşım, bası bulgusu varsa karpal tünel serbestleştirilmesi ve nöral bileşenlerin mikroskop altında mikrocerrahi olarak ayrılmasıdır. Çocuk olgularda uzun dönem takiplerde fonksiyonların korunduğu bildirilmiştir [4]. Bizim olgumuzda da median sinir tutulumu ile uyumlu tipik görüntüler izlendi. İntraoperatif bulgular literatürde tarif edilen makroskopi ile uyumluydu ve radikal rezeksiyondan kaçınıldı.

Sonuç

Median sinirin lipofibromatöz hamartomu, çocuklarda el bileği/avuç içinde görülen kitlelerin ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulmalıdır. Tipik MRG bulguları tanı koydurucudur. Cerrahi tedavide temel amaç sinir fonksiyonlarını korumak olup, radikal eksizyondan kaçınılmalıdır.

Kaynakça

1. Mason, L.M. AMERICAN Society for Surgery of the hand. J. Bone Jt. Surgery. Am. Vol. 1953, 35-a, 257–275.

2. Tahiri, Y.; Xu, L.; Kanevsky, J.; Luc, M. Lipofibromatous hamartoma of the median nerve: A comprehensive review and systematic approach to evaluation, diagnosis, and treatment. J. Hand Surg. 2013, 38, 2055–2067.

3. Razzaghi, A.; Anastakis, D.J. Lipofibromatous hamartoma: Review of early diagnosis and treatment. Can. J. Surg. 2005, 48, 394–399.

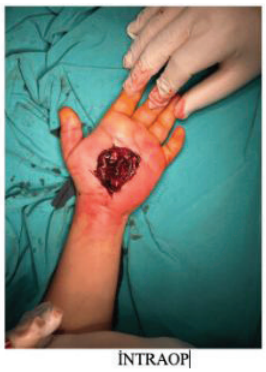
4. S. K. Giri, M. V. S. Reddy, S. Suba, S. Purkait and M. Jain (2024). "Fibrolipomatous Hamartoma Over the Left Forearm and Palm." J Orthop Case Rep 14(2): 34-38.

Anahtar Kelimeler: Lipofibromatöz hamartom, median sinir, el kitlesi

Vaka Fotoğrafları



PREOP



İNTRAOP



MR GÖRÜNTÜSÜ



MR GÖRÜNTÜSÜ

P-121

Dev Miksoinflamatuar Fibroblastik Sarkomun Serbest ALT Flebi ile Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Arzu Naghiyeva, Khalid Zeynalov, Abbas Bayatlı, Ahmet Çağrı Uysal

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

Giriş

Distal ekstremitedeki hipervasküler yumuşak doku lezyonları çoğunlukla damar malformasyonu/hemanjiyom olarak izlenir; ancak persistan/ilerleyici büyüme, ülserasyon ve girişim (örn. selektif embolizasyon) sonrası beklenmeyen iyileşme paternleri malignite açısından erken biyopsi gerektirir. Bu poster, hemanjiyom ön tanısıyla izlenen hipervasküler ayak dorsumu lezyonunda atipik klinik seyir sonrası saptanan düşük dereceli mezenkimal tümör ve rekonstrüktif yönetimini sunar.

Olgu Sunumu

Otuz beş yıldır sağ ayak dorsumunda hemanjiyom tanısıyla takip edilen 49 yaşındaki kadın hasta yaklaşık 8 ay önce sağ ayak üzerine ağırlık düşmesi sonrası gelişen şişlik nedeniyle 15 ağustos 2023 tarihinde kliniğimize başvurdu. Şişlikte kısmi gerileme olmakla birlikte, takipte sağ ayak dorsumunda nekrotize krutlu yara oluşmuş. Muayenede sağ ayak dorsumunda 12×10 cm civarında, yüzeyinin yaklaşık %80'i nekrotize krutlu, yer yer granülasyon alanları içeren yara mevcuttu.(Şekil 1a)

21.08.2023 tarihinde hastaya yapılan tek taraflı femoral anjiyografi sırasında hipervasküler kitleyi besleyen anterior ve posterior tibial arter dalları mikrokateter ile süperselektif kateterize edilerek Histoacryl + Lipiodol karışımıyla embolize edildi. Embolizasyondan hemen sonra hastaya kitlenin total eksizyonu ve serbest anterolateral uyluk flebi işe rekonstrüksiyon işlemi planlandı. Genel anestezi altında sağ ayak dorsumundaki 8×12 cm defekt için A. tibialis anterior künt diseksiyonla ortaya konuldu. Sol uyluktan anterolateral uyluk (ALT) flebi, lateral circumflex femoral arterin descenden dalı ve eşlikçi venleri baz alınarak disseke edilip kaldırıldı. Mikroskop altında a. tibialis anterior ve v. tibialis anterior'a uç uca anastomoz yapıldı; flep defekte adapte edildi. Makroskpik ve klinik belirtileri hemanjiyom ile uyumlu olan hastanın patolojik tanısı cerrahi sınırlar negatif mikssoinflamatuar fibroblastik sarkom ile uyumlu Düşük dereceli malign mezenkimal neoplazm olarak raporlandı. Post operatif dönemde ek komplikasyon gelişmedi. Hasta 15. günde taburcu edildi. Hastaya sonrakı süreçte adjuvan radyoterapi önerildi. Hastada 25 seans radyoterapi sonrası son 2 yıllık takip süresinde nüks belirtileri gözlemlenmedi. Uzun donemde ameliyat sahasında ek sorun gözlemlenmedi. (Şekil 1d)

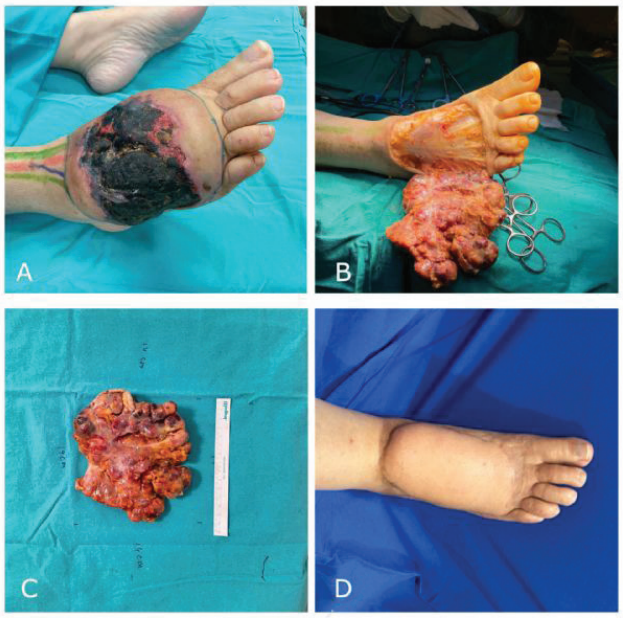
Tartışma

Bu olgu, distal ekstremitede uzun yıllar "hemanjiyom/vasküler malformasyon" ön tanısıyla izlenen hipervasküler lezyonların tanısal tuzağını net biçimde gösteriyor: yavaş büyümesi ve selektif embolizasyon sonrası gelişen geniş iskemik nekroz/krutlanma, lezyonu "komplike hemanjiyom" gibi maskeleyerek biyopsi ve onkolojik değerlendirmeyi geciktirebilir. Oysa miksoinflamatuar fibroblastik sarkom (MIFS) nadir bir yumuşak doku sarkomudur; tipik olarak el–ayak gibi distal ekstremitelerde görülür, lokal nüks riski yüksektir (serilerde yaklaşık %30–60), uzak metastaz ise görece düşüktür (yaklaşık %0–10, çoğunlukla akciğer/lenf nodu). MIFS yönetiminde hedef negatif cerrahi sınırlardır; pozitif/yakın marjin varlığında mümkünse genişletilmiş re-eksizyon, anatomik kısıtlılık varsa adjuvan radyoterapi multidisipliner konseyde düşünülmelidir. Ayak dorsumunda böyle büyük bir defektin kapatılmasında ise serbest ALT

flebi ince -pliable flep olması ve uzun pedikülüyle hem fonksiyonel hem de estetik rekonstrüksiyon seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Distal ekstremite tümörleri, Miksoinflamatuar fibroblastik sarkom, Serbest anterolateral uyluk flebi

Şekil 1



Şekil 1. (a) Preoperatif (b) İntraoperatif eksizyon görüntüsü (c) Eksizyon materyali (d) Postoperatif 1. yıl

P-123

Klasik Otoplasti Tekniği ile Posterior Bazlı Adipodermal Flep Kullanılan Otoplasti Tekniğinin Sütür Ekspozisyonu Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması

Furkan Çeştepe, Doğu Papatya, İsmail İnce, Murat Taş, Alper Yerlioğlu, Mehmet Ali Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye EAH, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Otoplasti, kepçe kulak deformitesinin cerrahi olarak düzeltilmesini amaçlayan estetik ve fonksiyonel bir cerrahi operasyondur. En yaygın kullanılan teknikler arasında Mustardé [1] ve Furnas [2] sütürleri ile uygulanan alışılagelmiş teknikler bulunur. Ancak bu teknikte sütür ekspozisyonu, geç dönem komplikasyonlar arasında sıkça görülmekte ve estetik sonuçları olumsuz etkileyebilmektedir. Sütür materyalinin doğrudan cilt altına teması, zaman içinde erozyona ve ekspozisyona yol açabilmektedir. Posterior bazlı adipodermal flep tekniği [3], sütür hattını yumuşak doku ile örterek bu komplikasyonu önlemeyi hedefleyen bir tekniktir. Bu çalışmada, klasik otoplasti yöntemi ile adipodermal flep eklenmiş tekniğin sütür ekspozisyonu ve nüks üzerindeki etkileri karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

GİRİŞ

Otoplasti, kepçe kulak deformitesinin cerrahi olarak düzeltilmesini amaçlayan estetik ve fonksiyonel bir cerrahi operasyondur. En yaygın kullanılan teknikler arasında Mustardé [1] ve Furnas [2] sütürleri ile uygulanan alışılagelmiş teknikler bulunur. Ancak bu teknikte sütür ekspozisyonu, geç dönem komplikasyonlar arasında sıkça görülmekte ve estetik sonuçları olumsuz etkileyebilmektedir. Sütür materyalinin doğrudan cilt altına teması, zaman içinde erozyona ve ekspozisyona yol açabilmektedir. Posterior bazlı adipodermal flep tekniği [3], sütür hattını yumuşak doku ile örterek bu komplikasyonu önlemeyi hedefleyen bir tekniktir. Bu çalışmada, klasik otoplasti yöntemi ile adipodermal flep eklenmiş tekniğin sütür ekspozisyonu ve nüks üzerindeki etkileri karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Klasik teknikle ameliyat edilen 76 hastanın 6'sında (%7.9) sütür ekspozisyonu görülmüştür. Bu 6 ekspozisyonun 4'ünde monofilaman polipropilen sütür, 2'sinde ise PDS kullanıldığı tespit edilmiştir. Polyester sütür kullanılan hiçbir hastada sütür ekspozisyonu gelişmemiştir. Adipodermal flep uygulanan 38 hastanın hiçbirinde sütür ekspozisyonu veya nüks gelişmemiştir. Her iki grupta da majör komplikasyon olarak kabul edilen hematom, enfeksiyon ya da doku nekrozu görülmezken, minör cilt hassasiyeti dışında ek bulguya rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, posterior bazlı adipodermal flep uygulamasının klasik tekniğe kıyasla sütür ekspozisyonunu önlemede daha etkili olduğu gösterilmiştir. Klasik grupta %7.9 oranında ekspozisyon görülürken, flep grubunda hiç ekspozisyon izlenmemiştir. Özellikle monofilament polypropylene ve PDS gibi sütür materyallerinde ekspozisyon riski gözlemlenirken, polyester sütür ile bu komplikasyona rastlanmamıştır. Bu durum, hem kullanılan materyalin yapısıyla hem de sütür hattının yumuşak doku ile desteklenip desteklenmemesiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Posterior bazlı adipodermal flep uygulaması, sütür hattı üzerine sağlam, vaskülarize bir örtü sağlayarak ekspozisyonu engellemekte, aynı zamanda estetik stabiliteyi artırmaktadır. Literatürde de benzer flep tekniklerinin özellikle kalın ve non-absorbe sütürlerin neden olduğu cilt erozyonunu engellediği gösterilmektedir [4, 5].

SONUÇ

Adipodermal flep uygulaması, otoplastide sütür ekspozisyonunu önleyici etkisiyle dikkat çekmektedir. Bu çalışmada, klasik yöntemle yapılan otoplastilere göre komplikasyon oranının anlamlı şekilde azaldığı gösterilirken, özellikle monofilament polypropylene ve PDS gibi sütürlerin kullanıldığı vakalarda flep desteği, komplikasyonların önlenmesi açısından önerilmektedir. Cerrahi süreci uzatmayan, güvenli ve etkili bu teknik, klasik otoplastiye tamamlayıcı bir uygulama olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

1. Mustardé JC. The correction of prominent ears by buried sutures. Br J Plast Surg. 1963;16:170-4.

2. Furnas DW. Correction of prominent ears by concha-mastoid sutures. Plast Reconstr Surg. 1968;42(2):189-93.

3. Saylan C, Kayahan B, Demir E, et al. A novel technique for reducing suture extrusion in otoplasty: the adipodermal flap. Aesthetic Plast Surg. 2021;45(1):159-65.

4. Tan O, Bayar S, Demir B, et al. Effectiveness of fascial flaps in preventing suture complications in otoplasty. J Craniofac Surg. 2019;30(3):805-8.

5. Ulusoy MG, Eryilmaz T, Kulahci Y. Suture extrusion in otoplasty: a comparative study of different suture

materials. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2022;75(4):1234-9.

Anahtar Kelimeler: Adipodermal Flep, Otoplasti, Sütür Ekspozisyonu

P-124

VÜCUT GELİŞTİRMENİN BEKLENMEYEN KOMPLİKASYONU: STRİAE DİSTANSEA Olgu Sunumları

Selma Sönmez Ergün, Joshgun Kasımov, Salih Sefa Yüce, Fatih Osman Demir, Leo Can Mazlum

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi-İstanbul

GİRİŞ:

Stria distensae (SD), özellikle kadınlarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en yaygın kozmetik sorunlardan biridir. SD'nin oluşma nedenleri arasında obezite, gebelik, ergenlik dönemi, yüksek kortikosteroid düzeyleri, endokrin bozukluklar ve genetik yatkınlıklar yer almaktadır (1).

SD tedavisi, özellikle Striae albae (SA, SD'nin son evresi) için hala büyük zorluklar içermektedir. Tretinoin, FrCO2 lazer, Er: YAG lazer, radyofrekans ve mikroiğneleme, SD tedavisi için kullanılan yöntemlerdendir. Kombine tedavi genellikle tekli tedaviden daha etkili olmaktadır (2).

Spor ve diğer fiziksel egzersizleri yoğun olarak yapanlar, anabolik-androjenik steroidleri ve/veya diyet takviyelerini kullandıklarında cilt sağlığını etkileyen problemler ortaya çıkabilmektedir (2).

Bu çalışmada vücut geliştirme ile uğraşan ve gövdelerinde SD gelişimi olan 2 ergen erkek olgu sunulmaktadır.

Gereç-Yöntem:

18 ve 19 yaşındaki 2 ergen olgu gövdelerinde gelişen çizgi şeklindeki izlerden şikayetle baş vurdular. Yapılan muayenelerinde; olguların her ikisinde de pektoral bölge-omuz bileşkesi ile omuz bölgelerinin medyalinde kimi solmuş, kimi kırmızımsı mor renkli, uzunlukları ve genişlikleri değişiklik gösteren çok sayıda strialarının olduğu görüldü. (Fig. 1a,c,d,e,f,g,h) 19 yaşında olan olguda ise bu bulgulara ek olarak her iki uyluğun üst lateral kısımlarında solmuş striaların (SA) olduğu görüldü (Fig. 1b)

Hikayelerinde 2 yıldır vücut geliştirme ile uğraştıklarını ve diyet takviyeleri (Hardline Progainer 1x1, Trec DAA Ultra 1x1) kullandıklarını belirttiler.

Olgulara konservatif olarak yaklaşılıp laser tedavisine yönlendirilmeleri uygun görüldü.

TARTIŞMA:

Anabolik-androjenik steroid (AAS) kullanımı vücut geliştirme, güreş, atletizm ve beyzbol gibi çok çeşitli sporlarda rekabet avantajı elde etmek isteyen sporcularca kullanılmaktadır. Anabolik androjenik steroidler, dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS), insan büyüme hormonları ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) gibi hormonal takviyeler piyasadan serbestçe temin edilebilmektedir (3)

Takviye alımının ardındaki hedefler ise sağlıklı yaşam tarzı, kas geliştirme, istemli kilo kaybı, egzersiz dayanıklılığının artması ve "Aestheticism" ise de genç hastaların çoğu dayanıklılıklarını artırmak için değil, daha çok kaslı bir görünüm kazanmak veya kilo vermek için takviye aldıkların belirtmektedirler (4).

Piyasada takviye amacıyla kullanılan, kas geliştirici özelliklere sahip olduğu iddia edilen çeşitli etken maddeler arasında peynir altı suyu proteinleri ve bitki bazlı proteinler (BCAA'lar) (lösin, izolösin ve valin), kreatin, beta-alanin, beta-hidroksi, beta-metilbütirat, L-karnitin, glutamin ve konjuge linoleik asit bulunmaktadır. Testosteronu artırdığını iddia eden etkenler arasında cüce palmiye, ashwagandha, çemen otu, D-aspartik asit ve Tribulus terrestris bulunmaktadır (4).

"Şişkin pazılar, sivilceli cilt ve tüysüz kafalar", uzun süre peynir altı suyu proteini kullananlarda görülen belirtilerdir (4,5).

Yüksek peynir altı suyu proteini alımı sıçanlarda lipid hidroperoksitleri ve ileri oksidasyon protein ürünlerini artırdığı gibi, karaciğer enzimlerini de yükseltmektedir. Bu nedenle gelişen aknelerin tedavisinde izotretinoin ve tetrasiklinler gibi hepatotoksik ilaçların eş zamanlı kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır (4,6).

Anabolik hormon tepkisi, yani büyüme hormonu seviyelerinin artması, kas yapımından sorumlu olan insülin, IGF ve testosteron da stria distensae, artan enfeksiyon riski, diş eti hipertrofisi ve hepatik enzim yüksekliğine bağlı sarılığa neden olabilmektedir (4).

Ne yazık ki, kas geliştirici takviyelerin %89,1'inde yasaklı steroid benzeri bileşenler veya sentetik steroidlerle karıştırıldığı tespit edimiştir (7).

Testosteron güçlendiriciler ve oral DHEAS reçetesiz olarak serbestçe temin edilebilmektedir.

Besin takviyelerine eklenen yardımcı maddelerin ürtiker, ilaç döküntüleri ve anafilaksiye neden olduğu bilinmektedir. Bazı takviyelerin yol açtığı böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği ve psikotik atak vakaları da görülmüştür, ancak bu takviyeler piyasada kalmaya devam etmektedir (8).

Çocuklarda ve gençlerde ergojenik yardımcıların farmakokinetiği yeterince anlaşılmamıştır. Genç yetişkinler ve ergenler genellikle pazarlama ve tanıtım faaliyetlerine kanmaya yatkındırlar. Bu yaş grubundaki akran baskısı ve görünüm kaygısı, onları mantıksız takviyeler kullanmaya daha yatkın hale getirebilmektedir (4).

Ergojenik yardımcıların akılcı kullanımı, sağlık çalışanlarının karar alma süreçlerine daha fazla katılımıyla desteklenmelidir. İyileştirilmiş ve daha sıkı düzenlemeler, yan etkilerii ayrıntılı olarak açıklayan prospektüslerin eklenmesi, pazarlama sonrası gözetim programları ve kamuoyu farkındalığı yaratnak gerekmektedir. Hastalar eğitilmeli ve bilinçli karar almaya teşvik edilmelidir (4,9).

Kısıtlayıcı diyetlerin ve büyük ölçüde sosyal medya fenomenleri ve agresif pazarlamacılarca yönlendirilen düzensiz takviye kullanımının patlaması, klinisyenler için yeni bir halk sağlığı sorunları kümesi yaratmıştır (9).

Sistematik incelemeler, çevrimiçi diyet ve takviyelerle ilgili içeriğin önemli bir kısmının, özellikle moda diyetler, "detoks" rejimleri ve kanıtlanmamış "mucize" takviyeler için yanlış veya yanıltıcı olduğunu göstermektedir. Bu yanlış bilgiler, sosyal medya yankı odalarında daha da yaygınlaşıp fenomen odaklı eğilimlerin etkisiyle aşırı beslenme davranışlarını ve takviyelerin aşırı kullanımını normalleştirdiği ve hem dermatolojik toksisite hem de beslenme eksikliği sendromları riskini artırdığını göstermektedir (9).

Sonuç:

Yeni başlayan şiddetli akne, strialar, açıklanamayan alopesi veya virilizasyon belirtileri olan bir hastada vücut geliştirme takviyesi ve anabolik ajan kullanımı açısından tarama yapılması önerilebilir.

Besin takviyelerinin aşırı kullanımı, gizli katkı maddeleri ve yetersiz düzenlemeler, cilt, saç ve tırnak hastalıkları için gerçek riskleri oluştururlar. Çevrimiçi yanlış bilgi çağında, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının farkındalığını artırmak ve daha güçlü düzenlemeler ve sağlık okuryazarlığı için savunuculuk yapmak kritik bir önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Seirafianpour F, Sodagar S, Mozafarpoor S, Baradaran HR, Panahi P, Hassanlouei B, Goodarzi A.J. Systematic review of single and combined treatments for different types of striae: comparison of treatments. Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(11):2185-98. doi: 10.1111/jdv.17374.
2. Huang Q, Xu L, Wu T, Mu Y. New Progress in Therapeutic Modalities of Striae Distensae. Clin Cosmet Investig Dermatol 2022; 30:15:2101-115. doi: 10.2147/CCID.S379904.
3. Sagoe D, Molde H, Andreassen CS, Torsheim T, Pallesen S. The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. Ann Epidemiol. 2014;24:383-98.
4. Ambalal SM, Vyas HR. Cutaneous Side Effects of Sports Supplements. Indian Dermatol Online J. 2024; 28;15:293-6. doi: 10.4103/idoj.idoj_760_23.
5. Mehta Ambalal, Sujata R. Holistic approach to management of acne: Exploring the evidence. Clin Dermatol Rev 2023; 7:209-14.
6. Deminice R, Comparotto H, Jordao AA. Whey protein supplementation increases methionine intake but not homocysteine plasma concentration in rats. Appl Physiol Nutr Metab 2015; 40:46-50.
7. Tucker J, Fischer T, Upjohn L, Mazzera D, Kumar M. Unapproved pharmaceutical ingredients included in dietary supplements associated with US food and drug administration warnings. JAMA Netw Open 2018;1: e183337.
8. Navarro VJ, Khan I, Björnsson E, Seeff LB, Serrano J, Hoofnagle JH. Liver injury from herbal and dietary supplements. Hepatology 2017;65: 363-73.
9. Suarez-Lledo V, Alvarez-Galvez J: Prevalence of health misinformation on social media: systematic review. J Med Internet Res. 2021, 23:e17187.
10. Parga AD, Coven H. When Diet Trends Go Viral: Cutaneous Manifestations of Social Media-Driven Fad Diets and Supplements. Cureus 2025; 19:17 e86334. doi: 10.7759/cureus.86334

Anahtar Kelimeler: Striae distansea, vücut geliştirme, takviye kullanımı

Fgr.1a,b,c,d,e,f,g,h



Fig.1a: 19 yaşındaki olgunun iki taraflı omuz pektoral bölge bileşiminde mevcut olan kırmızı renkli çatlaklarının görünümü (striae rubrae), Fig.1b: Olgunun uyluk üst lateral bölgelerindeki beyaz renkli çatlaklarının görünümü (Striae albae), Fig.1c,d: Olgunun kırmızı renkli strialarının yakından görünümü, Fig.1e,f,g,h: 18 yaşındaki olgunun kırmızı renkli çatlaklarının görünümleri.

P-125
Meme Protezinde Dren Kullanımı

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Serkan Erbatur

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

Giriş:

Meme büyütme, en popüler estetik cerrahi işlemlerden biridir. Meme rekonstrüksiyonu prosedürlerinde daha düşük revizyon oranları ve daha yüksek hasta memnuniyeti ile ölçülen sonuçları iyileştirmek için plastik cerrahlar her zaman yenilikçi yollar ararlar. Her türlü meme rekonstrüksiyonunda, sıvı toplama ve seroma riskini en aza indirmek ve aynı zamanda doku muhalefetinin iyileşmesini sağlamak için drenajlar yaygın olarak kullanılır. Ameliyat sonrası seroma veya hematom gibi erken komplikasyonları önlemek için cerrahi drenler faydalı olabilir. Ortaya çıkan enflamatuar reaksiyonlar, kapsüler kontraktürün gelişimi için olası risk faktörleri olarak bildirilmiştir (1). Hematom veya seroma oluşumu ile iyileşme sürecinde periprostetik boşlukta aşırı sıvı toplanmasını önlemek için implant ceplerinin drenajı faydalı olabilir. Bununla birlikte, drenajların komplikasyonları önlemedeki rolü hala tartışmalıdır ve birçok cerrahın implant enfeksiyonu ile varsayılan korelasyon nedeniyle kullanımları hakkında endişeler mevcuttur. Bu çalışmada drenli veya drensiz yapılan implant bazlı çalışmaları gözden geçirmeyi ve seroma, hematom ve/veya enfeksiyon gibi erken- geç ameliyat sonrası komplikasyonları incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:

1 Ağustos 2022 ile 1 Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan meme protez vakalarında takiplere düzenli gelen 12 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 42 yaş; en düşük 26 yaş ve en yüksek 54 yaş belirlendi. Cerrahi öncesinde hastalara 2 g iv ikinci nesil doz sefalosporin (cezol) uygulandı. Genel anestestezi altında operasyona başlandı. Cerrahi bölge betadin ile hazırlandı. İnframamarian fold seviyesinden 4 cmlik insizyonlar açıldı. Hastalara cerrahi olarak protezler yerleştirildi. Tüm protezler subglandüler plana yerleştirildi. 6 hastaya intraop fazla kanama olması nedeniyle hemovak dren yerleştirildi. 6 hasta drensiz takip edildi. Hastalar postop iv antibiyotik ile takip edildi. Ortalama 3 gün yatış süresi izlendi.. Dren ile takip edilen hastalar 3-4 gün dren ile takip edildi. Postop takiplerde drensiz takip edilen hastaların 3’ ünde seroma ve hematom gözlendi. Dren ile takip edilen hastaların 1’ inde seroma geliştiği gözlendi. Seroma ve hematom gelişen hastalarda tedavi takiplerde protez iyilik halinde bir sorun gözlenmedi. Hastalardan 1 tanesi protez malpozisyonu sebebiyle tekrar opere edildi. Postop 1. ay -5 ay takiplerde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç:

Meme protez cerrahisinde dren kullanımının hematom ve seroma oluşumunu engelleyici özelliği bilinmekle birlikte; oluşabilecek revizyon cerrahilerin oranını azalttığı için maliyet düşürme konusunda anlamlı bir fark bulunmaktadır (2). Daha ileriye dönük ve geniş popülasyonda araştırma yapmak gerekir. Seroma birikimine neyin neden olduğunun patofizyolojisi iyi anlaşılmamış olsa da, drenler potansiyel olarak seromayı önler. Seroma oluşumu ultraasonografik görüntüleme veya Manyetik Rezonans görüntüleme ile tespit edilebilir. Vücudun aşırı hücre dışı sıvıyı yeniden emme yeteneği nedeniyle drenajlara ihtiyaç duyulmayabilir ancak bozulmuş vaskülarite ve hasarlı lenfatiklerin (yakın zamanda yapılan bir mastektomi),sızıntıya neden olduğu ve seroma ve hematoma neden olduğu bildirilmiştir. Drenaj yerleşiminin amacı; fazla sıvıyı boşaltmak, doku

muhalefetini teşvik etmek ve statik sıvının enfekte olma riskini azaltmaktır. Boşaltılmamış sıvı, meme hacmi ve turgorundaki indüklenen değişiklikler nedeniyle doku genişlemesini de zorlaştırabilir Bu sebeple kliniğimizde meme protezi sonrası uygun hastalarda dren ile takip uygun görülmüştür.

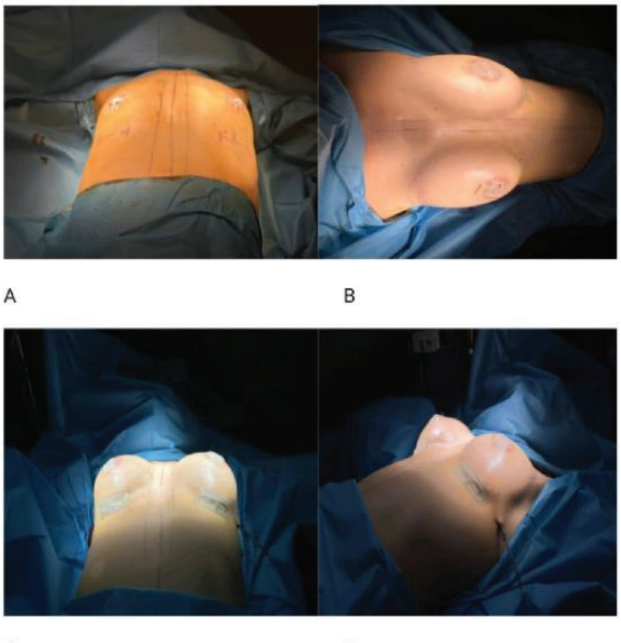
Referanslar:

1. Suction drains in aesthetic breast implant exchange are associated with surgical site infections: A retrospective cohort study Eran Hadad, Itay Wiser, Adaya Rosenthal, Geva Landau, Ella Ziv, Lior Heller

2. Shin BH, Kim BH, Kim S, Lee K, Choy YB, Heo CY. Silicone breast implant modification review: overcoming capsular contracture. Biomater Res. 2018 Dec 20;22:37. doi: 10.1186/s40824-018-0147-5. PMID: 30598837; PMCID: PMC6302391.

Anahtar Kelimeler: Augmentasyon, Dren, Meme, Protez, Seroma

Meme Protezi



A: Preop Görünüm B: Protez Sonrası C: Dren Yerleştirildikten Sonra D: Dren Yerleştirildikten Sonra

P-126

Meme Protezi Uygulanan Hastaların Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Berk Tahhan, Baran İşliyen, Mustafa Köse, Tuba Avcı, Volkan Özel, Serkan Erbatur

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

GİRİŞ:

Meme protezleri, hem estetik amaçlarla meme büyütme hem de onkolojik nedenlerle yapılan rekonstrüktif cerrahilerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Gelişen cerrahi teknikler ve protez teknolojilerine rağmen, uzun dönem sonuçlara ilişkin bazı komplikasyonlar ve hasta memnuniyeti hâlâ tartışma konusudur. Bu çalışmada, merkezimizde meme protezi uygulanan hastaların uzun dönem sonuçları, komplikasyon oranları ve memnuniyet düzeyleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem:

2015–2025 yılları arasında merkezimizde primer meme protezi uygulanan toplam 20 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalar estetik (n=12) ve rekonstrüktif (n=8) gruplara ayrıldı. Ortalama takip süresi 6.8 yıldı. Değerlendirmede kapsül kontraktürü, asimetri, protez yer değiştirmesi, enfeksiyon, revizyon cerrahisi gereksinimi ve hasta memnuniyeti gibi parametreler incelendi.

Bulgular:

Opere edilen hastaların tümü genel anestezi altında opere edildi. Tüm hastalara pürtüklü yüzeyi yuvarlak protez kullanıldı. Estetik grup hastalarda subglandüler (kas üstü) yerleşim tercih edilirken, rekonstrüktif grupta özellikle mastektomi sonrası dokusal destek az olduğu için subpektoral (kas altı) plan kullanılmıştır. Tüm hastalara operasyon öncesinde profilaktik amaçla intravenöz sefazolin uygulanmıştır. Ancak postoperatif antibiyotik kullanımı hasta bazlı belirlenmiş; radyoterapi öyküsü, revizyon cerrahisi veya uzun süreli dren varlığı gibi risk faktörleri olan hastalarda antibiyotik süresi uzatılmıştır. Kapsül kontraktürü oranı genel hasta grubunda %14.8 olup, estetik grupta %9.7, rekonstrüktif grupta %20.3 olarak saptandı. En sık karşılaşılan komplikasyon kapsül kontraktürü ve asimetriydi. Protez yer değiştirmesi %6.5, enfeksiyon oranı %3.0 olarak kaydedildi.Tüm grupta revizyon cerrahisi gereksinimi %18.4 idi. Komplikasyon gelişen hastalarda MR görüntülmesi ile tanı desteklendi.

TARTIŞMA:

Bu çalışmanın sonuçları, meme protezi uygulamalarının uzun dönem sonuçlarında estetik ve rekonstrüktif gruplar arasında belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir. Özellikle kapsül kontraktürü, protez cerrahilerinde en sık karşılaşılan uzun dönem komplikasyon olarak öne çıkmaktadır. Estetik grup hastalarında kapsül kontraktürü oranı %9.7 iken, rekonstrüktif grupta bu oran %20.3 olarak saptanmıştır. Bu farkın, rekonstrüktif gruptaki hastaların çoğunda mastektomi sonrası zayıf yumuşak doku kalitesi ve radyoterapi öyküsü bulunmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde de postmastektomi radyoterapisinin kapsül kontraktürü riskini belirgin şekilde artırdığı bildirilmektedir(1).

Revizyon cerrahisi gereksinimi, özellikle rekonstrüktif grupta daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, hem komplikasyon oranlarının artışı hem de meme simetrisi, kontur deformitesi gibi estetik beklentilerin daha zor sağlanması ile ilişkilidir. Estetik grup hastalarının beklentileri daha yüksek olmakla birlikte, elde edilen sonuçların genellikle memnuniyet verici olması ve daha az komplikasyon gelişmesi, bu grupta hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Anatomik (damla şeklinde) protezler ile yuvarlak protezler arasında komplikasyon oranlarında belirgin fark gözlenmemiştir; ancak hasta memnuniyeti yönünden estetik grupta anatomik protez tercihinin daha olumlu karşılandığı izlenmiştir(2).

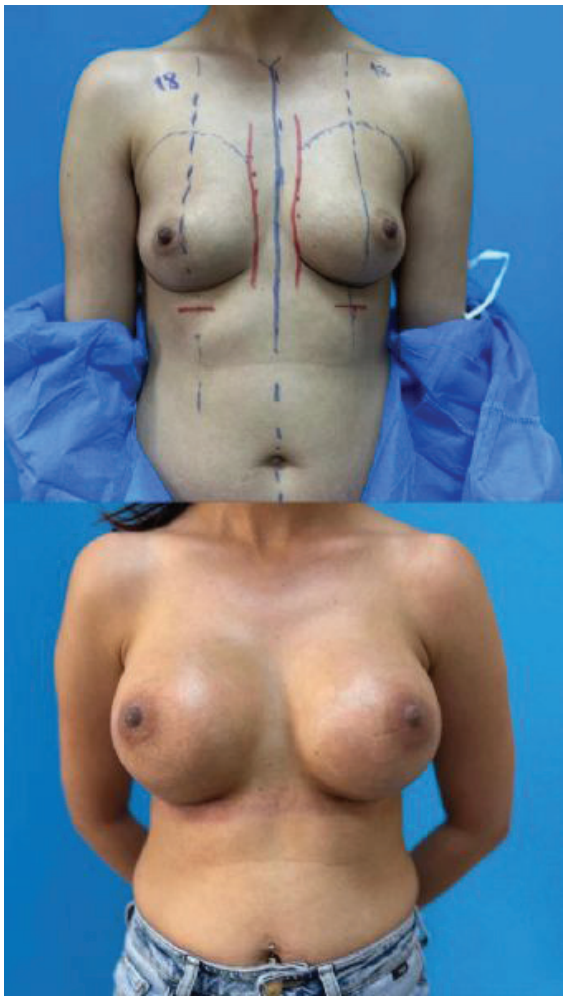
Uzun dönem başarıda cerrahın deneyimi, kullanılan teknik, protezin tipi, hastanın meme anatomisi, doku kalitesi ve postoperatif takip sürecinin etkinliği gibi birçok faktör rol oynamaktadır. Ayrıca, erken dönemde fark edilen komplikasyonların zamanında müdahale ile çözülmesi, protez kaybı ve revizyon oranlarını azaltabilmektedir.

Sonuç:

Meme protezi uygulamaları, gerek estetik gerekse rekonstrüktif amaçla yapıldığında yüksek memnuniyet oranlarına sahiptir. Ancak uzun dönem takiplerde kapsül kontraktürü ve revizyon cerrahisi gereksinimi dikkatle izlenmelidir. Hastaların multidisipliner şekilde değerlendirilmesi, uygun protez seçimi ve düzenli takip protokolleri ile uzun dönem sonuçlar daha da iyileştirilebilir. Özellikle rekonstrüktif grupta kişiye özel yaklaşımlar önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme, Protez, Augmentasyon

Meme Protez



P-127

Estetik Baldır İmplantasyonu Sonrası Gelişen Lenfödem: Bir Vaka Sunumu

Levent Demir, Anıl Demiröz

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

GİRİŞ

Estetik amaçlı baldır implantasyonu işlemleri son yıllarda yaygınlaşmıştır. İlk kez 1972 yılında silikon implantlarla uygulanmaya başlanan bu cerrahi yöntem, zaman içinde teknik gelişmeler ve implant materyallerindeki iyileşmeler sayesinde daha başarılı ve hasta memnuniyetini artıran sonuçlar vermektedir. [1]

Baldır implantları estetik faydalar sağlasa da, her cerrahi işlem gibi belirli riskler taşır. Literatürde en sık bildirilen komplikasyonlar arasında enfeksiyon, hematom, seroma, kapsüler kontraktür, sinir hasarı ve implant yer değişikliği yer almaktadır. Ancak, lenfödem gibi nadir görülen ancak işlevsel ve kozmetik açıdan önemli sorunlara yol açabilen komplikasyonlara yeterince dikkat çekilmemiştir. [2, 5].

Alt ekstremitelerde meydana gelen cerrahi işlemler sırasında lenfatik yapıların zarar görmesi, postoperatif lenfödem gelişimini tetikleyebilir. Baldır implantı cerrahisi sonrası böyle bir yan etki bildirilmiş olmasa da lenf damarlarının hasar görme ihtimali olduğundan böyle bir ihtimal düşünülebilir.

Bu olgu sunumunda, estetik amaçla bilateral baldır implantasyonu yapılan bir hastada postoperatif dönemde gelişen alt ekstremite lenfödemi ele alınmış olup literatürde böyle bir yan etki bildirilmemiş olmasına rağmen implant cerrahisinin nadir ancak önemli bir komplikasyonu olarak lenfödem riskine dikkat çekmeyi amaçladık.

VAKA SUNUMU

41 yaşında kadın hasta sağ bacağında şişlik şikayeti ile başvurdu. Hasta 15 yıl önce estetik amaçlı bilateral baldır is silikon implantasyonu ameliyatı geçirmiş. Cerrahi sonrası dönemde, özellikle ayakta kalmakla tetiklenen şekilde sağ yanlı alt ekstremitede aralıklı ödem şikayetleri başlamış. Ödem, elevasyonla kısmen gerilese de hiçbir zaman tamamen kaybolmamış.

Hasta bu süreçte kompresyon ve fizyoterapi tedavileri almış ama bir miktar düzelme olsa da yeterli düzelme gözlemlememiş.

Lenfosintigrafide sağ alt ekstremitede lenfatik obstrüksiyonu destekleyen bulgular saptandı. Venöz Doppler incelemede vasküler patolojiye rastlanmadı ve manyetik rezonans görüntülemede ise her iki kruriste submuskuler planda implant materyali ve sağ kruriste ödem dışında ek patolojiye rastlanılmadı.

Hastaya mevcut bulgular doğrultusunda bilateral silikon implant eksplantasyonu ve eş seans fizyolojik cerrahi seçenekleri önerildi. Hastanın talebi üzerine eksplantasyon sonrası fizyoterapi denenmesine karar verildi. Operasyon sırasında eski skar hatlarından insizyonlarla girilerek submuskuler plandaki implantlar ortaya kondu. Bilateral implantlarda kontraktür lehine bir bulgu gözlenmezken sol yanlı, lenfödemli olmayan taraftaki implantta rüptür saptandı. Bilateral implant eksplantasyon sonrasında operasyona son verildi. Operasyondan hemen sonrası lenfödem bandajı ile kompresyon tedavisi uygulandı. Operasyondan 1 hafta sonra da kompleks dekonjestif terapiye başlanıldı. Hastanın ileri kontrollerinde belirgin lenfödemde azalma ve şişlik şikayetlerinde azalma gözlendi.

TARTIŞMA

Estetik baldır büyütme uygulamaları, özellikle kas gelişiminin yetersiz olduğu bireylerde baldır konturunu

belirginleştirmek amacıyla tercih edilmektedir. Ancak bu girişimler her cerrahi işlemde olduğu gibi belirli komplikasyon riskleri taşır. Komplikasyonların türü ve sıklığı, büyük ölçüde implantın yerleştirildiği plana bağlı olarak değişmektedir.

De la Peña-Salcedo ve ark., 25 yıllık deneyimlerine dayanan çalışmalarında subfasyal planda yerleştirilen 126 implantta en sık görülen komplikasyonlar olarak seroma (%21.4) ve şiddetli postoperatif ağrı (%11.1) bildirmiş; geç dönemde ise implant yer değiştirmesi (%3.96), kapsüler kontraktür (%3.17) ve nadiren implant rüptürü (%1.58) gözlenmiştir. [6]

Buna karşılık, Andjelkov ve ark. 12 yıllık takipte 183 subfasyal implant vakasında seroma (%1.1), enfeksiyon (%1.6), implant yer değiştirmesi (%1.1) ve sinir irritasyonu (%1.6) gibi daha düşük oranlarda komplikasyonlar bildirmiştir [7]

Nitekim Melita ve Innocenti (2019),1498 hasta ve 2629 bacağın analiz edildiği geniş kapsamlı çalışmasında subfasyal yerleşim tekniğinin daha yaygın kullanılmasına rağmen %5,7'lik komplikasyon oranıyla en yüksek riske sahip olduğu vurgulanmıştır. Buna karşın, submusküler implant yerleşimi, daha invaziv bir yaklaşım olmasına rağmen yalnızca %0,92 komplikasyon oranı ile daha güvenli bir seçenek olarak değerlendirilmiştir.[1] Bu olguda submusküler implant yerleşimi olmasına rağmen bu komplikasyonun görülmesi şaşırtıcıdır

En sık bildirilen komplikasyonlar arasında kapsüler kontraktür, implant yer değiştirmesi, seroma, hematom ve enfeksiyon yer almaktadır. Özellikle kapsüler kontraktür ve implant migrasyonu, subfasyal tekniklerde belirgin şekilde daha fazla gözlenmiştir. Bu geniş ve kapsamlı çalışmada lenfödem gibi bir komplikasyondan hiç bahsedilmemiştir..

Literatürde doğrudan baldır implantları ile sekonder lenfödem arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, klinik gözlemler, implantın yanlış yerleşimi, doku içi yer değiştirmesi veya rüptürüne bağlı olarak gelişen inflamatuvar süreçlerin lokal lenfatik akımı bozabileceğini ve buna bağlı ödem gelişimini tetikleyebileceğini düşündürmektedir. Özellikle bu vakada olduğu gibi popliteal insizyonla girilen vakalarda, popliteal bölgenin hem yüzeyel lateral hem de derin lenfatiklerin ortak geçiş noktası olması nedeniyle, bu bölgedeki lenfatik yapılara zarar verme riski bulunmaktadır. Bu nedenle, bu tür bir girişim sonrasında gelişen lenfödemin etiyolojisinde cerrahi yaklaşımın da rolü olabileceği öngörülmektedir. Hastalara da bu riskler anlatılmalı ve aydınlatılmış onam formunda bulundurulmalıdır.

SONUÇ

Baldır implantı uygulanan hastalarda nadir de olsa lenfödem riski göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta bilgilendirilmesi aşamasında ve onam formlarında bu riskin varlığı göz önünde bulundurulması gereklidir.

Kaynakça

1. Melita, Dario, and Alessandro Innocenti. "Surgical calf augmentation techniques: personal experience, literature review and analysis of complications." Aesthetic Plastic Surgery 43.4 (2019): 973-979.

2. Carlsen LN, Voice SD (1991) Calf augmentation. In: Vistness LM (ed) Procedures in plastic and reconstructive surgery how they do it. Little Brown, chap 15, Boston

3. Carlsen LN (1979) Calf augmentation—a preliminary report. Ann Plast Surg 2:508–510

4. Valnicek V (1983) Erfahrungen mit Glicenstein-Wademprothesen. Annual Congress of the Swiss Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Switzerland

5. Von Szalay L (1985) Calf augmentation: anew calf prosthesis. Ann Plast Surg 75:83–87

6. de la Peña-Salcedo, Jose Abel, Miguel Angel Soto-Miranda, and Jose Fernando Lopez-Salguero. "Calf implants: a 25-year experience and an anatomical review." Aesthetic plastic surgery 36.2 (2012): 261-270.

7. Andjelkov K, Sforza M, Husein R, Atanasijevic TC, Popovic VM (2017) Safety and efficacy of subfascial calf augmentation. Plast Reconstr Surg 139(3):657e–669e

Anahtar Kelimeler: baldır implantı, estetik cerrahi, lenfödem

Pre-operatif, Per-operatif, Post-operatif Fotoğraflar



1-2: Pre-operatif Fotoğraflar 3-4: Post-operatif Fotoğraflar 5: Per-oparatif İmplantlar 6: er-oparatif İmplant Planı

P-128

Ring Otoprotez Redüksiyon Mammoplasti: Üst Pol Projeksiyonu ve Meme Şekillendirilmesi için Dairesel Dermoglandüler Otoprotez Flep Tekniği

Alpay Duran[1], Oğuz Çörtük[2], Hasan Buyukdogan[2], Sinem Eroğlu[2]

[1]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Özel Muayenehane, İstanbul

Giriş

Meme küçültme, dünya genelinde en sık uygulanan estetik cerrahi girişimlerden biri olup, gigantomastide fonksiyonel, estetik ve psikososyal faydalar sağlamaktadır. Bu operasyonlarda temel hedef meme hacminin azaltılması, meme başı–areola kompleksinin uygun anatomik konuma taşınması ve simetrinin sağlanmasıdır. (1)

Ancak literatürde tanımlanmış klasik tekniklerin önemli bir dezavantajı, ameliyat sonrası üst pol dolgunluğunun zamanla azalması ve "bottoming-out" deformitesinin gelişmesidir. Bu nedenle farklı otoaugmentasyon yöntemleri geliştirilmiş, dermoglandüler yada myodermaglanduler fleplerin üst pole transpoze edilmesiyle projeksiyonun korunması amaçlanmıştır. (2-5) Bu çalışmada, üst pol

projeksiyonunu artırmayı ve uzun dönem estetik sonuçları iyileştirmeyi hedefleyen farklı bir yaklaşım olan Ring otoprotez küçültme mammoplasti tekniği ve klinik sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem

Mayıs 2024 ile Mayıs 2025 tarihleri arasında redüksiyon mammaplasti uygulanan ve Ring otoprotez küçültme mammoplasti tekniği kullanılan (Fig. 1) toplam 28 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 43,5 (21–59 yıl) olup ortalama BMI değeri 28,7 kg/m² (24–35 kg/m²) idi. Preoperatif dönemde SN–NAC ve IMF–NAC mesafeleri ölçülerek kaydedildi, çıkarılan meme dokusu ağırlıkları not edildi. Olguların 21'inde süperomedial pedikül, 5'inde serbest meme başı grefti, 2'sinde ise superior pedikül redüksiyon mammoplasti tekniği kullanıldı. Tüm hastalar 4–12 ay süreyle takip edildi ve postoperatif dönemde üst pol dolgunluğu ve komplikasyon oranları değerlendirildi.

Cerrahi Teknik

Ameliyat öncesi işaretlemeler klasik Wise patern prensiplerine uygun olarak yapıldı ve NAC planlanan yeni seviyeye taşındı. Adrenalinli solüsyon infiltrasyonunun ardından insizyonlar gerçekleştirildi. Meme alt polü ve santral kısmından hazırlanan dairesel dermoglandüler flep, superior ve medial pollere ilerletilerek medial ve üst pol dolgunluğu oluşturmak amacıyla pektoralis majör kas fasyası üzerinde oluşturulan cebe ilerletildi. Bu flep halka biçimli bir yapı şeklinde çepeçevre 2/0 yuvarlak 12 adet PDS sütür ile kas fasyasına tespit edildi. Medial ve lateral pilar hatları kapatıldı, hemostaz sağlanarak hemovak drenler yerleştirildi. NAC uygun pedikül üzerine taşındı veya serbest greft olarak adapte edildi. Cilt kapatılması monokril sütürlerle tamamlandı.

Bulgular

Olguların preoperatif ortalama SN–NAC mesafesi 35,8 cm (28–42 cm), IMF–NAC mesafesi ise 16,2 cm (11–21 cm) idi. Ameliyat sırasında çıkarılan ortalama doku miktarı sağ memede 685 g (560–1120 g), sol memede ise 710 g (590–1180 g) olarak ölçüldü. Postoperatif 4. ayda ortalama SN–NAC mesafesi 22,9 cm (21–25 cm), IMF–NAC mesafesi 8,4 cm (7–11 cm) olarak saptandı. Üst pol dolgunluğu 21 hastada tam, 5 hastada orta düzeyde, 2 hastada ise hafif azalmış olarak değerlendirildi. Komplikasyonlar arasında 2 hastada yara iyileşmesinde gecikme, 1 hastada T bileşkesinde yüzeyel enfeksiyon ve 1 hastada parsiyel areola greft nekrozu izlendi.

Tartışma ve Sonuç

Ring otoprotez küçültme mammoplasti tekniği dairesel dermoglandüler flebin halka biçiminde üst ve medial pollere ilerletilmesini içermektedir. Bu sayede flebin bir protez gibi davranarak uzun dönemli projeksiyon sağlaması hedeflenmektedir. Çalışmamızda komplikasyon oranları düşük, üst pol dolgunluğu tatmin edici bulunmuştur. Özellikle gigantomasti olgularında serbest NAC greftiyle kombine edildiğinde bile üst pol desteğinin korunabilmesi tekniğin önemli avantajlarından biridir.

Ring Autoprosthesis Reduction Mammoplasty tekniği, meme küçültme cerrahisinde üst pol dolgunluğunu ve projeksiyonunu artırmak için güvenli, uygulanabilir ve estetik açıdan başarılı bir yöntemdir. Ayrıca medial dolgunluğda flep katkıda bulunmaktadır. Dairesel dermoglandüler flebin otoprotez şeklinde kullanılması sayesinde uzun dönem stabil sonuçlar hedeflenmiştir. Daha geniş seriler ve uzun dönem takiplerle bu tekniğin etkinliği ve kalıcılığı daha net bir şekilde ortaya konulabilecektir.

Kaynaklar

1-Aydin H, Tumerdem B, Onel D, Ozkan A.(2003)Reduction mamma- plasty using inferior pedicle technique combined with dermal suspension. Plast Reconstr Surg.111(3):1362-1363.

2-Yilmaz KB (2021) A modified superior pedicle mastopexy technique with an inferolateral-based auto augmentation flap. Aesth Plast Surg 45:884–892

3-Hammond DC, O'Connor EA (2014) The lower ısland flap transposition (LIFT) technique for control of the upper pole in circumvertical mastopexy. Plast Reconstr Surg 134:655–660

4-Graf RM, Mansur AE, Tenius FP, Ono MC, Romano GG, Cruz GA (2008) Mastopexy after massive weight loss: extended chest wall-based flap associated with a loop of pectoralis muscle. Aesth Plast Surg 32:371–374

5-Rubin JP, Khachi G (2008) Mastopexy after massive weight loss: Dermal suspension and selective auto-augmentation. Clin Plast Surg 35:123–129

Anahtar Kelimeler: otoprotez, otoagmentasyon, ring, üst pol, meme küçültme

Fig. 1



Dairesel otoprotez flebinin peroperatif görünümü

P-129

Dezepitelize Triangüler Overlap Flepleri ile Medial T Skar Uyluk Germe: T Noktası Komplikasyonlarının Azaltılması

Alpay Duran[1], Oguz Çörtük[2], Hasan Büyükdoğan[2], Sinem Eroğlu[2]

[1]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Özel Muayenehane, İstanbul

Giriş

Uyluk germe ameliyatı ilk kez 1957 yılında Lewis tarafından tanımlanmış ve geçen yıllar içinde komplikasyonları azaltmaya yönelik çeşitli modifikasyonlarla gelişmiştir. (1) Uyluk bölgesinde deri ve yumuşak doku fazlalığının miktarı ve dağılımına bağlı olarak vertical skar, H-skar, konsantrik medial skar, L-skar, T-skar, fasyal destekli teknikler ve Scarpayı içeren teknikler gibi farklı yaklaşımlar uygulanabilmektedir. Ancak tüm bu cerrahi ilerlemelere rağmen uyluk germe ameliyatları hâlâ yüksek komplikasyon oranları ile anılmaktadır. En sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında skar migrasyonu, yara ayrışması, enfeksiyon, hematom, lenfödem ve vulvar deformiteler yer almaktadır. (2-5) Özellikle T bölgesi; nem, hareket ve sürtünmenin etkisiyle yara iyileşmesinin en çok zorlandığı anatomik alanlardan biridir. Bu nedenle komplikasyon oranlarını azaltmak amacıyla çeşitli yeni cerrahi yöntemler geliştirilmiştir. Bu sunumda dezepitelize triangüler overlap fleplerinin T skar birleşim bölgesinde kullanımının komplikasyonlara etkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem

Ocak 2024 ile Ocak 2025 tarihleri arasında dezepitelize triangüler overlap fleplerinin kullanıldığı toplam 11 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. (Fig. 1)Hastaların yaş ortalaması 37,3 yıl (24–53 yıl) olup, ortalama vücut kitle indeksi 26,7 kg/m² (24–30 kg/m²) idi. Tüm hastalar postoperatif olarak 12 ay boyunca düzenli aralıklarla takip edildi. Takip süresince erken ve geç dönemde gelişen komplikasyonlar kaydedildi ve analiz edildi.

Bulgular

On bir hastanın 12 aylık takiplerinde majör komplikasyon gözlenmedi. Bir hastada seroma gelişti ve drenaj ile tedavi edildi. Bir başka hastada horizontal sütür hattında eritem saptandı, bu durum oral antibiyotik tedavisi ile tamamen düzeldi. Hiçbir hastada T bölgesi dahil yara ayrışması, ciddi enfeksiyon, skar migrasyonu, vulvar deformite görülmedi.

Tartışma ve Sonuç

Uyluk germe ameliyatları, özellikle T-point bölgesinde yüksek doku gerginliği, nemli ortam ve hareketin etkisi ile komplikasyon gelişimine eğilimlidir. Literatürde bu bölgedeki yara ayrışması, skar migrasyonu ve enfeksiyon oranlarının %20-58 e kadar çıkabildiği bildirilmiştir. (2-5) Serimizde kullanılan dezepitelize triangüler overlap flepleri, T-point hattında doku gerginliğini dağıtarak yara iyileşmesini desteklemiş ve komplikasyon oranlarını oldukça düşük seviyede tutmuştur. Serimizde hasta sayısı kısıtlı olsada iki minör komplikasyon gözlenmiş, majör yara ayrışması veya ciddi enfeksiyon gelişmemiştir. Bu bulgular, overlap fleplerinin güvenli, uygulanabilir ve komplikasyonları azaltıcı bir teknik olduğunu düşündürmektedir. Dezepitelize triangüler overlap fleplerinin uygulandığı T-skar uyluk germe tekniği basit bir teknik olmasına karşın, küçük vaka serimizde düşük komplikasyon oranları ile güvenli ve etkili bulunmuştur. Bu yöntem özellikle T-point bölgesinde gerginliği azaltarak yara ayrışmasını önleme potansiyeline sahiptir ve estetik sonuçları iyileştirebilir.

Kaynaklar

1-Lewis JR. The thigh lift. J Int Coll Surg 1957;27:330-4.

2-Bertheuil N, Watier E, Pechevy L, Chaput B. Medial thigh lift in the massive weight loss population: outcomes and complications. Plast Reconstr Surg 2015;136:110e-1e.

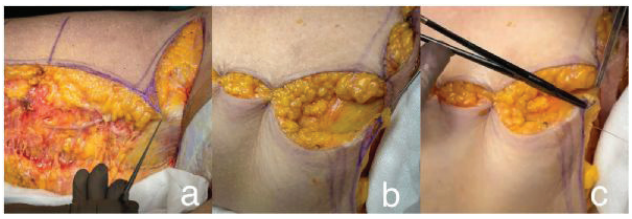
3-Gusenoff JA, Coon D, Nayar H, Kling RE, Rubin JP. Medial thigh lift in the massive weight loss population: outcomes and complications. Plast Reconstr Surg 2015;135:98-106.

4-Sisti A, Cuomo R, Zerini I, Tassinari J, Brandi C, Grimaldi L, et al. Complications associated with medial thigh lift: a comprehensive literature review. J Cutan Aesthet Surg 2015;8:191-7.

5-Le Louarn C, Pascal JF. The concentric medial thigh lift. Aesthetic Plast Surg 2004;28:20-3.

Anahtar Kelimeler: uyluk germe, T skar, triangular flep, medial skar, komplikasyon

Fig. 1



a-Anterior triangular flep b-Posterior triangular flep c-Dezepitelize triangüler fleplerin adaptasyonu

P-130

Alar Konkavitenin Düzeltilmesinde Turnover Flep Tekniği

Alpay Duran[1], Oguz Çörtük[2], Hasan Büyükdoğan[2], Sinem Eroğlu[2]

[1]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Özel Muayenehane, İstanbul

Giriş

Alar kıkırdak konkavitesi, estetik deformiteye yol açmasının yanı sıra eksternal nazal valv fonksiyonunu da olumsuz etkileyebilmektedir. Lateral kruranın klasik eksizyonu retraksiyon ve valv kollapsı gibi komplikasyonlara neden olabileceği için günümüzde kıkırdağın korunarak yeniden şekillendirilmesi daha çok tercih edilmektedir. Turnover flep tekniği, konkav segmentin ters çevrilerek destek ve kontur sağlaması ile öne çıkan bir yöntemdir.

Olgu Serisi

2015–2024 yılları arasında 25 hastaya (19 kadın, 6 erkek; yaş ortalaması 32,4 yıl) konkav alar kıkırdak turnover flep tekniği uygulandı. (Fig. 1)Tüm hastalarda açık rinoplasti yaklaşımı kullanıldı. Konkav segment disseke edilip ters çevrilerek konveks destek haline getirildi ve sütürle tespit edildi. Ek kıkırdak grefti gereksinimi olmadı. Ortalama takip süresi 18 ay (6–48 ay) idi.

Erken dönemde hastaların %88'inde eksternal valv açıklığı korunmuş, inspiryum sırasında kollaps gözlenmemiştir. Alar kontur simetrisi sağlanmış, estetik görünümde belirgin iyileşme kaydedilmiştir. Minör komplikasyon olarak 1 hastada uzun süreli ödem ve 1 hastada sütür reaksiyonu

izlenmiş, majör komplikasyona rastlanmamıştır. Revizyon gereksinimi yalnızca 1 hastada (%4) görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç

Daniel ve arkadaşları lateral krura alar ring anatomisinin fonksiyonel önemini vurgulamış, deformite düzeltiminde eksizyon yerine yeniden şekillendirme tekniklerini önermiştir (1). McCullough ve Fedok turnover flebi tanımlayarak bu yöntemin etkinliğini göstermiştir (2). Constantian ise eksternal nazal valv yetmezliğinin patofizyolojisi ve tedavisine dikkat çekmiştir (3). Bizim serimizde turnover flep ile ek greft kullanmadan hem fonksiyonel iyileşme hem de estetik simetri sağlanmıştır. Serimiz, konkave alar kıkırdak turnover flebinin alar konkavite ve eksternal valv zayıflığında güvenilir, komplikasyon oranı düşük ve doğal kontur sağlayan bir teknik olduğunu göstermektedir. Bu yöntem, estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin edici sonuçlarıyla etkili bir cerrahi seçenek sunmaktadır.

Kaynaklar

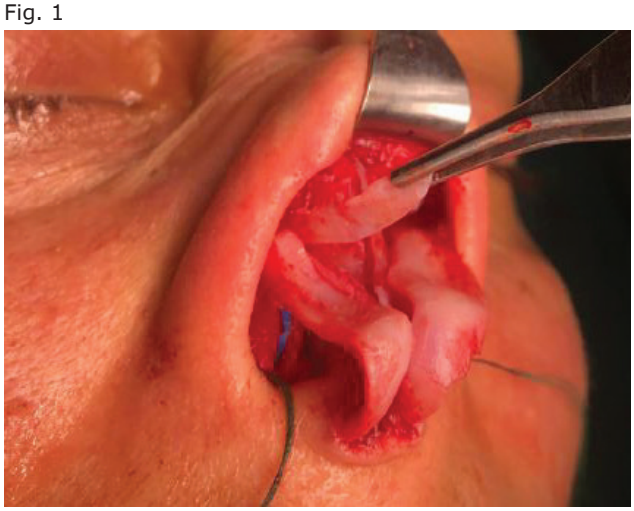
1.Daniel RK, Palhazi P, Gerbault O, Kosins AM. Rhinoplasty: The Lateral Crura–Alar Ring. Aesthetic Surg J. 2014;34(4):526-537.

2.McCullough EG, Fedok FG. The lateral crura turnover graft: correction of the concave lateral crus. Laryngoscope. 1993;103:463-469.

3.Constantian MB. The incompetent external nasal valve: pathophysiology and treatment in primary and secondary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 1994;93:919-933.

Anahtar Kelimeler: turnover flep, alar kıkırdak, rinoplasti, konkav

Fig. 1



Turnover Flap

P-133

Alt Dudak Rekonstrüksiyonu Sonrası Estetik, Fonksiyonel ve Duyusal Sonuçların Değerlendirilmesi: 2020–2025 Yılları Arasında 40 Hastalık Klinik Seri

Emre Saybaşı, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Harun Güleç, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş:

Alt dudak defektleri; tümör eksizyonları, travmalar veya enfeksiyonlar sonrası ortaya çıkan, estetik ve fonksiyonel açıdan önemli problemlere sebep olabilen defektlerdir. Bu defektlerin onarımında Karapandzic, Abbe, Estlander ve Bernard-Burow gibi lokal flepler sıklıkla tercih edilmektedir. Bu teknikler; tatmin edici doku benzerliği, güvenilir vaskülarite ve düşük donör saha morbiditesi ile öne çıkar. Bu çalışmanın amacı, lokal fleplerle alt dudak rekonstrüksiyonu uygulanan hastalarda estetik sonuçları, fonksiyonel sonuçları ve duyusal geri kazanımı objektif ölçümler ve hasta bildirimli ölçütlerle birlikte değerlendirmek ve farklı flep tekniklerinin bu parametreler üzerindeki performanslarını karşılaştırmaktır.

Yöntem:

Ocak 2020 – Ocak 2025 arasında kliniğimizde alt dudak defekti nedeniyle lokal fleple rekonstrüksiyon uygulanan 40 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş ortalaması 56,7±10,1 yıldı. Defekt nedenleri arasında malignite (%70), travma (%20) ve enfeksiyon (%10) yer aldı. Kullanılan flepler Karapandzic (n=13), Abbe (n=10), Bernard-Burow (n=9) ve Estlander (n=8) idi. Tüm hastalar en az 6 ay takip edildi.

Duyusal değerlendirme postoperatif 6. ayda statik iki nokta diskriminasyonu (2PD), hafif dokunma (Semmes-Weinstein monofilamentleri) ve termal algı testiyle yapıldı. Estetik değerlendirme, en az iki farklı plastik cerrah tarafından dudak simetrisi, kontur uyumu ve iz görünümü gibi kriterlere göre yapılarak sonrasında ortalaması alındı. Fonksiyonel kapasite, oral kontinans ve konuşma gibi parametrelerle değerlendirildi. Hasta memnuniyeti, FACE-Q anketinin "Satisfaction With Facial Appearance Overall" modülü ile ölçüldü.

Bulgular:

2PD testinde Karapandzic flebi en iyi sonucu verirken (7,2 ± 1,1 mm), Bernard-Burow flebi en düşük performansa sahipti (10,1 ± 1,8 mm). Hafif dokunma duyusunun tam geri döndüğü hasta oranı Karapandzic grubunda %100, Bernard-Burow grubunda ise %44,4 idi. Termal duyuda benzer sonuçlar gözlendi.

Estetik puanlar Karapandzic'te ortalama 8,9 ± 0,7 iken, Bernard-Burow'da 7,4 ± 1,1 olarak bulundu. Karapandzic ve Abbe gruplarında dudak simetrisi ve kontur daha başarılıydı. Fonksiyonel olarak Bernard-Burow grubunda sıvı/salıva kaçışı (%33,3) ve konuşma zorluğu (%22,2) gözlemlenirken, Karapandzic ve Abbe gruplarında bu sorunlara rastlanmadı.

FACE-Q skorları tüm gruplarda postoperatif dönemde anlamlı şekilde artarken, Karapandzic grubunda en yüksek artış izlendi (48,2'den 82,3'e). Bernard-Burow grubunda ise bu artış daha sınırlıydı (49,5'ten 70,8'e) ($p = 0,0021$).

Tartışma:

Alt dudak defektlerinin rekonstrüksiyonunda lokal flepler, hem estetik hem de fonksiyonel açıdan tatmin edici sonuçlar sunar. Bu çalışmada dört farklı flep tekniği karşılaştırılmış; Karapandzic flebinde, duyusal geri kazanım, estetik görünüm ve hasta memnuniyeti açısından en iyi sonuçlar gözlemlenmiştir. Abbe ve Estlander flepleri de orta

düzeyde duyusal ve estetik iyileşme sağlarken, daha geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda tercih ettiğimiz Bernard-Burow flebi hem duyusal geri kazanım hem de fonksiyonel yeterlilik açısından en düşük puanları almıştır. Bu durum, bu flebin daha invazif diseksiyon gerektirmesi ve sfinkter mekanizmasını bozma potansiyeliyle açıklanabilir. Estetik değerlendirmede Karapandzic ve Abbe flepleri dudak konturu ve simetrisi açısından başarılı bulunmuştur. Fonksiyonel olarak ise Bernard-Burow grubunda sıvı kaçışı ve konuşma bozukluğu daha sık gözlenmiştir. FACE-Q ile değerlendirilen hasta memnuniyeti sonuçları da objektif bulgularla paralel seyretmiş ve Karapandzic flebi en yüksek hasta memnuniyetini sağlamıştır.

Sonuç:

Alt dudak defektlerinin lokal fleplerle rekonstrüksiyonu estetik ve fonksiyonel açıdan başarılı sonuçlar sunmaktadır. Karapandzic flebi, duyusal, estetik ve hasta memnuniyeti yönünden en iyi sonuçları vermiştir. Bernard-Burow flebi büyük doku kayıplarında avantaj sağlasa da estetik ve fonksiyonel açıdan sınırlı kalmıştır. Flep seçimi yalnızca defekt boyutuna göre değil, hedeflenen duyusal, fonksiyonel ve hasta merkezli çıktılar doğrultusunda yapılmalıdır. Bu multidisipliner yaklaşım, cerrahi başarının yanı sıra hasta memnuniyetini de artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Abbe flebi, Alt dudak defekti, Karapandzic flebi, Estlander flebi, Bernard-Burow flebi, dudak rekonstrüksiyonu

Alt Dudak Tümör Eksizyonu Sonrası Gelişen Defektin Bilateral Karapandzic Flep ile Onarımı



Görselde, alt dudak yerleşimli malign bir lezyonun cerrahi eksizyonunu takiben, estetik ve fonksiyonel bütünlüğün yeniden sağlanması amacıyla gerçekleştirilen rekonstrüktif cerrahi sürecine ait dört farklı aşama (A–D) ardışık olarak sunulmaktadır. (A) numaralı görüntüde hastanın preoperatif görünümü izlenmekte olup, alt dudakta ülseratif ve infiltratif karakterde, malignite şüphesi uyandıran bir kitle mevcuttur. (B) aşamasında lezyonun cerrahi sınırları belirlenmiş, tam kat eksizyon uygulanmış ve rekonstrüksiyon için bilateral karapandzic flep tasarımı gerçekleştirilmiştir. (C) görüntüsü, erken postoperatif dönemi yansıtmakta olup, fleplerin başarıyla adapte edildiği ve sütür hattında belirgin komplikasyon gözlenmediği izlenmektedir. (D) aşamasında ise geç postoperatif döneme ait takip görüntüsü yer almakta; estetik olarak dudak konturunun sağlandığı, yara iyileşmesinin tamamlandığı ve oral açıklığın fonksiyonel olduğu görülmektedir.

Alt Dudak Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Flep Tipine Göre Klinik Sonuçların Değerlendirilmesi

Flep Tipi	2PD (mm)	Hafif Dokunma Duyusu (%)	Termal Algı (%)	Estetik Skor (0–10)	FACE-Q Skor Artışı (%)	Oral Kontinans Kaybı (%)	Konuşma Bozukluğu (%)	Dudak Kapanma Zorluğu (%)
Karapandzic	7.2	100.0	100.0	8.9	34.1	0.0	0.0	0.0
Abbe	8.4	80.0	90.0	8.3	28.5	0.0	0.0	0.0
Estlander	8.0	75.0	75.0	8.1	25.2	12.5	0.0	0.0
Bernard–Burow	10.1	44.4	77.8	7.4	21.3	33.3	22.2	22.2

Tercih Edilen Lokal Flep Tipine Göre Postoperatif Fonksiyonel ve Estetik Değerlendirme Sonuçları

P-134

Mandibulada Skuamoz Hücreli Karsinom Tedavisi Sonrası Oluşan Whistle(ıslık) Deformitesinin Dudak Rekonstrüksiyonunda Otolog Yağ Grefti Uygulanması: Vaka Raporu

Erhan Cahit Özcan[1], Şeyma Nur Bircan[1], İrem Semiha Köksaldı[1], Burak Turğut[1], Merve Güney[2]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrrahi Ana Bilim Dalı,Elazığ
[2]Fırat Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

Oral kavitenin skuamöz hücreli karsinomları (SCC'ler) sıklıkla mandibula veya maksillaya invazyon gösterir. Mandibulaya invazyon gösteren tümörlerin cerrahisi tümörün total eksziyonunu amaçlamanın yanı sıra postoperatif defekt yönetimini de içerir. Mandibula bütünlüğünün korunması işlev ve kozmetik açıdan hayati önem taşır.

Whistle deformitesi, tek taraflı veya çift taraflı dudak yarıklarının cerrahi olarak düzeltilmesinden sonra sık görülen bir sekeldir, ancak travma veya tümör eksizyonundan da kaynaklanabilir. Dudağın dikey uzunluğunda, lateral dudak segmentinde çıkıntı yapan, kesintiye uğramış bir orbicularis oris kası, vermilionun dikey skar kontraktürü ve/veya üstteki dokunun (deri altı yağ, vermilion ve labial mukoza) eksikliği olarak tanımlanır; böylece üst ve alt dudaklar bu bölgede birbirine değmez ve ıslık sesi çıkarır. Giderek daha gelişmiş cerrahi tekniklere rağmen, ıslık deformitesi genellikle cerrahi düzeltme gerektiren tekrarlayan bir sekonder deformite olmaya devam etmektedir.

Mandibula vestibüler sulkusta skuamöz hücreli karsinom tanısı alan hastanın tedavisi için yapılan iki kama rezeksiyonu sonucunda ıslık deformitesi gelişen 73 yaşında bir erkek hastayı içeren bir olgu sunulmaktadır. Hastanın ıslık deformitesinin tedavisi için alt dudağa sağ batın bölgesinden alınan otolog yağ grefti iki seans uygulandı. İki seans yağ grefti uygulanmasının ardından hasta genel sonuçtan memnun kaldı, ağız yeterliliğinde ve dudağın genel görünümünde belirgin bir iyileşme kaydedildi.

Sonuç olarak, whistle deformitesinin rekonstrüksiyonu için otolog serbest yağ greftleri, düşük komplikasyon oranına sahip güvenilir bir yöntemdir. Ayrıca, bu teknik birkaç kez uygulanabilir ve lokal anestezi altında ayaktan tedavi mümkündür. Rezorpsiyon oranı öngörülemez. Yaklaşık %30'luk bir fazla düzeltme yapılmalıdır. Gerekirse, en az 6 ay arayla birkaç otolog yağ nakli yapılmalıdır. Rezorpsiyon oranı, toplam hacim ve enjeksiyon kanalı başına hacimle birlikte artar. İki boyutlu analiz ve 3 boyutlu hacimsel değerlendirme içeren daha geniş çalışmalar yapılabilir.

Mevcut vaka, yağ transplantasyonunun, ıslık deformitesini düzeltmek ve hastanın sosyal hayatına özgüvenli bir şekilde devam edebilmesini sağlamak için uygun bir seçenek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: skuamöz hücreli karsinom, yağ grefti, whistle deformitesi

otolog yağ grefti uygulaması



mandibulada tümör eksizyonu sonrası whistle deformitesi gelişen hastaya otolog yağ greft uygulaması preoperatif ve postoperatif görüntüleri bir fotoğrafta kolajlanmıştır.

P-135

Zigomatik Ark Fraktürlerine Gillies Tekniği ile Uygulanan Kapalı Redüksiyonun Postoperatif Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Umut Tahsin Mafratoğlu, Hasan Murat Ergani, Burak Yaşar, Tibet Kaan Yolsal, Ramazan Erkin Ünlü

Bilkent Şehir Hastanesi,Plastik Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş

Zigomatik ark fraktürleri, yüz travmalarında sık karşılaşılan ve hem estetik hem de fonksiyonel sonuçlar açısından dikkatle yönetilmesi gereken kırıklardır. Klinik olarak; fasiyal asimetri, trismus, infraorbital sinir parestezisi, diplopi, enoftalmus ve nadiren proptozis gibi bulgularla prezente olabilirler.

Tedavi yaklaşımı, kırığın tipi ve deplasman derecesine göre değişkenlik göstermektedir. Özellikle izole ark fraktürlerinde, kemik segmentinin anatomik pozisyonuna yeniden yerleştirilmesi amacıyla Gillies temporal yaklaşımı gibi kapalı redüksiyon yöntemleri tercih edilmektedir. Alternatif olarak transoral (Keen) yaklaşım da literatürde tanımlanmıştır. Gillies yaklaşımı, temporal saç çizgisi kesisini, derin temporal fasya altındaki temporal kasın yüzeyine bir elevatör yerleştirmeyi ve elevatörü zigomatik arkın altına kaydırırak redüksiyonu sağlamayı içerir.

Bu çalışmanın amacı, izole zigomatik ark fraktürlerine Gillies tekniği ile uygulanan kapalı redüksiyonun postoperatif sonuçlarını değerlendirmek ve yöntemin etkinliğini ve sınırlılıklarını tartışmaktır.

Yöntem

Bu çalışma kapsamında, 2024 yılı içerisinde kliniğimizde Gillies tekniği ile tedavi edilen 15 izole zigomatik ark fraktürü olgusu retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar, postoperatif 2. hafta ve 2. ayda değerlendirilmiştir. Tüm olgularda preoperatif ve postoperatif olarak; fasiyal asimetri, konjonktival hiperemi ve periorbital ekimoz, infraorbital sinir muayenesi (duyu değerlendirmesi), trismus, diplopi, enoftalmus ve proptozis varlığı araştırılmıştır. Estetik memnuniyet, subjektif değerlendirme ve Vancouver Skar Skalası kriterlerine göre analiz edilmiştir. Verileri analiz etmek için SPSS sürüm 18.0 kullanılmıştır.

Bulgular

Tüm olgular izole zigomatik ark fraktürü olup, tripod veya zigomatikomaksiller kompleks fraktürü saptanmamıştır. Çalışmaya toplam 15 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 35 idi. (min: 19 – maks: 62). Hastaların 10'u (%66,6) erkek, 5'i (%33,3) kadındı.

Preoperatif dönemde 9 hastada (%60) konjonktival hiperemi gözlenmiş olup, postoperatif 2. ayda tümünde tamamen düzelme sağlanmıştır. İki hastada (%13,3) periorbital ekimoz mevcuttu ve postoperatif 2. haftada gerilemiştir. Altı hastada (%40) preoperatif fasiyal asimetri saptanmış, postoperatif 2. haftada bu durum tümünde düzelmiştir. Infraorbital sinir muayeneleri tüm hastalarda pre ve postoperatif olarak doğaldı. İki hastada (%13,3) geçici trismus saptanmış, bu bulgu da postoperatif 2. haftada tamamen gerilemiştir. Postoperatif 2.ayda yara yeri kozmetiği ve subjektif estetik memnuniyet değerlendirmesinde, hastalar ortalama 10 üzerinden 10 puan vermiş; hiçbir hastada rahatsız edici skar izi bildirilmemiştir. Vancouver Skar Skalası'na göre tüm hastalarda skar puanı 0 olarak belirlenmiştir. Hiçbir hastada okülokardiyak refleks veya kas iskemisine işaret edecek acil girişim gerektiren bir bulguya rastlanmamıştır.

Tartışma

İzole zigomatik ark fraktürlerinde, zigomatikosfenoidal sütürün etkilenme olasılığı düşük olduğundan diplopi gibi semptomların görülmesi beklenmez. Çalışmamızda bu durum literatürle uyumlu olarak saptanmıştır. Aynı şekilde, enoftalmus veya proptozise yol açacak ölçüde deplasman izole ark fraktürlerinde nadirdir; çalışmamızda bu bulgulara rastlanmamıştır. Zigomatik arkın masseter ve temporal kas ile yakın anatomik ilişkisi nedeniyle, iki hastada gelişen geçici trismus bu ilişkiye bağlanmaktadır.

Gillies yaklaşımı; minimal invaziv oluşu, komplikasyon oranının düşük olması, cerrahi sürenin kısa olması ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar sunması nedeniyle izole zigomatik ark fraktürlerinde tercih edilen güvenli bir yöntemdir. Ancak, çok parçalı ya da ileri derecede deplase fraktürlerde sınırlı görüş alanı nedeniyle yetersiz kalabilir. Bu gibi durumlarda koronal, üst bukkal sulkus veya üst palpebral yaklaşımlar ile açık redüksiyon ve rijit fiksasyon teknikleri tercih edilmelidir.

Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda Gillies yöntemi, izole zigomatik ark fraktürlerinde güvenli, etkin, hasta memnuniyeti yüksek ve kozmetik olarak tatmin edici sonuçlar sunan bir kapalı redüksiyon yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Uygun hasta seçimi ve doğru endikasyon ile başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gillies Tekniği, Kapalı Redüksiyon, Zigomatik Ark Fraktürü

Preoperatif ve Postoperatif Değerlendirme



İzole zigomatik ark fraktürü olan bir hastamızın preoperatif insizyon yeri ve malar depresyon, Aynı olgunun postoperatif 2.ay fotoğrafları

Preoperatif Bulgular

Preoperatif Bulgular	Hasta Sayısı(n)	Yüzde (%)
Konjuktival hiperemi	9	60
Periorbital ekimoz	2	13,3
Yüz asimetrisi	6	40
İnfraorbital sinir hasarı	0	0
Trismus	2	13,3
Diplopi, enoftalmus, proptosis	0	0

Çalışmaya Alınan Hastalarımızın Preoperatif Bulgularının Özeti

P-136

Ergenlik Öncesi Mandibula Fraktürü Onarımlarında Dentisyonun Geç Dönem Değerlendirilmesi

Kemal Zorlu, Hasan Murat Ergani, Burak Yaşar,
Tibet Kaan Yolsal, Ramazan Erkin Ünlü
Bilkent Şehir Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Ankara

Giriş:

Pediatrik maksillofasiyal fraktürler, yetişkinlere oranla daha az görülür ve tüm maksillofasiyal travmaların %5'ini oluşturur. Mandibula fraktürleri,hastaneye yatırılan pediatrik travma hastalarında en sık görülen fraktürlerdir. Bu fraktürler, iskeletsel büyüme ve diş gelişiminin aktif olduğu bir dönemde oluşmaları nedeniyle uzun dönemli estetik, fonksiyonel ve gelişimsel komplikasyonlara neden olabilir. Özellikle ergenlik öncesi dönemde oluşan bu travmalar, mandibulanın büyüme merkezleri ile diş köklerini etkileyerek oklüzyon bozuklukları, yüz asimetrisi ve temporomandibular eklem disfonksiyonuna yol açabilir. Çocuklarda en sık görülen mandibula fraktürü kondil fraktürleridir. Mandibulaya gelen direkt travma kuvvetin proksimale iletimiyle kondil hasarına sebep olmaktadır. Kondil boynunun kansellöz içerik miktarının fazla olması da kondil bölgesinde diğer bölgelere göre daha fazla kırık görülmesine neden olur. TME içeren yaralanmalar büyüme bozukluğu yüz asimetrisi, maloklüzyon, sınırlı ağız açıklığı gibi komplikasyonlara neden olabilir. Tedavi mandibular büyüme ve dentisyon gelişimi ile ilgili endişeler nedeniyle yetişkinlerinkinden farklıdır. Pediatrik mandibula kırıklarında mümkün olduğunca non invaziv olarak tedavi edilmelidir. Kırığın tipine ve iskelet gelişiminin aşamasına göre kapalı redüksiyon ya da açık redüksiyonla tedavi yapılabilir. Çalışmamızın amacı, mandibula fraktürü onarılan 0–13 yaş arası hastalarda geç dönem dentisyonun; oklüzyon, diş sürme paterni, yüz simetrisi ve TME fonksiyonu açısından değerlendirilmesi ve bu konudaki gözlemlerimizi aktarmaktır.

Materyal-Metod:

Bu retrospektif çalışma, Haziran 2023 – Haziran 2025 tarihleri arasında izole mandibula fraktürü nedeniyle kliniğimize başvuran ve opere edilen 0–13 yaş arası toplam 20 hasta ile gerçekleştirildi. Yaşa ve fraktürün yerine göre imf,archbar veya plak vida kullanıldı.Çalışmaya, en az 6 ay izlenmiş, tam klinik ve radyolojik verileri mevcut hastalar dahil edildi.Hastalarda oklüzyon,diş sürme paterni,yüz asimetrisi,TME fonksiyonu değerlendirildi.

Sonuçlar:

Hastaların %60'ında(12 hasta) sınıf I, %25'unda(5 hasta) sınıf II, %15'unda(3 hasta) sınıf III oklüzyon izlendi.8 hastada(%40) bir veya daha fazla daimi dişte sürme gecikmesi, yer değişikliği veya malpozisyon görüldü.7 hastada ise(%35) klinik olarak belirgin yüz asimetrisi tespit edildi. Asimetri özellikle kondiler bölge fraktürü geçiren bireylerde daha sık gözlendi.4 hastada(%20) çene açıklığında kısıtlılık, deviasyon veya ağrı gibi TME disfonksiyon bulguları vardı. Krepitasyon veya çene kilitlenmesi ise saptanmadı.Özellikle daha küçük yaş hastalarda ve kondil fraktürü olan fraktürleri ileri derecede deplase olmayan hastalarda plak-vida yerine imf vidası veya archbar kullanılmış olup,diş büyümesi ve oklüzyon minimal şekilde etkilenmiştir.Simfizis,parasimfizis fraktürleri de eşlik eden hastalarda fraktür hattının diş köklerine uzanmasından veya onarım hattının diş köklerine gelmesinden dolayı diş sürme paternleri,diş dizilim ve pozisyonlarında bozulmalar daha sık görülmüştür. Pediyatrik mandibula fraktürleri onarımında olabildikçe minimal invaziv yaklaşmak,yaş ve diş gelişimini göz önüne

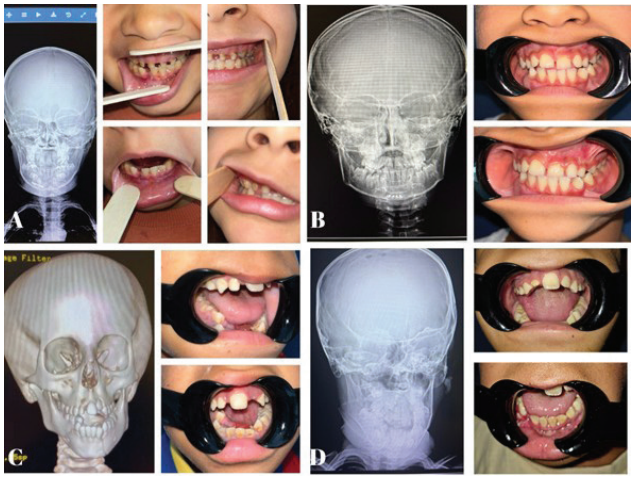
almak hastaların postop dönemde estetik ve fonksiyonel sonuçlarını olumlu şekilde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Dentisyon, fraktür, mandibula, pediyatrik

SONUÇLAR

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Oklüzyon	Diş Sürme Paterni	Yüz Asimetrisi	TME Fonksiyonu
1	3	K	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
2	3	E	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
3	4	K	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
4	5	E	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
5	6	E	Sınıf II	Diş sürmede gecikme	Mevcut	Doğal
6	6	E	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
7	7	K	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
8	7	K	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
9	8	E	Sınıf I	Malpozisyon	Yok	Doğal
10	8	E	Sınıf II	Diş sürmede gecikme	Yok	Doğal
11	8	E	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
12	9	E	Sınıf II	Diş sürmede gecikme,eksik diş	Mevcut	Doğal
13	10	E	Sınıf III	Malpozisyon	Mevcut	Kısıtlı
14	10	K	Sınıf II	Diş sürmede gecikme	Mevcut	Kısıtlı
15	10	E	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
16	11	E	Sınıf III	Malpozisyon	Mevcut	Kısıtlı
17	11	E	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
18	12	K	Sınıf II	Malpozisyon	Mevcut	Doğal
19	12	E	Sınıf I	Doğal	Yok	Doğal
20	13	E	Sınıf III	Doğal	Mevcut	Kısıtlı

PREOP-POSTOP



A.Sağ parasimfizis fraktürü onarılan 7yaş hastanın postop grafisi,preop ve geç dönem postop fotoğrafları,oklüzyonun tam olduğunun gösterilmesi(Angle sınıf I) B.Simfizis fraktürü onarılan 10yaş hastanın postop grafisi ve geç dönem fotoğrafları,sınıf 3 maloklüzyonunun ve dişler arası çapraşıklığın,sol alt kaninde malpozisyonun gösterilmesi C.Mandibula sağ korpus,sol parasimfizis fraktürü onarılan 9yaş hastanın preop 3D BT si ve fotoğrafları D. Hastanın geç dönem postop fotoğrafları,diş sürmede gecikme,eksik diş olduğunun gösterilmesi

P-137

Sol Alt Göz Kapağında Ektropion: Lateral Tarsal Stripleme Ve Skar Revizyonu

Feryal Tunç, Yusuf İnan Nakipoğlu, Mahmut Can Karatoprak, Muhammed Altuğ, Serkan Erbatur

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

GİRİŞ:

Göz kapakları, özgün anatomik yapıları ve göz küresini koruyucu fonksiyonlarıyla hayati öneme sahiptir. Bu anatomik bütünlüğün bozulması fonksiyonel olduğu kadar estetik sorunlara da yol açabilir. Göz kapağı defektleri; tümör cerrahisi, konjenital anomaliler ya da travma sonrası gelişebilir ve rekonstrüksiyonu aşamalı planlama gerektiren bir süreçtir.

Ektropion, göz kapağının serbest kenarının dışa dönmesiyle karakterize bir deformitedir. Oküler iritasyon, epifora,konjonktival ekspozisyon ve estetik bozukluklara yol açar. En sık alt kapakta görülür. Başlıca nedenleri involüsyonel, skatrisyel, konjenital, paralitik ve mekaniktir [1].

Tedavi cerrahidir. Skatrisyel ektropionlarda, kapak desteğinin artırılması ve skar dokusunun ortadan kaldırılması esastır. Lateral tarsal strip prosedürü, kapağın lateral desteğini yeniden sağlamak ve kapağı anatomik pozisyonuna getirmek amacıyla sık tercih edilen bir yöntemdir [2,3].

Olgu:

40 yaşında kadın hasta, 6 ay önce geçirdiği araç dışı trafik kazası sonrası sol alt göz kapağında gelişen skatrisyel ektropion, konjunktival ekspozisyon ve epifora şikayetleriyle başvurdu. Hastaya yapılan fizik muayenede lateral kantal tendon laksisitesi saptandı. Bu hastada cerrahi tekniğimizi belirleyen etkenler lateral kantal tendon gevşeklik ve alt göz kapağındaki cilt fazlalığı olup olmamasıydı. Cerrahi planlamada skar revizyonu ve lateral tarsal strip prosedürü tercih edildi. Hastaya subsilier insizyonla operasyona başlandı. Cilt-kas flebi kaldırıldı, skar dokusuna bağlı gelişen kontraksiyon bantları eksize edildi. Ardından lateral kantotomi uygulandı. Lateral kantal tendonun inferior krusu kesilerek lateral rime kadar diseksiyon yapıldı.

Anterior ve posterior lamella ayrıldı. Tendon splitize edildi. Tarsal plak boyunca insizyon yapılarak tarsal strip oluşturuldu. Bu strip kısaltıldı ve pupilin superior sınırı hizasında periosta 4/0 sütür ile tespit edildi. Cilt fazlası eksize edildi. Bu fiksasyonun yeteri yükseklikte olması ve yeterince posterior olması kantal malpozisyon gelişmemesi açısından önemlidir. Cilt flepleri uygun şekilde kapatıldı.

Postoperatif 3. haftada kapağın pozisyonu simetrik ve stabildi. Epifora tamamen gerilemişti ve takipte rekürrens saptanmadı.

TARTIŞMA-Sonuç:

Lateral tarsal stripleme, özellikle skatrisyel ektropion olgularında kapak desteğini artırarak hem fonksiyonel hem estetik açıdan başarılı sonuçlar vermektedir [4]. Bu teknik, kapağın lateral desteğini güçlendirirken aynı seansta skar revizyonunun da yapılabilmesi avantaj sağlar [5].

Cerrahi sürenin kısa olması, komplikasyon oranının düşük olması ve anatomik bütünlüğün geri kazandırılması bu yöntemin öne çıkan özelliklerindendir. Olgumuzda ameliyat sonrası sadece geçici hassasiyet ve lateral kantal açıda sekresyon gözlenmiş, bu bulgular kendiliğinden gerilemiştir.

Bizim sonuçlarımıza göre; lateral tarsal strip tekniği, özellikle lateral kantal laksisiteye bağlı ektropionlarda güvenli, kısa süreli ve etkili bir cerrahi yaklaşımdır.

KAYNAKLAR:

1. Dortzbach RK, Gonnering RS. Surgical management of cicatricial ectropion. Ophthalmology. 1981;88(3):246–51.

2. Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. Arch Ophthalmol. 1979;97(11):2192–6.

3. Shore JW. Management of eyelid malpositions. In: Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. 3rd ed. 2002.

4. Mauriello JA Jr, Pokorny K. Lateral tarsal strip with skin grafting for cicatricial ectropion. Am J Ophthalmol. 1996;121(2):220–6.

5. Kikkawa DO, Lemke BN. Cicatricial lower eyelid malposition: a clinical and histopathologic study. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 1995;11(3):182–9.

Anahtar Kelimeler: Ektropion, Göz kapağı rekonstrüksiyonu, Skar revizyonu, Tarsal stripleme

Preoperatif İntraoperatif ve Postoperatif Görüntüler



P-140
Le Fort Kırıklarının Cerrahi Yönetimi

Baran İşliyen, Berk Tahhan, Mustafa Köse, Volkan Özel, Serkan Erbatur

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

Giriş:

Maksillofasyal travmalar plastik cerrahların acil serviste sıklıkla karşılaştığı yaralanmalardır. Maksillofasyal travmalar motorlu taşıt yaralanmaları, darp, iş kazaları, yüksekten düşme gibi etiyolojik nedenlerle meydana gelebilmektedir (1). İzole maksillofasyal travmalar nadir olmamakla beraber sıklıkla multitravmatik bir hasta grubunu ihtiva etmektedir. Bu travmalar arasında kafa kaide kırıkları ve intrakraniyal kanamalar, spinal yaralanmalar, batın içi yaralanmalar ve ekstremite yaralanmaları bulunmaktadır. Hastaların değerlendirilmeleri sırasında ABC değerlendirilmelerinin ardından maksillofasyal travma dışı yaralanmalar açısından alert olunması gerekmektedir. Yüzde mukozalarda, dilde ve dişlerde meydana gelen yaralanmalar değerlendirilir. Aspirasyon açısından alert olunur. Eksik diş varsa dökümante edilir. Le Fort kırıkları özel bir maksiller kırık grubudur. Kırığın Le Fort kırığı olarak tanımlanabilmesi için pterigoid plateler boyunca uzanması gerekmektedir. Le Fort 1 kırıkları infraorbital rimlerin korunduğu alveoller ve orbital rimler arasındaki transvers seyirli kırıklardır. Le Fort 2 kırıkları infraorbital rimleri ve nazal kemiği içine alan kırıklar şeklindedir. Le Fort 3 ise zigomatik ark, orbita lateral duvarı ve nazofrontal bölgeyi içeren kırıklar olup kranyofasyal ayrışmanın izlendiği kırıklarıdır (2).

Bu çalışmamızda maksillofasyal travma çeşitlerinden biri olan Le Fort kırıklarına klinik yaklaşımlarımızı inceleyeceğiz.

Gereç-Yöntem:

Genel olarak acil servise başvurmuş ya da polikliniğe sevkedilmiş Le Fort kırığı bulunan hastaların değerlendirilmesinde fizik muayene yanı sıra detaylı maksillofasiyal muayene yapıldı. Beyin cerrahi, göz hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları konsültasyonlarının alınmasının ardından eşlik eden travmalar değerlendirildi. Mortal komplikasyonları olan hastalara gerekli müdahaleler acil serviste yapıldı. Operasyondan önce oklüzyonal değişiklikler özellikle değerlendirildi ve varsa duyu kusurları dökümante edildi. Mobilizasyon, oklüzyonal bozukluklar, bilgisayarlı tomografide deplase fraktürler olması, yüzde asimetri, zigomaksiller ve nazomaksiller butresslerin restorasyonu, maksilla genişliğinin ve yüksekliğinin sağlanması gibi durumlarda operasyon planlandı. Operasyonda intermaksiller fiksasyon ardından oklüzyonu sağlamak için rondeller takıldı. Le Fort 1 fraktürleri için sıklıkla üst jinjivobukkal sulkuslardan yapılan insizyon yeterli olurken lefort 2 ve 3 fraktürlerinde subsiliyer veya transkonjonktival yaklaşımla kombine edildi. Bazı Le Fort 3 kırıklarında koronal insizyon kullanıldı. Sonrasında uygun insizyonlar ve subperiostal diseksiyonlar ile fraktür hatlarına ulaşıldı, açık redüksiyon ve internal fiksasyon uygulandı. Kliniğimizde yukarıda bahsedilen yöntemler uygulanmaktadır. Postop dönemde 1. gün su ve şekerli su ve 1. ve 7. günler arasında R1 beslenme (berrak sıvı beslenme), 2 hafta R2 beslenme (çorba, yoğurt, puding gibi yumuşak gıdalar) ve ağız bakımı uygulandı. Baş elevasyonu, soğuk uygulama, uygun analjezi ve antibiyoterapi uygulandı.

Tartışma ve Sonuç:

Le Fort fraktürleri maksillofasyal fraktürler içindeki özel ve önemli bir grup fraktürdür. Le Fort fraktürlerinin iyi tanımlanması ve tedavisi meydana gelebilecek komplikasyonları azaltmada ciddi önem arz etmektedir. Meydana gelebilecek malunion, maloklüzyon, nazolakrimal

kanal yaralanması, rinore, otore, eşlik eden bir orbita taban fraktürü ya da menenjit gibi enfeksiyöz bir komplikasyon erken tanınmalı gereklilik halinde uygun konsültasyonlar yapılmalı ve tedavi edilmelidir (2,3). Özellikle oklüzyonda meydana gelebilecek en küçük değişiklikler hasta tarafından fark edilmektedir ve bu anlamda doğru oklüzyon sağlanması önemlidir. Hastanın ilk kez görüldüğü zamandan takiplerinin sonlandığı zamana kadar uygun tanı, tedavi ve takip iyileşmeyi maksimuma çıkaracaktır.

Kaynaklar:

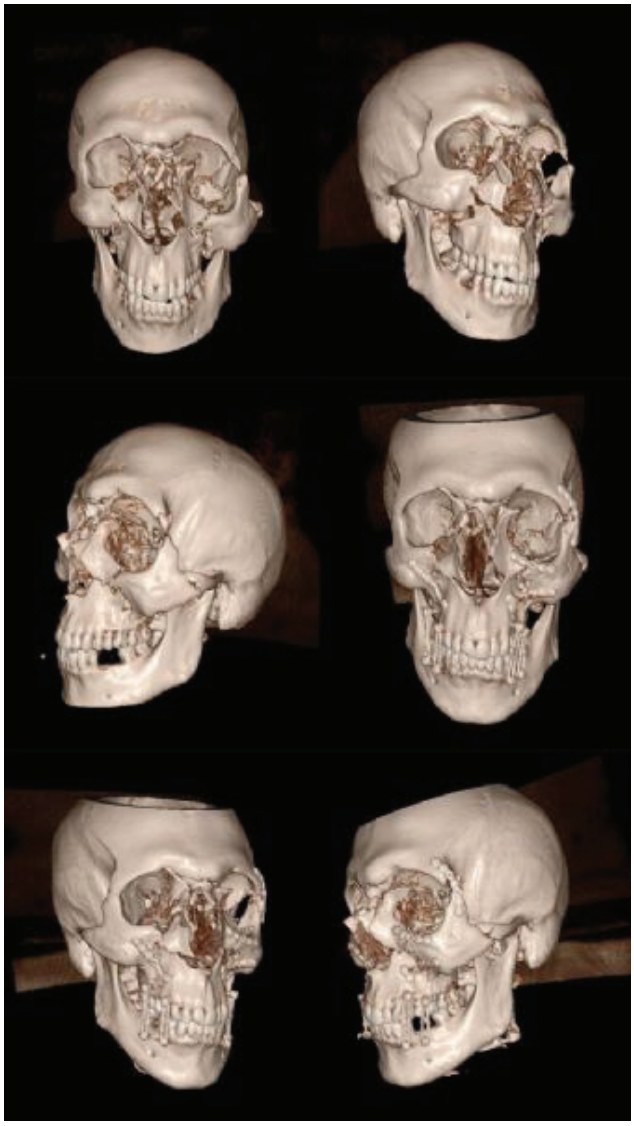
1-J Craniofac Surg. 2020 Oct;31(7):1920-1924. doi: 10.1097/SCS.0000000000006675.PMID: 32890151

2-Marc H. Hohman; Bhupendra C. Patel; Muhammed Vasim. StatPearls Publishing December 11, 2024.

3-Radiol Clin North Am. 2017 Jan;55(1):167-187. doi: 10.1016/j.rcl.2016.08.005.

Anahtar Kelimeler: İntermaksiller fiksasyon, Le Fort Kırığı, Maksillofasyal Fraktür

Le Fort Kırığı Tomografi Görüntüleri



P-141

Panfasial fraktürlere klinik yaklaşımlarımız

Muhammed Yasin Babacan, Perçin Karakol, Agit Sulhan, Muhammet Acar, Mesut Türk, Yasin Canbaz

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Panfasiyal kırıklar; orta ve alt yüz iskeletini eş zamanlı olarak etkileyen, genellikle yüksek enerjili travmalar sonrası gelişen kompleks yaralanmalardır [1,2]. Fonksiyonel ve estetik sonuçlar açısından anatomik redüksiyon, stabil fiksasyon ve yumuşak doku onarımı büyük önem taşır. Literatürde bu yaralanmaların yönetiminde "üst–orta–alt yüz" prensibine dayalı basamaklı cerrahi yaklaşımlar önerilmektedir [3–5]. Bu çalışmada, merkezimizde cerrahi olarak tedavi edilen panfasiyal kırık olgularının kırık paternleri, cerrahi yaklaşımları ve kullanılan fiksasyon materyalleri Materyal ve Metot

Bu retrospektif çalışmada, 18 Temmuz 2023 – 13 Haziran 2025 tarihleri arasında merkezimizde opere edilen panfasiyal kırık hastaları incelendi.

• Toplam hasta sayısı: 10
• Dahil edilme kriterleri: Panfasiyal kırık tanısı ile cerrahi olarak tedavi edilmiş olmak
• Veri kaynağı: Operasyon notları ve peroperatif kayıtlar
• İncelenen parametreler:
- Kırık tipleri ve dağılımı
- Cerrahi yaklaşım ve insizyonlar
- Kullanılan fiksasyon materyalleri
- Sinir korunması ve diğer peroperatif bulgular

Bulgular

Kırık dağılımı

• Le Fort II: 4 (%40)
• Le Fort III: 1 (%10)
• Mandibula fraktürü: 6 (%60)
• Parasimfizis: 5 (%50)
• Zigomatikomaksiller buttress: 8 (%80)
• Bilateral subkondil: 1 (%10)
• Nazo-orbito-etmoidal (NOE) fraktür: 1 (%10)
• Zigomatik ark fraktürü: 1 (%10)

Cerrahi yaklaşımlar
• Subsiliyer: 8 (%80)
• Gingivobukkal: 10 (%100)
• Kaş lateral: 5 (%50)
• Preaurikular: 1 (%10)
• Transkonjunktival: 1 (%10)
• Submental: 1 (%10)
• Gilles temporal: 1 (%10)

Kullanılan fiksasyon materyalleri
• Miniplak: %100
• Mikroplak: %40
• Vida (5 mm, 7 mm, EMG, 9 mm): %100
• İMF vidası: %30
• Arch bar: %10
• Rekonstrüksiyon plağı: %10

Peroperatif bulgular
• Mental sinir korunması: 4 hasta
• Infraorbital sinir korunması: 6 hasta
• Malunion onarımı: 1 hasta
• Mental sinir kesisi: 1 hasta
• Tarsorafi uygulaması: 1 hasta

Anahtar Kelimeler: Panfasial, yüz kırıkları, plak vida

P-142

Kraniyofasyal Yarıklar Başlığı Altında Görece Sık Görülen Fakat İnsidans Olarak Nadir Bir Olgu: Tessier No: 7

Bora Kocaoğlu, Mehmet Demir, Levent Demir, Emre Berk Bulut, Oğuzhan Keskin, Arjin Kaya, Yağmur Aydın

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

Giriş

Kraniyofasyal yarıklar nadir rastlanan konjenital anomalilerden olmakla beraber Tessier sınıflamasındaki 7 numaralı yarık, 5600 doğumda 1 insidans ile bu sınıflama içinde en sık görülenidir. Cinsiyet olarak 3/2 erkek predominansı mevcuttur. 7 numaralı yarığı tanımlayan terimler arasında hemifasyal mikrozomi, makrostomi, 1. ve 2. brankiyal arkus sendromu, oro-aural yarık gibi tanımlamalar da vardır. Bazı olgularda Goldenhar ve Treacher Collins sendromuna eşlik edebilir.

Teorik olarak embriyolojik dönemde mandibular ve maksiller proçeslerin yetersiz füzyonu sebebiyle olduğu düşünülür. Yarık genellikle oral komissür hizasında başlar, preauriküler saç çizgisi hizasında kulağa kadar uzanabilir. Genellikle masseter kasının ön sınırını geçmez. Kulakta preauriküler skin tag'den anotiyaya kadar farklılık gösteren anomaliler saptanabilir. Çoğunlukla aynı taraflı mandibula, maksilla, dil ve yumuşak damak hipoplastik izlenir. Yarığın kemik komponenti olarak zigomatikomaksiller kompleks, mandibula ramusu, temporomandibuler eklem ve zigomatikotemporal bileşke etkilenebilir. Bu da operatif süreci daha kompleks bir hale getirir.

Vaka Sunumu

3245 g ağırlığında, 50 cm boyunda, 38 haftalık gebelik sonucunda normal spontan vajinal doğum ile dünyaya gelen kız hasta, kraniyofasyal yarık ve sekonder inkomplet damak yarığı tanısını doğumunda almış. Hasta 12 aylıkken tarafımıza başvuruyor. Hastanın muayenesinde sağ taraflı oral komissür hizasından başlayan, sağ kulağın tragusuna kadar uzanan yarık saptandı. Oral komissür olması gerekenden yaklaşık 3 cm daha posterolateralde saptandı. Mandibula ramusu ve maksilla hipoplastik saptandı. Kulak anomalisi saptanmadı. Ağız içi muayenesinde sert damağa ulaşmayan Veau tip 1 ile uyumlu damak yarığı saptandı. Sağ yanlı yumuşak damak kasları lateral duvara yapışık olmayıp serbest olarak değerlendirildi. Hasta Tessier No. 7 kraniyofasyal yarığına ve sekonder inkomplet damak yarığına yönelik opere edildi. Hastanın V şeklinde, kuru-ıslak epitel sınırından insizyonla girilerek cilt, kas ve mukoza 3 ayrı katmana ayrıldı. Yeni oral komissür belirlendi. Anatomik planlara uygun olarak mukoza, kas ve cilt sütüre edildi. Hastanın sekonder inkomplet damak yarığı Sommerlad yöntemine uygun olarak onarıldı.

Tartışma

Damak yarıkları daha çok median ve paramedian kraniyofasyal yarıklarla gözükmesine rağmen, lateral orofasiyal bir yarıkla beraber görülmesi füzyon anomalilerinin birlikteğini, aynı Robin sekansındaki gibi mandibulanın ve maksillanın Tessier 7 numaralı yarıklarda da hipoplastik olmasını, embriyolojik dönemde dilin posterosuperiora hareketi nedeniyle palatal rafların birleşememesini akla getiriyor. Aynı zamanda olgumuzdaki hastanın sağ taraflı yumuşak damak kaslarının lateralde serbest olması da aynı teoriyi destekler nitelikte.

Sonuç

Tessier 7 numaralı kraniyofasyal yarıkların tedavisi, yarığın ciddiyetine göre birçok varyasyon göstermektedir. Sadece yumuşak dokuyu ilgilendiren defektlerde onarım görece daha az kompleksken, tabloya kemik yapıyı ve mikrotiya gibi kulak anomalilerini eklenince onarım oldukça kompleks bir hal alır. Kliniğimizde opere edilen Tessier 7 numaralı yarık sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Kaynakça

1. Bradley JP, Kawamoto HK Jr. Craniofacial clefts. In: Losee JE, Hopper R, Neligan PC, editors. Plastic Surgery. Volume 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery and Pediatric Plastic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p.747-774.

2. Hopper RA, Kapadia H. Embryology of the craniofacial complex. In: Losee JE, Hopper RA, Neligan PC, editors. Plastic Surgery. Vol. 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery and Pediatric Plastic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p.442-450.

3. Fernstrum C, Elver A, Hoppe I, Humphries L. Tessier craniofacial clefts. Clin Plast Surg. 2025 Apr;52(2):179-191.

4. Heng SSL, Ganandran T, Gan YH, Zain MAM, Basiron N, Sulaiman WAW. Surgical correction of Tessier cleft no. 7: A single center 18-year experience. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2023 Jul;85(8):1-9.

5. Bykowski MR, Losee JE. Cleft palate: Introduction. In: Losee JE, Hopper RA, Neligan PC, editors. Plastic Surgery. Vol. 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery and Pediatric Plastic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p.538-539.

Anahtar Kelimeler: Damak yarıkları, İnkomplet orofasiyal yarıklar, Kraniyofasiyal yarıklar, Kraniyofasiyal yarıklarla birlikte damak yarıkları, Tessier No. 7

Resim-1



Resim:1A-Preop sağ anterolateral poz, 1B-Postop 2. ay sağ anterolateral poz, 1C-Preop ağız içi fotoğrafı, 1D-Postop 2. ay ağız içi fotoğrafı

P-143

Adana'da Şiddetin Yüzü: Maksilofasyal travma

İbrahim Tabakan, Umut Dalgıç, Ömer Kokaçya,
Gazi Kutalmış Yaprak, Erol Kesiktaş
Çukurova Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi ABD

Giriş:

Maksillofasiyal travmalar, yüzün fonksiyonlarını (çiğneme, konuşma, görme, nefes alma) ve estetik görünümünü doğrudan etkileyen ciddi yaralanmalardır. Travmaların etiyolojisinde trafik kazaları, iş kazaları, spor yaralanmaları ve şiddet önemli rol oynamaktadır (Lee, 2009; Boffano, 2015). Özellikle darp, genç erişkin erkeklerde daha sık görülmekte ve genellikle mandibula gibi daha çıkıntılı anatomik bölgeleri etkilemektedir.

Türkiye'de şiddet, sosyoekonomik faktörler, kültürel etkenler ve alkol kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Adana gibi nüfusu yüksek ve kültürel çeşitliliğin fazla olduğu şehirlerde, şiddet kaynaklı travmaların sıklığının yüksek olması beklenmektedir. Bu çalışmada, Adana'da son üç yılda darp nedeniyle gelişen maksillofasiyal travmalar retrospektif olarak incelenmiş, epidemiyolojik özellikler değerlendirilmiştir

Olgu:

Üç yıllık süreçte incelenen 26 olgunun ortalama yaşı 29,1 yıl olup, olguların büyük kısmı genç erişkin yaş grubundaydı. En genç hasta 13, en yaşlı hasta ise 65 yaşında idi. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, olguların %96'sı erkek, yalnızca %4'ü kadındı. Kırık lokalizasyonları değerlendirildiğinde, en sık mandibula kırıkları görülmekteydi (%53,8). Mandibulayı orbita kırıkları (%19,2), zigoma kırıkları (%3,8) ve maksilla kırıkları (%3,8) izlemekteydi. Olguların %19,2'sinde ise birden fazla bölgeyi içeren veya atipik dağılım gösteren "diğer" kırık tipleri saptandı. Çalışmamıza konservatif yaklaşılan olgular dahil edilmemiş, yalnızca cerrahi tedavi uygulanan hastalar değerlendirilmiştir

Travmanın lokalizasyonu değerlendirildiğinde, en sık mandibula kırıkları ile karşılaşıldı. Özellikle parasymphysis, corpus ve angulus bölgesindeki kırıklar ön plandaydı. Bunun dışında daha az sıklıkla zigoma, orbita ve maksilla kırıkları saptandı. Mandibula kırıkları çoğunlukla darbenin doğrudan çene bölgesine yönelmesinden kaynaklanırken, zigoma ve orbita kırıklarının tek yönlü yumruk veya künt travmalarla ilişkili olduğu düşünüldü. Maksilla kırıkları ise daha nadirdi ve genellikle yüksek enerjili şiddetle ilişkiliydi.

Hastaların bir kısmında travmaya eşlik eden yumuşak doku laserasyonları, diş avulsiyonları ve orbital komplikasyonlar kaydedildi. Tedavi yaklaşımları değerlendirildiğinde, olguların büyük çoğunluğuna açık redüksiyon–internal fiksasyon uygulanmıştır.

Tartışma:

Bu çalışmada elde edilen bulgular, Adana'da darp sonucu gelişen maksillofasiyal travmaların daha çok genç erişkin erkeklerde görüldüğünü ortaya koymuştur. Literatürdeki diğer çalışmalarla benzer şekilde, mandibula kırıkları en sık karşılaşılan lezyon olmuştur (Brasileiro, 2006; Gassner, 2003). Mandibulanın anatomik olarak çıkıntılı ve zayıf bölgelerinin (parasymphysis, kondil) travmaya daha açık olması bu bulguyu desteklemektedir.

Zigoma ve orbita kırıkları ise daha çok tek yönlü darbeler veya künt travmalarla ilişkili bulunmuştur. Maksilla kırıkları daha nadir olup, genellikle yüksek enerjili şiddetle ilişkili olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda erkeklerin büyük çoğunluğu oluşturması, şiddetin toplumda daha çok erkekler arasında ve özellikle genç yaş grubunda ortaya çıktığını göstermektedir. Alkol ve madde kullanımının, düşük sosyoekonomik düzeyin ve sosyal faktörlerin bu tabloda rol oynayabileceği düşünülmektedir

Sonuç:

Maksillofasiyal travmalar Adana'da özellikle genç erkeklerde ve çoğunlukla darp sonrası gelişmektedir. Mandibula kırıkları en sık görülen travma tipidir ve çoğu cerrahi tedavi gerektirmektedir. Bu durum, şiddetin bölgede önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir. Şiddetle mücadele, toplumsal farkındalık ve önleyici sağlık politikalarının güçlendirilmesi gereklidir.

Kaynakça:

1. Lee KH. Interpersonal violence and facial fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2009;67(9):1878-1883.

2. Boffano P, et al. European multicenter study on maxillofacial trauma. J Craniomaxillofac Surg. 2015;43(1):62-70.

3. Brasileiro BF, Passeri LA. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: a 5-year prospective study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006;102(1):28-34.

4. Gassner R, et al. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9543 cases with 21067 injuries. J Craniomaxillofac Surg. 2003;31(1):51–

Anahtar Kelimeler: adana, darp, maksilofasyal travma

P-144

Geç dönem ekspoze mandibula plağı: Cerrahi tedavi mi, konservatif yaklaşım mı?

Mustafa Akyürek, Cemre Karahancı Esmer, Orhun Ali
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversite Hastanesi Plastik Rekontrüktif Estetik Cerrahi Kliniği

GirişMandibula kırıkları, maksillofasiyal travmalar içinde en sık görülen kırıklardan biridir ve tüm yüz kırıklarının yaklaşık %36'sını oluşturur [1]. Etiyolojide trafik kazaları, saldırılar ve ateşli silah yaralanmaları başta gelmektedir. Tedavi yaklaşımı hastanın genel durumu, kırık lokalizasyonu, deplase olması, oklüzyon bozukluğu ve eşlik eden yaralanmalara göre belirlenir. Stabil ve unstabilitesi minimal olgularda konservatif yöntemler (maksillomandibular fiksasyon-imf) tercih edilebilse de, fonksiyonel iyileşmenin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla çoğu olguda açık redüksiyon ve internal fiksasyon (ORIF) endikedir [2]. Metal plak ve vida ile yapılan fiksasyon, günümüzde mandibula kırıklarının standart tedavisidir. Bununla birlikte geç dönem komplikasyonlar arasında enfeksiyon, maloklüzyon, psödoartroz ve özellikle plak ekspozisyonu önemli morbidite nedenidir. Bu nedenle hasta bazlı olarak tedavi endikasyonlarının doğru belirlenmesi ve uzun dönem takipler kritik önemdedir [3].

Olgu Sunumu

• 52 yaşında, şizofreni tanılı, bakım evinde yaşayan adentiloz erkek hasta.

• 10 yıl önce ateşli silah yaralanması nedeniyle dış merkezde mandibula fiksasyonu yapılmış. Plak bir kaç yıldır ekspoze durumda olup ekspoze plak çevresinde kronik irritasyon bulguları, minimal enfeksiyon bulguları mevcut.

Ağız açıklığı 3 parmak ve günlük yaşantısında çene hareketleri problem yaratmayan hastaya uygun cerrahi operasyon ile plağı çıkarıldı. Erken postoperatif süreç ve yara iyileşmesi sorunsuz tamamlandı.

Tartışma

Mandibula defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan plaklar, uzun süreli kullanımda yumuşak doku desteğinin yetersizliği ve ağız içi mikroflora ile sürekli teması nedeniyle miniplaklara kıyasla daha yüksek ekspozisyon riski taşır. Literatürde rekonstrüksiyon plaklarının ekspozisyon oranları %10–30 arasında bildirilmiştir [1], [2]. Bu olguda hastanın şizofreni tanısı, bakım koşullarının yetersizliği ve uzun dönem takip eksikliği ekspozisyonu kolaylaştırıcı faktörler olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle rekonstrüksiyon plağı yerleştirilen hastalarda düzenli kontrollerin yapılması, yumuşak doku desteğinin korunması ve bakım koşullarının optimize edilmesi komplikasyonların önlenmesinde kritik önemdedir.

Tedavi kararı üç ana faktöre bağlıdır:

1. Hastanın sistemik durumu (bakım koşulları, sosyo-ekonomik durum, işbirliği düzeyi, şizofreni vs).

2. Ekspozisyonun süresi ve enfeksiyon varlığı.

3. Mandibula kaynamasının tamamlanıp tamamlanmadığı.

Cerrahi endikasyon:

- Kaynama sağlanmış ve plak artık biyomekanik olarak gerekli değilse plak çıkarılabilir.

- Tekrarlayan enfeksiyon, kronik irritasyon, sosyal fonksiyon kaybı varsa cerrahi tedvi düşünülmedilir.

Konservatif yaklaşım:

- Genel durumu zayıf olan, operasyon riski yüksek asemptomatik hastalarda düşünülebilir.

- Ancak uzun dönem takipte kronik irritasyon ve enfeksiyon riski yüksektir. Özellikle rekonstrüksiyon plakları, uzun dönem kullanımda yumuşak doku desteğinin yetersiz kalması ve kronik irritasyon nedeniyle ekspozisyona daha yatkındır.

Sonuç

Mandibula plak ekspozisyonunda hasta seçimi kritik önemdedir. Fonksiyonel iyileşme ve yaşam kalitesi göz önünde bulundurulduğunda, uygun olgularda cerrahi plak çıkarılması düşünülmelidir. Uzun dönem bakım gerektiren, sistemik ek hastalıkları olan hastalarda dahi cerrahi girişim konservatif yaklaşıma göre daha güvenli ve kalıcı sonuç verebilir.

Plak ekspozisyonunda tedavi yalnızca lokal duruma değil, hastanın genel sağlık, sosyal ve psikiyatrik özelliklerine göre planlanmalıdır.

Kaynak

[1] Kumar VV, Ebenezer S, Venkatesh V, Kumar BP. Complications of mandibular fractures in 225 patients: A retrospective study. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2020;78(6):933-939.

[2] Boffano P, Corre P, Righi S, et al. The European Maxillofacial Trauma (EURMAT) project: A multicentre and prospective study on 7051 patients. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2021;50(3):331-339.

[3] Alpert B, Tiwana P. Management of mandibular fractures. In: Neligan PC, Gurtner GC, editors. Plastic Surgery, 4th Edition, Volume 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery. Elsevier; 2017. p. 241-256.

[4] de Matos FP, Arnez MF, Sverzut CE, Trivellato AE. A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2010;39(1):10-15.

[5] Mukherjee S, McGurk M, Devine J, et al. Risk factors for complications after mandibular fracture treatment: findings from the UK and Ireland multicentre study. Oral Maxillofac Surg. 2022;26(4):511-518. doi:10.1007/s10006-022-01096-5

Anahtar Kelimeler: ekspoze plak, plak çıkarılması, mandibula kırığı, orif

preop



P-145

Spence Kuyruğunda İzole Rekürrens İle Seyreden Nipple Koruyucu Mastektomi: Nadir Lokalizasyonlu Bir Nüks Vakasının Sunumu

Fatih Alp Öztürk, Alper Geyik, Yunus Can Tokgöz, Safa Eren Atalmış, Fatih Berk Ateşşahin

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

GİRİŞ

Nipple koruyucu mastektomi(NKM) sonrası implant ile meme rekonstrüksiyonu, estetik ve psikolojik faydaları nedeniyle giderek daha fazla tercih edilmektedir. Ancak meme kanseri tedavisinde bu yöntemin nüks riskiyle ilişkisini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Prensip olarak, lokal nüksler meme derisinden veya göğüs duvarından kaynaklanır. Meme kanserinin nüks paternleri oldukça heterojendir. Lokal nüks(LR); ipsilateral meme başı-areola kompleksi (NCR), cilt/cilt altı dokular(SCR) veya göğüs duvarı(CWR) kaynaklı olabilir. Bölgesel nüks (RR), ipsilateral aksiller, supraklaviküler ya da internal meme lenf nodlarında metastatik odaklar olarak tanımlanır. Bu iki grup birlikte lokorejyonel nüks(LRR) olarak kabul edilirken, diğer alanlardaki nüksler uzak metastaz olarak değerlendirilir. Pektoralis major kasının anteriorundaki lezyonlar yüzeyel(deri veya deri altı) nüks, daha derin yapıları tutanlar ise göğüs duvarı nüksü olarak sınıflandırılır. Yüzeyel nüksler klinik olarak daha erken belirti verirken, derin yerleşimli rekürrensler implant, flep ya da kapsül gibi yapılar nedeniyle geç belirti verebilir ve tanısı gecikebilir.

Genel olarak, mastektomi sonrası en sık rekürrens mastektomi flebinin cilt veya cilt altı dokusunda görülür. Göğüs duvarı gibi daha derin yapılar ise daha nadir etkilenir. Rekonstrüksiyon uygulandığında cerrahi anatomide önemli değişiklikler olur; otolog doku veya protez materyali, mastektomi flepleri ile göğüs duvarı arasına yerleştirilir. Bu durum, nükslerin yerini saptamada zorluklara yol açabilir. İmplant bazlı rekonstrüksiyonun onkolojik güvenliğini inceleyen ilk çalışmalar, bu yöntemin sağkalım üzerinde olumsuz etkisi olmadığını göstermiştir. Ancak, göğüs duvarı nükslerinin kötü prognozla ilişkili olduğu ve erken tanının bu sonucu değiştirmediği varsayımıyla, bu çalışmalar genellikle nüks lokalizasyonuna odaklanmamıştır. Oysa farklı nüks bölgeleri farklı prognozlarla ilişkili olabilir. Lokal nükslerin çoğu cerrahi eksizyon ile tedavi edilmektedir. Bu bildiride, NKM sonrası nadir görülen bir lokalizasyon olan aksiller Spence kuyruğunda gelişen lokal rekürrens ve uygulanan cerrahi tedavi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

40 yaşında, premenopozal, 2 gebelik ve 2 canlı doğum öyküsü olan, toplam 48 ay emzirmiş, bilinen komorbiditesi ve risk faktörü bulunmayan kadın hasta, Eylül 2021'de sol meme üst-iç kadranda elle muayene sırasında fark ettiği cilt altı kitle nedeniyle dış merkeze başvurdu. Yapılan USG ve mamografide kitle BIRADS4C olarak değerlendirildi. Merkezimizde yapılan tru-cut biyopsiyle invaziv meme karsinomu tanısı kondu. Görüntülemelerle lokal ileri evre olarak değerlendirilen hastaya, Nisan 2022'ye kadar 4 kür neoadjuvan kemoterapi uygulandı. Ardından tamoksifen ve zoladex tedavileri başlandı. Tedavi sonrası kontrol MRG ve USG'de kitle boyutunda regresyon izlenmesi üzerine, 29 Haziran 2022'de vertikal skarlı mastopeksi insizyonuyla nipple koruyucu subkutan mastektomi planlandı. Areola altından inferior bazlı triangular adipodermal flep ve superior bazlı flep ile mastektomi flepleri eleve edildi. Tüm meme dokusu cilt altı yağ dokusundan ve pektoral kas üzerinden serbestlenerek çıkarıldı, mastektomi tamamlandı. Sol memeden 198 g glandüler doku eksize edildi. Sentinel lenf nodu biyopsisinde metastaz saptanmadı. Aynı seansta Mentor marka 550cc round ekspander, subpektoral planda oluşturulan poşa yerleştirilip dermal flebe süture edildi. Hemovac dren yerleştirildi. Postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmedi, hasta taburcu edildi. Nihai patoloji invaziv lobüler karsinom olarak raporlandı, sentinel lenf nodlarında metastaz saptanmadı. Postoperatif dönemde adjuvan 25 kür radyoterapi uygulandı. Ekspander 500 cc'ye kadar ekspanse edildi, takiplerde sorun izlenmedi. 30 Mart 2023'te yapılan ikinci seansta mevcut insizyon skar kullanılarak kapsülotomi yapıldı, ekspander ekstrakte edildi, yerine Motiva marka 475cc ERSC protez yerleştirilerek rekonstrüksiyon tamamlandı. Postoperatif erken dönemde komplikasyon gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Takipte, Ekim 2024'te hasta elle muayenede sol meme üst-dış kadranda kitle fark etmişti. MRG BIRADS4 olarak değerlendirildi. Tru-cut biyopsi sonucu invaziv meme karsinomu ile uyumlu raporlandı. 25 Ekim 2024'te önceki vertikal insizyon kullanılarak, aksiller Spence kuyruğundaki kitle ve nipple-areola kompleksi uygun cerrahi sınırlarla eksize edildi. Aynı seansta implant çıkarılıp kapsülektomi yapıldı. Protez intakt ve makroskopik olarak etkilenmemişti. Eksize edilen dokular patolojiye gönderildi. Erken postoperatif süreçte komplikasyon gelişmedi. Patoloji sonucu lokal rekürrens olarak raporlandı. Hasta halen düzenli takip edilmekte olup, güncel olarak nüks ya da komplikasyon saptanmamaktadır.

TARTIŞMA

Nipple koruyucu mastektomi (NKM), uygun hasta seçimiyle onkolojik güvenliği korurken estetik açıdan başarılı sonuçlar sunmaktadır. Literatürde NKM sonrası lokal rekürrensler sıklıkla nipple-areola kompleksi (NAC) ya da cilt altı dokularda tanımlanmıştır; ancak Spence kuyruğunda izole nüks oldukça nadirdir. Sunulan vakada, ameliyattan 21 ay sonra fizik muayenede saptanan kitle ile Spence kuyruğunda lokal nüks tanısı konmuştur. Bu durum, NKM uygulanan hastalarda uzun dönem fizik muayene ve görüntüleme ile dikkatli takip gerekliliğini ortaya koymaktadır. NKM ve implant rekonstrüksiyonu uygulanan hasta sayısındaki artış ve sağkalımdaki iyileşme göz önüne alındığında, lokal nüks olgularının sayısının artması beklenmektedir. Bu tür nükslerin yönetiminde cerrahi eksizyon temel onkolojik yaklaşımdır. Wu ve arkadaşlarının çalışmasında, NKM uygulanan 1705 hastanın %7,5'inde (n=128) rekürrens saptanmış, bunların %91'i (n=117) izole lokal nüks şeklindeydi. Bu olguların %41'inde NAC, %32'sinde cilt/cilt altı, %19'unda göğüs duvarı tutulumu saptanırken; %8,6'sında (n=11) lokorejyonel metastaz görülmüştür. Hiçbir hastada Spence kuyruğu yerleşimli metastaz bildirilmemiştir. Rekürrenslerin %73'ü aynı meme kadranında, %27'si farklı kadranlardadır.

Langstein ve ark. ise 39 hastada (%2,3) rekürrens rapor etmiş, %72'sinde cilt/cilt altı, %28'inde göğüs duvarı tutulumuna rastlamıştır. Metastaz oranı, yüzeyel rekürrenslerde %57 iken, göğüs duvarı rekürrenslerinde %91'e ulaşmış, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.04).

Petit ve ark.'nın 579 hastalık serisinde lokal nükslerin %75'i primer tümör alanında gözlenmiş; sadece birer hastada karşı kadran ve subklavikular bölgede rekürrens bildirilmiştir. Radyoterapi uygulanan alanlarda rekürrens izlenmemiştir.

SONUÇ

Spence kuyruğu gibi meme dokusunun periferik uzantıları, NKM sonrası rekürrens açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Bu olgu, implant rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda bile nüksün nadir lokalizasyonlarda gelişebileceğini, bu nedenle uzun dönem fizik muayene ve görüntülemelerle yakından takip gerekliliğini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Impact of Local Breast Cancer Recurrence on Reconstructed Breast in Nipple-Sparing Mastectomy with Immediate Reconstruction.

2. Breast cancer recurrence after immediate reconstruction: patterns and significance.

3. Nipple-sparing mastectomy: risk of nipple-areolar recurrences in a series of 579 cases.

Anahtar Kelimeler: Meme rekonstrüksiyonu, nipple koruyucu mastektomi, İmplant ile meme rekonstrüksiyonu, meme karsinomu lokal rekürrensi

Görsel 1



Görsel: Hastanın subkutan mastektomi öncesi preoperatif fotoğrafları

P-147

DIEP Tecrübelerimiz: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Retrospektif Analizi

Selahattin Galyan, Furkan Çeştepe, Burak Arkan, Larasu Yıldıran, Ahmet Kerem Kadıkıran, Sabri Öztürk

Şişli Etfal E.A.H, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Derin inferior epigastrik perforatör (DIEP) flebi, postmastektomi meme rekonstrüksiyonlarında en sık tercih edilen otolog doku ile meme rekonstrüksiyonu yöntemlerinden biridir. Ancak mikrovasküler cerrahinin teknik zorlukları ve uzun öğrenme eğrisi nedeniyle, erken dönemde komplikasyon oranları yüksek olabilmektedir. Bu çalışmada, merkezimizin DIEP flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastalara ait erken dönem sonuçları sunulmuştur.

YÖNTEM

Ocak 2021 - Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimizde DIEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu uygulanan 23 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, adjuvan tedavi öyküleri, kullanılan perforatör sayısı, komplikasyonlar, revizyon oranları ve hasta memnuniyet skorları analiz edildi.

BULGULAR Çalışmaya dahil edilen 23 hastanın yaş ortalaması 48,2 yıl (aralık: 34–63), ortalama vücut kitle indeksi 27,6 kg/m² idi. Hastaların %43,5'i hipertansiyon, %26,1'i diyabet tanısı taşımakta, %30,4'ü aktif sigara kullanmaktaydı. Olguların %82,6'sında mastektomi nedeni invaziv meme kanseri, %17,4'ünde ise profilaktik mastektomi idi. Postoperatif dönemde hastaların %39,1'i adjuvan kemoterapi, %21,7'si radyoterapi almıştı. Tüm olgulara unilateral DIEP flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Ortalama operasyon süresi 412 ± 58 dakika idi. Olguların çoğunda 1 ya da 2 perforatör kullanıldı. Anastomozlarda 18 olguda internal mammarian arter/ven, 5 olguda ise torakodorsal arter/ven kullanıldı. Ortalama hastanede kalış süresi 6,2 gün (5–9 gün) olarak saptandı. Erken postoperatif dönemde 5 hastada (%21,7) total flep kaybı gelişti. Bunların 3'ü erken dönemde vasküler tromboz, 2'si ise geç dönemde venöz yetmezlik nedeniyle oluştu. Flep kaybı yaşanan hastalardan 3 tanesinin (%13) mastektomi sonrası radyoterapi öyküsü mevcuttu. 2 hastada (%8,7) yağ nekrozu, 1 hastada (%4,3) parsiyel deri nekrozu, 1 hastada (%4,3) hematom, 1 hastada (%4,3) seroma izlendi. Flep kaybı yaşayan tüm hastalara sekonder rekonstrüksiyon uygulandı. Revizyon cerrahisi gerektiren hasta oranı %26,1 olup, bunların büyük çoğunluğu estetik revizyonlar (asimetrinin düzeltilmesi, kontur düzenlemesi, skar revizyonu) idi. Ortalama takip süresi 14,3 ay (6–36 ay) idi. Takiplerde, hasta memnuniyet skorları (VAS ile) ortalama 3,9/5 olarak ölçüldü.

Toplam 23 hastaya 23 DIEP flebi uygulandı (tüm hastalara unilateral rekonstrüksiyon yapıldı).

TARTIŞMA Bu çalışmada total flep kaybı oranının literatür ortalamasından yüksek bulunmasının nedeninin sadece cerrahi öğrenme eğrisi ile değil, aynı zamanda hasta grubunun özellikleriyle de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle, olguların yaklaşık beşte birinin postmastektomi radyoterapi öyküsüne sahip olması, alıcı alandaki mikrovasküler yapılarda fibrotik değişiklikler ve intimal hasar oluşturarak serbest flep başarısını olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Bu durum, hem başarı oranını düşürmüş hem de postoperatif revizyon gereksinimini artırmış olabilir.

DIEP flebiyle yapılan meme rekonstrüksiyonlarında büyük serilerde bildirilen total flep kaybı oranı genellikle %1–5 arasında değişmektedir. Ancak merkezimizde yapılan bu çalışmada, total flep kaybı oranı %21,7 gibi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durumun, tüm hastalarımızda postmastektomi radyoterapi öyküsü bulunması, yüksek oranda komorbidite (hipertansiyon, diyabet, sigara kullanımı gibi) ve hastalardan birinde takipleri sırasında Faktör-5 Leiden mutasyonu tanısı konulması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yağ nekrozu oranı %8,7 olarak saptanmış olup, literatürde bildirilen %7–16 aralığıyla uyumludur. Bu veri merkezimizde flep planlamasının ve vasküler güvenliğin genel olarak yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, parsiyel deri nekrozu ve hematom gibi komplikasyonlar sınırlı sayıda gözlenmiş, revizyon gerektiren hastalarda başarılı sekonder rekonstrüksiyonlar gerçekleştirilmiştir. Flep kaybına rağmen hasta memnuniyet skorlarının 5 üzerinden 3,9 düzeyinde olması, uygulanan revizyonların estetik ve fonksiyonel olarak tatmin edici olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, cerrahi öğrenme sürecinin ilerlemesiyle birlikte komplikasyon oranlarının azalacağı ve başarı oranının artacağı öngörüsünü desteklemektedir.

SONUÇ

Merkezimizin erken dönem sonuçları, mikrovasküler cerrahide öğrenme eğrisinin yanı sıra hasta seçiminin de kritik önem taşıdığını göstermektedir. Özellikle postmastektomi sonrası radyoterapi uygulanmış hastalarda alıcı sahada mikrovasküler hasara bağlı olarak başarı oranlarının düşebileceği ve revizyon ihtiyacının artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Uygun hasta seçimi ve perioperatif stratejilerle bu risklerin minimalize edilebileceği düşünülmektedir.

DIEP flebi, yüksek komplikasyon oranlarına rağmen deneyimle birlikte başarı şansı artan, estetik ve fonksiyonel olarak etkili bir rekonstrüksiyon yöntemidir. Merkezimizin erken dönem sonuçları, mikrovasküler eğitim sürecinin ve hasta seçiminin bu cerrahideki önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Total flep kayıplarına rağmen, uygun revizyon yöntemleriyle tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: DİEP, flep, anastomoz, meme

P-148

Transgender Hastada Koroner Bypass Sırasında Sol Meme Silikon Protez Ruptürü Olgu Sunumu

Ongun Alanlı[1], Mahmut Sami Boncukçu[1], Musa Mert Tapkı[1], Osman Beyazal[2], Perçin Karakol'[1]

[1]İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
[2]İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Özet

Silikon meme protezi rüptürü, implant bütünlüğünün bozulması sonucu gelişen ve çoğunlukla asemptomatik seyreden bir komplikasyondur. Transgender bireylerde bu konuda uzun dönem veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, 20 yıl önce silikon jel implant ile meme augmentasyonu yapılmış 53 yaşındaki transgender bireyde, koroner bypass operasyonu esnasında saptanan asemptomatik memede protez rüptürü sunulmaktadır. Olgu, düzenli görüntüleme ile asemptomatik rüptürlerin erken tanınabileceğini ve cerrahi planlama sırasında hastanın protez takılma öyküsünün dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Giriş:

Transgender bireylerde silikon meme protezi ile yapılan meme büyütme ameliyatı, cinsiyet uyum sürecinin önemli bir cerrahi aşamasıdır. Bu bireylerde kapsül kontraktürü,

hematom, enfeksiyon ve implant malpozisyonu gibi komplikasyonlar literatürde bildirilmiştir.(1) Rüptürler genellikle ağrı, şekil bozukluğu veya hassasiyetle kendini gösterebilir. Ancak "asemptomatik rüptür" olarak bilinen olgular, çoğunlukla semptomsuz olup periyodik görüntülemer ve muayeneler sonunda tanı alır. (2) Transgender bireylerde uzun dönem protez rüptür oranı %5–6 civarında bildirilmiştir. (3) Bu olgu asemptomatik olması ve koroner bypass yapılırken farkedilmesi sebebi ile sunulmaya değer bulunmutur.

Olgu:

53 yaşındaki bir hasta, koroner arter hastalığı ön tanısı ile 11 Şubat 2025 tarihinde hastanemiz Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğine yatırıldı. Hastanın 20 yıl önce sol meme bölgesine silikonlu meme protezi yerleştirildiği bildirildi. Ameliyat öncesi hazırlıkların tamamlanmasının ardından hasta, 18 Şubat 2025 tarihinde koroner arter bypass cerrahisi için opere edildi. Operasyon sırasında, sol meme protezinden silikon sızıntısı olabileceği şüphesi üzerine peroperatif değerlendirme talep edildi. Yapılan incelemede, protez materyalinin sternum üzerine sızdığı ve çevresindeki dokuları kontamine ettiği tespit edildi. Kontamine dokulara cerrahi debridman ve hidrodebridman uygulandı; ayrıca sol meme poşundaki kapsül yapısına kapsülektomi gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde hasta, Kalp ve Damar Cerrahisi ekibi tarafından yakın takip edildi. Eksize edilen materyallerin kültür sonuçları negatif bulundu ve uzun dönemde proteze bağlı ek komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma:

Transgender bireylerde meme implantı rüptürü insidansı genel popülasyona benzer olup, uzun süreli implant taşıyan hastalarda risk artmaktadır. Bizim olgumuzdaki hastanın 20 yıllık meme protezi hikayesi olup mevcut rupturü koroner baypass operasyonu esnasında fark edilmiştir. Mevcut ruptürünün operasyon esnasında fark edilmesi operasyon süresinin uzamasına ve ek işlem gereksimine sebep olmuştur. Bu olgu, özellikle uzun süreli meme protezi kullanan asemptomatik hastalarda rutin taramanın önemini ve cerrahi plan yapalırken dikkat edilmesi gerektiğinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Sonuç:

Silikon meme protezi transgender bireylerde görülebilen, rüptürü nadir ancak klinik açıdan önemli bir komplikasyondur. Düzenli radyolojik takipler, sessiz rüptürlerin erken tanısını sağlayarak komplikasyonların önüne geçebilir. Ayrıca, cerrahi operasyon planlanırken hastanın önceki protez takılma öyküsü, kullanılan implantın tipi, yerleşim planı (subglandüler veya subpektoral) ve geçen süre mutlaka dikkate alınmalı; cerrahi strateji bu bilgilere göre planlanmalıdır.

Referanslar

(1)Bustos SS, et al. Breast augmentation in transfeminine patients: A systematic review and meta-analysis. Plast Reconstr Surg. 2022;150(5):1051–1061.

(2)U.S. Food & Drug Administration. Breast Implant Rupture: Detection and Recommendations. FDA Safety Communication, 2020.

(3)Limandjaja GC, et al. Implant-based breast augmentation shows good short- and long-term safety in transgender individuals. Aesthetic Surg J. 2021;41(12):NP1724–NP1734.

Anahtar Kelimeler: Meme implant rüptürü, Transgender hasta, Koroner Bypass, Meme implant komplikasyonu

P-149

Her İki Memede Dev Fibroadenomlara Bağlı Juvenil Gigantomasti Yönetimi: Olgu Sunumu

Çağlar Yılmaz, Çağdaş Bulut, Arjin Kaya, Anıl Demiröz, Berrak Karatan

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

Giriş:

Fibroadenomlar, genç kadınlarda en sık görülen benign meme tümörleridir ve genellikle iyi sınırlı, hareketli kitleler şeklinde karşımıza çıkar [1]. Ancak çapı 5 cm'den büyük veya 500 gramdan ağır olan lezyonlar dev fibroadenom olarak tanımlanır ve bu tablo plastik cerrahi açısından sadece onkolojik değil, aynı zamanda kozmetik ve rekonstrüktif sorunlar da beraberinde getirir. [1]

Bilateral dev fibroadenomların görülme sıklığı oldukça nadirdir ve literatürde az sayıda vaka bildirilmiştir [2]. Bu tür olgularda hastaların şikâyetleri sadece meme volümündeki artışla sınırlı kalmaz; meme asimetrisi, psikososyal stres, giysi uyumsuzluğu ve yaşam kalitesinde bozulma gibi ek problemler de ortaya çıkabilir [1].

Bu durum cerrah için hem tanısal hem de tedavi planlamasında ciddi zorluklar doğurur. Özellikle genç hastalarda, cerrahinin amacı yalnızca kitlenin eksizyonu değil, aynı zamanda meme formunu koruyarak estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde etmektir. Bu çalışmamızda, her iki memesinde dev fibroadenom bulunan genç bir hastamızın cerrahi yönetimini sunmakta ve tartışmaktayız.

Vaka:

20 yaş kadın hasta her iki memesinde büyüklük şikâyeti ile başvurdu. Yaklaşık 1 yıl önce her iki memesi büyümeye başlamış. Memelerindeki büyüklük rahatsız edici seviyeye ulaştığında hasta başka bir merkez genel cerrahi bölümüne başvurmuş. Hastadan görüntüleme tetkiki istenmiş. Çekilen kontrastlı dinamik meme MR Görüntülemesinde en büyüğü sol memede 7x4 cm lik, her iki memede yaygın da multipl fibroadenomatöz değişiklikler ile uyumlu lezyonlar gelmiş, (Resim 1). Mevcut lezyonlara biyopsi planlanmış ancak bu süreçte sol meme üst dış kadranda gelişmiş, abse drene edilip iyileştikten sonra her iki memeden biyopsi alınmış. Alınan biyopsi sonucu fibroadenomla uyumlu gelmesi, lezyonların giderek büyümesi üzerine hasta meme cerrahisi konseyinde alınan karar ile tarafımıza mevcut kitlelerin eksizyonu ve meme küçültme amacıyla yönlendirilmiş.

Hastanın başvurusunda fizik muayenede sağ ve sol memede makromasti, Regnault 3.seviye pitozis saptandı. (Resim 2) Her iki memede en büyüğü 10x10 cm lik palpe edilen sert kıvamda fibroadenom ile uyumlu kitleler gözlendi. Bilateral aksiler bölgesinde lenfadenopatisi yoktu. Her iki meme lateralinde ve inferiorunda daha önceden alınan biyopsilere ait skar izleri gözlendi. Memelerde lenfödem gözlendi. Sağ suprasternal çentik nipple-areola kompleks arası arası mesafe 33 cm, sol suprasternal çentik nipple-areola kompleks arası mesafe 46 cm, sağ areola çapı 4 cm sol areola çapı 12 cm, sol areola ile inframamaryan fold arası mesafe 34 cm sağ ile inframamaryan fold arası mesafe 24 cm olarak ölçüldü.

Hastanın fibroadenomlarını eksize etmek için ve memelerini kabul edilebilir bir şekil kazandırmak için preoperatif olarak tüm seçenekler ele alındı. Bunlar Superolateral Pediküllü Wise Paternli meme redüksiyonu ve serbest nipple ile meme küçültmeydi. Operasyona sağ meme ile başlandı. Meme pedikülü çevresindeki fibroadenom ile uyumlu lezyonlar cilt ile birlikte eksize edildi. Eksizyon sonrası perop Spy

Floreasan anjiografi ile pedikül ve nipple areola kanlanması incelendiğinde pedikül distal ¼ nün perfüzyonunun olmadığı gözlendi. Mevcut bulgular pedikülüm proksimali korunarak ikinci seçenek olan serbest nipple ile meme küçültme tekniğine geçildi. Sol memeye geçildiğinde cildinin sağ memeye göre oldukça sert ve lenfödemli olduğu,meme cildinde insizyon hattından lenfödem sıvısının aktığı saptandı. Bu memede pedikülün yine proksimali korunarak serbest nipple ile meme küçültme tekniğine geçildi. Aynı zamanda operasyonda meme parankimi içerisinde damarların normal meme dokusuna göre büyük olduğu saptandı. Sağ memeden 1500 gram, sol memeden 4150 gram doku eksize edildi. Her iki memeye birer adet hemovak dren yerleştirildi. (Resim 3) Nipple greftleri üzerine bohça pansuaman yerleştirildi. Sütür hatları steril Omni-strip band ile kapatıldı. Korse kullanılmadı. Drenler operasyon sonrası 1.günde çekildi ve hasta taburcu edildi. (Resim 4) Operasyon sonrası bohça pansuaman 5.günde açıldı, nipple greftlerinin tam tuttuğu gözlendi. (Resim 5) Operasyon sonrası erken dönemde komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma:

Fibroadenomlar, genç kadınlarda en sık görülen benign meme tümörleri olup, çoğu zaman minimal invaziv cerrahi ile çıkarılabilir [1]. Ancak dev fibroadenomlar (>5 cm veya >500 g) nadir görülmekte ve meme dokusunda ciddi deformitelere neden olabilmektedir. Bilateral dev fibroadenomlar ise literatürde çok az sayıda rapor edilmiştir [2]. Ayırıcı tanıda filloides tümörü dışlamak büyük önem arz etmektedir. [3]

Bu olgularda cerrahi planlama yalnızca kitlenin çıkarılması ile sınırlı değildir; meme dokusunun yeniden şekillendirilmesi ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçların elde edilmesi de plastik cerrah açısından büyük önem taşır.

Literatürde dev fibroadenomların çıkarılması sonrası uygulanan cerrahi teknikler arasında eksizyonel biyopsi, subtotal mastektomi, reduksiyon mamoplasti ve onkoplastik yöntemler yer almaktadır [1]. Özellikle bilateral dev fibroadenomlarda meme volümünü yeniden dengelemek ve areola–meme başı kompleksini estetik olarak uygun pozisyona getirmek cerrahi açıdan büyük bir zorluktur [4].

Bizim vakamızda fibroadenomların çıkarılmasının ardından Wise pattern ile serbest nipple–areola grefti tekniği kullanılarak meme küçültme yapılmıştır. Bu yaklaşım, özellikle dev meme kitlesi sonrası ciddi doku eksikliği ve sarkmanın söz konusu olduğu hastalarda güvenli bir yöntemdir [5]. Serbest nipple grefti tekniği, vasküler pedikülün yeterli olmayacağı veya meme başı-areola kompleksinin uzun mesafe taşınması gerektiği durumlarda tercih edilen bir yöntem olup, postoperatif nekroz ve asimetri riskini azaltmaktadır [5].

Bizim olgumuzda uygulanan yöntem, hem onkolojik güvenliği sağlamış hem de estetik açıdan tatmin edici bir meme formu elde edilmesine olanak tanımıştır. Bu yönüyle, özellikle genç kadınlarda kozmetik beklentilerin de dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sonuç:

Bilateral dev fibroadenomlar nadir rastlanan olgular olup, cerrahi yönetimde yalnızca tümörün çıkarılması değil, aynı zamanda estetik ve fonksiyonel sonuçların da göz önünde bulundurulması gerekir. Bu olgu, uygun seçilen vakalarda serbest nipple grefti ile Wise pattern redüksiyon mamoplastinin bilateral dev fibroadenomların cerrahi tedavisinde güvenli ve etkili bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir

Kaynakça:

1) Sosin M, Pulcrano M, Feldman ED, Patel KM, Nahabedian MY, Weissler JM, Rodriguez ED. Giant juvenile fibroadenoma: a systematic review with diagnostic and treatment recommendations. Gland Surg. 2015 Aug;4(4):312-21.

2) Eleftheriades A, Tsarna E, Toutoudaki K, Paschalidou E, Christopoulos N, Georgopoulos I, Mitropoulou G, Christopoulos P. Giant Juvenile Fibroadenoma: Case Report and Review of the Literature. J Clin Med. 2023 Feb 26;12(5):1855

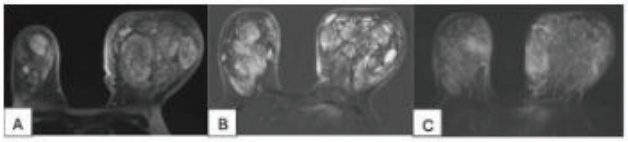
3) Çelik MF, Dural AC, Ünsal MG, Akarsu C, Alim ER, Kapan S, Kalaycı MU, Alış H. Giant juvenile fibroadenoma. Ulus Cerrahi Derg. 2014 Dec 25;31(2):96-8

4) Al Saad S, Al Shenawi H, Al Shenawi N, AlSaffar H, Al Sindi F. Wise Pattern Mammoplasty: The Ideal Option for Giant Fibroadenoma Resection. Cureus. 2025 Feb 26;17(2):e79677

5) Lo AY, Yu RP, Raghuram A, Khim P, Wang S, Manoukian HL, Johnson M, Schooler W, Carey J, Patel KM, Baker RY, Wong AK. Patient Characteristics Associated with Free Nipple Graft Reduction Mammoplasty. Cureus. 2020 Jul 8;12(7):e9063.

Anahtar Kelimeler: Dev Meme, Fibroadenomlu Dev Meme, Juvenil Meme Hipertrofisi, Meme Rekonstrüksiyonu

RESİM1-5



Resim 1A-C: Kontrastlı Dinamil Meme MR kesitlerinde multipl fibroadenomatöz değişiklikler (A-B) ve artmış damarlanma yapısı (C) gözlenmektedir.



Resim 2A-E:Hastanın başvuru muayenesindeki preoperatif fotoğrafları.



Resim 3:Peroperatif sağ memeden eksize edilen doku (A) ve ağırlığının ölçülmesi (B), sol memeden eksize edilen doku (C), operasyonda serbest nipple grefti ile redüksiyon yapılan memelerin nihai hali (D).



Resim 4A-E:Hastanın taburcukuk öncesi postoperatif fotoğrafları



Resim 5A-E:Hastanın bohça pansumanı açılması sonrası postoperatif 5.gün fotoğrafları

P-150

Meme Küçültme Vakasında Dev Lipom Eksizyonu

Bayram Berkan Toker, Kamil Alkan, Muhammed Karadağ, Recep Okan Üstün, Nazım Gümüş

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Mersin

GİRİŞ

Meme küçültme operasyonlarında preoperatif mamografi ve ultrasonografik görüntülemeler memede olası kitlelerin preoperatif olarak tanımlanması ve operasyona uygunluk açısından hastanın değerlendirilmesi için önemlidir. Bu olgumuzda preoperatif ultrasonografi ve mamografi tetkiklerinde net tanı koyulamayan ancak intraoperatif olarak eksize edilen dev lipomatöz lezyonun eksizyonu yapıldı.

OLGU SUNUMU

50 yaşında kadın hasta, 4 yıldır mevcut olan sol memede büyüme şikayeti nedeniyle dış merkezde genel cerrahi kliniğine başvurmuş. Yapılan mamografide BIRADS-0, tip B meme paterni mevcut olan hastanın sağ meme retroareolar bölgede asimetrik opasite izlenmiş. Daha sonraki ultrasonografi görüntülemelerinde ise: sağ memede büyüğü saat 10 hizası periareolar bölgede 29 mm çaplı ince duvarlı anekoik basit kistler izlenmiş. Sol meme hacmi simetriğine göre artmış durumda ve sol meme dış kadranda yağ doku artışı izlenmiş. Sol meme saat 6 hizası periareolar alanda yaklaşık 25x24 mm lobüle konturlu hipoekoik lezyon izlenmiş. USG eşliğinde yapılan trucut biyopsi de yağ nekrozu ve distrofik kalsifikasyon olarak raporlanmış. Hasta kliniğimize meme küçültme istemi ile başvurdu. Hastaya wise patern superomedial pedikül meme küçültme operasyonu önerildi. Operasyon esnasında sol memede retroareolar bölgede yaklaşık 15x15 cm çaplı dev lipomatöz lezyon görüldü. Lezyon eksize edilerek operasyon tamamlandı. Eksize edilen dokunun patolojik incelemelerinde lezyon dev lipom olarak raporlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Lipomlar genellikle 40-60 yaş arasında sık görülen, yavaş büyüyen lezyonlardır. Genellikle çapları 5 cm altında olur ve vücudun çeşitli noktalarında görülebilirler. Memede lipomlar da genellikle küçük çapta olurlar ve normal yağ dokudan ayırt edilmeleri güçtür. Bir lipomun çapı 10 cm ve üstü ise veya ağırlığı 1000 gram üzeri ise dev lipom olarak adlandırılırlar. Dev lipomlar büyük çapları nedeniyle malign meme tümörleri ile karışabilirler ve bundan dolayı yanlış tedavi ve tanı uygulamalarına neden olabilirler. Bizim olgumuzda olduğu gibi ultrasonografik veya mamografi tetkiklerinde hatta patolojik incelemelerde de net tanı koyulamayabilir. Bu nedenle her türlü meme cerrahisinde de karşımıza çıkabilirler. Dolayısıyla plastik cerrahi pratiğinde meme operasyonları öncesinde ultrasonografik ve mamografi incelemeler yapılmalı; olası benign veya malign patolojiler önden fark edilmeli ve hastanın operasyona uygun olması halinde intraoperatif olarak bu lezyonların yönetimine hazır olunmalıdır.

REFERANSLAR

1- Giant Breast Lipoma: A Case Report, Busbaih et al, February 2022, Cureus

2-Giant Lipoma of the Breast, Ramirez Montano et al, May 2013, Archives of Plastic Surgery

Anahtar Kelimeler: Redüksiyon mammoplasti, dev lipom, ultrasonografi

Memede Dev Lipom



P-151

Pedikül Basısının Üstesinden Gelmede Yenilikçi Bir Yaklaşım: Sifon Yöntemi

Burak Özkan[1], Mehmet Ali Şahin[2]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
[2]Şişli Hamidiye Etfal Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Tibianın orta ve distal üçte birinde aşırı ödem bulunan hastalar, mikrocerrahi rekonstrüksiyon açısından özel zorluklar içermektedir. Bu bölgede, alıcı damarlar derin kompartmanlar içinde seyretmekte olup, çevre kas yapılarının oluşturduğu basınç nedeniyle kompresyon riski artmaktadır. Alt ekstremitede belirgin ödemi olan hastalarda pedikülün kompresyonu, vazospazm riskini artırmakta ve distal ekstremite ile anastomoz bölgesine giden kan akımını tehlikeye sokmaktadır. Bu nedenle, pedikül üzerine aşırı basınç oluşmasını engellemek adına gerginliksiz bir kapama sağlanması kritik önem taşımaktadır. Bu alandaki mekanik stres ya da bası, vasküler bütünlüğü bozarak damarların çökmesine veya oklüzyonuna yol açabilir. Ayrıca, postoperatif dönemde gelişebilecek doku ödemi ya da hematom gibi değişiklikler de ekstravasküler basıncı artırarak perfüzyonu daha da riske atabilir. Geçmişte, vasküler pedikülün cilt greftleri ya da lokal fleplerle tünel benzeri bir şekilde örtülmesini konu alan çalışmalar mevcuttur.

Bu tür olgularda, fasyal insizyonlar ya da kas kompresyonunun serbestleştirilmesi gibi ilave manevralar önerilmiştir. Ancak bu yöntemler sıklıkla artmış skar dokusu ve kanama gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu sorunlara çözüm olarak, alıcı damarlar ile alt ekstremite kasları arasında ek bir boşluk yaratmak ve böylece pedikül üzerindeki gerilimi azaltmak amacıyla silikon dren marifetiyle sifon yöntemi tarafımızca benimsenmiştir.

Yöntem

Alıcı damarlar açığa çıkarıldıktan ve anastomoz hazırlığı tamamlandıktan sonra, alıcı arterlerin pulsasyonu ve soleus kasının oluşturduğu olası bası değerlendirilir. Eğer alıcı alan kapatıldıktan sonra vazospazm ve kas basısı gözlenirse, 10 French'lik silikon aspirasyon drenajı uygulanır. Dren, kompartmanın en derin noktasından cilde doğru geçirilerek kasın altına yerleştirilir. Drenin serbest ucu ve cilt dışına çıkan kısmı, traksiyon uygulandıktan sonra stapler ile tespit edilir. Traksiyon, kasın lateral yönde hareketi gözlenerek dikkatlice ayarlanır. Bu traksiyon, ödemli kasların anastomoz

bölgesine uyguladığı basıyı azaltmaya yardımcı olur. Silikon dren kompartmanın en alt kısmından geçirilerek, drenaj sistemine bağlanır. Bu sayede biriken kanın adeta bir sifon ile uzaklaştırılması sağlanır ve hematom oluşumu önlenir. Stapler ve silikon dren postoperatif 48. saatte yatak başında kolaylıkla çıkarılabilir.

Sonuç

Bu yöntem, insizyonun genişletilmesine gerek kalmadan pedikül basısının önlenmesinde çeşitli avantajlar sunmaktadır. Ayrıca, silikon dren tarafından sağlanan sürekli negatif basınç sayesinde hematom oluşumunun önüne geçilerek cerrahi başarının artırılması desteklenmektedir. Bu yaklaşımın, ezilme travması ve aşırı ödem bulunan hastalarda mikrocerrahi rekonstrüksiyon sonuçlarını iyileştiren değerli bir katkı sunduğuna inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Mikrocerrahi, pedikül basısı, kompresyon

Şekil 1



Peroperatif Sifon Yöntemi Görüntüsü ve Yöntemin İllüstrasyonu

P-152

Sıçan Modelinde Erken Dönem Sinir Onarımında Resveratrol İçeren Yara Örtüsünün(Dermalix) Onarım Hattı Çevresine Sarılarak Sinir İyileşmesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Muhammed Karakaya, Süleyman Çeçen,
Menekşe Kastamonu, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

Giriş: Periferik sinir yaralanmaları, duyusal ve motor fonksiyonlarda kalıcı kayıplara yol açabilen ve hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen önemli bir klinik sorundur. Sinir onarımının başarısı, cerrahi onarımın kalitesinin yanı sıra, rejenere olan aksonların ilerlemesini engelleyen fibrotik doku oluşumunun kontrol altına alınmasına bağlıdır. Bu çalışmanın temel amacı, güçlü antioksidan ve anti-enflamatuar özelliklere sahip olan resveratrol içeren Dermalix yara örtüsünün, sıçan modelinde erken dönem sinir onarımı üzerindeki etkilerini makroskopik ve histopatolojik düzeyde incelemektir. Bu çalışma, Dermalix'in sinir iyileşmesi için hem mekanik bir bariyer hem de biyolojik olarak aktif bir destek sağlayabileceği hipotezi üzerine kurulmuştur.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmada, 250-300 gram ağırlığında 16 adet dişi Sprague-Dawley sıçan kullanılmıştır. Sıçanlar, 8 hayvanlık iki ana gruba ayrılmıştır: Grup I (Kontrol Grubu), siyatik sinir kesisi sonrası uç uca onarım yapılan; Grup II (Dermalix Grubu) ise aynı cerrahi işlemin ardından onarım hattı çevresine resveratrol içeren Dermalix yara örtüsü sarılan gruptur. Üç hafta sonra yapılan makroskopik incelemede sinir yapışıklığı, histopatolojik incelemede ise fibrozis, inflamasyon, neovaskülarizasyon ve rejenerasyon derecelendirmeleri yapılmıştır. Ek olarak, kas atrofisini değerlendirmek için kas çapı ölçümleri alınmış ve hücresel cevap (lenfosit ve makrofaj sayısı) incelenmiştir. İstatistiksel analizlerde non-parametrik testler kullanılarak $p<0.05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Bulgular: Makroskopik değerlendirmeler sonucunda, Dermalix grubunda sinir yapışıklığı skorunun kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu (1.50 ± 0.53 vs. 2.75 ± 0.46; $p=0.002$) saptanmıştır. Histopatolojik analizlerde, Dermalix grubunda fibrozis skorları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (1.25 ± 0.46 vs. 2.00 ± 0.53; $p=0.015$). En önemli bulgulardan biri, Dermalix grubunda sinir iyileşmesinin bir göstergesi olan kas atrofisinin, kas çapı ölçümleriyle kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha az olduğunun tespit edilmesidir (6.00 ± 0.76 mm vs. 4.75 ± 1.04 mm; $p=0.024$). Rejenerasyon skorları Dermalix grubunda sayısal olarak daha yüksek olmasına rağmen (3.38 ± 0.74 vs. 2.88 ± 0.83), bu fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır ($p=0.240$). Ayrıca, Dermalix grubunda lenfosit sayısının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu (70.38 ± 61.00 vs. 18.25 ± 12.00; $p=0.007$) gözlenmiştir.

Sonuç ve Tartışma: Çalışmamızın bulguları, resveratrol içeren Dermalix yara örtüsünün, periferik sinir onarım hattı çevresinde fibrozisi ve yapışıklıkları etkili bir şekilde azalttığını ve kas atrofisini önleyerek fonksiyonel iyileşmeye katkı sağladığını göstermektedir. Dermalix'in bu pozitif etkisi, sadece pasif bir mekanik bariyer olmaktan öte, içeriğindeki resveratrol ile anti-fibrotik ve modüle edici bir biyolojik ortam yaratmasıyla ilişkilidir. Elde edilen veriler, Dermalix'in sinir onarımı için umut vadeden bir tedavi seçeneği olduğunu ve fibrozisin birincil sorun olduğu diyabetik ayak yaraları veya yanık sonrası hipertrofik skar oluşumu gibi diğer klinik durumlarda da potansiyel kullanım alanı bulabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Periferik sinir yaralanması, Resveratrol, Dermalix, Fibrozis, Sinir Rejenerasyonu, Miyelinizasyon

P-153
İnguinal bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda DIEP flep kullanımı: Fonksiyonel ve estetik bir alternatif

İbrahim Uğur Budak, Nuh Arven, Serhat Gün, Volkan Özel, Serkan Erbatur

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Giriş: İnguinal bölge defektleri; tümör rezeksiyonu, enfeksiyon ve travma sonrası gelişebilir. İnguinal ve perine bölgesinde bulunan kompleks yumuşak doku defektlerinin kapatılmasında rektus abdominis, oblikus internus, omental flep, medial ve lateral uyluk flebi kullanıldığı bilinmektedir (1). DIEP (Derin İnferior Epigastrik Perforatör) flebi olarak da bilinen bu flep, başta meme rekonstrüksiyonu olmak üzere diğer rekonstrüktif prosedürlerde kullanılan çok yönlü bir flep türüdür (2). İnferior epigastrik arterden köken alan bu flep, deri ve subkutan yağ dokusunun karın bölgesinden uyluk proksimaline, kasık bölgesine, gögüs bölgesine, gövde lateraline transferini sağlar.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta fournier gangreni nedeni ile Genel cerrahi ve Üroloji bölümü tarafından 4 seans debridman, 3 seans negatif basınçlı yara bakımı uygulandıktan sonra tarafımıza sağ inguinal bölge ve penis sağ lateralinde 10 *12 cm' lik doku defekti nedeni ile danışıldı. Tarafımızca defekt alanına 1 seans debridman yapıldı ve yara yeri kültürü alınıp, enfeksiyon hastalıkları tarafından uygun antibiyotik ile 1 hafta takip edildi. Sağ inguinal bölgede ve penis lateralinde 10*12 cm' lik doku defekti için Doopler USG yardımı ile alt abdominal bölgeden uygun çizimler sonrası sağ taraflı ipsilateral pediküllü DIEP flebi tasarlandı.Rektus abdominis kası korunacak şekilde, önceden işaretlenen perforan damarlar kas lifleri arasından dikkatle diseke edildi. Derin inferior epigastrik arter ve ven pedikül boyunca açığa çıkartıldı. Flep arter, ven ve sinirler ile birlikte pediküllü olarak serbestleştirildi. Flep defekt alanına döndürülerek yerleştirildi. Donör alan primer onarıldı. 2 adet dren kullanıldı. Flep ile sağ inguinal bölgedeki defekt tamamen kapatılıp penis lateraline kısmi kalınlıkta deri grefti uygulandı. Postoperatif herhangi bir (hematom, sütur hattı dehissansı, enfeksiyon) komplikasyon görülmedi. Tartışma: Fournier gangreni, hızlı ilerleyen, polimikrobiyal enfeksiyonlar sonucu gelişen ve acil debridman gerektiren bir durumdur (3). Geniş debridmanlar sonrası oluşan defektler, genellikle lokal flep veya deri greftiyle kapatılamayacak kadar büyüktür. DIEP flep hem yeterli doku sağlaması hem de donör sahada kas hasarı oluşturmaması ile tercih edilmektedir (1). Ayrıca DIEP flepler iyi vaskülarize dokular olduğu için enfekte alana transferi güvenilirdir (4). İnguinal bölge, yoğun hareketli ve vasküler bir alan olması nedeniyle rekonstrüksiyonda dikkat gerektirir. Bölgede büyük damar yapıları, lenfatik drenaj yolları bulunduğundan, koruyucu ve stabil doku gerekmektedir. DIEP flebin kalınlığı, esnekliği bu bölgenin örtülmesinde önemli avantaj sağlamaktadır.

Sonuç: Cerrahi debridman sonrası oluşan büyük yumuşak doku defektleri, rekonstrüksiyon açısından zorluk yaratır. DIEP flebi doku defekti için yeterli doku miktarı sağlarken aynı zamanda fasyokutan flep olması nedeni ile donör alandaki kas bütünlüğünü korur. Anatomik varyasyonu düşüktür ve ameliyat öncesi değerlendirilmesi mümkündür (5). Bu nedenlerle DIEP flebi kliniklerde en çok kullanılan flepler arasında sayılmaktadır. Dikkatli planlama, titiz cerrahi teknik ve ameliyat ekibinin deneyiminden yararlanılmasıyla komplikasyon oranı nispeten düşüktür.

REFERANSLAR:

1. Taylor GI, Palmer JH: Vücudun vasküler bölgeleri (anjiyosomlar): Deneysel çalışma ve klinik uygulamalar. Br J Plast Surg 1987; 40: 113. 479 16. Spiegel AJ, Khan FN: Meme rekonstrüksiyonunda SIEA flebinin kullanımına yönelik intraoperatif bir algoritma. Plast Reconstr Surg 2007; 120: 14509.

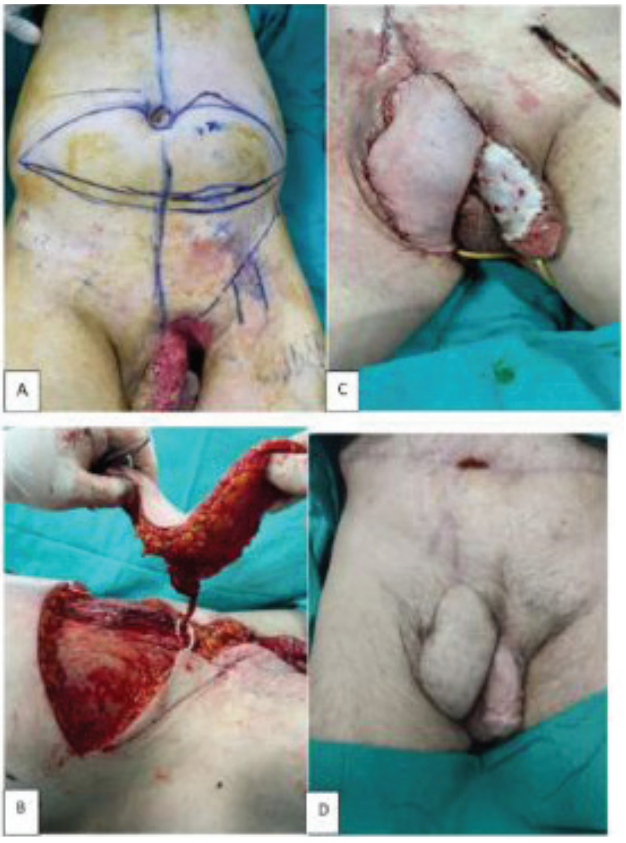
2. Blondeel PN, Van Landuyt K, Monstrey S ve diğerleri: Perforatör Flep Terminolojisi Konusunda Gent Mutabakatı: Ön Tanımlar. Plast Reconstr Surg. 2003; 112: 1378.3. Robbins TH: Meme rekonstrüksiyonu için rektus abdominis miyokutanöz flebi. Aust NZ J Surg. 1979; 49: 52730. 6. Hartrampf CR, Scheflan M, Black PW: Transvers abdominal ada flebi ile meme rekonstrüksiyonu. Plast Reconstr Surg 1982; 69: 21625.

4. Holmstrom H: Serbest abdominoplasti flebi ve meme rekonstrüksiyonunda kullanımı. Deneysel bir çalışma ve klinik vaka sunumu. Scand J Plast Re-constr Surg 1979; 13: 42327.

5. Dancey A, Blondeel PN: Tüm perforatör fleplere uygulanabilen güvenli perforatör damar diseksiyonu için teknik ipuçları. Clin Palst Surg 2010; 37: 593606.

Anahtar Kelimeler: DİEP flep, fournier gangreni, inguinal bölge defektleri

DİEP FLEBİ



A)PREOPERATİF ÇİZİM B)İNTRAOPERATİF DİEB FLEP KALDIRILMASI C)DİEP FLEP İLE DEFEKT ALANIN ÖRTÜNMESİ D)POSTOPERATİF 3.AY SONUÇ

P-154

Alt Ekstremite Pediküllü Fleplerle Rekonstrüksiyon Sonrası Duyu Dönüşünün Uzun Dönem Değerlendirilmesi

Ömer Can Şahin, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Tibet Kaan Yolsal, Seyit Ahmet Korur, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi, Ankara

GİRİŞ

Alt ekstremite bölgesindeki doku defektleri, önemli morbiditeye yol açabilen ve rekonstrüksiyon gerektirebilen klinik durumlardır (1,2). Bu defektler travma, periferik arter hastalığına bağlı kronik yaralar, diyabetik ayak ülserleri, tümör rezeksiyonları sonrası oluşabilen açık yaralar, ateşli silah yaralanmaları ve yanık sekelleri gibi pek çok nedenle ortaya çıkabilmektedir (3,4).

MATERYAL VE METOT

Bu çalışma, retrospektif gözlemsel vaka serisi olarak planlandı. Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde Ağustos 2023 – Ağustos 2025 tarihleri arasında alt ekstremiteye pediküllü flep rekonstrüksiyonu uygulanan hastalar değerlendirildi. Çalışmaya, 18 yaş ve üzeri olan, pediküllü flep ile alt ekstremite rekonstrüksiyonu yapılmış ve flep sonrası en az 12 ay takip edilmiş hastalar çalışmaya dahil edildi. Periferik nöropati, diyabetik nöropati, multipl travma nedeniyle üst ekstremite veya santral sinir sistemi hasarı bulunanlar ile sistemik nörolojik hastalık öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Duyusal değerlendirme, objektif yöntemler olan Semmes–Weinstein monofilament testi, iki-nokta diskriminasyonu ve termal test ile yapıldı. Hastaların fonksiyonel durumunu değerlendirmek amacıyla Lower Extremity Functional Scale (LEFS), genel sağlık durumunu ölçmek için SF-36 anketi uygulandı. Ek olarak, estetik sonuç ve yara iyileşme kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla skar değerlendirme ölçeği (Vancouver Scar Scale) kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 48 hasta (35 erkek, 13 kadın) çalışmaya dahil edilmiştir. Yumuşak doku defektine en sık neden, 39 (%81) hasta ile travma olmuştur. En sık kullanılan pediküllü flep sural arter flebi olup 20 hastada (%41,7) uygulanmıştır (5,6,7,8). Bunu takiben gastroknemius kas flebi 12 hastada (%25), soleus kas flebi 8 hastada (%16,7), posterior tibial arter perforatör flebi 5 hastada (%10,4) ve diğer lokal fasiyokütan flepler 3 hastada (%6,2) kullanılmıştır (9). On iki aylık takipte hastaların 36'sında (%66,7) koruyucu duyu geri kazanılmıştır. İki-nokta diskriminasyonu innerve olmayan fleplerde ortalama 32 mm, duyulu fleplerde 12 mm bulunmuş; subjektif memnuniyet skoru ortalama 8/10 olarak kaydedilmiştir (10,11).

LEFS skorları ortalama 75/80 olup hastaların büyük çoğunluğunda fonksiyonel kapasitenin tam veya tama yakın olduğu gözlendi. SF-36 skorlamasında fiziksel ve mental sağlık bileşen puanları genel popülasyon ortalamasının üzerinde bulundu. Vancouver Scar Scale değerlendirmesinde ise hastaların çoğunda skar özellikleri orta düzeyde skor aldı (ortalama 6/13), bu da skar görünümünün klinik olarak kabul edilebilir seviyede olduğunu gösterdi.

TARTIŞMA

Çalışmamızda en sık kullanılan pediküllü flep sural arter flebi olup, literatürde de en çok tercih edilen yöntem olarak bildirilmektedir (12). Gastroknemius ve soleus kas flepleri özellikle proksimal tibia ve diz çevresi defektlerinde tercih edilmekte olup posterior tibial arter perforatör flepleri daha distal defektlerde uygulanabilmektedir (13,14). Koruyucu duyu genellikle ilk 6-12 ay içinde geri dönebilmekte olup innervasyonlu fleplerin duyusal sonuçları genel olarak daha memnun edicidir (15). Çalışmamızda elde edilen fonksiyonel ve estetik sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur. LEFS (Lower Extremity Functional Scale) skorlarının ortalama 75/80 olması, hastaların büyük çoğunluğunda fonksiyonel kapasitenin iyi seviyede olduğunu göstermektedir. SF-36 değerlendirmesinde fiziksel bileşen puanı 90/100, mental bileşen puanı ise 88/100 olarak bulunmuş olup, her iki parametre de genel popülasyon ortalamasının üzerindedir. Vancouver Scar Scale ortalama 6/13 olup, skar görünümünün klinik olarak kabul edilebilir seviyede olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Çalışmamız, alt ekstremite rekonstrüksiyonunda pediküllü fleplerin uzun dönem takiplerinde hem fonksiyonel hem de estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sunduğunu ve hasta memnuniyetinin genel olarak yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda çalışmamızda gösterildiği üzeri pediküllü flepler, uygun endikasyonlarda güvenli ve öngörülebilir bir rekonstrüksiyon seçeneği olarak kullanılabilmektedir. Ayrıca, farklı hasta gruplarında, daha geniş örneklem sayıları ve uzun süreli takiplerle yapılacak ileri çalışmaların, pediküllü fleplerin duyusal ve fonksiyonel sonuçlarına ilişkin mevcut bilgi birikimini daha da geliştireceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKÇA

1. Uyar İ, Aksam E, Yit K. Reconstruction option in complex lower extremity defects where microsurgical repair is not possible. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2023;29(8):877-882.

2. Jordan DJ, Malahias M, Hindocha S, Juma A. Flap Decisions and Options in Soft Tissue Coverage of the Lower Limb. Open Orthop J. 2014;8:423-432.

3. De Blacam C, Colakoglu S, Ogunleye AA, et al. Risk factors associated with complications in lower-extremity reconstruction with the distally based sural flap: a systematic review and pooled analysis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(5):607-616.

4. Tada K, Suganuma S, Nakada M, et al. Sensory disturbance of the lower extremity after sural artery flap elevation. Adv Orthop. 2021;2021:8886063.

5. Tekfiliz I, Yaşar EK, Uzun C, et al. Timing of postoperative flap sensations in patients who underwent reconstruction with a reverse flow sural flap. Turk J Plast Surg. 2024;32(4):128-134.

6. Park JH, Choi IC, Hong TC, et al. Reconstruction of the weight-bearing heel with nonsensate reverse sural artery flaps. Injury. 2021;52(7):1993-1998.

7. Bibbo C. The gastrocnemius flap for lower extremity reconstruction. Clin Podiatr Med Surg. 2020;37(4):609-619.

8. Fisal AA, Romeih MA, Younes LM, et al. Distally based medial hemisoleus muscle flap for wound coverage in the distal third of the leg. Clin Podiatr Med Surg. 2020;37(4):631-647.

9. Gir P, Cheng A, Oni G, Mojallal A, Saint-Cyr M. Pedicled-perforator (propeller) flaps in lower extremity defects: a systematic review. J Reconstr Microsurg. 2012;28(9):595-601.

10. Rothenberger J, Ramms EM, Medved F, et al. Comparison of spontaneous sensory recovery of noninnervated anteromedial thigh flap, latissimus dorsi flap, and gracilis muscle flap in lower extremity reconstruction: a prospective comparative study. Microsurgery. 2019;39(4):297-303.

11. Kuran I, Turgut G, Bas L, et al. Comparison between sensitive and nonsensitive free flaps in reconstruction of the heel and plantar area. Plast Reconstr Surg. 2000;105(2):574-580.

12. Tan O, Aydın OE, Demir R, et al. Neurotized sural flap: an alternative in sensory reconstruction of the foot and ankle defects. Microsurgery. 2015;35(3):183-189.

13. Ducic I, Hung V, Dellon AL. Innervated free flaps for foot reconstruction: a review. J Reconstr Microsurg. 2006;22(6):433-442.

14. IJpma FF, Nicolai JPA, Meek MF. Sural nerve donor-site morbidity. Ann Plast Surg. 2006;57(4):391-395.

15. Mathes SJ, Nahai F. Clinical Atlas of Muscle and Musculocutaneous Flaps. St. Louis: Mosby; 1979.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremite, cerrahi flepler, duyusal eşikler, hasta memnuniyeti, rekonstrüktif cerrahi, tedavi sonuçları

Kullanılan Pediküllü Flepler ve Dağılımları/ Uygulanan Skorlama Ölçeklerinin Sonuçları

Flep Tipi	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Sural arter flebi	20	41,7
Gastroknemius kas flebi	12	25,0
Soleus kas flebi	8	16,7
Posterior tibial arter perforatör flebi	5	10,4
Diğer lokal fasiyokütan flepler	3	6,2
Ölçek	Ortalama Skor	Açıklama
Lower Extremity Functional Scale (LEFS)	75/80	Fonksiyonel kapasitenin genel olarak yüksek olduğunu göstermektedir
SF-36 (Fiziksel Bileşen)	90/100	Fiziksel sağlık durumu toplum ortalamasının üzerindedir
SF-36 (Mental Bileşen)	88/100	Mental sağlık durumu toplum ortalamasının üzerindedir
Vancouver Scar Scale	6/13	Skar görünümü klinik olarak kabul edilebilir düzeydedir

P-155

Dirençli Venöz Konjesyonun Cerrahi Dışı Yönetiminde Subkutan Heparin ile Kimyasal Sülük Tedavisi: Retrospektif Olgu Serisi

İrem Okay Taşcan, Can Ege Yalçın, Berrak Karatan, Anıl Demiröz Uslu

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

Giriş

Serbest flep cerrahisinde venöz yetmezlik; mekanik obstrüksiyon, anastomoz başarısızlığı veya mikrovasküler tromboz gibi nedenlerle gelişebilir. Temel tedavi acil cerrahi eksplorasyon ve revizyondur; bazı olgularda bu yaklaşım uygulanamayabilir veya yeterli venöz drenaj sağlanamayabilir. Bu durumlarda, medikal sülük tedavisi, hiperbarik oksijen, negatif basınçlı yara tedavisi ve antikoagülan uygulamaları gibi cerrahi dışı yöntemler gündeme gelir. Literatürde en güçlü kanıt medikal sülük tedavisine ait olup diğer yöntemlerle ilgili veriler çoğunlukla küçük olgu serileriyle sınırlıdır.

Venöz yetmezlikte geç cerrahi revizyonun başarı oranı düşüktür, vakaların %94'ünde tam flep kaybı bildirilmiştir. Bu bulgular, venöz konjesyonun erken tanınması yönetilmesinin hayati önemini vurgulamakta ve kanıta dayalı tedavi protokollerine duyulan ihtiyacı göstermektedir.

Bu çalışmada, kliniğimizde mikrocerrahi doku transferi sonrası venöz konjesyon gelişen olgular, standartlaştırılmış 'kimyasal sülükleme' protokolü ile tedavi edilmiş; elde edilen sonuçlar literatür verileri ile karşılaştırılarak cerrahi dışı yönetim stratejilerine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu tek merkezli retrospektif çalışma etik kurul onayı ve hastalardan yazılı onamlar temin edilerek gerçekleştirildi. Ocak 2019–Mart 2025 döneminde gerçekleştirilen tüm mikrocerrahi doku transferleri incelendi. Hastalara ait demografik veriler, flep özellikleri, venöz anastomoz sayısı ve transfüzyon gereksinimleri kaydedildi. Venöz yetmezlik tanısı; pinprick testinde koyu renkli kanama, kapiller dolum süresinin <3 saniye olması, flep marjinlerinden hemoraji, progresif ödem ve morumsu renk değişikliği gibi klinik bulgulara dayanılarak konuldu. Bu olgularda cerrahi revizyon yapılıp yapılmadığı ayrıca kayda alındı.

Flep sonuçları şu şekilde sınıflandırıldı:

Tam flep canlılığı: Flep dokusunun >%90'ında viyabilitenin korunması,

Kısmi flep kaybı: Nekrotik alanın >%10 olması,

Tam kayıp: Flep dokusunun tamamında nekroz.

Revizyon sonrası venöz konjesyonun devam ettiği veya revizyonun mümkün olmadığı olgularda standartlaştırılmış "kimyasal sülükleme" protokolü uygulandı. Protokolde etkilenen flep alanına subkutan 10 ünite heparin enjeksiyonu yapıldı, 11 numara bistüri ile dermal pencereler açılarak kontrollü kanama sağlandı ve insizyon bölgelerine heparin emdirilmiş gazlı bez yerleştirildi. İlk 72 saat boyunca flepler saatlik değerlendirildi; kanama azaldığında pansumanlar yenilendi ve gerektiğinde yeni dermal pencereler açıldı. Üçüncü günde protokolün devamına flebin klinik durumu doğrultusunda karar verildi.

Veriler tanımlayıcı istatistiklerle sunuldu; ortalama ± standart sapma değerleri JASP yazılımı (v0.19.2) kullanılarak hesaplandı.

Bulgular

2019–2025 yılları arasında merkezimizde mikrovasküler doku transferi veya replantasyon sonrası dirençli venöz konjesyon gelişen 5 hastaya standart subkutan heparin temelli tedavi protokolü uygulandı (Tablo 1).

Tedavi süresi 3–10 gün (ort. 6,6 gün), ortalama transfüzyon gereksinimi 2,2 ± 2,68 üniteydi. Flep sonuçları; tam flep yaşamı 2 olgu (%40), kısmi kayıp 2 olgu (%40) ve total kayıp 1 olgu (%20) olarak kaydedildi.

Olgu 1: Yanık sonrası sol ayak dorsumda kontraktürü bulunan 12 yaşındaki hastada, kontraktür serbestleştirilerek defekt MSAP flebi ile kapatıldı. Erken postoperatif dönemde gelişen venöz yetmezlik dermal pencereler ve subkutan heparin uygulamasıyla kontrol altına alındı (Şekil 1) ve taburculukta flep canlılığının tamamen korunduğu izlendi.

Olgu 2: Sol ayakta açık yarası bulunan 23 yaşındaki hastanın yara yeri serbest ALT flebi ve deri grefti ile kapatıldı. Revizyona rağmen devam eden venöz yetmezlik üzerine kimyasal sülük protokolü uygulandı. Tedavi sonrası cilt adası periferinde parsiyel nekroz gelişirken, merkezi canlılığını korudu.

Tartışma

Venöz konjesyon, mikrocerrahi rekonstrüksiyonlarda flep yaşamını tehdit eden ve çoğunlukla acil müdahale gerektiren ciddi bir komplikasyondur. Cerrahi revizyonun

mümkün olmadığı durumlarda alternatif medikal yöntemler gündeme gelmektedir. Barnett ve ark. "kimyasal sülükleme" terimini tanımlayarak, subkutan ve topikal heparin uygulamasıyla tıbbi sülüğün drenaj etkisinin enfeksiyon riski veya yoğun bakım gereksinimi olmadan taklit edilebileceğini bildirmiştir[2].

PRISMA kılavuzlarına uygun literatür taramasında, subkutan heparin enjeksiyonu ile kimyasal kanatma kullanılan toplam beş çalışma ve 16 olgu saptanmıştır[2–6]. Barnett ve ark., subkutan kalsiyum heparin ile üç dijital replantasyonu kurtarmıştır[2]. Iglesias ve ark., üç dijital replantasyonda subungual pencere yoluyla günlük 1000 ünite heparin uygulamış; ikisinde başarı sağlanmıştır[3]. Lin ve ark., üç travmatik kulak replantasyonunda intralezyonel heparin ile tümünde doku yaşamını sürdürmüş ancak ikincil girişimler gerekmiştir[4]. Perez ve ark., altı serbest flepte düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile dört tam, iki kısmi kurtarma bildirmiştir[5]. Zhao ve ark. ise modifiye yöntemle (subkutan heparin, skarifikasyon, venöz kateter) bir SCIP flebinde tam kurtarma sağlamıştır[6].

Serimizde standart protokol uygulanan beş serbest flebin dördünde (%80) flep viabilitesi tam ya da tama yakın düzeyde korunmuştur. Bu oran, tıbbi sülük tedavisinde bildirilen başarıdan yüksektir. Nguyen ve ark., tıbbi sülük uygulanan serbest fleplerde %46,2 tam kurtarma, %30,8 total kayıp bildirmiş ve hasta başına ortalama 5,6 ünite transfüzyon ihtiyacına dikkat çekmiştir[7].

Subkutan heparin ve kontrollü skarifikasyona dayalı kimyasal yöntem; tıbbi sülüğe kıyasla enfeksiyon riski, yoğun bakım ihtiyacı ve maliyet açısından avantajlı, uygulanabilir bir alternatiftir[1]. Bununla birlikte mevcut literatür; küçük örneklem, teknik heterojenlik ve standart sonuç ölçütlerinin olmaması gibi sınırlılıklar taşımaktadır[8].

Çalışmamızın sınırlılıkları; küçük örneklem, tek merkezli ve retrospektif tasarım, kontrol grubunun bulunmaması ve protokolün olgular arasında heterojen uygulanmasıdır. Transfüzyon gereksinimi değişken olup bir olguda 6 üniteye kadar çıkmıştır. Ciddi sistemik komplikasyon izlenmemekle birlikte, olası anemi ve transfüzyona bağlı sorunlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak bulgularımız subkutan heparin uygulaması ve kontrollü skarifikasyonun cerrahi revizyonun başarısız veya kontrendike olduğu dirençli venöz konjesyon olgularında güvenli ve etkili bir seçenek olabileceğini göstermektedir. Yöntemin etkinliğini ve ideal protokollerini belirlemek için prospektif, standartlaştırılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Eskitascioglu T, Coruh A, Ozyazgan I, Gunay GK. Salvage of Venous Congested Flaps by Simple Methods. Plast Reconstr Surg. 2006;117(1):344-346. doi:10.1097/01.prs.0000192625.45163.3

2. Barnett GR, Ian Taylor G, Mutimer KL. The "chemical leech": intra-replant subcutaneous heparin as an alternative to venous anastomosis. Report of three cases. Br J Plast Surg. 1989;42(5):556-558. doi:10.1016/0007-1226(89)90044-1

3. Iglesias M, Butrón P. Local Subcutaneous Heparin as Treatment for Venous Insufficiency in Replanted Digits. Plast Reconstr Surg. 1999;103(6):1719-1724. doi:10.1097/00006534-199905060-00026

4. Lin PY, Chiang YC, Hsieh CH, Jeng SF. Microsurgical Replantation and Salvage Procedures in Traumatic Ear Amputation. Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care. 2010;69(4):E15-E19. doi:10.1097/TA.0b013e3181bbd644

5. Pérez M, Sancho J, Ferrer C, García O, Barret JP. Management of flap venous congestion: The role of heparin local subcutaneous injection. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2014;67(1):48-55. doi:10.1016/j.bjps.2013.09.003

6. Zhao Y, Yang X, Zhu S, Yu A. Case: Salvation of a congested SCIP flap with a modified "chemical leech" technique. Front Surg. 2024;11. doi:10.3389/fsurg.2024.1436599

7.Nguyen MQ, Crosby MA, Skoracki RJ, Hanasono MM. Outcomes of flap salvagewith medicinal leech therapy. Microsurgery. 2012;32(5):351-357. doi:10.1002/micr.21960

8. Azzopardi E, Whitaker I, Rozen W, Naderi N, Kon M. Chemical and Mechanical Alternatives to Leech Therapy: A Systematic Review and Critical Appraisal. J Reconstr Microsurg. 2011;27(08):481-486. doi:10.1055/s-0031-1284233

Anahtar Kelimeler: Heparin, kimyasal sülük, mikrocerrahi, serbest flep, skarifikasyon, venöz yetmezlik

Şekil-1



Tablo-1

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Etiyoloji	Lokalizasyon	Flep Tipi	Boyut (cm)	Revizyon	Alıcı Ven	Tedavi Süresi (gün)	Transfüzyon Sayısı	Sonuç
1	12	K	Yanık	Sol ayak	MSAP	10x8	Hayır	Yüzeyel ven	7	0	Tam yaşam
2	12	E	Tümör	Sol ön kol	FF	8x4	Hayır	UCV	7	1	Kısmi kayıp
3	57	K	Travma	Sol topuk	SCIP	9x6	Evet (anastamoz açık)	PTCV	3	0	Tam kayıp
4	63	K	Travma	Sol baş parmak	LA	5x4	Hayır	Dorsal ven	10	4	Tam yaşam
5	23	E	Travma	Sol topuk	ALT	23x13	Evet (revizyon)	PTCV (2)- GSV (1)	6	6	Kısmi kayıp

P-157

Çapraz Bacak Serbest Flep Ayrılması için bir İndosiyanin Yeşil Işığı

Can Ege Yalçın[1], İsmail Özpür[1], Ece Davutluoğlu[2], Levent Demir[1], Mehmet Demir[1], Berrak Karatan[1], Hakan Arslan[1]

[1]İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Çapraz bacak serbest flepler (CLFF'ler) ve çapraz bacak kablo köprü flepleri (CLCBF'ler), lokal seçeneklerin veya mikrocerrahi anastomoza uygun alıcı damarların mevcut olmadığı kompleks alt ekstremite defektlerinde rekonstrüktif cerrahi için değerli tekniklerdir.

CLFF'de serbest flep, karşı bacağın sağlam damarlarına anastomoz edilir ve neovaskülarizasyonun pedikül ayrımına izin verene kadar çapraz bacak pozisyonunda geçici olarak immobilize edilir. Buna karşılık, CLCBF'lerde ikinci bir serbest flep vasküler köprü olarak kullanılır; böylece pedikül uzunluğu artırılır ve geniş defektlerin rekonstrüksiyonuna olanak tanınır. Her iki teknik de lokal veya klasik serbest flep seçeneklerinin damar yetersizliği veya yumuşak doku problemi nedeniyle kontrendike olduğu uzuv kurtarma cerrahilerinde uygulanmaktadır. Cerrahi yaklaşımlar iyi tanımlanmış olsa da, flep ayrılması, iskemik ön koşullandırma ve perfüzyon değerlendirmesi için standardize edilmiş protokoller bulunmamaktadır. Bu çalışma, çapraz bacak serbest flepler ve çapraz bacak kablo köprü fleplerde postoperatif bakım stratejileri ve pedikül ayrımı protokollerine odaklanan bir vaka sunumu ve sistematik literatür derlemesini kapsamaktadır. Vasküler anastomoz teknikleri, iskemik ön koşullandırma yöntemleri ve perfüzyon değerlendirme stratejileri incelenerek mevcut protokollerin kapsamlı bir değerlendirmesi yapılmış ve klinik sonuçların iyileştirilmesi hedeflenmiştir

Yöntemler: Bu çalışma, literatürde CLFF ve CLCBF'ler üzerine yapılmış çalışmaları sistematik olarak incelemektedir. İnceleme, flep ayrım zamanı, koşullandırma yöntemleri ve perfüzyon değerlendirme tekniklerine odaklanmıştır. Mart 2025'te PubMed ve EuroPMC üzerinden yapılan aramalarla 319 hastayı içeren toplam 38 çalışma belirlenmiştir. Ayrıca, 25 × 15 cm'lik tibial defekti cross-leg latissimus dorsi serbest flebi ile rekonstrükte edilen 23 yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Bu olguda, flep ayrımı öncesinde perfüzyonu değerlendirmek amacıyla indosiyanin yeşili (ICG) anjiyografisi kullanılmıştır.

Olgu: 23 yaşında erkek hasta, sol bacağında açık yara nedeniyle rekonstrüktif cerrahi kliniğimize konsülte edildi. Hasta, ortopedi ve travmatoloji ekibi tarafından yatırılmış, yumuşak doku debridmanı yapılmış, 10 cm'lik segmental tibia kaybı oluşmuş ve eksternal fiksatör uygulanmıştı. İlk konsültasyonda yapılan anjiyografide, travma alanının distalinde dolaşımın zayıf olduğu ve tek arteriyel beslenmenin anterior tibial arter tarafından sağlandığı görüldü. Defektin geniş olması ve alıcı damarların güvenilir olmaması nedeniyle, kemik rekonstrüksiyonu için ileri dönemde Masquelet tekniği uygulanmak üzere antibiyotikli spacer yerleştirilmesine ve yumuşak doku örtüsü için cross-leg serbest flep uygulanmasına karar verildi.

Debridman sonrası perioperatif muayenede yaklaşık 25 × 15 cm boyutunda açık yara saptandı; distal ve proksimal tibia uçları ekspoze idi ve kemik defekti yaklaşık 10 cm olarak ölçüldü. Mikrocerrahiye uygun ortam sağlamak amacıyla üçgen eksternal fiksatör, monolateral eksternal fiksatör ile değiştirildi. Stabilitenin korunması için antibiyotikli spacer-intramedüller rod ile kemik defekti desteklendi. Aynı seansta sol taraftan latissimus dorsi flebi, yalnızca monitorizasyon için cilt adacığı ile birlikte hazırlandı. Donör damarlar ana trunkusa kadar disseke edildi ve pediküle 2 cm'lik sirkumfleks skapular damar segmenti dahil edildi. Sağ tarafta posterior tibial arter ve ona eşlik eden iki ven alıcı damar olarak hazırlandı. Flep pedikülü, posterior tibial arterin proksimal güdüğüne anastomoz edildi. Posterior tibial arterin distal güdüğü ise pedikülün sirkumfleks skapular dalına anastomoz edilerek posterior tibial damarların devamlılığı sağlandı ve Y-şekilli bir anastomoz oluşturuldu. Flebin yerleştirilmesi sonrası alan kısmi kalınlıklı deri greftleri ile kapatıldı. Postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Hastada 2. haftadan itibaren iskemik ön koşullandırma başlatıldı; penrose drenler ve klemp kullanılarak günde üç kez 5 dakikayla başlandı, süre kademeli olarak 1 saate kadar artırıldı. 3.haftada flep neovaskülarizasyon açısından değerlendirildi. Donör damar uyluğuna turnike uygulandı. SPY Elite sistemi flebin üzerine yerleştirildi. İndosiyanin yeşili (ICG) çözeltisi, Verdye 25 mg toz 10 mL salin ile sulandırılarak hazırlandı. Tüm hazırlıkların tamamlanmasının ardından turnike şişirildi ve flep proksimalden klemp ile kapatıldı. Hastaya intravenöz yolla 2 mL (5 mg) ICG enjekte edildi ve sürekli kayıt başlatıldı. Klemp uygulanmış durumda tam bir perfüzyon gözlemlendi. Son olarak turnike açıldı ve klemp çıkarıldı; boya akışının donör bacak damarlarına geçtiği gözlemlendi, bu da çapraz bacak sistemin açıklığını gösterdi. Pedikül ertesi gün ayrıldı. Postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Flep ayrımından sonraki gün hasta mobilize edilmeye başlandı.

Bulgular: Pedikül ayrımı en sık ameliyat sonrası 3 ila 6 hafta arasında gerçekleştirilmiştir. İskemik ön koşullama—genellikle aralıklı klemp uygulaması ile—çalışmaların %54'ünde raporlanmıştır. Perfüzyon değerlendirmesini tanımlayan çalışmaların %75'i klinik pedikül klemplemeyi, %25'i ise ICG anjiyografiyi kullanmıştır. Bizim olgumuzda ise, ICG görüntülemesinin neovaskülarizasyonu doğrulayarak komplikasyonsuz şekilde güvenli ve erken flep ayrımına olanak sağladığı görülmüştür.

Sonuç: CLFF ve CLCBF teknikleri ekstremite kurtarma cerrahisinde etkili yöntemlerdir ancak bireyselleştirilmiş postoperatif protokoller gerektirirler. İskemik ön koşullama ve özellikle ICG anjiyografisi gibi objektif perfüzyon değerlendirme yöntemleri, daha erken ve güvenli flep ayrılmasını destekleyebilir; bu da hasta morbiditesini ve hastanede kalış süresini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: çapraz bacak serbest flebi, fler ayrılması, iskemik ön koşullandırma, indosiyanin yeşili anjiyografisi, alt ekstremite rekonstrüksiyonu

Resim 1



Cerrahi sonrası 3. hafta, indosiyanin yeşili anjiyografi ile değerlendirme öncesi

P-158

Go-Kart ile Yaralanma Sonucu Total Scalp Amputasyonu

Furkan Sarıkocalar, Ümit Eyüpoğlu, Mehmet Berke Göztepe, Ali İhsan Satılmış, Ömer Faruk Karaca

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, PREC Ana Bilim Dalı, Samsun

Bu olgumuzla sizinle paylaşmak istediğimiz vakamız; go-kart motoruna baş örtünüsünün sıkışması sonucu scalpte total amputasyon olan hasta.

Go-kart makinesini baş örtüsünü kaptırma sonucu scalpte avülziyon tarzı amputasyon olan hasta hastanemiz acil servisine başvurmuştu. Yapılan ilk değerlendirmenin ardından acil operasyona alındı. İntraop değerlendirmenin ardından amputattaki onarıma uygun arter öncelikle occipital arter ile anastomoz sağlandı. Vaka içinde dolaşımın olmaması üzerine temporal superficial arter ile anastomoz sağlandı. Hastanın takiplerinde replante edilen amputatın total lizise gitmesi nedeniyle debridman uygunlandı ve NBYKT seansları ile yara takibi yapıldı. Yara zemininin NBYTK ile takibinin ardından rekonstrüksiyona uygun hale geldiğinde STSG ile onarım sağlandı. Hastanın takiplerinde greftin viable ve adapte olduğu görüldü ve taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Scalp, Scalp Amputasyonu, Scalp Replantasyonu

Scalp Total Amputasyon



P-159

Skrotal Lenfödem: Prolidaz Eksikliği ile Beraber Görülen Nadir Bir Vaka

Oğuzhan Keskin[1], Tolga Sarıgöz[1], Elif Altınay Kırlı[2], Anıl Demiröz Uslu[1]

[1]*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş

Lenfödem, lenfatik drenajın bozulmasına bağlı olarak proteinden zengin ekstraselüler sıvının subkütan dokuda anormal birikimidir. Buna bağlı fibro-adipoz doku değişiklikleri görülür.[1]

Skrotal lenfödem, skrotumu drene eden inguinal ve pelvik lenfatik damarların tıkanması yokluğu(aplazi) ya da yetersiz gelişimi(hipoplazi) sonucu ortaya çıkan nadir bir durumdur. Zamanla skrotumda fibrozis gelişebilir ve bu durum hastanın yaşam kalitesini bozan mobilite kısıtlılığı, hijyen problemleri, cilt enfeksiyonları, cinsel ve üriner işlev bozukluğu gibi çok yönlü komplikasyonlara yol açabilir.[2] Skrotal lenfödemin tedavisi, lenfatik drenajı yeniden sağlamaya yönelik kompresyon, skrotal elevasyon, antibiyoterapi gibi konservatif prosedürlerden, ödemli doku eksizyonuna dayanan ablasyon tekniklerine kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. İleri evre, fibrotik doku içeren ve dev skrotuma sahip olgularda bu tedaviler yetersiz kalır, Charles prosedürü gibi radikal debulking teknikleri tercih edilir.[3]

Bu vaka sunumunda, skrotal şişlik ile başvuran prolidaz eksikliği tanılı bir hastanın tedavisinde uygulanan Charles operasyonu ele alınmakta; skrotal lenfödem hastalarının cerrahi tedavisinde kullanılabilecek yöntemleri mercek altına almak hedeflenmektedir.

Vaka Sunumu

16 yaşında erkek hasta, tarafımıza 4 yıl önce ortaya çıkan ve zamanla ilerleyen testislerde şişlik şikayeti ile başvurdu. Bilinen prolidaz eksikliği glokom, faktör 7 eksikliği dışında ek hastalığı yoktu. Hastada son 4 yıldır giderek artan skrotal şişlik ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık mevcuttu. Fizik muayenede lenfödem nedeniyle testisler konturunu tamamen kaybetmiş, penis internalize olmuştu. Fibröz karakterdeki skrotumda gode bırakmayan ödem izlendi. İnguinal kıvrım eritemli izlendi ve pubik bölgeye uzanan masere lezyonlar mevcuttu. Hastanın lenfödeminin ileri evre olması, yaşam kalitesinin etkilenmesi, ambulasyonda zorlanması, ağrı tariflemesi, masif ödeminin bulunması gibi nedenlerle cerrahi tedavi kararı alındı. Hasta, postoperatif ilk hafta boyunca immobil ve sonda ile takip edildi.

Cerrahi Teknik

Operasyona, genel anestezi altında Charles prosedürüne uygun olarak etkilenen skrotum cildi ile sağlıklı cilt arasındaki çizimlerin ardından skrotal ciltten kısmi kalınlıklı deri grefti alınarak başlandı. Skrotal bölgedeki lenfödeme yönelik penis kökünden insizyonlarla girilerek her iki perineal alanda pubik bölgeden rektum anterioruna dek cilt, ciltaltı tabakalar geçilip bilateral testisler tespit edildi. Testisler tunica vaginalis içinde saptandı. Testisler ve spermatik kord ortaya konduktan sonra geriye kalan subkütan doku rezeke edildi. Kanama kontrolünün ardından her iki testis tunica vaginalis tabakasından birbirine yaklaştırılıp medial yanlarından sütüre edildi. Alınan kısmi kalınlıklı deri grefti her iki testis çevresine sirküler şekilde adapte edildi. Uygun pansumanın ardından operasyona son verildi.

Tartışma

Skrotal lenfödem, hem hasta hem de hekim için zorluklar teşkil eden, ciddi derecede fonksiyon kısıtlayıcı bir durumdur.

Bu olguda gözlenen konjenital skrotal lenfödemin patofizyolojik sürecinde prolidaz eksikliği zemininde ortaya çıkan kronik inflamasyon, fibroblast fonksiyon bozukluğu, mikrovasküler geçirgenlik artışı ve kollajen birikimi önemli rol oynamaktadır.

Tedavi yaklaşımı, lenfödemin şiddeti, hastanın yaşı, eşlik eden komorbiditeler ve fonksiyonel/estetik beklentiler doğrultusunda şekillenir. Konservatif tedaviler arasında; manuel lenfatik drenaj, kompresyon giysileri, fizyoterapi gibi yöntemler yer almakla birlikte, skrotal bölgedeki masif lenfödemlerde cerrahi müdahale gereklidir.

Lenfödemin ilk cerrahi tedavisi Richard Henry Havelock Charles tarafından skrotal filaryazis tedavisine yönelik 140 vakalık seri yayımıyla tanımlanmıştır. 1912 yılında alt ekstremite lenfödem tedavisinden de bahseden bir kitap bölümü yayınlayan Charles kendi ismini verdiği prosedüründe lenfödemden etkilenmiş tüm cilt ve ciltaltı dokuların fasyaya kadar eksize edip kısmi kalınlıkta deri grefti uygulamıştır. Zaman içinde ablatif bir yöntem olan Charles prosedürü de zaman içinde greftlemenin geciktirilmesi gibi çeşitli varyasyonlara uğramıştır. Günümüzde emme yardımlı lipektomi ve liposakşın da lenfödeme yönelik redüktif cerrahi yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Lenfovenöz anastomoz (LVA) veya vaskülerleştirilmiş lenf nod transferleri, özellikle erken evre lenfödemlerde tercih edilebilir. Ancak bu yöntemler, ileri fibrotik ve dev lenfödem olgularında genellikle yetersiz kalmaktadır.İleri evre skrotal lenfödemde sklerotik ve fibrotik dokuların tamamen eksize edilmesini, ardından kalan sağlıklı dokularla skrotumun yeniden şekillendirilmesini kapsayan eksizyonel (debulking) cerrahi yöntemlere ihtiyaç duyulur.

Eksizyonel (debulking) yöntemlerden bir diğeri de Takumi Yamamoto ve arkadaşlarının radikal redüksiyon ve rekonstrüksiyon olarak tanımladıkları ve kısaca 3R olarak adlandırdıkları tekniktir. Bu teknikte Yamamoto ve arkadaşları fibröz dokunun geniş rezeksiyonu sonrası superfisyal sirkumfleks iliak arter perforator(SCIP) lenfatik flep transferinin skrotal lenfödemde tek seanslı küratif bir tedaviye olanak sağladığını, postoperatif komplikasyonların ve nüksün önlenmesinde önemli bir rol oynama potansiyeline sahip olduğunu göstermişlerdir.[4] Yamamoto'nun tekniğinin uygulanabilir olması için lenfatik kanalların iyi çalışması gerekmektedir. Bu vakada lenfatik yolak probleminden dolayı Charles prosedürü tercih edilmiştir.

Olgumuzda Charles yaklaşımı tercih edilmiş ve hastaya uygun şekilde skrotal rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiştir. Deri greftinin skrotumdan alınması nedeniyle ek komorbiditeye yol açmaması Charles prosedürünün avantajlarından biridir. Ek olarak Charles operasyonu insan vücudunda özellikle distal yerleşimli lenfödem olgularında tercih edilir. Ekstremite proksimalindeki lezyonlarda Charles operasyonunun uygulanabilirliğini azaltan bu durum skrotumda yani distalde çalışmamız nedeniyle bertaraf edilmiştir.

Sonuç olarak bu vaka, ileri evre skrotal lenfödemler için Charles prosedürü gibi debulking yöntemlerinin bu hasta grubunda güvenilir ve uygulanabilir bir teknik olduğunu göstermektedir.

Referanslar

1. Jeffrey E. Janis - Essentials of Plastic Surgery (2022, Thieme Medical Publishers) p 974-989

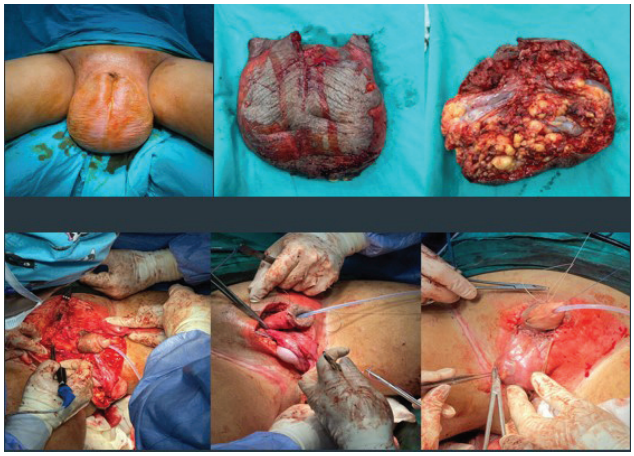
2. Hennessey DB, Kinnear N, Chee J. Surgical management of chronic genital lymphoedema. BMJ Case Rep 2018;2018:r 225183.

3. Miguel Modolin, Anuar Ibrahim Mitre, José Carlos Faes da Silva, Wilson Cintra, Ana Paula Quagliano, Sami Arap, Marcus Castro Ferreira Plastic Surgery/Urology Faculty of Medicine, University of São Paulo DOI: 10.1590/S1807-59322006000400003

4. Takumi Yamamoto, Bassem W.Daniel, Jose R.Rodriguez, Takashi Kageyama Department of Plastic and Reconstructive Surgery, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan DOI: 10.1016/j.bjps.2021.08.011

Anahtar Kelimeler: Charles, Lenfödem, Prolidaz eksikliği

Peroperatif Fotoğraflar



P-160

Tendon Tutulumu Gösteren Üst Ekstremite Lenfatik Malformasyonu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Arjin Kaya, Çağlar Yılmaz, Anıl Demiröz Uslu

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

Giriş

Lenfatik malformasyonlar (LM), embriyolojik dönemde lenfatik sistemin gelişim bozuklukları sonucu ortaya çıkan, düşük akımlı doğumsal vasküler malformasyonlardır (1). Lenfatik malformasyonlar en sık baş-boyun bölgesinde görülür; aksilla, göğüs ve perine bölgeleri daha nadir tutulum alanlarıdır. Üst ekstremite yerleşimli LM'ler oldukça nadirdir ve tanı ile tedavi süreçlerinde bölgenin karmaşık anatomisi nedeniyle önemli zorluklar doğurabilir.

Lenfatik malformasyonlar makrokistik, mikrokistik veya kombine tipte olabilir. Lezyonun anatomik yerleşimi ve yaygınlığına bağlı olarak fonksiyonel kısıtlılık, enfeksiyon, kanama ve estetik bozukluk gibi klinik sonuçlar doğurabilir. Lenfatik malformasyonların diffüz sınırlı ve çevre dokularla iç içe olması cerrahi planlama açısından önemli zorluklar yaratmaktadır (2).

Bu çalışmada, üst ekstremitede kombine tipte ve ekstansör tendonlara invazyon gösteren nadir bir lenfatik malformasyon olgusu sunulmakta; ardışık skleroterapi seanslarını takiben uygulanan cerrahi eksizyon stratejisi ve postoperatif takip süreci tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

İlk başvurusu beş aylıkken olan kız hastada, doğumdan itibaren mevcut olan ve hastanın fiziksel gelişimine paralel olarak progresyon gösteren, sağ el ve el bileği dorsumunda yerleşimli kitle mevcuttu. Fizik muayenede, cilt ile aynı renkte, yumuşak kıvamlı, ağrısız, tromboze olmayan ve palpabl titreşim (thrill) saptanmayan lezyon izlendi.

Yapılan Manyetik Rezonans Görüntüleme'de, T1 ve T2'de ileri derecede masif hiperintens, 37 mm kalınlığa ulaşan lobüle konturlu,minimal heterojen kontrast tutan diffüz yumuşak doku kalınlaşması izlendi. Yapılan Doppler

Ultrason'da ise vaskülarizasyon ve kistik alanlar barındıran geniş kitle lezyon izlendi,anterior kesiminde vaskülarize komponent, posterior kesimlerde en büyüğü 7mm ölçülen makro ve mikrokistik lenfatik komponentleri mevcuttu. Vasküler komponentin kistik komponentten baskın olduğu görüldü. Hastaya kombine tipte lenfatik malformasyon tanısı konuldu.

Hastanın takiplerinde yaklaşık 10–12 haftalık aralıklarla üç seans %3 polidokanol ile skleroterapi uygulandı. Kısmi regresyon sağlanmasına ragmen fonksiyonel kısıtlılık ve kozmetik deformitenin devam etmesi üzerine cerrahi eksizyon planlandı. (Fotoğraf 1a)

Hasta on beş aylıkken zigzag insizyonlar ile cerrahi girişim uygulandı. Operasyon sırasında 3. ve 4. parmakta lezyon tarafından invaze edilmiş santral slip ve lateral bant segmentleri kitle yüzeyinden sıyrılarak ilgili tendonlar rekonstrükte edildi. 5. parmak EDM tendonu tamamen lezyon tarafından tutulmuştu; eksize edildi. 5. Parmakta EDC tendonu korundu ancak kitle çıkarılınca ekspande ve laglı olması nedeniyle plikasyon uygulandı. El bileği seviyesinde lezyon ekstansör retinakulum ve içindeki kaslara invazyon göstermekteydi; tüm müsküler yapılar ve retinakulum korunarak parsiyel eksizyon yapıldı. (Fotoğraf 1b)

Postoperatif dönemde atel ile takip edilen hastada, erken dönem komplikasyon gelişmemesi üzerine post-op 1. günde taburculuk sağlandı. Birinci hafta kontrolünde, sağ elde yaygın, yumuşak kıvamlı, ağrısız ve cilt rengiyle uyumlu belirgin şişlik izlendi. (Fotoğraf 1c) Hematom, dolaşım bozukluğu veya enfeksiyon bulgularına rastlanmadı. Taburculuk sonrası yetersiz elevasyona bağlı gelişen ödem olarak değerlendirildi. Hasta yeniden hospitalize edilerek tül kadın çorabıyla agresif elevasyon uygulandı. (Fotoğraf 1d) Takiplerinde Kompleks Dekonjestif Tedavi (KDT) de uygulanan hastanın ödeminde belirgin gerileme gözlendi. (Fotoğraf 1e)

Tartışma

Lenfatik malformasyonların yaklaşık %75'i baş-boyun bölgesinde yer alırken, yalnızca %20–25'i gövde ve ekstremitelerde yerleşir (2). Üst ekstremitede LM olguları oldukça nadirdir. Bu tip lezyonların yönetimi karmaşık olup, genellikle multimodal yaklaşım gerektirir. Literatürde üst ekstremite lenfatik malformasyonlarının sıklığı son derece düşüktür. 72 kistik lenfanjiyom olgusunun değerlendirildiği bir derlemede yalnızca 2 olguda üst ekstremite yerleşimi saptanmıştır (3). Bu bulgular, üst ekstremite LM'lerinin nadirliğini vurgulamaktadır.

Makrokistik ve kombine tip LM'lerde skleroterapi ilk basamak tedavi olarak kabul edilir. Mikrokistik komponentlerin tedaviye daha dirençli olduğu bilinmektedir (4). Bu vakada üç seans %3 polidokanol ile skleroterapi sonrası parsiyel regresyon sağlanmış ancak rezidü kitle nedeniyle cerrahi gerekmiştir.

LM'lerin infiltratif doğası, cerrahi sırasında önemli anatomik yapıların tutulma riskini artırır (5). Bu vakada da ekstansör tendonlara invazyon görülmesi cerrahi sırasında titiz diseksiyon gerekliliğini desteklemektedir.

Postoperatif dönemde çocuk yaş grubuna özgü faktörler komplikasyonların yönetimini zorlaştırabilir. Bu nedenle postoperatif dönemde yakın izlem ve aile eğitimi önemlidir. Üst ekstremite cerrahisi sonrasında ödemin azaltılması için kolun kalp seviyesinin üzerinde tutulması büyük önem taşır. Elevasyon, yerçekiminin etkisi ile venöz ve lenfatik akımı artırarak ödem ve ağrıyı azaltır (6). Atel uygulamalarının non sirküler yapılması ise postoperatif dönemde gelişebilecek şişlik için genişleyebilir bir alan bırakarak doku basısı ve dolaşım bozukluğunu önler (7). Literatürde elevasyon amacıyla yastık kılıfı veya kumaş içine kolun konularak serum askısına asılması gibi yöntemler tanımlanmıştır (8,9). Bu vakada da atelli kol, tül kadın çorabı aracılığıyla asılarak etkin agresif elevasyon sağlanmış oldu.

Bu olgu, üst ekstremite yerleşimli, tendon invazyonu gösteren kombine tip lenfatik malformasyonun aşamalı skleroterapi ve cerrahi sonrası yakın takip ile etkin şekilde yönetilebileceğini göstermesi açısından öğreticidir.

Sonuç

Kombine tip lenfatik malformasyonlar, özellikle infant ve çocuk yaş grubunda, yayılım özellikleri ve anatomik komşulukları nedeniyle kompleks bir klinik tabloya neden olabilir. Bu vakada olduğu gibi, tendon tutulumu varlığında bile cerrahi seçenekler dikkatli planlama ve yakın takip ile başarılı şekilde uygulanabilir. Skleroterapi ile cerrahinin ardışık kullanımı, kombine tip LM yönetiminde etkili bir strateji olarak değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

1. ISSVA Classification – 2025 Update. International Society for the Study of Vascular Anomalies. Available from: https://www.issva.org/classification.

2. Poget M, Fresa M, El Ezzi O, Saliou G, Doan MT, de Buys Roessingh A. Lymphatic malformations in children: retrospective review of surgical and interventional management. Pediatr Surg Int. 2023;39(1):36.

3. Daouda D, Mekouar Y, Salihou A, et al. Cystic lymphangioma of the upper limb: clinical case and literature review. BJR Case Rep. 2022;8(5):20210206.

4. Greene AK, Alomari AI. Management of lymphatic malformations. Clin Plast Surg. 2011;38(1):75-82.

5. Scharitzer M, Rath T, Kitzinger HB, et al. Surgical resection of vascular anomalies of the upper extremity—an observational study. J Clin Med. 2025;14(6):1930.

6. Villeco JP. Edema: A silent but important factor. J Hand Ther. 2012;25(2):153-162.

7. Garcia-Rodriguez JA, Longino PD, Johnston J. Forearm volar slab splint. Can Fam Physician. 2018;64(8):581-583.

8. Shnayder Y, Tsue TT, Toby EB, Werle AH, Girod DA. Safe osteocutaneous radial forearm flap harvest with prophylactic internal fixation. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2011;4(3):129-136.

9. Malaysian Orthopaedic Association. Modified Noorhaya upper limb elevation sling. Poster presented at: MOA Congress; 2022; Kuala Lumpur, Malaysia.

Anahtar Kelimeler: izole lenfatik malformasyon, üst ekstremite, vasküler malformasyon, tendon invazyonu

olgu görselleri



Fotoğraf 1- (a) 3 seans skleroterapi sonrası preoperatif fotoğraflar. (b) Peroperatif fotoğraflar: Eksize edilmiş kitle ve primer sütüre edilen cilt flepleri. (c) Postoperatif erken dönemde gelişen ödem. (d) Tül kadın çorabıyla agresif elevasyon ve ödemi gerilemiş ekstremite. (e) KDT uygulanmış postoperatif 1. ay görünümü.

P-163

Multivasküler Beslenimli Venöz Malformasyonun Cerrahi Tedavisi: Nadir Yerleşimli Bir Olgu Sunumu

Baturalp Avcıoğlu, Ahmet Umut Yuvacı, Özlem Çolak
Demiroğlu Bilim Üniversitesi

Giriş ve Amaç

Venöz malformasyonlar, düşük akımlı vasküler anomaliler olup doğuştan itibaren mevcut olan, genellikle yavaş büyüme gösteren ve semptomatik hale gelene dek tanı almayan lezyonlardır. Skapular bölgeden meme dokusu içerisine uzanım gösteren venöz malformasyonlar nadir görülmekte olup, gerek estetik gerekse fonksiyonel sorunlara yol açabilir. Bu çalışmada, doğumsal olup daha önce tekrarlayan başarısız skleroterapi uygulamalarına rağmen büyümeye devam eden ve internal torasik ile torakodorsal arterler aracılığıyla beslenen kompleks bir venöz malformasyonun cerrahi eksizyonu ve onarımı sunulmaktadır.

Yöntem ve Bulgular

Otuz yaşında kadın hasta, doğuştan beri mevcut olan ve zamanla belirginleşen, sol skapuladan başlayarak anteriora meme dokusuna kadar uzanan yumuşak doku kitlesi şikâyeti ile başvurdu. Daha önce üç kez skleroterapi uygulanmış ancak kitlenin boyutunda herhangi bir gerileme sağlanamamıştı. Manyetik Rezonans (MR) görüntülemede lezyonun venöz malformasyon olduğu, anterior uzanımında internal torasik arter, posterior uzanımında ise torakodorsal arter ile beslenmekte olduğu raporlandı.

Cerrahi müdahale, sol hemitoraksta S insizyonu ile gerçekleştirildi. Lezyonun cilt altı dokuda başlayıp latissimus dorsi kası içerisinden geçerek visseral plevra yüzeyine kadar ilerlediği izlendi. Kitlenin torakodorsal arterle olan bağlantısı dikkatli bir disseksiyonla ayrıldı. Kosta üzerinden anteriora doğru takip edilerek perikard yüzeyine kadar ulaşan kitle tamamen eksize edildi. Internal torasik arter ile olan vasküler bağlantı da kontrollü şekilde ayrıldı.

Hastanın postoperatif dönemi stabil seyretti. Bir gün yoğun bakımda, ardından üç gün serviste izlem sonrası komplikasyonsuz şekilde taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde herhangi bir nüks veya komplikasyon izlenmedi.

Tartışma

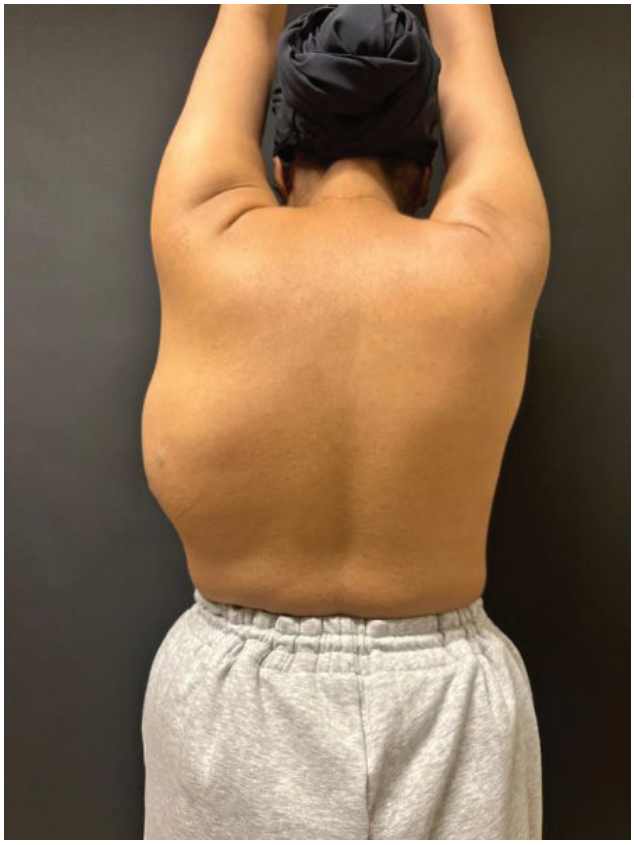
Venöz malformasyonların tedavisinde skleroterapi sık kullanılan bir yöntemdir; ancak derin anatomik yerleşim ve kompleks vasküler beslenme varlığında cerrahi eksizyon gerekebilmektedir. Bu vakada, daha önce uygulanan skleroterapiye yanıtsızlık, malformasyonun iki majör arter tarafından beslenmesi ve perikardiyal yüzeye kadar uzanım göstermesi cerrahi tedaviyi gerekli kılmıştır. Diseksiyon sırasında vasküler yapıların dikkatle ayrılması, visseral plevra ve perikard yüzeyine komşuluğa rağmen komplikasyonsuz rezeksiyon mümkün kılınmıştır.

Sonuç

Bu olgu, derin yerleşimli kompleks venöz malformasyonlarda cerrahi tedavinin güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir. Özellikle başarısız skleroterapi öyküsü olan ve geniş anatomik uzanımı bulunan hastalarda cerrahi planlama multidisipliner yaklaşım ile yapılmalı, preoperatif görüntüleme bulguları titizlikle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: internal torasik atter, latissimus dorsi, torakodorsal arter, venöz malformasyon

Preoperatif Hasta



P-164

Lokal anestezik uygulaması sonrası oral mukozada nekroz

Derya Baltutar, Mert Menemencioğlu,
Kürşat Kerim Tanrıkulu
Karadeniz Teknik Üniversitesi

Vaka sunumu; plastik cerrahi klinik uygulamaları esnasında dolgu maddeleri veya adrenalin içerikli solüsyonlar uygulanması sonrası ciltte nekroz gelişimi zaman zaman görülmektedir. Aynı şekilde dişçilik uygulamaları sonrasında da benzer durumlar oral mukozada ortaya çıkabilmektedir. Bu vaka incelemesinde, kliniğimize başvuran 8 yaşındaki çocuk hastanın diş kliniğinde adrenalinsiz lokal anestezikli solüsyonla müdahale edilmiş olan alt ön ve lateral kesici dişleri hizasındaki oral mukozada, yaklaşık 2x2 cmlik alanda kası içermeyen tam kat mukoza nekrozu gelişmiştir. Vazokonstriktör madde kullanılmadan yalnızca lokal anestezik ile mukoza nekrozu gelişmesi literatürde oldukça nadir görülen bir durum olup, bu raporda hastanın tedavi ve takibi yanı sıra enjeksiyonlar sonrası görülen cilt veya mukoza nekrozu patofizyolojileri özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Lokal anestezik, nekroz, oral mukoza

P-166

Nevüs eksizyonu sonrası erken dönem hasta memnuniyetin değerlendirilmesi

Yusuf Haner, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Harun Güleç, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

MELANOSİTİK NEVÜSLER,ÖZELLEŞMİŞ DENTRİTİK HÜCRELER OLAN MELANOSİTLERDEN TÜREYEN İYİ HUYLU NEOPLAZMALARDIR..MELANOSİTLER İSE EPİDERMİSİN BAZAL TABAKASINDA BULUNUP PİGMENT ÜRETEN BİR GRUP HÜCRE TOPLULUĞUDUR.BU LEZYONLAR İNSANLARDA EN YAYGIN GÖRÜLEN KUTANÖZ BULGULAR ARASINDADIR VE VARLIKLARI GÜNEŞE MARUZ KALMA VE GENETİK DUYARLILIĞIN BİR GÖSTERİ OLARAK GÖRÜLÜR. BÜYÜK ÇOĞUNLUĞU İYİ HUYLU OLMASINA RAĞMEN ÇOK NADİR DE OLSA MALİGNLEŞEBİLİRLER.NEVÜSLER GENEL OLARAK KONJENİTAL VE EDİNİLMİŞ OLARAK 2 GRUBA AYRILABİLİR.KONJENİTAL NEVÜS SIKLIĞI YÜZDE 2 BANDINDA GÖRÜLMÜŞTÜR.EDİNİLMİŞ NEVÜSLER ORTALAMA BİR YETİŞKİNDE 10 İLA 40 ARASINDA GÖRÜLMÜŞTÜR.EN SIK YERLEŞİM GENEL OLARAK YÜZ BOYUN VE GÖVDEDEDİR.

MELANOSİTİK NEVÜS EKSİZYON ENDİKASYONLARI ARASINDA MALİGNİTE ŞÜPHESİ,ESTETİK KAYGI,KAŞINTI VEYA KANAMA GİBİ SEMPTOMLAR VE GİYSİ VEYA TIRAŞ NEDENİYLE OLUŞAN MEKANİK TAHRİŞ PROBLEMLERİ SAYILABİLİR.

BU CİLT LEZYONLARININ EKSİZYONUNDA ELİPTİK EKSİZYON VE SHAVE EKSİZYON YÖNTEMLERİ SIKLIKLA KULLANILIR.SHAVE EKSİZYON YAPILAN HASTALARIN MEMNUNİYET ORANLARININ DAHA YÜKSEK OLDUĞU GÖRÜLMÜŞTÜR.

BU ÇALIŞMA ELİPTİK EKSİZYON YÖNTEMİ İLE NEVÜS EKSİZYONU SONRASI ERKEN DÖNEMDEKİ HASTA MEMNUNİYETİ VE YARA İZİ ALGISINI DEĞERLENDİRMEYİ HASTALARIN BENZER KOŞULLAR ALTINDA BU PROSEDÜRÜ TEKRAR GEÇİRMESİ İSTEĞİ OLUP OLMADIĞINI HASTA BAZLI OLARAK DEĞERLENDİRMEYİ AMAÇLAMAKTADIR.

MATERYELLER VE METODLAR

MAYIS 2025- TEMMUZ 2025 TARİHLERİ ARASINDA ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ PLASTİK CERRAHİ KLİNİĞİNDE EKSİZYONU GERÇEKLEŞMİŞ HASTALAR PROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLDİ.MELANOSİTİK NEVÜSÜN KLİNİK TANISIYLA TOPLAM 60 EKSİZYON YAPILDI.BİRDEN FAZLA LEZYONU EŞ ZAMANLI OLARAK EKSİZE EDİLEN HASTALARIN HER LEZYONU BİRBİRİNDEN TAMAMEN FARKLI VAKALAR OLARAK DEĞERLENDİRİLDİ VE SORGULANDI.MELANOSİTİK NEVÜS ÖN TANISINA SAHİP OLMAK VE ÇALIŞMA İÇİN GÖNÜLLÜ OLMAK DAHİL EDİLME KRİTERİ OLARAK GÖRÜLDÜ.GÖNÜLLÜ OLMAYAN HASTALAR ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEDİ.HASTALARI YARA YERLERİ İÇİN MEMNUNİYETİ DEĞERLENDİRMEDE POSAS 3.0 HASTA BAZLI ANKETİ KULLANILDI.HARİCİ OLARAK HASTALARIN FARKLI BİR LEZYON İÇİN AYNI İŞLEMİ GEÇİRMEK İSTEYİP İSTEMEYECEKLERİ DE SORULDU.ÇALIŞMA,TÜM KATILIMCILARDAN ÇALIŞMANIN AMACINI TAM OLARAK ANLAMALARINI SAĞLAYARAK ETİK ONAY ALDI.LEZYONLARIN HEPSİNE ELİPTİK EKSİZYON UYGULANDI VE ONARIM İÇİN 3-0 4-0 5-0 PROLEN SÜTURLAR KULLANILARAK PRİMER TEKNİKLE ONARILDI. YARA BAKIMINDA GÜNLÜK PANSUMAN İÇİN TOPİKAL ANTİBAKTERİYAL POMADLAR KULLANILDI.SÜTURLAR 1 İLA 2 HAFTA ARASINDA ALINDI(LOKALİZASYONA BAĞLI OLARAK)

HASTALAR CİNSİYET,YAŞ,HASTANIN ŞİKAYETİ,LEZYONUN LOKALİZASYONU GİBİ PARAMETRELERE AYIRILDI.BU PARAMETRELERLE HASTANIN MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ DEĞERLENDİRİLDİ.

SONUÇLAR

65 HASTADA TOPLAMDA 100 NEVÜS EKSİZYONU ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLDİ.HASTALARIN ORTALAM YAŞI 32 İDİ.EN GENÇ HASTA 18 EN YAŞLI HASTA 74 YAŞINDA İDİ.LEZYONLARIN 75 TANESİ KADIN HASTADA 23 TANESİ ERKEK HASTADAYDI.LEZYONLARIN LOKALİZASYONUNA BAKILDIĞINDA 78 LEZYONUN BAŞ BOYUN BÖLGESİNDE 12 LEZYONUN GÖVDEDE 2 SİNİN ÜST EKSTREMİTEDE 4 LEZYONUN ALT EKSTREMİTEDE 4 LEZYONUN GENİTAL BÖLGEDE OLDUĞU GÖRÜLDÜ.100 NEVÜSÜN 72 SI ESTETİK KAYGILARLA,11 TANESİ İSE FİZİKSEL PROBLEMLERLE(TIRAŞ VEYA GİYSİ GİYMEDE PROBLEM)10 TANESİ ŞÜPHELİ MALİGNİTE AÇISINDAN 7 TANESİ SEMPTOMATİK NEDENLERLE(KAŞINTI KANAMA) EKSİZE EDİLDİ.

HASTALARA 30.GÜN SONUNDA YAPILAN ANKET SONUCUNDA 60 HASTA TEKRARDAN AYNI PROSEDÜRE TABİ OLMAYI KABUL EDECEĞİNİ VE SONUÇTAN MEMNUN OLDUĞUNU DİLE GETİRİLDİ.0(HİÇ MEMNUN DEĞİLİM)-5(ÇOK MEMNUNUM) ARASINDA BİR SKALADA PUAN VERİLMESİ İSTENEN HASTALAR İÇİN ORTALAMA PUAN 4.3 OLARAK TESPİT EDİLDİ.AYNI ŞEKİLDE YAPILAN POSAS SKORLAMASINDA 85 PUAN ÜZERİNDEN (17 CİLDE EN BENZER ŞEKİLDE İYİLEŞME-85 EN KÖTÜ YARA İZİ VE EN KÖTÜ HİS) DEĞERLENDİRİLMEYE TABİ TUTULAN HASTALAR İÇİN ORTALAMA PUANIN 36.4 OLDUĞU GÖRÜLDÜ.SADECE KADIN HASTALAR DEĞERLENDİRİLDİĞİNDE İSE ORTALAMA PUANIN 38.4 YE YÜKSELDİĞİ GÖRÜLDÜ.ERKEKLERDE İSE BU ORTALAMA 30.4 OLARAK GÖRÜLDÜ.CİNSİYET GÖRE ANKET PUANINDA ANLAMLI FARK MEVCUTTU.

HASTALARIN GENEL OLARAK BAKILDIĞINDA ELİPTİK OLARAK YAPILAN CERRAHİ EKSİZYON VE PRİMER ONARIM SONRASINDA YARA YERLERİNDEN GENEL ANLAMIYLA MEMNUN OLDUĞU GÖRÜLDÜ.

KAYNAKÇA

Rissin, Y., Fodor, L., Ishach, H., Oded, R., Ramon, Y., & Ullmann, Y. (2007). Patient satisfaction after removal of skin lesions. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 21(7), 951–955. doi:10.1111/j.1468-3083.2007.02146.x

Black, S et al. “The incidence and position of melanocytic nevi for the purposes of forensic image comparison.” International journal of legal medicine vol. 128,3 (2014): 535-43. doi:10.1007/s00414-013-0821-z

Liu Panpan, Su Juan, Zheng Xuanwei, Chen Mingliang, Chen Xiang, Li Jie, Peng Cong, Kuang Yehong, Zhu Wu,A Clinicopathological Analysis of Melanocytic Nevi: A Retrospective Series,Frontiers in Medicine,Volume 8 – 2021 DOI=10.3389/fmed.2021.681668

Bong JL, Perkins W. Shave excision of benign facial melanocytic naevi: a patient’s satisfaction survey. Dermatol Surg. 2003;29(3):227-229.

Anahtar Kelimeler: nevüs, eksizyon, skar, yara izi

P-168

Protein C Eksikliğine Bağlı Oluşan Doku Defektinin Yönetimi

Aslı Odabaşı, Servan Dağ, Süleyman Rezan Güler,
Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş

İlk kez 1960'da antikoagülan etkisi tanımlanan, Vitamin K'ya bağımlı bir protein olan Protein-C, pıhtılaşma sisteminin doğal inhibitörüdür. Protein-S ile birlikte doğal antikoagülan olarak değerlendirilirler. Plazmada yarı ömrü 6–10 saattir. Protein-C, pıhtılaşma önleyici etkisini Protein-S ile birlikte FVa ve FVIIIa'yı inaktive ederek gösterir. Etkisini gösterebilmesi için önce trombin tarafından aktive edilerek aktive Protein-C'ye dönüşür. Aynı zamanda plazminojen aktivatör inhibitör 1'i inaktive ederek fibrinolizisi kolaylaştırır [1].

Olgu

Spontane gelişen perine bölgesinde, skrotum ve penisi içeren cilt nekrozu olan 3 aylık erkek hasta pediatri servisine başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde Protein-C seviyesi düşük saptandı. Konjenital Protein-C eksikliği tanısıyla pediatrik hematoloji servisine yatırıldı. Yüzeyel cilt nekrozları yağlı pansumanla takip edildi. Aynı zamanda yoğun bakımda Protein-C ve TDP replasmanları uygulanarak hasta heparinize edildi. Takiplerde annesinde de DVT geliştiği görüldü. Sol kol ve önkolda yaygın sirküler cilt nekrozu tam kat doku defekti oluşturdu. Çocuk cerrahisi tarafından perine bölgesi debride edildikten sonra, sol kol ve önkol debride edilerek Biodegradable Temporising Matrix uygulandı. 2 hafta yağlı pansumanla takip edilen hasta, ikinci haftada kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. 4 aylıkken yoğun bakımdan taburcu edilen hastada, 1. ay kontrolünde sol antekübital bölgede kontraktür bandı gelişti. Band eksize edilerek atel uygulaması yapıldı ve yoğun fizik tedavi sürecine alındı.

Tartışma-Sonuç

Anti-trombin, Protein-C ve Protein-S koagülasyon faktörlerinin fizyolojik inhibitörleridir. Bu doğal inhibitörlerin doğuştan veya edinsel eksiklikleri tromboz riskini artırır. Kalıtsal Protein-C eksikliği olan bireylerin %75'i hayat boyu birden fazla tromboz atağı geçirir [2]. Tromboz genellikle alt ekstremite yüzeyel venlerinde ve mezenterik venlerde görülürken, pulmoner emboli de eşlik edebilir. Olgumuzda görüldüğü gibi, derin ve yaygın nekrotik lezyonlar ciddi doku kayıplarına neden olur. Multidisipliner yaklaşım gereklidir. Nekrotik alanlar zamanında debride edilmeli ve rekonstrüksiyon aşamasında uygun deri grefti kullanılmalıdır. Medikal tedavide heparinizasyon, oral antikoagülan kullanımı, Protein-C konsantresi veya plazma transfüzyonu planlanmalıdır [1][2]. Ayrıca genetik danışmanlık ve yaşam tarzı değişiklikleri de önerilmelidir.

Kaynakça

[1] Piffoux M, Tcherakian F, Tcherakian S, Horellou MH. Cutaneous necrosis at the initiation of antivitamin K treatment disclosing hereditary protein C deficiency. Rev Pneumol Clin. 1990;46(3):125–7. (French) PMID:2237146.

[2] Schwarz HP, Fischer M, Hopmeier P, Batard MA, Griffin JH. Plasma protein C levels in patients with hereditary protein C deficiency and patients on oral anticoagulant therapy. Blood. 1984 Feb;63(2):355-8. PMID: 6547009.

Anahtar Kelimeler: Cilt nekrozu, Debridman, Deri grefti, Doku defekti, Konjenital Protein-C eksikliği

Protein-c eksikliği olan hasta



penoskrotal alanda nekroz gelişen hastada pre-op,intra-op ve post-op fotoğrafları

P-169

Adenozin Deaminaz (ADA) Eksikliği Olan Yanık Hastasının Yönetimi

Aslı Odabaşı, Servan Dağ, Süleyman Rezan Güler,
Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş

Adenosin deaminaz (ADA) eksikliği, konjenital ve OR kalıtım gösteren nadir sistemik otoinflamatuvar bir hastalıktır. Bağışıklık sisteminin temel bileşenlerinden biri olan T hücrelerinin gelişimini ve fonksiyonlarını bozan bir patofizyolojik süreci tetikler. ADA enzimi, pürin metabolizmasında merkezi bir rol oynayarak adenozin ve deoksiadenozin gibi metabolitlerin toksik etkilerini nötralize eder. ADA eksikliği [1] sonucu, bu metabolitlerin vücutta birikmesi, özellikle dATP seviyelerinin artmasına neden olarak, T hücrelerinin olgunlaşmasını engeller.SCID (Severe combined immunodeficiency) en yaygın genetik formu olup, bağışıklık sistemi tamamen zayıflayan bireylerde enfeksiyon, büyüme gelişme geriliği gibi klinik durumlar gözlemlenir. ADA eksikliği [1] olan bireylerde bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar erken dönemde yaygın şekilde görülür ve tedavi edilmediği takdirde ölümcüldür.

Olgu

Bilinen ADA eksikliği [1] olup dış merkez hematoloji ve immünoloji kliniğinde takip edilen 2 yaş erkek hasta kaynar süt ile temas sonrası gövde anteriorda, bilateral önkol ve kolda sirkülere yakın toplam vücut yüzey alanının %20' sini içeren 2. derece derin yanık alanları ve haşlanma yanığı ön tanısı ile acil servise başvurdu. Hastanın acil serviste yapılan fizik muayenesinde kompartman sendromu bulguları yoktu. Hastaya yanık resüsitasyonuna uygun sıvı replasmanına başlanıldı. Hastanın acil servise ilk başvuru anındaki alınan laboratuvar sonuçlarında lökopeni ve lenfopeni izlendi. Hastaya çocuk enfeksiyon

hastalıkları önerisiyle profilaktik Piperasilin-tazobaktam başlandı. Hastaya yapılan detaylı hematolojik laboratuvar sonuçlarında IgG ve IgM serilerinde düşüklük izlendi. Hastanın yanık alanları günlük steril şekilde açılarak steril yağlı topikal tedavi (gümüş sülfadiazin ve hidrojel bazlı yara örtüleri) pansuman uygulandı. Yanık alanlarının derinleşme eğiliminde olduğu izlendi. Hastanın 3 günlük takiplerinde CRP, sedimantasyon ve prokalsitonin sonuçlarının yükseldiği ve ateşinin olduğu izlendi. Hastaya çocuk hastalıkları bölümü tarafından transfer planlandı. Yapılan günlük yanık alanlarının bakımı ve tedavisinde yanık alanlarının derinleştiği izlendi hastaya tarafımızca 1 kez debridman cerrahisi uygulandı. Hastanın takiplerinde yanık alanlarının epitelize olduğu izlendi. Hastanın alınan kan ve idrar kültürlerinde rezistans Acinetobacter üremesi oldu.

Tartışma-Sonuç

Yanıklar, bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar için açık bir giriş kapısıdır ve ADA eksikliği [1] olan hastalarda enfeksiyonlar hızla yayılabilir. Enfeksiyon yönetimi, tedavinin en önemli aşamalarından biridir. Uygun Antibiyotik profilaksisi için geniş spektrumlu antibiyotikler (ör: Meropenem Piperasilin-tazobaktam gibi) tercih edilmelidir. Yanık hastalarında Herpes Simplex Virus, Varicella Zoster Virus ve candida gibi enfeksiyonların görülme riski artar. Enfeksiyon riski yüksek olan bu hastalarda yara bakımı sık sık gözden geçirilmeli ve steril teknikler kullanılmalıdır. Erken tanı, enfeksiyon profilaksisi, bağışıklık desteği ve metabolik yönetim temel tedavi yaklaşımlarını oluşturur. Ayrıca, sıvı-elektrolit yönetimi tedavi sürecinin önemli bileşenlerindendir. Eğer hastada ADA enzimi replasmanı mümkünse, bu tedavi hastanın bağışıklık fonksiyonlarını geçici olarak iyileştirebilir. Kemik iliği nakli, ADA eksikliği [1] hastalarında bağışıklık fonksiyonunu iyileştirmek için kalıcı bir çözüm olabilir. Yanık tedavisi sürecinde hastanın bağışıklık sisteminin iyileştirilmesi gerektiği düşünüldüğünde, kemik iliği nakli ya da gen tedavisi gibi müdahaleler hastaya özgü tedavi seçenekleri arasında yer alabilir. İmmünoglobülin replasmanı özellikle B hücrelerinin fonksiyonlarını iyileştirmeye yardımcı olabilir.

Kaynakça:

[1] Köse H, Kılıç SŞ. ADA2 Eksikliği. J Curr Pediatr. 2024;22(2):133–139. doi:10.4274/jcp.2024.81489

Anahtar Kelimeler: adenozin deaminaz eksikliği, ağır kombine immün yetersizlik, yanık

ada eksikliği



ADA eksikliği olan yanık hastasının debridman ve sonrasında post operatif takiplerindeki fotoğrafları

P-170

Meme Bölgesi Yanıklarına Bağlı Oluşan Meme Kontraktür Cerrahisi

Aslı Odabaşı, Servan Dağ, Süleyman Rezan Güler, Berk Tahhan, Serkan Erbatur

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

Giriş

Meme bölgesi yanıkları, genellikle buhar, sıcak su, kimyasal maddeler ya da elektriksel nedenlerden kaynaklanabilir. Meme bölgesi, vücudun hassas bölgesi olduğu için, yanıkların tedavisi özellikle dikkat gerektirir. Ayrıca, bu bölge kadınlar için estetik ve fonksiyonel açıdan önemlidir. Yanıklar, cilt dokusunun bütünlüğünü bozar, ağrıya, enfeksiyon riskine, sıvı kaybına ve uzun vadede kozmetik sonuçlara yol açabilir. Meme bölgesindeki yanıkların tedavisinde hem genel yanık yönetimi hem de özgül bölgesel tedavi önemli rol oynar. Özellikle puberte dönemindeki genç kadınlarda meme bölgesini etkileyen yanıklar hem fiziksel hem de psikososyal açıdan derin izler bırakabilir [1] [2]. Bu dönemde beden algısı ve kadınlık kimliği gelişirken yaşanan deformiteler, özgüven kaybı, bedeninden utanma, sosyal izolasyon ve depresyon riskini artırabilir. Genç bireyler, akran ilişkilerinde kendilerini yetersiz hissedebilir ve uzun vadede benlik saygısı düşüklüğü yaşayabilirler.

Olgu

5 yıl önce sıcak su ile haşlanma yanığı olup gövde anteriorda sol memeyi içeren ve sol aksiller bölgeye uzanan yanık sonrası skarları olan 12 yaş kadın hasta tarafımıza başvurdu. Hastaya yapılan fizik muayenede sağ memede Tanner evre-4 olan meme dokusu sol memede inframamarian bölgede gelişen yanık skarı nedeniyle Tanner evre-2 de olduğu izlendi. Aynı zamanda hastanın sol meme areolasının inferiora doğru pitotik olduğu izlendi. Hastanın sol aksiller bölgede yanık skarına bağlı gelişen kontraktür bandı sebebiyle sol kolda abdüksiyonun 100 dereceye sınırlı olduğu kaydedildi. Hastaya tarafımızca sol inframamarian bölgedeki ve sol aksiller bölgedeki yanık skarı için kontraktür bandı eksizyonu yapılması sonrası multipl Z-plasti tekniğine uygun olarak flepler eleve edildi ve kontraktür bandı açıldı. Hastaya operasyon sonrası sol kolu abdüksiyonda tutacak şekilde atel tasarlandı. Hastanın yapılan postoperatif 1. ve 2. Ay kontrollerinde memede asimetrinin düzeldiği, kontraktürden kurtulan meme dokusunda pitozisin gerilediği görüldü ve meme projeksiyonun sağlandığı ayrıca sol kolda abdüksiyon 160 dereceye yükseldiği izlendi.

Tartışma-Sonuç

Meme bölgesinde gelişen yanık kontraktürlerinin cerrahi tedavisi hem fonksiyonel hem de estetik açıdan önemli iyileşme sağlayabilir. Ancak, bu tür operasyonların başarılı olabilmesi için erken müdahale, multidisipliner yaklaşım ve uygun postoperatif bakım şarttır [1]. Yanık kontraktürlerinin düzeltilmesi, hastaların yaşam kalitesini artırmanın yanı sıra psikolojik iyileşmeye de katkı sağlar [2]. İleri düzey cerrahi teknikler ve rehabilitasyon, kalıcı deformitelerin önlenmesinde kritik rol oynamaktadır ve hastaların uzun dönem takipleri, sonuçların sürdürülebilirliğini sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaynakça

[1] Şenen, D., Aşçı, B., Sevin, A., Atakul, D., Özkan, İ., & Erdoğan, B. (2010). Ağır yanıklar sonucu oluşan meme deformitelerinin onarımı. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 18(1), 31–34.

[2] Yavuz, A., Bilgiç, M. İ., Yıldırım, S., & Aköz, T. (2010). Yanığa bağlı meme asimetrisi bulunan 20 hastada flep ve greft ile yapılan tedavi sonuçları. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 18(1), 31–34.

Anahtar Kelimeler: memede kontraktür, yanık, Z-plasti

Yanık sonrası memede kontraktür



Yanığa sekonder gelişen memede kontraktür bandının eksizyonu ve multiple Z-plasti tekniği ile asimetrinin düzeltilmesi

P-178
Versajetin Yanık Debridmanında Kullanımı

Bilal Çakır, Ali Haydar Cinbaş, Mehmet Nesim Güney, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giris: Yanık yaralanmaları dördüncü en yaygın travmatik yaralanmadır(WHO 2008). Yanık yaralanmaları, dünya çapında yılda yaklaşık 180.000 ölüme neden olan dördüncü en yaygın travmatik yaralanmadır.(WHO 2008) Yüzeyel yanıklar sadece pansumanlarla tedavi edilebilir, ancak daha derin yanıklar veya hemen iyileşmeyen yanıklar genellikle cerrahi olarak tedavi edilir(2). Yara debridmanının amacı, yanık tarafından oluşturulan inflamatuar yanıtı azaltmak ve bakteriyel çoğalmayı önlemek için yaralı ve yaşamayan dokuyu yaralanma bölgesinden çıkarmaktır(3). Debridman, enfeksiyon riskini azaltır ve çoğunlukla kısmi kalınlıkta deri grefti (STSG) ile tam iyileşme için optimum yara yatağı oluşturur(3).Geleneksel debridman, sağlıklı dokuyla karşılaşılıncaya kadar yanık dokuyu teğetsel olarak tıraş eden açılı bir bıçakla gerçekleştirilir(2). VersajetTM hidrocerrahi sistemi 1997 yılında geliştirilen bir sistem olup geleneksel bıçak debridmanına bir alternatif olan hidrocerrahi, yaralanmamış dokuya verilen hasarı en aza indirmek amacıyla aynı anda dokuyu debride eder, yıkar ve uzaklaştırır(3). Sıvı, daraltılmış bir açıklıktan hızlandırılır ve oluşan basınç debridman sırasında dokuyu kaldırıp uzaklaştıran bir emme etkisi yaratır(4). Versajet'in literatürde kronik yara, yanık, rinofima, redüksiyon mamoplastide dezepitelizasyon gibi çeşitli kullanım alanları mevcuttur(3).

Materyal-Metod: (OLGU1)Kliniğimize sıcak su ile yanık yaralanmasından 10 gün sonra basvuran 5 yaşındaki erkek hastanın sağ cruris anteriorda sağ ayak dorsalinde ve sol uyluk anteriorda total vücut yüzey alanının yaklaşık %8'ini oluşturan 2.derece derin ve yüzeyel yanık alanları mevcuttu. Hastanın sağ ayak dorsali ve cruris anteriorundaki yanık alanlarını derin izlenmesi üzerine debridman kararı verildi. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Versajet yardımıyla yara yerleri pinpoint kanamalar görülene kadar debride edildi. Hasta daha sonra pansumanla takip edildi. Yanık yerlerinin grefte hazır olmasının ardından hastanın yanık alanlarına stsg uygulandı. Hastanın yapılan poliklinik takiplerinde yanık alanları epitelize izlendi.

(OLGU2) Kliniğimize sıcak su ile yanık yaralanması nedeniyle başvuran 3 yaşındaki kadın hastanın gövde anterior ve posteriorda, billateral uyluk anterior ve posteriorda ve sol cruris posteriorda ve genital bölgede total vücut yüzey alanın yaklaşık %30'unu oluşturan 2.derece derin ve yüzeyel yanık alanları mevcuttu. Hastanın yanık alanlarının derin izlenmesi üzerine debridman kararı verildi. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Versajet yardımıyla yara yerleri pinpoint kanamalar görülene kadar debride edildi. Hasta daha sonra pansumanla takip edildi. Yanık yerlerinin grefte hazır olmasının ardından hastanın yanık alanlarına stsg uygulandı. Hastanın yapılan poliklinik takiplerinde yanık alanları epitelize izlendi.

Sonuç: Yanıklar da dahil olmak üzere tüm açık yaralar enfeksiyon riski altındadır, bu nedenle enfeksiyon riskini azaltmak için yeterli debridman önemlidir. Yara hızla kapatılırsa daha iyi iyileşir, daha az yara izi kalır ve enfeksiyon riski azalır. Son zamanlarda, hidrocerrahi olarak bilinen yüksek basınçlı, su bazlı bir sistem de yanık debridmanı için güncel olarak kullanılmaktadır(3). Bu teknik mekanik debridmanı zor olan parmak web aralığı gibi küçük boşlukların debridmanı için kolayca uygulanabilir(6). Bu araç yalnızca yanmış alanı debride eder ve geride sağlıklı deriyi bırakır(6). Klinik olarak Versajet ile debridmanı el, ayak olmak üzere eklem yüzeylerinin debridmanında ve yüz, genital bölge gibi cerrahi debridmanın daha zor olduğu alanlarda debridman açısından kullanmaktayız. Hidrocerrahi, yanık debridmanı açısından bir bıçaktan daha etkin olabilir ve bu da daha iyi iyileşmeye yol açabilir(1).

REFERANSLAR:

1.Legemate CM, Goei H, Middelkoop E, Oen IM, Nijhuis TH, Kwa KA, et al. Long-term scar quality aAer hydrosurgical versus conventional debridement of deep dermal burns (HyCon trial): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2018;19(1):239.

2.JeBery SL. Device related tangential excision in burns. Injury 2007;38:35-8.

3.Kakagia DD, Karadimas EJ. The eBicacy of Versajet™ Hydrosurgery system in burn surgery. A systematic review. Journal of Burn Care & Research 2018;39(2):188-200.

4.Kimble RM, Mott J, Joethy J. Versajet hydrosurgery system for the debridement of paediatric burns. Burns 2008;34(2):297-8.

5. Highton L, Wallace CG, Dheansa B. The role of Versajet hydrosurgery in burn wound management: A UK multicentre study. Burns 2013;39(5):964–969.

6. Gacto-Sánchez P, Sicilia-Castro D, Moreno-García C, etal. Versajet hydrosurgery system in the debridement of burn wounds: A prospective study. Burns 2011;37(6):938–942.

Anahtar Kelimeler: Alfabetik sıraya göre ve virgüllerle ayrılmış hali:, debridman, hidrocerrahi, yanık

Versajetin Yanık Hastalarında Kullanımı



P-180

Saç Ekimi Sonrası Saçlı Deri Nekrozunun Estetik Rekonstrüksiyonu

Burak Özkan[1], Burak Ergün Tatar[1], Mehrad Vatani[2]

[1]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul
[2]Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi, İstanbul

Saç ekimi yaygın olarak uygulanan ve genel olarak güvenli bir estetik işlem olmasına rağmen, alıcı saha nekrozu gibi çok nadir komplikasyonlar ciddi klinik zorluklar yaratabilir. Bu çalışmada, Follicular Unit Extraction (FUE) yöntemiyle gerçekleştirilen saç ekiminden beş gün sonra frontoparietal saçlı deride nekroz ve enfeksiyon gelişen 52 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Hastanın sigara kullanımı öyküsü mevcuttu; başka anlamlı bir medikal veya aile öyküsü bulunmamaktaydı. Klinik değerlendirmede yaklaşık 4×4 cm ve 4×5 cm boyutlarında iki nekrotik alan tespit edildi; bu alanlarda fluktuasyon, kötü koku ve pürülan akıntı vardı.

Hasta lokal anestezi altında cerrahi debridman ile tedavi edildi; nekrotik deri ve fasyalar çıkarıldı ve tam kat doku kaybı periost seviyesine kadar açığa çıktı. Yaralar irrigasyonla temizlendi ve on iki gün boyunca günlük enzim alginogel (Flaminal® Forte) pansumanları ile izlendi. Başlangıçta amoksisilin-klavulanat ile başlanan antibiyotik tedavisi, yara kültüründe Enterococcus faecalis üremesi sonrası siprofloksasin ile değiştirildi. İki hafta içinde sağlıklı granülasyon dokusu gelişti ve yara yatağının optimizasyonu ile saçlı derinin konturunun yeniden sağlanması amacıyla NovoSorb® Biodegradable Temporizing Matrix (BTM) uygulandı.

Definitif rekonstrüksiyon, occipital bölgeden alınan 3×4 cm boyutunda, saç foliküllerini içeren tam kat, unmeshed, en bloc greft ile gerçekleştirildi. Ek olarak, hasta toplam beş seans hiperbarik oksijen terapisi (HBOT) aldı. Dördüncü postoperatif haftada greftler tamamen tutundu, erken saç folikülü büyümesi gözlendi ve saçlı deri konturu başarıyla yeniden sağlandı.

Anahtar Kelimeler: saç ekimi, saçlı deri enfeksiyonu, nekroz

P-183

Sakrokoksigeal Bölge Defektlerinde Perforatör Bazlı Flep ile Rekonstrüksiyon

Furkan Çeştepe, Murat Doğuş Çerikan, Rüçhan Okutan, Furkan Tok, Kamuran Zeynep Sevim

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Sakrokoksigeal bölge, anatomik ve biyomekanik özellikleri nedeniyle yara iyileşmesi açısından en zorlu anatomik alanlardan biridir. Bu bölge; sınırlı yumuşak doku rezervine sahip olması, subkutan dokunun kemik yüzeylere yakınlığı ve sürekli basıya ile hareketliliğe maruz kalması gibi nedenlerle komplike iyileşme süreçlerine yatkındır (Kaya & Sevinç, 2019). Özellikle posterior orta hat yerleşimli insizyonlar, vasküler destekten yoksun olmaları nedeniyle gerilim altında iyileşir; bu durum yara ayrışması, enfeksiyon gelişimi ve tekrarlayan nüksler için önemli bir risk faktörü oluşturur (Duman et al., 2021). Rekürren pilonidal sinüs vakaları, ileri evre dekübit ülserleri ve maligniteye bağlı radikal rezeksiyonlar sonrası ortaya çıkan büyük doku defektleri, basit kapatma yöntemleriyle onarılamayacak kadar karmaşık lezyonlardır. Bu tür durumlarda flep tabanlı rekonstrüksiyonlar; sağlam vaskülariteye sahip, doku transferine olanak tanıyan ve üç boyutlu hacim kazandırabilen çözümler sunarak fonksiyonel ve estetik sonuçları iyileştirmektedir (Yildirim et al., 2020).

Günümüzde sakrokoksigeal bölge rekonstrüksiyonunda sık kullanılan flep teknikleri arasında gluteal rotasyon flepleri, bilateral V-Y ilerletme flepleri ve perforatör tabanlı SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator) flepleri öne çıkmaktadır. Her flebin kendine özgü cerrahi avantajları, sınırlılıkları ve komplikasyon profili vardır (Angrigiani et al., 1996). Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde sakrokoksigeal defektlerin rekonstrüksiyonunda uygulanan farklı flep tekniklerini karşılaştırmalı olarak değerlendirerek cerrahi uygulanabilirlik, komplikasyon gelişimi, yara iyileşme süreci ve hasta memnuniyeti açısından sonuçları analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışmada, 2020–2025 yılları arasında kliniğimizde sakrokoksigeal bölge defekti nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 17 hasta değerlendirildi. Hasta popülasyonu; bir rekürren pilonidal sinüs, on dört evre III–IV dekübit ülseri ve iki malignite sonrası gelişen doku kaybı (bir sakrokoksigeal kordom, bir yassı hücreli karsinom) olmak üzere üç farklı klinik tabloyu içermektedir. Tüm hastalar cerrahi öncesinde detaylı sistemik değerlendirmeden geçirilmiş; beslenme durumu, bası risk skoru (Braden) ve eşlik eden komorbiditeler kayıt altına alınmıştır (Black et al., 2016).

Flep seçimi; defektin lokalizasyonu, boyutu, çevre dokuların durumu ve hasta mobilitesi gibi kriterlere göre multidisipliner değerlendirme sonucu belirlendi. Cerrahiden önce tüm olgulara renkli Doppler ultrasonografi ile gluteal bölgedeki dominant perforatör damarların yerleşimi haritalandı; SGAP flebi planlanan hastalarda bu haritalama cerrahi planlamada belirleyici oldu (Blondeel et al., 2003).

Bulgular

Ortalama defekt boyutu 7,6 × 6,3 cm olarak ölçüldü ve defektler genellikle sakrumun alt üçte birinde, koksiks hizasına yakın lokalizasyonda yoğunlaştı. Ortalama cerrahi süre 88 dakika olarak kaydedildi; bu süre gluteal rotasyon flebinde en kısa, SGAP flebinde ise anatomik diseksiyonun zorluğu nedeniyle daha uzundu. Ortalama hastanede yatış süresi 4,7 gün olup, mobilizasyon protokolüne göre hastalar ortalama ikinci günde yürütüldü.

Komplikasyon oranı %17,6 (n=3) olarak belirlendi; bu olguların ikisinde drenaj uygulanmamış gluteal rotasyon flebi sonrası seroma gelişti, birinde ise V-Y flep hattında minör yara ayrışması saptandı. Seroma olgularına aspirasyon ve kompresif pansuman ile konservatif yaklaşım uygulandı. Hiçbir hastada flep nekrozu, majör enfeksiyon veya revizyon gerektiren komplikasyon gözlenmedi (Khansa et al., 2013).

Yara kapanma süresi açısından SGAP flebi ortalama 14 gün ile en hızlı epitelizasyonu sağladı; bunu gluteal rotasyon flebi (18 gün) ve V-Y ilerletme flebi (23 gün) izledi. Hasta memnuniyeti görsel analog skala (VAS) ile ölçüldü; SGAP flebi grubunda estetik ve konfor açısından en yüksek puan (ortalama 9,1) elde edildi.

Tartışma

Sakrokoksigeal bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygun flep seçimi, cerrahın deneyimi, anatomik bilgi birikimi ve preoperatif planlamadaki başarısı ile doğrudan ilişkilidir. Gluteal rotasyon flepleri, kas dokusunun çevresel mobilizasyonuna dayanarak orta-büyük boyutlu defektleri kapatmada etkilidir; ancak bu teknikte flep altı ölü boşluk oluşması seroma gelişimi açısından risk yaratır ve postoperatif kontur deformiteleri görülebilir (Visscher et al., 2015).

Bilateral V-Y ilerletme flepleri, özellikle paraplejik hastalarda tercih edilen, simetrik ilerletme prensibine dayalı ve kas koruyucu yaklaşımdır. Kas bütünlüğünü koruyarak doku onarımını sağlasa da yara kapanması daha uzun sürebilir ve flep gerilime daha duyarlı olabilir (Weber et al., 2012).

SGAP flebi, superior gluteal arterin perforatör dalları üzerinden beslenen, subkutan diseksiyonla mobilize edilen bir perforatör fleptir. Teknik zorluğuna rağmen sağlam vaskülaritesi, minimal donor alan morbiditesi, ince doku yapısı ve estetik uyumu sayesinde rekonstrüksiyon açısından üstünlük sağlar (Angrigiani et al., 1996; Blondeel et al., 2003). Çalışmamızda SGAP; en hızlı iyileşme süresi ve en yüksek hasta memnuniyeti ile dikkat çekti.

Sonuç

Sakrokoksigeal bölgedeki kompleks yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda flep seçimi; defektin etiyolojisi, büyüklüğü, lokalizasyonu, çevre dokuların durumu ve hastanın genel sağlık durumu gibi çok sayıda faktöre göre bireyselleştirilmelidir. Perforatör tabanlı SGAP flepleri, anatomik zorluklarına rağmen uygun olgularda belirgin estetik ve fonksiyonel avantajlar sunmaktadır. Cerrahın anatomik yapıya hâkimiyeti, doğru flep planlaması ve preoperatif vasküler değerlendirme başarılı sonuçların anahtarıdır.

Kaynaklar

Angrigiani, C., Grilli, D., & Dominikow, D. (1996). The posterior thigh perforator-based flap: A new flap for sacral pressure sore reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery, 98(4), 763–770.

Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., et al. (2016). Pressure ulcers: Avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. Ostomy Wound Management, 57(2), 24–37.

Blondeel, P. N., Hamdi, M., & Van Landuyt, K. (2003). Perforator flaps: Anatomy, technique & clinical applications. Clinics in Plastic Surgery, 30(3), 329–351.

Duman, H., Aydın, H. O., & Eren, G. G. (2021). Posterior midline insizyon sonrası yara problemleri. Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi, 29(4), 165–172.

Kaya, B., & Sevinç, M. M. (2019). Pilonidal sinüs hastalığında nüks nedenleri. Kolon Rektum Hast Derg, 29(2), 98–105.

Khansa, I., Janis, J. E., & Tuffaha, S. H. (2013). Strategies for optimizing wound healing. Plastic and Reconstructive Surgery, 132(6), 1533–1545.

Visscher, M. O., Taylor, T. L., & Hoath, S. B. (2015). Wound healing and soft tissue reconstruction in the sacral area: A biomechanical challenge. Wound Repair and Regeneration, 23(1), 42–49.

Weber, R. S., Bruggers, C. S., & Cordon, C. (2012). Bilateral V-Y advancement flaps in spinal cord injury patients. Spinal Cord Series and Cases, 50(6), 480–85.

Yildirim, S., Akoz, T., & Akan, M. (2020). Management of complicated pilonidal sinus disease with local flaps. Journal of Wound Care, 29(5), 290–296.

Anahtar Kelimeler: Dekübit ülseri, Gluteal rotasyon flebi, Perforatör flep, Sakrokoksigeal bölge, SGAP flebi, V-Y ilerletme flebi

P-184

Ayak Parmağı Kaposi Sarkomunun Aşamalı Rekonstrüksiyonu

Eray Işık, Burak Ergün Tatar, Burak Özkan

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

Giriş – Amaç

Kaposi sarkomu, endotel kökenli, vasküler proliferasyon gösteren nadir bir tümördür. Ekstremitelerde ve özellikle parmak gibi küçük anatomik bölgelerde görülmesi oldukça nadirdir. Klinik olarak hızlı büyüyen, zaman zaman kanama eğilimi gösteren lezyonlar şeklinde karşımıza çıkabilir. Tedavide temel yaklaşım cerrahi eksizyondur; ancak parmak gibi fonksiyonel ve kozmetik açıdan önemli alanlarda geniş sınırlarla eksizyon sonrasında, defektin kapatılmasında bazı zorluklarla karşılaşılmaktadır. Cerrahi sınırların temiz olarak görüldüğü patoloji sonucuna kadar flep transferinin ertelenmesi, yara bakımı yapılması gereken bir dönemi gerektirir. Bu dönemde son dönemlerde kullanılması giderek yaygınlaşan biodegradable temporal matriks (Novosorb BTM) hastanın yaşam kalitesini olumlu bir şekilde etkilerken, sofistike rekonstrüktif yöntemlerin kullanılmasına gerek olmadan yaranın kapatılmasında rol oynayabilir.

Bu olgu sunumunda cerrahi sonrası defektin geçici olarak kapatılmasında biodegradable temporal matriks (Novosorb BTM) kullanımının avantajlarını ve rekonstrüksiyon basamaklarını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

46 yaşında erkek, sağ ayak 2. parmağında giderek büyüyen kitle şikâyetiyle başvurdu. Hikayesinde klitlenin yaklaşık 2 aydır büyümekte ve ara ara kanama göstermekte olduğu ve farklı merkezlerde değerlendirilerek, melanom ön tanısıyla amputasyon önerildiği öğrenildi. Hastaya tanı ve

tedavi amaçlı geniş eksizyon, patoloji sonucu raporlana dek geçici kapama planlandı.

Kitle, lokal anestezi altında 7 mm marjla periosta kadar ve tırnak yatağı dahil edilerek geniş eksizyonel biyopsi ile çıkarıldı. Eksizyon sonrası oluşan 4x3 cm boyutlarında kemik ekspoze yara üzerine Novosorb BTM yerleştirildi. Patoloji sonucu Kaposi sarkomu olarak raporlandı. HIV ve HHV-8 testleri negatifti. BTM yaklaşık 5 hafta boyunca yerinde bırakıldı. Bu sürenin sonunda dış jelatin tabaka çıkarıldığında defektin cgranülasyon dokusu ile dolduğu görüldü ve defekt boyutlarının 3x0.5 cm ye gerilediği görüldü. Kalan Daha sonra parmak web aralığından alınan tam kalınlıkta deri grefti (FTSG) ile kapatıldı. Erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Ameliyat sonrası 2. ayda parmakta tam iyileşme sağlandı. Hasta ağrısız, fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçla taburcu edildi.

Tartışma

Novosorb BTM, parmak gibi kemik ekspozisyonunun sık görüldüğü ve lokal doku seçeneklerinin kısıtlı olduğu alanlarda etkin bir çözüm sunmaktadır. Bu olguda, amputasyon önerilen bir hastada BTM sayesinde defekt korunmuş, enfeksiyon ve travmaya karşı bariyer oluşturulmuş, ağrı kontrolü sağlanmış ve pansuman ihtiyacı ortadan kaldırılmıştır.

BTM revaskülarize olarak kaviteyi doldurmuş, böylece defektin deri grefti ile kalıcı kapatılmasına olanak sağlamıştır.

Sonuç

Kaposi sarkomu tanısı almış bu nadir parmak olgusunda, Novosorb BTM ile geçici kapama ve sonrasında greftleme başarılı bir sonuç elde edilmiştir. Novosorb BTM, benzer olgularda güvenli, etkili ve hasta konforunu artırıcı bir alternatif bir yara örtüsü ve rekonstrüktif seçenek olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi sarkomu, dermal matriks, btm

Pre-op, Per-op, Post-op Sağ ayak 2. parmak görüntüsü



P-185

Gluteal Bölge Nekrozu ile Prezente Olan Nicolau Sendromu

Sezen Naz Gülbezer, Gökay Karaemir
Çanakale 18 Mart Üniversitesi Hastanesi

GİRİŞ:

Nicolau sendromu, intramüsküler, subkutan veya nadiren intraartiküler enjeksiyonları takiben gelişen, ani başlangıçlı şiddetli ağrı, livedoid eritem, ilerleyici kutanöz nekroz ve derin yumuşak doku hasarı ile karakterize nadir fakat ciddi bir iatrojenik komplikasyondur. (1) Patogenezinde arteriyel vazospazm, doğrudan damar içi enjeksiyon, ilacın kristalizasyonu veya damar tıkanıklığına yol açan mekanik faktörler suçlanmaktadır

Diklofenak sodyum ve diğer nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, kas içi uygulamalar sonrasında en sık bildirilen etkenler arasındadır. (3) Klinik tablo genellikle enjeksiyondan dakikalar sonra başlayan yoğun ağrı ve solukluk ile başlar; ilerleyen saatler ve günlerde ciltte livedoid değişiklikler, nekroz ve derin doku kaybı gelişebilir. (4)

Tedavi, yaranın derinliğine ve nekrozun yaygınlığına göre değişmektedir. Konservatif yaklaşımlar (analjezi, yara bakımı, antibiyotik) hafif olgularda yeterli olabilirken, ileri doku kaybı durumlarında cerrahi debridman ve rekonstrüktif cerrahi yöntemler gerekebilir. (5) Parsiyel kalınlıkta deri kayıplarında kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım, fonksiyonel ve estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sağlayabilir. (5)

Bu poster çalışmasında, kendi kendine diklofenak enjeksiyonu sonrası sol gluteal bölgede gelişen Nicolau sendromu olgusunda cerrahi debridman sonrası kısmi kalınlıkta deri grefti ile yapılan başarılı rekonstrüksiyonu sunuyoruz.

Olgu:

42 yaşında kadın hasta, kendi kendine intramüsküler diklofenak enjeksiyonu sonrası sol gluteal bölgede gelişen nekrotik doku nedeniyle tarafımıza başvurdu. (resim 1) Fizik muayenede yaklaşık 20*8 cmlik nekrotik doku olduğu görüldü.

Tanısal amaçlı yapılan insizyonel biyopsi sonucunda sekonder vaskülit şüphesi, inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve fibrozis raporlandı. Yara cerrahi olarak debride edilerek nekrotik dokular uzaklaştırıldı. (resim 2) Postoperatif dönemde hasta negatif basınçlı yara tedavisi (VAC) ile takip edildi.

Uygun granülasyon dokusu elde edilmesini takiben hasta genel anestezi altında operasyona alındı. (resim 3) Sol gluteal bölgedeki açık yara kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarımı yapıldı. Postoperatif 1. günde hasta komplikasyonsuz taburcu edildi. Hastanın postoperatif 2. ayda takibi bırakıldı. (resim 4)

TARTIŞMA:

Nicolau sendromu (livedoid dermatonekrozis), nadir görülmesine rağmen intramüsküler enjeksiyonların ciddi bir komplikasyonudur. Patogenezinde arteriyel vazospazm, doğrudan damar içi enjeksiyon, ilacın kristal yapısı nedeniyle embolizasyon veya immünolojik mekanizmalar sorumlu tutulmaktadır. Literatürde en sık diklofenak sodyum enjeksiyonu sonrasında bildirilmektedir.

Tedavi yaklaşımı lezyonun derinliği ve yaygınlığına göre değişmektedir. Yüzeyel ve sınırlı olgularda konservatif yöntemler (analjezi, yara bakımı, antibiyotik) uygulanabilse de, derin doku kayıplarında cerrahi debridman ve rekonstrüktif girişimler. Bizim hastamızda geniş nekrotik doku debridmanı sonrası VAC tedavisi ile granülasyon

dokusu elde edilmiş ve ardından STSG ile başarılı rekonstrüksiyon sağlanmıştır.

Literatürde STSG uygulamalarının fonksiyonel ve estetik açıdan yüz güldürücü sonuçlar verdiği bildirilmiştir.Bizim olgumuz da bu sonuçları desteklemektedir.

Sonuç olarak, Nicolau sendromu ciddi doku kaybına yol açabilen bir komplikasyondur. Erken tanı, uygun debridman, VAC tedavisi ve zamanında yapılan greftleme ile başarılı sonuçlar elde edilebilir.

1-Coşkun, F., & Çetinkaya, M. (2019). Nicolau syndrome: A rare complication of intramuscular injection. Journal of the Turkish Academy of Dermatology, 13(3), 57–60.

2-Doktor, E. M., Sevim, K., & Karakayalı, F. (2015). Nicolau syndrome after intramuscular injection: A case report. International Journal of Surgery Case Reports, 10, 254–257.

3-Kim, D. D., Huh, C. H., Na, J. I., & Youn, S. W. (2016). Nicolau syndrome after intramuscular diclofenac injection: A case report and review of the literature. Annals of Dermatology, 28(6), 769–771.

4-Risse, J., Hadaschik, E., & Megahed, M. (2018). Nicolau syndrome after intramuscular injection: Case report and review of the literature. Journal of Dtsch Dermatol Ges, 16(9), 1102–1104.

5-Şimşek, H., Kaya, A., & Yılmaz, E. (2020). Surgical management of Nicolau syndrome: A case series. Turkish Journal of Plastic Surgery, 28(2), 81–85.

Anahtar Kelimeler: Nicolau sendromu, diklofenak enjeksiyonu, intramuskular enjeksiyon

preop intraop postop

Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



P-186

Intramusküler NSAII enjeksiyonu sonrasında gelişen bir Nekrotizan Fasiit olgusu

Fatih Danış, Mehmet Berke Göztepe, Büşra Işıtan, Ozan Çimen, Ömer Aykut Yıldız, Murat Sinan Engin

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana BİIim Dalı, Samsun

Giriş

Nekrotizan fasiit (NF), ilk kez 1952 yılında Wilson tarafından tarif edilen ve yüzeyel fasiyayı tutan, “hastane gangreni”, “phagedena gangrenosum”, “hemolitik streptokokkal gangren”, “Fournier gangreni” gibi değişik isimlerle de anılan bir hastalıktır (1). Nadir görülmesine rağmen, neredeyse her cerrahın hayatı boyunca en az bir NF olgusu ile karşılaştığı bildirilmektedir (2). Diabetes mellitus, kronik alkol kullanımı, böbrek yetmezliği ve immün süpresyon NF için belirlenen risk faktörleridir. Enfeksiyon etkeni olarak gram pozitif bakteriler ön plandadır (%70). Etkeni izole edilmiş olguların %70-90’u polimikrobiktir. (3) Hastaların tedavisinde erken tanı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve cerrahi debridman esastır. Tedaviye rağmen olguların %30’u hayatını kaybetmektedir (4). Bu olguda intramusküler enjeksiyonu takiben gluteal bölgede başlayan nekrotizan fasit olan hastaya uygulanan tedaviler anlatılacaktır.

Olgu

67 yaşında DM tanılı hasta sol gluteal bölgeye NSAİİ enjeksiyonun 1 hafta sonrasında sol kalçada şişlik, ağrı, yürüyememe, bulantı, kusma şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Sol gluteal bölgede yumuşak doku enfeksiyonu-selülite bağlı sepsise sekonder prerenal ABY tanısı ile nefroloji, endokrinoloji önerileri ile hasta enfeksiyon hastalıkları bölümü servisine yatışı oldu. Çekilen kontrastlı BT incelemelerinde selülit ile uyumlu bulunan sol gluteal bölgedeki eritemli lezyonun başlanan piperasilin tazobaktam, linezolid antibiyoterapisine rağmen gittikçe ilerlemesi ve antibiyoterapinin 3 Haftasında çekilen güncel alt ektstremite MRında sol gluteal bölgeden başlayıp ilitibial trak komşuluğunda patellaya uzanan hat boyunca nekrotizan fasiit izlendi. Bunun üzerine hasta ortopedi bölümü ile eşzamanlı olarak debridman amacıyla vakaya alınmıştır. Eksplorasyon amacıyla uyluk lateraline SIAStan patellaya uzanacak şekilde fasitomi açıldı. Yapılan eksplorasyonda sol gluteal bölgedeki kötü kokulu, akıntılı, yaş nekrotik alanların lezyon üzerinden derin gluteal kompartmana, uyluk posterior,anterior, lateral kompartmana uzandığı izlendi. Alınan ameliyat materyallerinde panrezistan klebsiella pnemonia üremesi saptandı. 3 günde bir olmak üzere toplamda 10 kez operasyona alınan hastaya ameliyathane şartlarında yara yeri yıkama-nekrotik dokuların uzaklaştırılması ve debridmanı, ardından negatif basınçlı yara kapama tedavisi uygulandı. Bu sırada ilgili DM, ABY, Sepsis tanıları ile medikal tedavilerini serviste almaya devam etti. Enfeksiyon sağaltımı sağlandıktan sonra yara yeri kapatılan ve yaklaşık 90 günlük hastane yatışının ardından hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç

Nekrotizan fasiitin tanısı hastanın klinik tablosundan şüphelenilmesi ile akla gelir. Yumuşak doku travması olup olmadığı, penetran travma veya intramüsküler enjeksiyon hikayesinin olup olmadığı mutlaka sorgulanmalı, yüzeyel cilt infeksiyonunun olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi ve magnetik rezonans inceleme, tanıda kullanılan yardımcı tanı yöntemleridir. MR incelemede; nekroz, kas ödemi, dokudaki gaz varlığı gösterilebilir. (5)

NF gelişen olgularda erken tanı, uygun antibiyotik tedavisi önemli olmakla beraber özellikle tekrarlanan debridmanlara ilave olarak negatif basınçlı yara kapama tedavisi uygulanmasının hastaların sağkalım oranlarını arttırdığı gözlenmiştir. Nitekim bu hastada cerrahi debridmanın nekrotizan fasiit tedavisi üzerinde ne kadar önemli olduğunu gözler önüne sermiştir.

Referanslar:

1- Wong CH, Wang YS. The diagnosis of necrotizing fasciitis. Curr Opin Infect Dis. 2005;18:101-6.

2- fasciitis. Curr Opin Infect Dis. 2005;18:101-6. Naqvi GA, Malik SA, Jan W. Necrotizing fasciitis of the lower extremity: a case report and current concept of diagnosis and management. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2009;17:28.

3- Shaikh N, El-Menyar A, Mudali IN, Tabeb A, Al Thani H. Clinical presentations and outcomes of necrotizing fasciitis in males and females over a 13 year period. Ann Med Surg (Lond). 2015;4:355-60

4- Sun X, Xie T. Management of Necrotizing Fasciitis and Its Surgical Aspects. Int J Low Extrem Wounds. 2015;14:328-34.

5- Ahmet Karakaş, Yüksel Yurttaş, Vedat Turhan, Ömer Coşkun, Bülent Beşirbellioğlu (2016), Cukurova Medical Journal, Cilt 41, Sayı 4, 2016, 787 - 791, 10.17826/cutf.254538

Anahtar Kelimeler: nekrotizan fasiit, cerrahi debridman, negatif basınçlı yara kapama tedavisi

Olgu



1. enjeksiyon sonrası sol gluteal bölge 2. preoperatif görüntü 3. nekrotizan fasiitin intraop görüntüsü 4. açılan fasiotomi hattı 5. mükerrer debridman sonrası 6. postoperatif 2.ay

P-191

Serbest Flep İle Onarım Yapılan Hastaların Özelliklerinin Flep Başarısına Etkileri

Mehmet Uğur Okan, Furkan Altar Deniz, Menekşe Kastamoni, Süleyman Çeçen, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Rekonstrüksiyon merdiveninin yerini rekonstrüksiyon asansörünün alması serbest flepleri son seçenek olmaktan çıkarmış ve klinik pratikte daha sık uygulanır hale getirmiştir. Birçok merkezde de olduğu gibi hastanemizde de baş ve boyun rekonstrüksiyonu başta olmak üzere farklı bölgelerde çeşitli serbest flepler ile onarım yapılmaktadır. Serbest flep ile onarım söz konusu olduğunda hasta yaşı ve komorbiditeler flep sağkalımı açısından önem arz etmektedir. Bu retrospektif çalışmada 2021-2025 arasındaki 5 yıllık süreçte hastanemizde yapılan serbest fleplerin durumu hasta özellikleriyle karşılaştırılacaktır.

Giriş: Serbest flepler günümüzde eskiye kıyasla çok daha sık başvurulan rekonstrüksiyon seçeneği olup, donör bölge seçimi, seçenekli rekonstrüksiyon sunabilmesi, bölgeden bağımsız gereken komponenti içerebilme gibi özellikleri sayesinde daha sık kullanılmaktadır. Serbest flep ile rekonstrüksiyon planlandığında hasta yaşı, vücut kitle indeksi(VKİ), komorbid hastalıklar ve medikal öykü flep başarısı için akılda soru işaretleri oluşturabilir. Özellikle yaş bazen tek başına serbest flepten kaçınmaya neden olabilmektedir. Bu durum bazı cerrahları rejyonel veya lokal fleplere, greft ile rekonstrüksiyon seçeneklerini ön planda düşünmeye itebilir. Bu çalışmamızda kliniğimizde 5 yıllık süreçte serbest flep ile rekonstrüksiyon yaptığımız hastalarımızı değerlendirdik.

Materyal-Metod: Çalışmamızda 2021- 2025 yılları arasında hastanemizde defektlere yönelik yapılan cerrahileri retrospektif olarak taradık ve serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastaları yaş, komorbid hastalıklar, kullandığı ilaçlar, kemo/radyoterapi öyküsü, yatış süresi, yoğun bakım yatışı ve süresi, replasman gerekliliği, ASA skoruna göre flep başarısı ve komplikasyonlar açısından değerlendirdik.

Sonuç: 64 hastanın defekti serbest flep ile rekonstrükte edilmiştir Hastalar ilk gün saatlik takip edilip sonrasında sıklığı tedricen azaltılmıştır. Beşinci gün sonunda komplikasyon gelişmeyen hastalar taburcu edilmiştir. 64 flepten 8'i takiplerde canlılığını yitirmiş olup başka seçenekler ile rekonstrükte edilmiştir. 30 hasta geriatrik yaş grubunda olup 38 hastada komorbid hastalıklar eşlik etmektedir. Değerlendirmemize göre yaş tek başına bir anlam ifade etmiyor olup, her hasta kendi özellikleriyle uygun rekonstrüksiyon seçeneği açısından değerlendirilmelidir.

1. Giriş

Yaşam beklentisinin artması ile yaşlı nüfus artmaktadır. Mikrocerrahinin gelişmesi ve popülerleşmesiyle rekonstrüksiyonda serbest flepler daha sık kullanılır hale gelmiştir. Serbest flep ile onarım düşünüldüğünde ileri yaş bazen tek başına bile cerrahları diğer rekonstrüksiyon seçeneklerini düşünmeye itebilmektedir. İleri yaş ile birlikte obezite, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik bozukluklar gibi komorbid durumlar daha sık görülmekte ve bunlara bağlı perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar artmaktadır(1). Bu retrospektif çalışmada hastalar yaş ve komorbid durumlara göre ayrı ayrı ayrılıp flep takip süreçleri kıyaslandı.

2. Materyal ve Metod

Çalışmamıza Ocak 2021- Nisan 2025 arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilen 64 serbest flep cerrahisi geçiren hasta dahil edilmiştir. Çalışmadaki hastaların tamamı baş ve boyunda defekti olan hastalardan oluşmaktadır. Hastaların çoğu Üniversitemiz Kulak Burun Boğaz Bölümünce tümöre yönelik cerrahi yapılan hastalardan oluşmaktadır. Hastalar 65 yaş altı ve 64 yaş üstü olarak göre iki ayrı gruba bölünmüştür. Hastalar ayrıca komorbid hastalıklar, VKİ, diyabet, kardiyak hastalıklar, ilaç kullanımı, sigara kullanımı, Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) skoru, kemoterapi veya radyoterapi öyküsü, hastanede yatış süresi, yoğun bakım yatış süresi, replasman gerekliliği, flep ebatı, gelişen medikal ve cerrahi komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir.

3. Sonuç ve Tartışma

Geriatrik grupta 30 hasta (18 erkek, 12 kadın) (Medyan yaş 72) ve geriatrik olmayan grupta 34 hasta (25 erkek, 9 kadın) (Medyan yaş 55,5) bulunmaktadır. Flep başarı oranı geriatrik olmayan grupta 28/34 (%82,3), geriatrik grupta 28/30 (%93,3) tür. Geriatrik grupta 21 hastanın (%70) diyabet veya kardiyak hastalığı olup geriatrik olmayan grupta 17 hastada (%50) bu hastalıklardan en az biri vardır. Postop dönemde geriatrik grupta 1 hasta (%3), geriatrik olmayan grupta ise 5 hastada (%14) hematom gelişmiştir. Her iki grupta 1 er hastada vasküler komplikasyon gelişmiş olup (geriatrik grupta %3) (geriatrik olmayan grupta (%2,9) takiplerde ek cerrahi gerekmemiştir. Geriatrik grupta 1 hastada (%3) operasyon bölgesi enfeksiyon izlenmiştir. Geriatrik grupta 15 hastada (%50), geriatrik olmayan grupta 16 hastada (%47) yoğun bakım yatış ihtiyacı gelişmiştir. Ortalama hastane yatış süresi geriatrik grupta 20,8 gün olup geriatrik olmayan grupta 28,5 gündür. Her iki grupta da 25 hastada (geriatrik grupta %83,3 ve geriatrik olmayan grupta %73,5) eristrosit replasman ihtiyacı gelişmiştir. Geriatrik grupta 1 hasta postop 7. Gün kaybedilmiştir.

Flep kaybı olan 8 hastanın ASA skor ortalaması 1,7 olup kayıp olmayan hastalarda 2'dir. Cerrahi komplikasyonlar ile ASA skoru arasında bir korelasyon izlenmemiştir. Exitus olan hastanın ASA skoru 2'dir.

İlerleyen yaş cerrahi komplikasyonları arttırmaz ancak medikal komplikasyonlarla korelasyon gösterir(2). Değerlendirdiğimiz verilere göre de yaşın flep sağkalımına doğrudan etkisi olmadığını ve cerrahi komplikasyonları arttırmadığını ancak yatış süresinin uzaması, yoğun bakım yatış ihtiyacı gelişmesi, replasman gerekliliği gibi medikal komplikasyonların daha sık geliştiği sonucuna varılabilinir. Ancak bu çalışmada her iki grubun yaş medyanının grupları ayıran 65 yaşa yakın olması net bir ayrım yapmamızı kısıtlamaktadır.

1. Saçak B, Risk assessment for free tissue transfers: is old age a determining factor? J Craniofac Surg 2015;26(3)856-9
2. Howard, M. A., Cordeiro, P. G., Disa, J., Samson, W., Gonen, M.,Schoelle, R. N. & Mehrara, B. (2005) Free tissue transfer in the elderly: incidence of perioperative complications following microsurgical reconstruction of 197 septuagenarians and octogenarians. Plastic and Reconstructive Surgery, 116, 1659–1668.

Anahtar Kelimeler: Serbest Flep, Geriatrik Yaş Grubu, Mikrocerrahi, Rekonstrüksiyon

P-192

Skalp Rekonstrüksiyonunda Güvenli Yaklaşım: Paketlenmiş Latissumus Dorsi Serbest Flebi

Çağlar Yılmaz, Arjin Kaya, İrem Okay Taşcan, Serkan Melenkiş, Hakan Arslan, Anıl Demiröz Uslu

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

Giriş

Skalp rekonstrüksiyonu, altında yer alan hayati yapılar nedeniyle plastik cerrahinin en zorlu alanlarından biridir. Skalp defektleri genellikle travma, onkolojik rezeksiyonlar, radyasyon veya enfeksiyon sonrası gelişir ve bu defektlerin uygun şekilde kapatılmasındaki başarısızlık durumunda beyin dokusu dış ortamla temas edebilir. Bu durum, menenjit, beyin apsesi ve osteomiyelit gibi ciddi komplikasyonlara yol açarak mortaliteye neden olabilmektedir. [1, 2]. Özellikle periosteum ve dura materin eksik olduğu geniş defektlerde, rekonstrüksiyonun başarısız olması hastanın yaşamını tehdit edebilir. [3] Fasyokütan flepler skalp defektlerini onarmada genellikle yetersiz kalmaktadır, geniş doku hacmi ve uzun pedikül yapısıyla serbest latissimus dorsi flebi kompleks skalp defektlerinin onarımında etkili seçenek olarak öne çıkmaktadır. Çalışmanın amacı ölümcül olabilecek komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla defekt oluşturulmaksızın serbest flep transferini ilk seansta yapmak, defekt oluşturulması ve inseti ikinci seansta flebin yaşadığından emin olduktan sonra tamamlayarak bu tekniğin etkinliğinin değerlendirilmesi ve tartışılmasıdır.

Vaka Sunumu

45 yaş kadın hasta skalpte açık yara sikayeti ile başvurdu. 32 yıl önce avülziyon tipte skalp yaralanması sonrası bir başka merkezde 4 kez opere edilmiş, kraniumdaki kemik defekti de olan açık yarası sol yanlı latissumus dorsi serbest flebi ile onarılmış ancak flep başarısızlıkla sonuçlanmış, nihai olarak defekt kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarılmış. Skalpteki deri kalitesi düşük olan hastanın 1 yıl önce minör travma sonrasında verteksinde açık yara meydana gelmiş. (Fotoğraf 1A-E) Muayenede frontal bölgeden bilateral parietal alanları katederek oksipital bölgeye uzanan yaklaşık 35x30 cm genişliğinde greftlenmiş alana ait unstabil nedbe dokusu izlendi. Vertekste 3x3 cm lik kemik ekspoze defekt alanı görüldü. Sol taraflı parietal bölgede 5x5 cm lik kemik eksikliği olan ancak çevresi skarla örtülü alan görüldü. Defekt çevresindeki skalp derisi oldukça incelmiş ve esnekliğini kaybetmiş olarak izlendi.

Hastanın oluşacak defektini onarmak için sağ taraflı latissumus dorsi serbest flebi tasarlandı. Tasarlanan flep ile skalpteki açık yaranın, unstabil nedbe dokusunun ve sol yanlı parietal bölgede kemik eksikliği nedeni ile dura açığa çıkacak olan alanın sağlıklı yumuşak doku ile replase edilmesini amaçlandı. Sağladığı maksimum yüzey alanı nedeniyle Latissumus Dorsi serbest flebi tercih edildi. Operasyon iki aşamalı olarak planlandı. İlk seansta defekt oluşturulmaksızın latissumus dorsi serbest flebi sol yanlı superfisyal temporal arter ve konkomitan venine anastomoze edildi. Ardından flebin pedikülü ve proksimali, alıcı damar için açılmış preauriküler insizyon hattı uzatılarak üzeri kapatılacak şekilde sütüre edildi. Flebin öncelikle iç kısmı (defekt üzerine oturacak kısmı) sonrasında dış kısmına steril örtü (drape) serilerek hava ile teması kesilmiş paket haline getirildi. Serbest flep anastomoz ve paketleme işlemi sonrası skalbe yine steril örtü yardımı sabitlendi. Cilt adası üzerindeki steril örtü flep monitörizasyonu amacıyla eliptik kesilerek çıkarıldı. (Fotoğraf 2A-D) 3 günün ardından flebin güvenliğinden emin olunduktan sonra skalpteki unstabil nedbe eksize

edildi. Oluşan açık yara üzerine paketten çıkarılan flep yerleştirilip adapte edildi. Ardından flebin üzerine kısmi kalınlıkta deri grefti konuldu. (Fotoğraf 2E) Erken dönem postoperatif takiplerinde komplikasyona rastlanmadı. (Fotoğraf 3A-E)

Tartışma

Skalp rekonstrüksiyonunda gelişebilecek flep başarısızlığı durumunda beyin dokusu dış ortamla temas edebilir. Özellikle periosteum ve dura materin eksik olduğu geniş defektlerde, rekonstrüksiyonun başarısız olması hastanın yaşamını tehdit edebilir. Aynı zamanda hastamızda da olduğu gibi daha önce başarısız flep hikayesi olanlar hastalarda bir sonraki flep kayıp riskinin daha yüksek olduğu literatürde bildirilmiştir. [4]

Literatürde Latissumus dorsi serbest fleplerinde parsiyel veya total flep kaybı insidansı, serilere ve endikasyonlara bağlı olarak %0,8 ila %6 arasında bildirilmektedir [5]. Bu kayıplar genellikle iskemiye bağlı parsiyel nekrozdan total flep kaybına kadar değişen spektrumda görülebilir ve ana etiyolojik faktörler arasında vasküler pedikül sorunları (anastomoz trombozu, spazm, eksternal kompresyon), yetersiz cerrahi teknik ve sistemik hasta faktörleri (koagülopati, hipotansiyon, diabetes mellitus ve sigara kullanımı gibi komorbiditeler) yer almaktadır [6].

Flep ile rekonstrüksiyonda defekti oluşturmadan önce flep tasarlamak ardından nakletmek takip edip flebin yaşadığından emin olduktan sonra ikinci bir aşamada defekti oluşturup flebi adapte etmek bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu teknik flep kaybı sonrası olası komplikasyonları önlemede önemli bir rol oynayabilir. Servat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada torakoabdominal defektlerde iki aşamalı latissumus dorsi serbest flep onarımının bir seçenek olarak kullanılabileceği ortaya konmuştur. [7] Nassar ve arkadaşlarının 11 vakalık seirisinde 3 hastada kullandıkları Latissumus Dorsi serbest flebi ile iki aşamalı onarım sayeasinde daha az komplikasyon ile onarılabileceğini düşündürmüştür. [8]

Sonuç

Skalp onarımı planlanan flep kayıp riski yüksek olan bireylerde, onarımın iki aşamalı operasyonla planlanması daha emniyetli ve avantajlı olabilir.

Bu tip karmaşık rekonstrüksiyon süreçlerinde komplikasyonlara sıkça rastlansa da serbest flep uygulamaları bu defektlerin genellikle başarıyla onarılmasını mümkün kılar, iki aşamalı onarım ise daha güvenli bir yaklaşım sağlama avantajı sağlayarak oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmeye yardımcı olur.

Kaynakça

1- Krishna, D., Dubepuria, R., Khan, M.M., & Agrawal, A. (2024). Reconstruction of Scalp and Forehead Defects. In A. Agrawal (Ed.), Skull Base Surgery – Pearls and Nuances.

2- Pedroza Gómez, S., Gómez Ortega, V., Tovar-Spinoza, Z., & Ghotme, K.A. (2023). Scalp complications of craniofacial surgery: classification, prevention, and initial approach—an updated review. European Journal of Plastic Surgery, 46, 315–325.

3- HTecce, M.G., et al. (2020). Complex oncologic resection and reconstruction of the scalp: Predictors of morbidity and mortality. Archives of Craniofacial Surgery, 21(4), 229–236.

4- Copelli C, Tewfik K, Cassano L, Pederneschi N, Catanzaro S, Manfuso A, Cocchi R. Management of free flap failure in head and neck surgery. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2017 Oct;37(5):387-392.

5- Bianchi B, Copelli C, Ferrari S, Ferri A, Sesenna E. Free flaps: outcomes and complications in head and neck reconstructions. J Craniomaxillofac Surg. 2009 Dec;37(8):438-42.

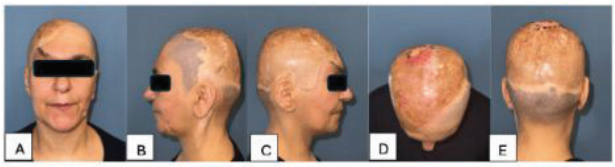
6- Crawley MB, Sweeny L, Ravipati P, Heffelfinger R, Krein H, Luginbuhl A, Goldman R, Curry J. Factors Associated with Free Flap Failures in Head and Neck Reconstruction. Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Oct;161(4):598-604.

7- Servant JM, Arnault E, Revol M, Danino A. Reconstruction of large thoracoabdominal defects using two-stage free tissue transfers and prosthetic materials. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59(4):360-5.

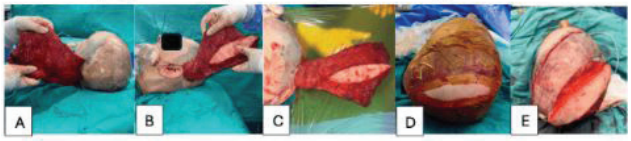
8- Nassar A, Abou Zeid S, El Feghaly C, Kassouf E, Naba J, Nasr M, Sleilati F. Reconstruction of Extensive Scalp and Skull Defects with Dural Exposure: Report of a Series of Cases and Literature Review. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024 Oct 23;12(10): e6259.

Anahtar Kelimeler: Baş ve boyun cerrahisi, Flep Güvenliği, Serbest Flep, Aşamalı onarım, Paketlenmiş Serbest Flep, Latissumus Dorsi serbest flebi

Preop, perop ve postop hasta fotoğrafları



Fotoğraf 1A-E: Preoperatif skalbinde açık yarası olan hastanın sırasıyla anteriordan, sol lateralden, sağ lateralden, superiordan ve posteriordan fotoğraflarıdır.



Fotoğraf 2A-E: Peroperatif fotoğraflar. A-B; Serbest latissumus dorsi flebi anastomoz sonrası uzatılan preauriküler insizyon hattındaki cilt flepleri pedikülü kapatacak şekilde sütüre edilmiştir. C; Flep alt yüzeyi steril örtü ile örtülmesi sağlanmıştır. D; Steril örtü ile paket haline getirilen serbest flep defekt oluşturulmaksızın skalbe steril örtü ile tespit edilmiş, takip amacıyla cilt adası üzerindeki steril örtü elipik olarak çıkarılmıştır. E; İkinci operasyon ile mevcut unstabil nedbe eksize edilmiş yerine ilk operasyonda nakledilen serbest latissumus dorsi flebi defekte adapte edilmiş ve kas üzeri kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarılmıştır.



Fotoğraf 3A-E: Postoperatif 17.gün, skalbinde açık yarası olan hastanın sırasıyla anteriordan, sol lateralden, sağ lateralden, superiordan ve posteriordan fotoğraflarıdır.

P-194

Propellar Nazolabial Flep Klinik Uygulamaları

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Serkan Erbatur

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

Giriş:

Medial kantus ve burun alar kanadı, öncelikle bazal hücreli (bcc) ve skuamöz hücreli karsinomun (scc) ve daha az sıklıkla diğer tümörlerin invaziv olduğu bir bölgedir(1). Tümör eksizyonu sonrası medial kantus ve alar kanat bölgesinin rekonstrüksiyonu sırasında, çevre dokunun normal konturunun ve simetrisinin korunması için medial kantusun içbükeyliği sağlanmalıdır. Medial kantus bölgesinin rekonstrüksiyonunda çevre dokulara ek olarak simetrinin, lokalizasyonun ve görme alanının ve göz kapağı hareketlerinin korunması büyük önem taşır. Flep cerrahisi sıklıkla medial kantus ve alar kanat rekonstrüksiyonunda tercih edilir(2). Propellar flep, üzerinde döndüğü deri altı bir pedikül esasına dayanır ve bu sayede bir helikopter pervanesine benzer. Periorbital cildin ince dokusuna ve cilt rengine uyum sağlar. Bu şekilde iyi kozmetik sonuçlar elde edilebilir. Pervane flebi, nazolabial kıvrımdan alınır. Anatomik yakınlığı ve cilt rengine mükemmel uyumu nedeniyle, pervane flebi medial kantal ve alar kanat rekonstrüksiyonda yaygın olarak kullanılır.

Yöntem:

Hastalara genel anestezi ve lokal anestezi uygulandı. 12 hasta incelendi. 8 hasta medial kantal bölgede bcc 4 hasta burun alar kanatta bcc idi. Hastaların yaşları ortalama 62 yaş idi. Minimum yaş 38,maksimum yaş 86 idi. 7' si erkek 5'i kadın idi. Medial kantal tümorler 5' i sağda 3'ü solda idi. Burun alar kanattaki defektlerin 3 'ü solda 1' i sağda idi. Lezyon eksize edildiğinde 5 mm' den fazla eksizyon sınırı elde edildi.Histopatolojik inceleme yapıldı. Fasiyal arter, buccinator kasının yüzeyinden ve risorius kası ile zygomaticus major kasının derinliklerine kadar geçer. Bu bölgedeki subdermal vasküler pleksus, fasiyal arter, transvers fasiyal arter, infraorbital arter ve anguler arter tarafından beslenir. Flep genellikle bu bölgeden nazolabial kıvrımın lateral yüzünden alınır. Çok uzun bir flep gerekiyorsa, mandibular sınırın üzerinden cilde kadar uzatılabilir. Gerilimsiz yeterli bir dönüş yayı elde etmek için defektin yakınındaki bir perforatör seçildi. Flep, tek bir perforatör kullanılarak defekti kapatacak ve nazolabial kıvrımdaki donör bölgeyi gizleyecek şekilde tasarlandı. Donör bölgenin primer kapatılması için eliptik şekilli bir flep tasarlandı. Flebin bir tarafında deri altı dokuya bir kesi yapıldı. Perforatörler belirlenene kadar flebin altı disseke edildi. Perforatörler belirlendikten sonra flep yeniden tasarlandı ve çevresel bir kesi yapıldı. Pedikül diseksiyonu, defekti kapatacak şekilde gerilimsiz transpozisyon sağlanana kadar sürdürüldü ve flep hareketini kolaylaştırmak için distal perforatörler feda edildi. Perforatörün etrafında küçük bir deri altı yağ dokusu bırakıldı. Flep kaldırıldıktan sonra, pervane flep konsepti kullanılarak, ilerletmeden defekti kapatmak için döndürüldü. Donör saha primer onarımla kapatılıp nazolabial kıvrım içerisine gizlendi. Tüm hastalar ortalama 1.5 gün hastanede takip edildi. Flepler hayatta kaldı ve nekroz vakası görülmedi, ancak geçici venöz konjesyon 8 hastada tespit edildi ve 10 gün içerisinde gerileme gösterdi. 1. hafta 1. ay 3. ay hastalar kontollere çağrıldı. Herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Tartışma:

Medial kantal ve burun alar bölge, benzersiz ve karmaşık bir anatomik yapıya sahiptir. Bu çalışmada medial kantus ve alar kanat defektleri için daha önce denenmemiş bir flep tekniği olan nazolabial kıvrımdan alınan pervane deri flebi ile medial kantus alar kanat rekonstrüksiyonu uygulandı. Her bir parçası ayrı bir kozmetik prosedür gerektiren medial kantal ve burun alar kanat rekonstrüksiyonu aşırı dikkatli bir şekilde tedavi edilmelidir. Bu bağlamda, cerrahi teknikler kullanılmalıdır. Pervane flepler plastik ve rekonstrüktif cerrahide yaygın olarak kullanılır, ancak medial kantus ve alar kanat defektinin rekonstrüksiyonu için nadiren tanımlanır.

Sonuç:

İlk kez Hintli cerrah Sushruta tarafından tanımlandığından beri MÖ 700 yılı civarında nazolabial flep mükemmel bir seçenek haline geldi (3,4). Yüzün farklı bölgelerinin (burun, yanak, üst dudak gibi) yeniden yapılandırılması, büyük ölçüde ilgili doku kalitesine bağlıdır. Ayrıca, bu prosedürde donör bölge skar morbiditesi minimumdur. Önceki anatomik tanımlamalarda, yazarlar fasiyal arterin değişken dallanma paternleri bildirmişlerdir. Olgu deneyimlerimizden elde edilen anatomik ve klinik bulgular ve literatür taraması bölgenin güvenilir bir vasküler anatomisini doğrulamaktadır. Tek aşamalı perforatör flep prosedürünü uygulamak hassas ve güvenli bir şekilde yeniden yapılandırılması, mükemmel işlevselliğe ulaşılması ve estetik sonuçlar açısından yüz güldürücüdür. Hem estetik hem de işlevsel sonuçlar elde edilir. Bu prosedürdeki temel zorluk, çoğu flebin hacimli olmasıdır. Çeşitli rekonstrüksiyon yöntemleri mevcuttur ve bunlar arasında en çok kullanılanlardan biri nazolabial fleptir. Dezavantajı deri adası çok büyük olduğunda, uygun şekilde yeniden yapılandırmak için ikincil prosedürler gerekir. Flep tasarımında propellar ilk kez tanımlandığından beri rekonstrüksiyon cerrahlarının hem işlevsel hem de kozmetik hedeflere ulaşmalarına yardımcı olmak için flep tasarımında daha fazla özgürlük sağlamıştır.

Referanslar:

1. Verkouteren JA, Ramdas KH, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiyoloji ancak sadece 3'ünde kısmi nekroz görüldü Tip IV: %20 Kassemyar (2012)5 8 terminalin NLA: %60 4. Camuzard O, Foissac R, Georgiou C ve diğerleri. Yüz arteri perforatör flebi Her biri 5 Demirseren (2009)15 Durgun (2015)20 Ortalama: 0,94 (mm) 17 Bazal hücreli karsinomun: bilimsel inceleme. Br J Dermatol.

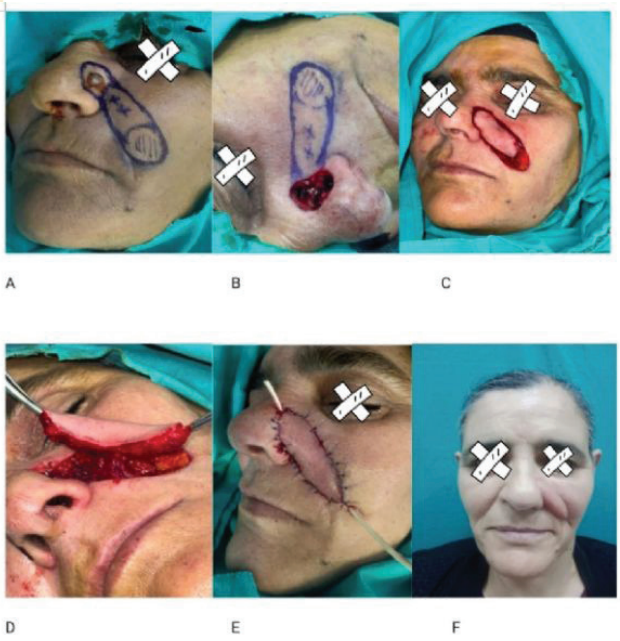
2. Hyakusoku H, Yamamoto T, Fumiiri M. Pervane kanadı yöntemi. Kardeş J Camuzard (2015) Dallanma deseni Lateks UNK 1 distal venöz konjesyon vakası (mm) UNK, bilinmiyor. 8 Anlam Plast Surg 1991;44:53–54.

3. Chu EA, Byrne PJ. Local flaps I: bilobed, rhombic, and cer¬vicofacial. Facial Plast Surg Clin North Am 2009;17:349-60.

4. Kwon KH, Lee DG, Koo SH, et al. Usefulness of v-y ad¬vancement flap for defects after skin tumor excision. Arch Plast Surg 2012;39:619-25.

Anahtar Kelimeler: ALAR KANAT, MEDİAL KANTUS, NAZOLABİAL FLEP, PERVANE, PROPELLAR

PROPELLAR NAZOLABİAL



A:Sol alar kanatta bcc flep çizimi B:Perforatörlerin bulunması C:Flebin eleve edilmesi D:Flebin perforatörünün iskeletize edilmesi E:Defektin kapatılması F:Postop 3. Hafta

P-195

Burun Dorsum, Tip ve Kolumella Deffektlerinde Alın Flebi Tecrübelerimiz

Baran İşliyen, Berk Tahhan, Mustafa Köse, Serkan Erbatur

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

Giriş:

Paramedian alın flebi burun dorsum, tip ve kolumella defektlerinin rekonstrüksiyonunda yaygın olarak kullanılan aksiyel paternli bir interpolasyon flebidir. Bu flep supraorbital, supratrochlear, süperficial temporal, postaurikuler ve oksipital arterlerden beslenebildiğinden birçok pedikül üzerinden kaldırılabilir. Çoğunlukla supratrohlear arter tabanlı kaş medialinden alın çizgisine uzanan vertikal seyirli paramedian alın flebi tercih edilmektedir (1). Bu flep çoğunlukla tümör eksizyonu sonrasında rekonstrüksiyon için kullanılmakla beraber travma veya hayvan saldırıları sonucunda oluşan defektler nedeniyle de kullanılabilmektedir. Flep özellikle komorbiditeleri bulunan hastalarda nekroz riski taşımakla beraber çoğu hastada güvenle kullanılabilir. Alın derisi burun derisine nazaran daha kalındır. Aynı veya sonraki seansta frontal kas ve subkutan yağ doku eksizyonu yapılabilir (1). Fakat flep distalinde dolaşım bozukluğu ihtimalini unutmamak gerekir.

Yöntem ve Metod:

2010-2025 tarihleri arasında burun tipte, kolumellada ve dorsumda doku defekti nedeniyle opere edilen ve bu lokalizasyondaki defektlere yönelik alın flebi ile rekonstrüksiyon yapılan 36 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların defekt etiyolojisi malign tümör eksizyonu ve hayvan saldırısı şeklindeydi. Tüm hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 69.7 yaş idi. En küçük hasta 29 yaş en büyük hasta 96 yaşında idi. Hastaların 19 tanesi kadın 17 tanesi erkekti. Hastaların defektleri burun dorsum, tip ve kolumelladaydı. Defektler ortalama olarak 8,7 santimetrekare(cm²) olarak ölçüldü.

Cerrahi Teknik:

Paramedian alın flebi ile rekonstrüksiyon için el doppleri aracılığıyla arter ve perforatörler belirlenerek işaretlendi. Defekt ölçülerek defekte uygun flep tasarlandı ve ilgili defekte göre şekillendirildi. Paramedian alın flebi aksiyel paternli bir flep olduğundan flebin kaldırılması supratrohlear arterin seyrine paralel olarak tasarlandı. Çünkü arter subkutan bir damar haline gelmeden önce frontalis kasının derininde seyreder (1). Diseksiyon frontalis kasının derininde seyrettiği üst orbital rimin 3 cm süperiorunda subperiostal olarak bu seviye üstündeki alanda supraperiostal olarak yapıldı. Pedikül genişliği en az 1.5- 2 cm olarak tutuldu. Flep diseksiyonu kaş medialine kadar yapılıp kaldırıldı. Rotate edilerek defekt alanına inserte edildi. Donör alan deri grefti ile onarıldı. Flepler postop 2. ve 3. haftalarda ayrıldı.

Bulgular:

Toplam 36 hasta opere edildi. Hastaların tamamının burundaki defektleri paramedian alın flebi ile rekonstrükte edildi. Ortalama operasyon süresi 70 dk -180 dk arasında olduğu izlendi. 23 hastanın eşlik eden komorbit hastalığı (diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı) bulunmaktaydı. Opere edilen 4 hastada minör komplikasyon (kısmi flep nekrozu) izlendi. Minör komplikasyonlardan 1 tanesi nazolabial fleple 3 tanesi ise debridman ve primer sütürasyon ile onarıldı. 2 hastaya kartilaj yapıların da total eksizyonu sonrası kostal kartilaj grefti ve kondromukozal menteşe flebi ile iç astar onarımı ve alın flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Kısmi nekroz gelişen hastalar dışındaki hastaların flepleri 3. haftada ayrıldı. Kısmi nekroz gelişen hastalarda 1 hafta gecikmeli ayırma işlemi yapıldı. Hastalar postop dönemde 7-30 gün arasında serviste yatırılarak takip edildi. Hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi.

Tartışma ve Sonuç:

Burun rekonstrüksiyonunda küçük defektler kartilaj ve kemik açıklığı yok ise sekondere bırakılabilir. Küçük defektler ayrıca dorsum, alar kanatların kıvrım bölgeleri gibi alanlar deri greftleriyle onarılabilir (2). Burunda küçük defektler lokal flepler ile onarılabilir. Bu flepler arasında dorsal nazal flep, bilobe flep, nazolabial flepler sayılabilir (3,4,5). Orta büyüklükteki defektlerde paramedian alın flebi, nazolabial flep kullanılabilecek flepler arasındadır. Daha büyük defektlerde paramedian alın flebi tek başına veya nazolabial fleple kombine edilerek ya da serbest doku transferi düşünülebilir (6,7). Çoğunlukla serbest doku transferinde radial önkol flebi kullanılmaktadır (7). Kartilaj greft kullanılması planlanıyorsa kulak, kosta ya da septum donör alan olarak kullanılabilir. Greftler aynı seansta alınarak kullanılabileceği gibi prelamine edilerek de kullanılabilir. Daha önce alın bölgesinde geçirilmiş cerrahisi olan veya ek komorbiditeleri olan hastalarda sık kullanılmasa da doku genişleticiler kullanılarak da flep kaldırılabilmektedir. Burun yüzün santralinde yer aldığından, göz önünde olduğundan rekonstrüksiyonu zorlayıcı olabilmekte ve benzer dokularla düzgün kontür ve projeksiyon yakalanarak onarım yapılması gerekmektedir. Alın derisi burun derisine benzer yapıda olması nedeniyle tercih edilebilecek donör alanlar arasındadır. Paramedian alın flebi kullanımının kemik, kartilaj yapıları örtecek yeterli doku örtüsünü sağlaması ayrıca burun iç astar ve destek dokuların rekonstrüksiyonu ile kombine edildiğinde fonksiyonel ve estetik açıdan yüz güldürebilecek sonuç sağlaması, kolay uygulanabilir uygun bir seçenek olabileceği kanaatindeyiz. Ancak çoğunlukla flep ayrılması ve inceltilmesi için 2 ya da bazen 3 seansa ihtiyaç duyulması, saç çizgisinin geçilebilmesi ve epilasyon ihtiyacı olabilmesi, alın bölgesinde oluşan çoğunlukla deri grefti ya da sekonder iyileşmeye bırakılarak oluşan

skar formasyonu flep kullanımı açısından sınırlayıcı olabilmektedir.

Kaynaklar:

1-2024 Apr 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–.PMID: 29763107

2-Menick FJ. Nasal Reconstruction: Art and Practice. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier;2008.

3-Elliot RA. Rotation flaps of the nose. Plast Reconstr Surg.1969;44:147.

4-McGregor JC, Soutar DS. A critical assessment of the bilobed flap. Br J Plast Surg. 1981;34:197

5-Machac D, Toth B. The axial frontonasal flap revisted. Plast Reconstr Surg. 1985;76:686

6-McCarthy JG, Lorenc PZ, Cutting C, et al. The median forehead flap revisited: blood suply. Plast Reconstr Surg. 1985;76:866

7- Menick FJ, Salibian A. Microvascular repair of heminasal, subtotal and total nasal defects with a folded radial forearm flap and a full-tickness forehead flap. Plast Reconstr Surg. February 2011;127:637-651

Anahtar Kelimeler: Alın Flebi, Burun Tip ve Kolumella Defekti, Paramedian

Alın flebi operasyon görüntüleri ve postop 6. hafta



P-197

Yüz Bölgesinde Lokal Flep Rekonstrüksiyonu: Glabellar, Nazodorsal ve Melolabial Fleplerin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Larasu Yıldıran, Büşra Güçlü, Oğuzhan Gürel,

Burak Cömert, Bayım Cheche

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Yüz estetiğinde cilt defektlerinin rekonstrüksiyonu, hem fonksiyonel hem de kozmetik açıdan özel bir önem taşır. Burun çevresi, medial kantus ve nazolabial bölge gibi anatomik olarak karmaşık alanlarda, lokal fleplerdoğal doku uyumu açısından en uygun seçenekler arasında yer alır.

Glabellar flepler glabellar alandan planlanır.Nazal dorsum ve üst nazal alandandaki doku defektini kapamaya yönelik kullanılır. Flep supratroklear arterden beslenir. Doku uyumu iyidir ve kolay disseksiyon avantajı vardır. Dezavantaj olarak glabella alanında cilt gerginliği, iz riski karşımıza çıkmaktadır. Nazoldorsal flepler nazal tipteki ve lateral duvadaki defektler için planlanmaktadır. Flep supratroklear ve nazal dorsal arterden beslenmektedir. Avantaj olarak aynı doku kalitesi, vaskülarite iyidir. Dezavantaj olarak geniş disseksiyon karşımıza çıkmaktadır. Melolabial flep alar kenar, nazal tip, alt nazal bölgedeki doku defektleri için uygulanmaktadır. Fasiyal arterin dallarından beslenmektedir. Avantaj olarak renk ve doku uyumu çok iyi, izler kıvrıma gizlenir. Dezavantaj olarak yaşlı hastalarda tercih edilir.

Bu çalışmada, glabellar, nazodorsal ve melolabial fleplerin estetik sonuçları, teknik uygulanabilirlikleri ve komplikasyon oranları karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METHOD

Bu çalışmada 2021–2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde yüz bölgesinde cilt defekti nedeniyle lokal flep rekonstrüksiyonu yapılan toplam 56 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş aralığı 50-80 arasındadır.

Hastalar uygulanan flep türüne göre dört gruba ayrıldı:

- Grup 1: Glabellar flep (n=10)
- Grup 2: Nazodorsal flep (n=10)
- Grup 3: Melolabial flep (n=15)
- Grup 4: Diğer flepler: Bilobe, Batman (n=21)

Flep seçimi hastanın yaşı, cinsiyeti, defektin yerleşim yeri erken ve geç komplikasyonlar (hematom, enfeksiyon, flep nekrozu) ve estetik sonuçlar (hasta memnuniyeti ve cerrah değerlendirmesi) yönelik olarak gerçekleştirilmiştir.

Nazal doku defekti onarımında estetik kaygıları gözeterek 20 hastanın arasından 10 hastaya Nazodorsal flep tercih edilmiştir.

Nazal dorsum ve medial kantustaki doku defektleri onarımında 15 hastanın arasından hem yaş olarak hem de kaş deformitesini gözeterek10 hastaya Glabellar flep tercih edilmiştir.

Nazolabiel ve nazojugal alandaki doku defektlerini kapamaya yönelik 20 hastanın arasından hem kıvrım yerleşimi ve hasta yaşına dikkat ederek hem de estetik açıdan hacim planlaması yapılarak 15 hastaya Melolabiel flep tercih edilmiştir.

Fonsiyonel sonuçlar hasta ve hekim arasındaki memnuniyet ölçeğiyle (0-10 arasında) puanlanarak değerlendirildi. Olası komplikasyonlar (hematom, enfeksiyon, flep nekrozu, skar, nöröpati) 6 ay süreyle takip edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yüz rekonstrüksiyonlarında lokal flepler, estetik ve fonksiyonel sonuçlar açısından mikrovasküler fleplere göre daha hızlı ve düşük morbiditeli bir çözüm sunar.

Bu çalışmada:

Glabellar flep, özellikle medial kantus ve nazal üst bölgede uygundur; ancak kaş pozisyonu değişiklikleri sık gözlenebilir.

Nazodorsal flep, cilt uyumu ve kontur açısından en tatmin edici sonuçları vermiştir. Teknik olarak uygulanması kolaydır.Melolabial flep, vaskülaritesi yüksek ve esnek bir seçenektir; ancak doku kalınlığı bazı durumlarda problem yaratabilir.

Her üç flep tipi de uygun endikasyonla seçildiğinde başarılı rekonstrüksiyon sağlamaktadır.

Nazodorsal flep, nazal rekonstrüksiyonlarda estetik açıdan en avantajlı yöntemdir.

Glabellar flep, küçük medial kantus defektleri için ideal ancak kaş deformitesi riski içerir.

Melolabial flep, doğal kıvrımlar sayesinde iyi saklanabilir ancak dikkatli hacim planlaması gerektirir.

Flep seçiminde yalnızca defekt lokalizasyonu değil, hastanın mimik anatomisi ve estetik beklentilerinin de göz önünde bulundurulması ile komple düşünülmesi gerektiğini göstermektedir

Anahtar Kelimeler: Flep, baş ve boyunda tümör, rekonstrüksiyon

P-198

Paramedian Alın Flebinde Tek ve İki Aşamalı Yöntemin Karşılaştırılması

Mehmet Ali Şahin, Mutlu Deng Alvaç, İsmail İnce,

Yunus Emre Atmaca, Alper Yerlioğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Paramedian alın flebi, sağlam damar yapısı ve doku uyumu sayesinde kompleks burun rekonstrüksiyonlarında altın standart olarak kabul edilmektedir[1]. Ancak flebin uygulanma zamanlamasıyla ilgili, tek aşamalı mı yoksa geleneksel iki aşamalı mı yapılması gerektiği konusunda tartışmalar devam etmektedir[2]. Tek aşamalı rekonstrüksiyonun toplam ameliyat süresini ve hasta üzerindeki yükü azaltma potansiyeli bulunurken, kontur belirginliği ve komplikasyon riskleri ile ilgili endişeler vardır[3]. Bu çalışmada, tek aşamalı ve iki aşamalı alın flebi tekniklerinin fonksiyonel, estetik ve hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2020-2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde paramedian alın flebi ile burun rekonstrüksiyonu yapılan 22 hasta (ortalama yaş 59,3 yıl) retrospektif olarak incelendi. Grup A (n=10), primer inceltme ve doğrudan adaptasyon ile tek aşamalı alın flebi rekonstrüksiyonu uygulanan hastalardan, Grup B (n=12) ise klasik iki aşamalı, üç hafta sonra pedikül ayrılması yapılan hastalardan oluştu. Değerlendirilen parametreler arasında toplam ameliyat süresi, komplikasyon oranları (flebin kısmi/total nekrozu, enfeksiyon, revizyon ihtiyacı), estetik sonuçlar yer aldı. Tüm hastalar minimum 12 ay takip edildi.

TARTIŞMA

Sonuçlar, tek aşamalı grupta toplam ameliyat süresi ve ameliyat sayısının anlamlı derecede azaldığını gösterdi (A= ortalama 116 dakika vs B= ortalama 158 dakika). Özellikle tek seans ile işlemin tamamlanması, hasta konforunu artırmış ve sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmıştır. Bu bulgu, Martínez-López ve ark. tarafından yapılan benzer çalışmada da desteklenmiş ve tek aşamalı rekonstrüksiyonun işlem süresini kısalttığı bildirilmiştir[4]. Bununla birlikte, cerrahi sürenin kısalığına rağmen estetik sonuçlar açısından iki aşamalı grup lehine belirgin bir üstünlük gözlendi. İki aşamalı grubun nazal simetri ve kontur belirginliği açısından daha tatmin edici sonuçlar sağladığı saptandı. Bu durum özellikle nazal kompleksin estetik alt birimlerinin restorasyonunun önemsendiği vakalarda kritik rol oynamaktadır[1].

Tek aşamalı teknikte flep kalınlığı nedeniyle bazı hastalarda ikinci küçük revizyonlar gerekli oldu(n=3). Bu durumun sebebi, flebin tam inceltilememesi ve nazal konturun yeterli şekilde oluşturulamamasıdır. Literatürde benzer şekilde, Menick'in uzun dönem sonuçlarında tek aşamalı uygulamalarda revizyon oranlarının arttığı bildirilmiştir[1]. Öte yandan, iki aşamalı grupta yalnızca bir hastada (n=1) komplikasyon (kısmi flep nekrozu) görülmüş ve bu oran tek aşamalı gruba göre daha düşük bulunmuştur (A grubu komplikasyon oranı %30 iken, B grubunda %8,3). Bu da, iki aşamalı tekniğin daha güvenilir doku perfüzyonu ve daha az komplikasyon sağladığını düşündürmektedir[3].

Ek olarak, iki aşamalı yaklaşımın daha uzun iyileşme süresi ve fazladan operasyon gereksinimine rağmen estetik alt birimlerin daha doğru restorasyonunu sağladığı, böylelikle uzun vadede hasta memnuniyetinin daha iyi olduğu gösterilmiştir. Burun rekonstrüksiyonlarında bireyselleştirilmiş yaklaşımın önemini vurgulayan bu bulgular, flep zamanlaması seçiminde sadece cerrahi süre değil, defektin lokalizasyonu, hastanın genel durumu ve estetik beklentilerinin de dikkate alınması gerektiğini desteklemektedir[4].

SONUÇ

Tek aşamalı alın flebi, uygun hasta seçimiyle toplam cerrahi süreci azaltarak hızlı iyileşme avantajı sunarken, kontur detaylarının kritik olduğu estetik odaklı vakalarda iki aşamalı yaklaşım daha üstün sonuçlar sağlamaktadır[4]. Hasta beklentileri ve defektin karmaşıklığına göre seçilecek bireyselleştirilmiş cerrahi planlama ile her iki yöntem de güvenle uygulanabilir[4].

KAYNAKLAR:

1. Gillies H, Millard DR. The principles and art of plastic surgery. Boston: Little Brown; 1957.

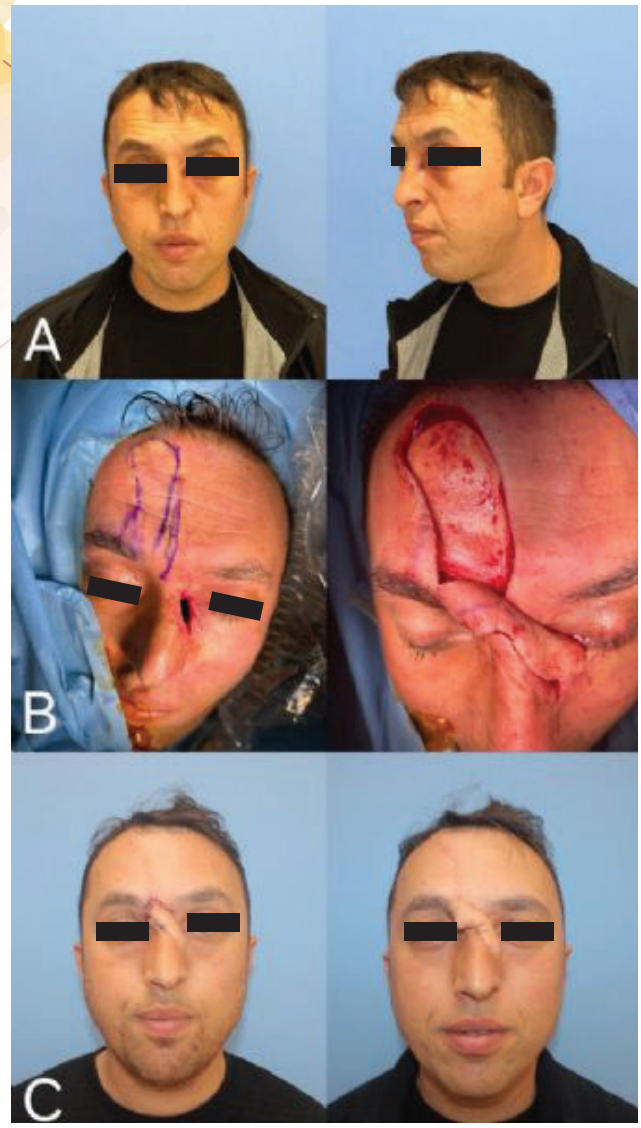
2. Millard DR. Reconstructive rhinoplasty for the lower half of a nose. Plast Reconstr Surg. 1974;53:133-9.

3. Menick FJ. Nasal reconstruction with a forehead flap. Clin Plast Surg. 2009 Jul;36(3):443-59.

4. Martínez-López A, Pérez-López I, García-Durá E, Tercedor-Sánchez J. The single-stage paramedian forehead flap. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(9):867-868.

Anahtar Kelimeler: Alın flebi, Burun rekonstrüksiyonu, Tek Aşama, Çift Aşama

A: Sol Nazojugal Alanda Tam Kat Doku Defekti B: Planlanan Tek Aşamalı Paramedian Alın Flebi Peroperatif Fotoğrafları C: Sırasıyla Postoperatif 1. Ay ve 3. Ay Fotoğrafları



P-199

Kaş ve Skalp Defektlerinin Temporal Süperfisiyel Arter Bazlı Pincer Flep ile Onarımı: Olgu Sunumları

Merve Demirelli[1], Burak Yaşar[2], Hasan Murat Ergani[3], Harun Güleç[4], Ramazan Erkin Ünlü[5]

Giriş

Kaş ve saçlı deriyi içeren doku defektleri, estetik görünüm ve fonksiyon açısından dikkatli cerrahi planlama gerektiren bölgelerdir. Saçlı deri, kalvaryum kemiklerinin üzerini örtmesi ve vücutta herhangi başka bir alanda bulunmayan saç içermesi gibi önemli görevlere sahipken kaş ise yüzdeki estetik görünüm açısından önem arz etmektedir. Fonksiyonel ve estetik önemi nedeniyle saçlı deri ve kaş rekonstrüksiyonu plastik cerrahların sıklıkla ilgilendiği özel bir konu haline gelmiştir.Bu anatomik bölgede mevcut sınırlı doku rezervi nedeniyle rekonstrüktif cerrahi teknikleri sınırlıdır. Temporal süperfisiyel arter tabanlı pincer flep/ lokal flepler, lokal doku uyumu ve güvenli vaskülerite içermesi sebepli avantajlarıyla ön plana çıkar. Bu olgu sunumunda, frontal saçlı deri ve kaş bölgesini içeren bir doku kayıplarının pincer flep/lokal flep tekniği ile onarılması ve postop dönemdeki sonuçlarını ele alınmaktadır.

Cerrahi teknik

Yapılan preoperatif planlama ile, temporal süperfisiyel arterin anatomik seyri doppler ultrasonografi yardımıyla haritalandı. Flebe ve defekte yönelik uygun çizim yapıldı. Artere bağlı olarak, defektin sağ ve sol yanından iki karşılıklı lokal flep tasarlandı. Bu flepler pincer tarzında orta hatta birleştirilerek defekt kapatıldı. Defekti daha küçük olan defektler ise flebin ilerletme /rotasyon ile kapandığı görüldü. Donör alan primer/greft olarak kapatıldı.

Olgu 1

75 yaşındaki erkek hasta, sağ pariyetal bölgede scc punch tanılı 0,8*0,5 cm lik ülsere kitle şikayeti ile başvuruyor, tarafımızca 17.12.2024 tarihinde 0.5 cm cerrahi sınırla eksizyon sonrasi greft ile rekonstrükte ediliyor. Patoloji sonucu taban cerahi sınır 1mm den daha yakın gelmesi sebepli 11.03.2025 tarihinde tarafımızca periost üzerinden re eksizyon sonrası temporal süperfisiyel arter bazlı pincer flep ve ftsg ile rekonstrükte ediliyor.

Olgu 2

65 yaşındaki erkek hasta, elektrik yanığı sonrası oluşan kaş bölgesini de içeren sağ frontal bölgede yumuşak doku kaybı nedeniyle başvurdu. Muayenede sağ lateral kaş ve frontal skalp bölgesinde yaklaşık 10*8 cm boyutunda kemik ekspoze olan cilt defekti saptandı. 20.09.2024 tarihinde tarafımızca latis free flep operasyonu yapılmış olup flebin nekroza gitmesi sebepli 04.10.2024 tarihinde temporal süperfisiyel arter bazlı flep ve ftsg ile rekonstrükte edilmiştir.Yapılan flebin nekroze gitmesi sebepli 24.06.2025 tarihinde paramedian alın flebi ve ftsg ile rekonstrükte edilmiştir.

Olgu 3

23 yaşındaki erkek hasta, adtk sonucu sol frontal bölgede yumuşak doku kaybı nedeniyle başvurdu. Muayenede sol kaş bölgesinde yaklaşık 5*3 cm boyutunda cilt defekti saptandı. Hastanın sol frontal bölgesinde kaş olmaması sebepli tarafımızca 07.08.2024 tarihinde temporal süperfisiyel arter bazlı flep ile rekonstrükte edilmiştir. Daha sonra 27.11.2024 tarihinde kaşlar arası simetri sağlaması için tarafımızca sol kaş revizyon operasyon operasyonu yapılıp parsiyel eksizyon sonrası greft ile rekonstrükte edilmiştir.

Bulgular

Sol kaş ve skalpte doku defektleri olması sebepli temporal süperfisiyel arter bazlı flep ile rekonstrüksiyon yaptığımız hastalarımızın erken ve geç postop dönemlerinde dehisans, ekspoze yapı, nekroz, hematom olmamıştır. Geç postop dönemde o bölgelerde kıl olması sebepli hasta memnuniyeti fazladır. Saç simetrisi korunmuştur. Sol frontal bölgede doku defekti sebepli kaş yokluğu bulunan hastanın revizyon operasyonunda kaş inceltmesi yapılmış olup kaşlarının daha simetrik olması sağlanmıştır. Elektrik yanığı sonucu sağ frontal bölgede doku defekti olan hastanın yaralanma şekli sebepli ek operasyonları olmuş olup takiplerinde enfektif bulguları olmuştur, paramedian alın flebi öncesinde frontal bölgede plak vida ekspoze olması sebepli tarafımızca çıkarılmıştır ve ardından flep operasyonu yapılmıştır.

Sonuç

Temporal süperfisiyel arter bazlı pincer/lokal flepler kaş ve saçlı deriye ait defektlerin onarımında lokal, güvenli ve estetik olarak üstün bir yöntem sunar. Bu teknikle, bölgeye özgü doku özellikleri korunarak doğal bir görünüm elde edilebilir. Doku defektlerinin rekonstrüksiyonuna ek olarak bölgede saç ve kaş eksikliğinin rekonstrüksiyonuna da olanak sağlar. Operasyon süresinin kısa olması,lokal

yapılabilmesi, saç çizgisinin devamını ve kaş asimetrisinin düzeltmesini sağlar. Ayrıca, donör alan morbiditesi oldukça düşüktür. Böylece saç ve kaş defektlerinin yanı sıra periorbital bölgede ve kalvaryumda mevcut olabilecek kemik defektleride aynı seansta vücudun başka bölümüne zarar vermeden bu vaskülerize doku ile rekonstrüksiyonu sağlar

Anahtar Kelimeler: Temporal arter, pincer flep, saçlı deri defekti, kaş rekonstrüksiyonu, lokal flep ile onarımı

Sağ pariyetal bölgede scc punch tanılı kitlesi bulunan hastanın preop ve postop dönem fotoğrafları



Sağ pariyetal bölgede scc punch tanılı kitlesi bulunan hasta a. Scc kitlesi olan hasta preop fotoğrafı b. Postop 3.gün fotoğrafı c. Scc taban yakın sınır gelmesi üzerine çekilen preop fotoğrafı d. Flep sonrası postop 1.gün fotoğrafı e. Postop 15.gün fotoğrafı

Kaş ve Skalp Defekti Bulunan Olguların Preop ve Postop Dönem Karşılaştırılması

Yaş	Cinsiyet	Yaralanma Şekli	Defekt Bölgesi	Komplikasyon	Ek Operasyon
75	erkek	scc eksizyon sonrası	sağ pariyetal bölge/ skalp defekti	yok	yok
65	erkek	elektrik yanığı sonrası	sağ frontal bölge/ kaş defekti	nekroz	var
23	erkek	adtk sonrası	sol frontal bölge/ kaş defekti	yok	yok

P-200
Medial Kantal Bölgenin Tam Kat Defektlerinin Onarımı

Amır Arsalan Allafı Farkhad, Merve Kaplanlı Sarıdoğan, Fartih Osman Demir, Can Koç, Kemalettin Yıldız

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastilk, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Medial kantal bölge defektleri sıklıkla üst ve alt göz kapağı, nazal dorsum, nazolakrimal drenaj sistemi gibi maksillanın frontal çıkıntısına tutunan medial kantal tendon tarafından desteklenen birden fazla anatomik alt birimi içerir.

Bölgenin onarımı, konjenital, travmatik ya da malignite gibi patolojik nedenlerle sıklıkla gerekli hale gelir. Bölgenin tümör nüks oranı yüksektir bu yüzden geniş cerrahi sınırların sağlanması veya Mohs mikrografik cerrahisinin uygulanması tercih edilmektedir. Onarım için sınırlı cilt dokusu mevcut olması ve farklı alt birimler arasında kontur ve deri kalınlığı açısından belirgin farklılıklar bulunması sebebiyle onarım süreci zorludur.

Bölgenin onarımındaki temel amaç korneayı yeterince koruyacak şekilde stabil ve hareketli bir kapak oluşturmak, gözyaşı sekresyonunu korumak ve aynı zamanda iyi bir estetik sonuç elde etmektir.

Kompleks ve geniş medial kantal defekt için, ikincil iyileşme, tam kat deri grefti, kompozit greft ve flep ile hibrit onarım, lokal ve uzak dokudan flep kullanımı dahil olmak üzere birçok onarım yöntemi mevcuttur.

Bu çalışmada, sol medial kantal bölgede yerleşim gösteren bazal hücreli karsinomun rezeksiyonu sonrasında, üst ve alt göz kapağı yapılarını eş zamanlı olarak yeniden oluşturmak amacıyla paramedian alın flebinin ikiye ayrılarak (split) kullanıldığı ve posterior lamella onarımı için kompozit greftin uygulandığı bir olgu sunulmaktadır. Çalışmanın amacı, geniş medial kantal bölge defektlerinin onarımında hibrit onarım yaklaşımının çok yönlülüğünü değerlendirmek ve bu prosedürde flebin ikiye bölünmesinin sağladığı avantajları ortaya koymaktır.

Olgu

60 yaşında erkek hasta, bir yıldır devam eden, sol medial kantal bölge ve komşu frontonazal bölgede asemptomatik bir ülser şikayeti ile kliniğimize başvurdu.

3 × 2 cm boyutlarındaki ülser, iyi sınırlı ve siyah pigmentli kabuklu bir yüzeye sahipti. Göz hastalıkları konsültasyonunda görme keskinliği ve göz kapağı hareketleri normaldi. Bölgenin onarımı takiben ilerleyen dönemde dakriyosistorinostomi ameliyatı önerildi.

Lezyonun superior ve inferior sınırından alınan insizyonel biyopsi, nodüler tip bazal hücreli karsinom lehine değerlendirildi.

Genel anestezi altında lezyon, lakrimal sistemi de kapsayacak şekilde 6 mm cerrahi sınırla eksize edildi [Figür 1A-B]. Burun septum solundan mukoseptal kompozit greft alınarak sol alt gözkapağı arka lamella onarımı gerçekleştirildi [Figür 1C]. Sağ taraftan supratroklear arter temelli split paramedian alın flebi kaldırılarak defekt alanına transfer edildi [Figür 1D]. Donör saha primer olarak kapatıldı [Figür 1E].

Kesin histopatolojik inceleme, lezyonun tümöral sınırları temiz bazal hücreli karsinom olduğunu doğruladı. İki hafta sonra interpolasyon flebi pedikülden ayrıldı, flep inceltildi takiben flep defekt alanına adapte edildi [Figür 1F].

Ameliyat sonrası takip sürecinde, medikal tedaviye yanıt olarak sol gözdeki minimal epifora gerilemiş olup, ek bir patolojik bulguya rastlanmamıştır [Figür 1G].

Tartışma

Orbital bölgedeki yumuşak doku tümörlerinin yaklaşık %40'ını, iç kantus çevresinde yerleşmiş malign tümörler oluşturmaktadır. Kronik ultraviyole maruziyeti, tümörün yavaş büyümesi, benign lezyonlara benzerliği ve farkındalık eksikliği gibi faktörler, tanı ve başvuru sürecinde gecikmeye neden olmaktadır.

Tam kat deri greftleri, hacim açısından defekti yeterince dolduramaması, renk uyumsuzluğu riski, greftin zamanla büzüşmesi sonucu oluşan bantlaşma veya webleşme ile distorsiyona yol açması, lokal kan dolaşımının yetersizliği nedeniyle nekroz gelişme riski ve zamanla hiperpigmentasyon veya hipopigmentasyon oluşması gibi nedenlerle görsel açıdan estetik olmayan sonuçlara yol açabilir.

Lokal flepler, yüksek hasta memnuniyeti sağlamasına karşın hemoraji, enfeksiyon, dehisans, nekroz, medial ektropion, kanaliküler stenoz ve medial kantal bölgede konkavitenin kaybı gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir.

Uzak fleplerin cerrahi sürenin uzun olması, renk uyumsuzluğu, dönor alan defekti gibi dezavantajları söz konusudur.

Çalışmamızda mukoseptal kompozit greft ve split paramedian alın flebinin hibrit kullanımının avantajları arasında; posterior lamella dahil tüm katmanların onarımı ve üst ve alt göz kapğının eş zamanlı onarımı yer alır. Ayrıca kontralateral kaldırılan flebin aksiyel vaskülaritesi sayesinde daha geniş bir rotasyon arkı ve kolaylıkla ikiye ayrılabilmesi mümkündür. Donör saha, belirgin bir skar oluşmaksızın primer olarak kapatılabilir. En büyük dezavantajı ise flebin kalınlığıdır; bu durum, flebin vaskülaritesini riske atarak flep nekrozuna yol açabilecek inceltme işlemi gerektirebilir. Flebin ayrılması için ikinci bir cerrahi aşamaya da ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca alın flebinin ayrılmasından sonra lenfödem gelişme riski mevcuttur.

Sonuç

Paramedian alın flebi ve modifikasyonları, nazal ve medial kantal bölgelerin onarımında yaygın olarak kullanılmış olup, frontonazal alanın onarımında hâlen çok yönlü cerrahi seçenekler olarak önemini korumaktadır. Split paramedian alın flebi ve kompozit greftin birlikte hibrit kullanımı bu modifikasyonlardan biridir. Bu hibrit onarımın medial kantal bölgenin geniş ve tam kat defktlerinin katmanlı onarımı, üst ve alt göz kapağı defektlerinin eş zamanlı onarımında oldukça uygun bir seçenek olarak değerlendirdik; hem fonksiyonel hem de kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir.

Referans

1. Krishnamurthy A. Split paramedian forehead flap for medial canthal reconstruction. Natl J Maxillofac Surg. 2012;3(2):241–242. doi:10.4103/0975-5950.111398

2. Sakai S, Soeda S, Matsukawa A. Refinements of the island median forehead flap for reconstruction of the medial canthal area. J Dermatol Surg Oncol 1989;15:524-30.

3. Chiarelli A, Forcignanò R, Boatto D, Zuliani F, Bisazza S. Reconstruction of the inner canthus region with a forehead muscle flap: A report on three cases. Br J Plast Surg 2001;54:248-52.

4. Turgut G, Ozcan A, Yeşiloğlu N, Baş L. A new glabellar flap modification for the reconstruction of medial canthal and nasal dorsal defects: "Flap in flap" technique. J Craniofac Surg 2009;20:198-200.

5. Cöloğlu H, Koçer U, Oruç M, Sahin B, Ozdemir R. Axial bilobed superficial temporal artery island flap (tulip flap): Reconstruction of combined defects of the lateral canthus including the lower and upper eyelids. Plast Reconstr Surg 2007;119:2080-7.

6. Abdelmofeed AM. Glabellar superciliary bilobed flap for reconstruction of large medial canthus region defect. Br J Oral Maxillofac Surg. 2022;60(12):1362–1367. doi:10.1016/j.bjoms.2022.09.004

7. Lin HY, Cheng CY, Hsu WM, et al. Incidence of eyelid cancers in Taiwan: a 21-year review. Ophthalmology 2006;113:2101–2107.

8.Kim JH, Kim JM, Park JW, et al. Reconstruction of the medial canthus using an ipsilateral paramedian forehead flap. Arch Plast Surg. 2013;40:742–747.

Anahtar Kelimeler: Kompozit Greft, Medial Kantal Rekonstrüksiyon, Split Paramedian Alın Flebi

Operasyon Öncesi ve Sonrası Görüntüleri



a.) Eksizyon cerrahi sınırları b.) Eksizyon sonrası oluşan defekt c.) Kompozit greft uygulaması d.) Flep adaptasyonu e.) Donor alan kapatılması f.) İnterpolasyon flep ayrılması g.) Post-op 6.ay görünüm

P-201

Angüler Arter Perforatör Flep ile Burun Rekonstrüksiyonu Deneyimlerimiz

Utku Ulubey, Dağhan Dağdelen

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

Giriş

Burun, yüzün estetik ve fonksiyonel bütünlüğünde merkezi bir yapıdır. Yüz ifadesi ve kişisel estetik algıda önemli bir rol üstlenir. Travma, tümör eksizyonu vb. durumlar sonrası ortaya çıkan burun defektleri; hem fonksiyonel hem de estetik açıdan hastada ciddi morbiditeye yol açabilir. Burun rekonstrüksiyonunda basitten komplekse birçok rekonstrüksiyon seçeneği mevcuttur. Perforazom sisteminin tanımlanmasıyla beraber son yıllarda yüz bölgesi rekonstrüksiyonunda perforatör fleplere olan ilgi de artmaktadır. Kendi kliniğimizde de perforatör flepleri yüz bölgesi rekonstrüksiyonunda sık olarak kullanmaktayız. Bu çalışmamızda burun rekonstrüksiyonunda kullandığımız Angüler Arter Perforatör Flep'inin sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

Hastalar ve Method

2023 Ağustos- 2025 Temmuz tarihleri arasında Angüler Arter Perforatör Flep ile burun defekti rekonstrüksiyonu yapılan hastalar retrospektif olarak taranarak çalışmaya dahil edildi. 18 yaş altı hastalar ve postoperatif 6. Ay kontrolünü tamamlamamış olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen hastalar demografik veriler, defekt etiyolojisi, kullanılan flep ve defekt boyutları, flebe dahil edilen perforatör sayısı ve postoperatif komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.

Flepler, genel anestezi altında ve 3.5× büyütme sağlayan cerrahi loupe eşliğinde tek cerrah tarafından hazırlandı. Preoperatif olarak, angüler arter ve perforatörlerinin nazolabial katlantı boyunca lokalizasyonu için doppler probu kullanıldı ve perforatörler işaretlendi. Defektin oluşmasını takiben önceden işaretlenen perforatöre medialden yapılan eksploratif bir insizyon ile ulaşıldı. Perforatörün kalibrasyonunun yeterli görülmesini takiben cilt adasının tamamı düşüldü ve flep perforatör bazlı olarak eleve eldidi. Perforatörün defekte olan uzaklığına göre flepler V-Y ilerletme ya da propellar(pervane) tarzda defekte adapte edildi. Hastalar postoperatif 1. ay, 3. ay, ve 6. ayda kontrollere çağırıldı.

Bulgular

Opere ettiğimiz hastalar içerisinde çalışma kriterlerini tamamlayan 4 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma grubunda 1'i erkek 3'ü kadın olmak üzere toplamda 4 hasta vardı. Hastaların yaş ortalaması 67.75±9.06 idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların nasal rekonstrüksiyon nedeni 2 hasta için Skuamöz Hücreli Karsinom, 1 hasta için Bazal Hücreli Karsinom, 1 hasta için ise Squamoid Duktal Ekrin Karsinom idi. Tüm flepler tek perforatör üzerinden kaldırıldı. Ortalama defekt boyutu 6.25 cm2±1.8 iken ortalama flep boyutu 5.5 cm2 ±1 idi.

Flepler tasarımına göre karşılaştırıldığında 2 hasta için V-Y ilerletme flebi şeklinde tasarlanırken 2 hasta için propellar tarzda flep tasarımı yapıldı. Postoperatif komplikasyonlar değerlendirildiğinde 1 hastada erken dönemde hematoma bağlı olarak postoperatif drenaj uygulandı. Kalan 3 hastada erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma

Angüler arter perforatör flep, nazolabial alandaki iyi bilinen vasküler anatomiye dayanarak, nazal yan duvar bölgesinde küçük ile orta boyutlu defektlerin rekonstrüksiyonunda son zamanlarda sıkça kullanılan etkili bir seçenek olarak öne

çıkmaktadır. Yüzün bu anatomik bölgesinde, hem nasal estetik alt ünite prensiplerine uyum sağlaması hem de donör saha morbiditesinin düşük olması, başarılı bir nasal rekonstrüksiyonun mümkün kılar.

Her ne kadar klasik nasolabial fleplerin burun rekonstrüksiyonunda yüksek başarı oranları bildirilmiş olsa da random-pattern fleplerde dolaşımın sınırları nedeniyle ilerletme veya rotasyon manevraları kısıtlı kalabilmektedir. Angüler arter perforatör flep, ada flebi prensibine dayalı olarak hazırlanması ve de defekte boyutu ve şekline göre planlanabilmesi sayesinde daha geniş bir rotasyon arkı ve ilerletme mesafesi sunar.

Öte taraftan flebin kaldırılması sırasında perforatör flep prensiplerine uyulması gerekliliği flebin kullanımı kısıtlayan ana sebep olarak görülmektedir.

Sonuç

Burun rekonstrüksiyonu, nasal estetik ünite prensibi, fonksiyonellik ve donör alan morbiditesi açısından en zorlu alanlarından biridir. Angüler arter perforator flep, küçük ve orta boyutlu defektlerde güvenilir ve düşük morbiditeli bir seçenek olarak ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Angüler arter, Burun rekonstrüksiyonu, Perforatör flep

Angüler Arter Perforator Flep



Peroperatif ve postoperatif görüntülerimiz

P-202

Orbital rabdomyosarkom olgu sunumu: orbital ekzenterasyon ve lateral alın flebi ile onarım

Gazi Kutalmış Yaprak, Mehmet Ali Ersoy, Ömer Kokaçya, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş

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

GİRİŞ:

Rabdomyosarkomlar (RMS) mezenkimal dokudan gelişen ve çocukluk çağında en sık görülen yumuşak doku sarkomları olup tüm kanserlerin %3'ünü oluştururlar. Görülme sıklığı 2-6 yaş arasında ve adölesan dönemde en fazladır. Hastaların çoğunluğu 10 yaş altında tanı alır. RMS'nin %9-10'u orbital bölge yerleşimlidir. Orbital RMS erkeklerde ve ilk dekatta sıklıkla görülür ve çoğu embriyonel histolojilidir. Beş yıllık %85-90 sağkalım oranları ile orbital yerleşim en iyi prognoza sahip bölgedir. Çocuklarda hızla büyüyen tek taraflı ekzoftalmus RMS şüphesini uyandırır.

OLGU-1:

Sol gözde propitozis ve kitle şikayetiyle başvuran 6 yaş erkek hastaya orbital bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) çekilmiş olup RMS şüphesi olması üzerine kitleden alınan insizyonel biyopsi sonucu rabdomyosarkom gelmiş olup ardından onkoloji tarafından 12 kür radyoterapi (RT) 25 kür kemoterapi (KT) tedavisi almıştır. Tedaviye rağmen kitlenin maksiller kemiğe kadar ilerleyen progresyon nedeniyle hastaya genişletilmiş sol orbital ekzenterasyon ve lateral alın flebi+ temporal kas flebi ve kısmı kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılmıştır. Kitlenin patolojisi 'embriyonel rabdomyosarkom' olarak raporlanmıştır. Patoloji raporunda desmin ve myogenin (+) görülmüştür. Takiplerinde problem olmayan hasta nüks açısından rutin MR ile takip edilmektedir.

OLGU-2:

Sol gözde hızla büyüyen kitle ve egzoftalmus şikayetiyle başvuran 7 yaş erkek hastaya çekilen orbital BT ve MR görüntülemelerinde RMS şüphesi olması sebebiyle alınan insizyonel biyopsi sonucu 'rabdomyosarkom' gelmiştir. Öncelikle onkoloji tarafından 9 kür KT ve 25 kür RT tedavisi alan hastanın kitlesinin progrese olması sebebiyle operasyon kararı alınmıştır. Total sol orbital ekzenterasyon ve lateral alın flebi+ kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılmıştır. Kitlenin patolojisi 'embriyonel rabdomyosarkom' olarak raporlanmıştır. Patoloji raporunda Desmin ve myogenin (+) görülmüştür. Takiplerinde problem olmayan hasta nüks açısından rutin MR ile takip edilmektedir.

TARTIŞMA:

Günümüzde RMS'lerin tedavisinde RT, KT ve cerrahi kombine kullanımı ile iyi sonuçlar alınmaktadır. Orbital RMS'lerin lenfatik ve hematojen yayılımı nadirdir. Çoğunlukla embriyonel histolojili olmalarından dolayı prognozu oldukça iyidir. Çocuklarda gözde görme ve şekil bozukluğu gelişmesi nedeniyle tanı erken dönemde konmaktadır. Radyolojik BT ve MR değerlendirmeleri hastalığın yaygınlığının belirlenmesinde yeterlidir. Tanı biyopsi ile konulmaktadır. Orbital ekzenterasyon agresif bir tedavi modalitesi olması sebebiyle öncelikli tedavi KT ve RT olmakla birlikte onkolojik tedavilere yanıt vermeyen veya progresyonu devam eden kitlelerde kaçınılmaz tedavi orbital ekzenterasyon olmaktadır. Sonrasında orbital rekonstrüksiyon söz konusu olmaktadır. Rekonstrüksiyonun amaçları; orbita, burun boşluğu ve sinüsler ile sağlam kafa tabanı arasındaki mesafeyi korumaktır. Ayrıca rekonstrüksiyon, yüz hatlarını eski haline getirerek optimum kozmetik sonuç sağlamayı ve protez implantların potansiyel kullanımını mümkün kılmayı da amaçlamaktadır. Sekonder iyileşmeden serbest fleplere

kadar tanımlanmış birçok seçenek mevcuttur. Lateral alın flebi orbital ekzenterasyon defektlerinde sık kullanılan onarım seçeneklerinden birisidir. Kolay ve hızlı yapılabilmesi benzer renk ve kalınlıkta doku sağlaması avantaj olarak sayılabilir. Donör alanının deri grefti ile kapanması bıraktığı skar açısından dezavantaj olarak sayılabilir. Neoadjuvan RT alan hastalarda lokal flep seçenekleri sınırlı olsa da olgularımızda herhangi bir problemle karşılaşılmamıştır. Ayrıca ilk olgumuzda yaptığımız gibi genişletilmiş ekzenterasyon yapılan olgularda lateral alın flebi ile kombine temporal kas flebi de yapılabilir.

Sonuç:

Orbital rabdomyosarkom onkolojik tedavilerle kontrol altına alınamadığında agresif teedavi modalitesi olarak ekzenterasyon kaçınılmazdır. Bu durumda rekonstrüksiyon ihtiyacı ortaya çıkmakta ve birçok onarım seçeneği gündeme gelmektedir. Lateral alın flebi orbital ekzenterasyon defektlerinde hem tek başına hem de temporal kas flebi ile kombine kullanılabilecek basit güvenilir bir onarım seçeneğidir.

KAYNAKLAR:

1) Kesting M R, Koerdt S, Rommel N et al. Classification of orbital exenteration and reconstruction. J Craniomaxillofac Surg. 2017;45(04):467–473. doi:10.1016/j.jcms.2017.01.003.

2) Atabay K, Atabay C, Yavuzer R, Demirkan F, Latifoğlu O.One-stage reconstruction of eye socket and eyelids in orbital exenteration patients Plast Reconstr Surg 1998101061463–1470., discussion 1471–1472

3) Baker KS, Anderson JR, Link MP, Grier HE,Qualman SJ, Maurer HM, et al. Benefit of intensified therapy for patients with local or regional embryonalm rhabdomyosarcoma: results from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study IV. J Clin Oncol 2000;18(12):2427-34.

4) Kodet R, Newton WA Jr, Hamoudi AB, Asmar L,Wharam MD, Maurer HM. Orbital rhabdomyosarcomas and related tumors in childhood: relationship of morphology to prognosis-an Intergroup Rhabdomyosarcoma study. Med Pediatr Oncol 1997;29(1):51-60.

Anahtar Kelimeler: Ekzenterasyon, Lateral Alın Flebi, Rabdomyosarkom

P-203

Ateşli silah yaralanması sonrası gelişen anterior maksiller defektin; serbest mini anterolateral uyluk flebi ve kemik grefti ile onarılması: Olgu sunumu

Ensari Yavuz[1], İhtişam Zafer Cengiz[2], Rana Kapukaya[3], Önder Tan[4], Ziya Tatar[3]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD
[2]Atlas Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[3]Adana Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD
[4]Private Clinic Practice, İstanbul, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Amaç: Bu çalışmada ateşli silah yaralanmasına bağlı gelişen kompleks anterior maksiller defekt olgusu sunulmakta ve rekonstrüksiyonda kullanılan otolog kemik grefti ile mini serbest flep cerrahi yaklaşımı tartışılmaktadır.

Gereç-Yöntem: On beş yaşında erkek hasta, ateşli silah yaralanması sonrası mandibula ve anterior maksillada kırıklar içeren maksillofasiyal travma ile başvurdu. İlk tedavi kapsamında mandibula fiksasyonu, nazal taban stabilizasyonu ve primer mukozal onarım yapıldı. Sonraki görüntülemelerde 4x2 cm anterior maksiller defekt ve üst dudakta kontraktür saptandı. Rekonstrüksiyon, 4x2 cm otolog iliak krista kemik grefti ve alt ekstremiteden alınan 5x4 cm mini serbest flep ile gerçekleştirildi. Mikrocerrahi anastomoz fasiyal arter ve vene yapıldı.

Bulgular: Postoperatif iyileşme sorunsuz seyretti. Bir yıllık takipte hastada estetik ve fonksiyonel sonuçlarda belirgin düzelme görüldü. Kemik greftinin başarılı entegrasyonu sağlandı ve serbest flep komplikasyonsuz şekilde canlılığını korudu.

Sonuç: Otolog kemik greftleri ile serbest fleplerin kombine edilmesi, ateşli silah yaralanmasına bağlı maksillofasiyal defektlerin fonksiyonel ve estetik olarak etkin bir şekilde onarılmasını sağlar. Bu olgu, multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamakta ve kompleks maksillofasiyal rekonstrüksiyonlarda optimal sonuçların elde edilmesine yönelik stratejileri öne çıkarmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Maksillofasiyal rekonstrüksiyon, Otolog kemik grefti, Serbest flep, Anterior maksiller defekt, Anterolateral uyluk flebi

intraop resimler



Mini ALT flebi, Crista iliaca grefti

P-204

Vermilyokutanöz Hattın Korunduğu Dudak Defektlerinde Mukoza İlerletme Flebinin Gücü

Ahmet Onur Eren, Beyzanur Çelebi, Kübra Nur Batkitar, Canberk Gürbüz, Ceyhun Uzun, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş - Amaç

Dudaklar, yüzün alt üçte birinin en önemli estetik ve fonksiyonel ünitesini oluşturur. Konuşma, yeme, mimik ve oral sfinkter fonksiyonları açısından önemli bir yapıdır. Dudaklarda meydana gelen defektler, hem fonksiyonel hem de estetik açıdan belirgin morbiditeye yol açabilmektedir. Bu defektlerin en sık nedeni malign neoplazmlar olup, özellikle alt dudakta en yaygın görülen histolojik tipin yassı hücreli karsinom (SCC) olduğu gösterilmiştir (1,2). Rekonstrüksiyon planlamasında temel amaç, temiz cerrahi sınırlarla tümör rezeksiyonu sonrası fonksiyonel ve estetik bütünlüğün korunmasıdır. Vermilyokutanöz hattın bozulmadığı ve tam kat olmayan yüzeysel defektlerde, mukoza ilerletme flepleri minimal morbidite, teknik kolaylık ve tatmin edici estetik sonuçları ile güçlü bir seçenek olarak öne çıkmaktadır (3–5). Bu çalışmada, kliniğimizde vermilyokutanöz hattı korunan dudak defektlerinde uygulanan mukoza ilerletme flebinin cerrahi etkinliği ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metod

Bu çalışmada 2022–2025 yılları arasında dudak yerleşimli lezyonlar nedeniyle kliniğimizde opere olan ve vermilyokutanöz hattı korunan hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, sistem üzerinden yapılan arşiv taraması sonucunda toplam 6 hasta dahil edildi. Hastaların beşi invaziv skuamöz hücreli karsinom (SCC), biri ise benign lezyon tanısı ile opere edilmişti.

Tüm olgularda lezyon eksizyonu sonrası oluşan defektin rekonstrüksiyonu amacıyla mukoza ilerletme flebi tekniği kullanıldı. Defekt alanı dikkate alınarak kas üstü planda rektangular tasarımlı ilerletme flebi planlandı. Flep tabanı, defektin tabanı ile eşit, flep uzunluğu defekt uzunluğunun yaklaşık 2 katı olacak şekilde planlandı. Diseksiyon, gingivobukkal sulkusa doğru ilerletilerek gerçekleştirildi. Kanama kontrolünün sağlanması ardından flep, mukozal katmanlar dikkate alınarak anatomik bütünlüğü koruyacak şekilde defekte adapte edilip katlarına uygun olarak onarıldı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 6 hastanın yaşları 48 ile 87 arasında değişmekteydi (ortalama yaş 67 yıl). Hastaların beşi (%83,3) skuamöz hücreli karsinom (SCC), biri (%16,7) ise benign lezyon (skar dokusu/lökoplaki) tanısı almıştı.

Fonksiyonel Sonuçlar: Ameliyat sonrası erken dönemde tüm hastalarda dudak kapanması ve oral sfinkter fonksiyonu korunmuştu. Yalnızca 1 olguda yemek sırasında hafif sıvı akıntısı şikayeti izlendi, diğer tüm olgularda beslenme fonksiyonları sorunsuzdu. Dudak fonksiyonları (yeme, sıvı içme, ıslık çalma, üfleme, sigara içme) tüm hastalarda birkaç hafta içinde normale döndü.

Duyu Değerlendirmesi: Postoperatif dönemde dokunma duyusu olguların %83,3'ünde korunmuştu. Bir hastada sınırlı uyuşukluk alanı gözlendi, bu bulgu 3 ay içinde geriledi.

Estetik Sonuçlar: Dudak konturu ve vermilyon hattı tüm olgularda korunmuştu. Yara izleri minimal düzeydeydi ve hastaların tamamı estetik açıdan sonuçları tatmin edici buldu.

Komplikasyonlar ve Nüks: Hiçbir olguda flep nekrozu veya ciddi komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelemelerde SCC olgularında cerrahi sınıra en yakın mesafe 2-3 mm arasında değişmekteydi. Takip süresi 24 ay olup hiçbir hastada lokal nüks izlenmedi.

Genel Değerlendirme: Fonksiyonel, estetik ve onkolojik açıdan değerlendirildiğinde, vermilyokutanöz hattın korunduğu dudak defektlerinde mukoza ilerletme flebi güvenilir, düşük morbiditeli ve başarılı bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Tartışma

Vermilyokutanöz hattın korunduğu dudak defektlerinde rekonstrüksiyon, estetik ve fonksiyonel açıdan önemlidir. Dudak defektlerinde kullanılan Karapandzic, Abbe ve Estlander flepleri gibi lokal flepler sıklıkla dudak hareketlerinde kısıtlılık, ağız açıklığında azalma ve asimetri gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir (6,7). Ayrıca bu tekniklerin yüzeysel defektlerde kullanılmaması ileriki dönem rekonstrüksiyonlarında kullanılabilmesine olanak sağlar. Ayrıca birçok komorbiditesi olan hastalarda genel anestezinin dezavantajlarının da engellenmesine neden olur. Buna karşılık, mukozal ilerletme flepleri basit bir cerrahi teknik ile hem fonksiyonel hem estetik olarak tatmin edici sonuçlar sunmaktadır. Çalışmamızda da yalnızca bir hastada yemek sırasında akıntı şikayeti gelişmiş, tüm diğer olgularda dudak fonksiyonları kısa sürede geri kazanılmıştır. Estetik olarak dudak konturu ve vermilyon hattı tüm hastalarda tatmin edici bulunmuş, yalnızca bir hastada sınırlı uyuşukluk raporlanmış ve 3 ay içerisinde düzelmiştir. Bu bulgular, mukoza ilerletme flebinin küçük ve orta boyutlu dudak defektlerinde güvenilir ve düşük morbiditeli bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

Sonuç

Mukoza ilerletme flepleri, vermilyokutanöz hattın korunduğu sınırlı dudak defektlerinde minimal morbidite, hızlı iyileşme ve tatmin edici estetik sonuçları ile güçlü bir rekonstrüksiyon yöntemidir. Çalışmamızda komplikasyon oranı düşük bulunmuş, fonksiyonel kayıplar minimal seyretmiş ve takiplerde nüks gözlenmemiştir.

Kaynaklar

1. Shah JP, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer—surgery. Oral Oncol. 2009;45(4-5):394–401.

2. Márquez S, et al. Squamous cell carcinoma of the lip: A clinicopathological analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2020;78(5):810–817.

3. Chiu ES, et al. Lip reconstruction: An algorithmic approach. Plast Reconstr Surg. 2009;124(1):61–69.

4. Abbe R. A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. Med Rec (NY). 1898;53:477.

5. Estlander JA. Eine Methode, aus der einen Lippe Substanzverluste der anderen zu ersetzen. Arch Klin Chir. 1872;14:622.

6. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. Br J Plast Surg. 1974;27(1):93–97.

7. Baker SR. Local flaps in facial reconstruction. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

Anahtar Kelimeler: Vermilyokutanöz hat, Perioral rekonstrüksiyon, Mukoza ilerletme flebi

Çalışmaya dahil edilen hastalar

Olgu	Yaş/ Cinsiyet	Tanı	Cerrahi işlem
1	75 K	Alt dudak SCC	Eksizyon
2	87 E	Alt dudak SCC	Eksizyon
3	72 E	Alt dudak SCC	Eksizyon
4	52 E	Alt dudak SCC	Eksizyon
5	48 E	Skar dokusu ön tanılı lezyon	Eksizyon
6	67 E	Alt dudak SCC	Re-eksizyon

P-205

Unutulmaya Yüz Tutmuş Bir Flep Trapezius Myokutanöz Flebi

İbrahim Tabakan, Ömer Kokaçya, Gazi Kutalmış Yaprak, Mert Demir, Mehmet Ali Ersoy

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD,Adana

Amaç: Trapezius myokutanöz flebi baş-boyun,scalp,omuz ve supraklaviküler bölge rekonstrüksiyonunda kullanılmaktadır. Mathes ve Nahai sınıflandırmasına göre, trapezius kası, dominant ve minör vasküler pediküllere sahip bir tip II vasküler desene sahiptir.Bu çalışmanın amacı kliniğimizde trapezius myokutanöz flebi yapılan hastaları retrospektif inceleyip flebin kullanım endikasyonlarını ve rekonstrüksiyonda tercih edilen anatomik bölgeleri ele almaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmada Mart-Temmuz 2025 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalına başvuran,tarafımızca tedavi ve takipleri gerçekleştirilen 2 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir.Hastaların anamnez bil gileri,fotoğrafları,kraniofasiyal görüntülemeleri ve yapılan tedavileri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışma grubundaki hastaların biri erkek biri kadındı.İlk olgumuz 1 yaşında erkek hasta,bilinen biyotidinaz enzim eksikliği mevcut.Hastanın oksipital bölgesinde 5x5 cm boyutunda intrakraniyal uzanımı bulunan ciltten kabarık ve ülsere lezyonu bulunmaktaydı. Beyin cerrahisi ekiplerince kitle ve kranium eksizyonu yapılan hastaya tarafımızca dorsal skapular arter bazlı trapezius myokutanöz flebi ile defekt rekonstrüksiyonu yapılmıştır.Eksizyon materyalinin patolojik inceleme sonucu langerhans hücreli histiyositozis gelmiştir.Hastanın operasyon sonrası takiplerinde komplikasyon izlenmemiştir. İkinci olgumuz 47 yaşında kadın hasta,parietooksipital bölgede 6x4 cm boyutunda insizyonel biyopsi sonucu SCC olan ciltten kabarık ve ülsere lezyonu bulunmaktaydı. Kulak burun boğaz ekiplerince hastaya sağ level 2-5 boyun diseksiyonu yapıldı.Tarafımızca kranium periostuyla birlikte kitle eksizyonu yapılan hastaya defekt onarımı için süperfisiyal transvers servikal arter ve dorsal skapular arter bazlı trapezius myokutanöz flebi yapılmıştır.Flep donör alanı deri grefti ile onarılan hastanın operasyon sonrası takiplerinde kısmi greft kaybı izlenmiştir.

Sonuç: Trapezius myokutanöz flebinin kullanım alanı oldukça geniştir ve özellikle baş-boyun cerrahisi ile posterior vücut rekonstrüksiyonu alanında önemli bir yer tutar.Scalp bölgesindeki malign lezyonlarda periost ve kranium tutulumu görülmektedir.Kranium defekti olan hastalarda kas-deri flebi olması sebebiyle çok katlı onarım imkanı vermektedir.Özellikle oksipital ve parietal bölge defektlerinde saçlı deriyi bozmaması sebebiyle scalp fleplerine iyi bir alternatif olmaktadır.Transver servikal arter ve dorsal skapular arter gibi güçlü pediküllerle beslendiği için dolaşımı güvenilirdir.Flep donör alanı primer kapatılan hastalarda herhangi bir komplikasyon izlenmezken,deri grefti konulan hastalarda seromaya bağlı kısmi greft kayıpları izlenmiştir.İki olgumuzda da herhangi bir omuz hareket kısıtlılığı izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: myokutanöz(5), flep(5), trapezius(5), kranium(3)

Trapezius flep



1 yaş erkek hasta oksipital bölgesinden patoloji sonucu langerhans hücreli histiyositoz çıkan kitle ve kranium eksizyonu sonrası trapezius kas deri flebi ile defekt rekonstrüksiyonu

P-208

Rat Modelinde Siyatik Sinir Yaralanmasında Vinposetinin Terapötik Etkinliği

Onur Yılmaz[1], Mahir Gökbulut[2], Ece Belen Türkkan[1], İlker Üşçetin[1]

[1]prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi
[2]İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç:

Periferik sinir yaralanmaları (PSY), genellikle travma, cerrahi girişimler veya kompresyona bağlı gelişen ve önemli düzeyde fonksiyonel kayıplara yol açan klinik sorunlardır. Bu yaralanmalar, sinir iletiminin geçici veya kalıcı olarak bozulmasına ve hastada motor, duyu ve otonom işlevlerde kayba neden olabilir. Günümüzde mevcut tedavi yaklaşımları cerrahi onarıma ve destekleyici rehabilitasyon yöntemlerine dayansa da, tam fonksiyonel iyileşme çoğu vakada mümkün olmamaktadır. Bu durum, rejeneratif süreci destekleyebilecek farmakolojik ajanların araştırılmasını gündeme getirmiştir.

Vinposetin, vincaminin sentetik bir türevi olup, antiinflamatuar, antioksidan ve nöroprotektif etkileri ile bilinmektedir. Serebrovasküler hastalıklar başta olmak üzere çeşitli nörolojik bozukluklarda kullanılmakta olan vinposetinin, sinir yaralanması sonrası fonksiyonel iyileşmeyi destekleyici etkileri henüz yeterince aydınlatılmamıştır. Bu çalışmada amaç, deneysel bir siyatik sinir ezilme modeli kullanılarak, vinposetinin fonksiyonel, histolojik ve elektrofizyolojik parametreler üzerindeki terapötik etkilerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:

Çalışmaya dahil edilen 12 adet yetişkin erkek Sprague-Dawley rat, rastgele olarak üç gruba ayrıldı: Sham grubu (yalnızca disseksiyon, sinir yaralanması uygulanmadı), Yaralanma grubu (siyatik sinire ezilme uygulanıp tedavisiz bırakıldı) ve Vinposetin grubu (siyatik sinir ezilme yaralanması sonrası 20 mg/kg/gün oral vinposetin tedavisi uygulandı).

Ezilme modeli standart bir makas basısı ile oluşturuldu. Tedavi, sinir yaralanmasını takiben 4 hafta boyunca günlük olarak oral gavaj yöntemiyle verildi. Fonksiyonel iyileşme

haftalık olarak Siyatik Fonksiyon İndeksi (SFI) ile yürüyüş analizinden ve Sıcak Plaka Testi ile ağrı duyarlılığından elde edildi.

Elektrofizyolojik değerlendirme, sinir iletim hızlarının ölçülmesiyle gerçekleştirildi. Histopatolojik analizlerde ödem, vakuolizasyon, aksonal dejenerasyon ve normal miyelinli akson oranı değerlendirildi.

İstatistiksel analizler IBM SPSS 25 ile yapıldı. Veriler ortalama±SS, medyan (IQR) ve min–maks olarak verildi. Parametrik olmayan koşullar nedeniyle Kruskal-Wallis H testi, Dunn post-hoc ve Bonferroni düzeltmeleri ile analizler yapıldı. Grup içi karşılaştırmalarda Wilcoxon testi kullanıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık için sınır kabul edildi.

Bulgular:

SFI değerleri açısından 2., 3. ve 4. haftalarda Vinposetin grubunda, Yaralanma grubuna kıyasla anlamlı düzeyde iyileşme gözlemlendi ($p<0,01$). 1. hafta verileri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Zamanla, Vinposetin grubunda fonksiyonel iyileşmenin sürekli ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı izlendi.

Sıcak Plaka Testi verilerine göre, ağrıya karşı duyarlılık Vinposetin grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış; özellikle 3. hafta ölçümlerinde Sham grubuna kıyasla fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,043$). Bu durum, vinposetinin nosiseptif yanıtları baskıladığını ve nöropatik ağrıyı azalttığını göstermektedir.

Sinir iletim hızı ölçümleri, Vinposetin grubunda 1., 3. ve 4. haftalarda Yaralanma grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Ayrıca, haftalar içindeki değişim analizleri de tedavi grubunda belirgin bir artışı göstermektedir.

Histopatolojik değerlendirmede, Yaralanma grubunda yaygın ödem, belirgin vakuolizasyon ve yoğun aksonal dejenerasyon gözlenirken, Vinposetin grubunda bu bulguların şiddetinde azalma saptanmıştır. Özellikle normal miyelinli akson/ toplam akson oranı, Yaralanma grubunda %45–60 arasında ölçülmüşken, Vinposetin grubunda bu oran sırasıyla %70, %75, %75 ve %80 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, tedavinin yalnızca fonksiyonel değil, aynı zamanda morfolojik düzeyde de sinir dokusunun yapısal bütünlüğünü koruduğunu göstermektedir.

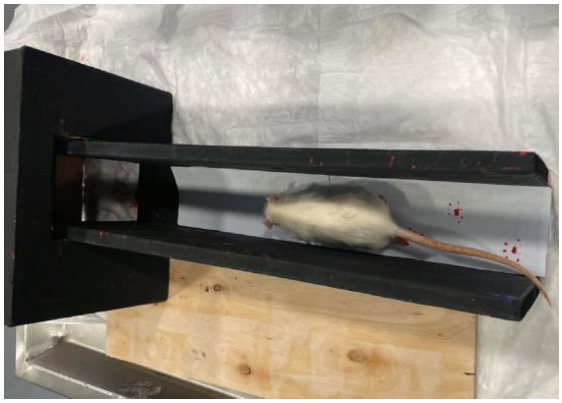
Sonuç:

Bu çalışmada elde edilen bulgular, vinposetinin periferik sinir yaralanması sonrası hem fonksiyonel hem histolojik hem de elektrofizyolojik iyileşmeyi anlamlı düzeyde desteklediğini göstermektedir. Siyatik Fonksiyon İndeksi'ndeki düzenli iyileşme, sinir iletim hızlarındaki artış ve nosiseptif duyarlılığın azalması vinposetinin rejeneratif sürece çok yönlü katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Histolojik olarak da miyelin bütünlüğünün korunması ve dejeneratif bulguların hafiflemesi, vinposetinin sinir rejenerasyonu üzerindeki olumlu etkisini desteklemektedir.

Tüm bu veriler ışığında, vinposetin, periferik sinir yaralanmalarında potansiyel bir farmakolojik ajan olarak değerlendirilmelidir. Bu sonuçlar, klinik uygulamalar açısından umut verici olmakla birlikte, tedavi dozunun, süresinin ve etki mekanizmalarının daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesi için ileri düzey preklinik ve klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vinposetin, periferik sinir yaralanması, siyatik sinir, sinir rejenerasyonu, nöroproteksiyon, elektrofizyoloji, SFI, sıcak plaka testi, rat modeli

SFI ölçümünde kullanılan koridor



Haftalık SFI Değişimi

	SHAM	VİNPOSETİN	YARALANMA
SFI 1. HAFTA	-9,32±1,83	-80,59±5,83	-79,54±2,5
SFI 2. HAFTA	-4,41±3,13	-59,52±10,29	-73,73±1,23
SFI 3. HASTA	-6,85±1,43	-44,19±3,43	-66,51±3,5
SFI 4. HASTA	-6,79±2,1	-21,7±4,85	-50,16±2,94

Siyatik Fonksiyon İndeksi (SFI), periferik sinir fonksiyonunun objektif olarak değerlendirildiği güvenilir bir parametredir. Çalışmada, SFI değerleri haftalık olarak kaydedilmiş ve gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. haftada gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$), bu durum erken dönemde tedavi etkisinin henüz belirginleşmediğini göstermektedir. Ancak 2., 3. ve 4. haftalarda yapılan analizlerde, gruplar arası SFI değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Özellikle Vinposetin grubunda, her hafta düzenli bir iyileşme eğilimi görülmüş ve bu grubun SFI değerleri Yaralanma grubuna göre anlamlı şekilde daha iyi düzeyde kalmıştır. Post-hoc analizlere göre, 3. ve 4. haftalarda Vinposetin grubunda elde edilen SFI değerleri, Yaralanma grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuş ve tedavinin fonksiyonel iyileşmeyi desteklediğini açıkça göstermiştir. Ayrıca, 1. haftaya göre sonraki haftalarda (3. ve 4. hafta) gözlenen değişim oranları da Vinposetin grubunda belirgin şekilde daha fazladır. Bu da, vinposetinin zamanla artan terapötik etkisine işaret etmektedir. Sham grubunda ise SFI değerleri tüm haftalarda stabil kalmış, anlamlı bir değişim göstermemiştir. Bu durum, sinir yaralanmasının olmadığı fizyolojik sınırları temsil etmektedir ve çalışmada kontrol olarak kullanılmaktadır. Genel olarak tablo, vinposetinin yalnızca akut dönemde değil, ilerleyen haftalarda da sinir fonksiyonlarının iyileşmesini anlamlı ölçüde desteklediğini göstermektedir. Fonksiyonel kazanımların haftalık olarak artması, tedavi etkinliğinin zamana bağlı devamlılığını ortaya koymaktadır.

P-213

Yüzdeki Dairesel Deri Defektleri Onarımı İçin Modifiye Reading Man Flap

Yakup Çil, Özlem Özgür

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

Giriş: Yüzdeki dairesel cilt defektlerinin tedavisi için çeşitli teknikler tanımlanmış olsa da yeni tekniklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada, yazarın dairesel cilt defektlerinin rekonstrüksiyonu için "Modifiye Reading Man Flebi" (Modifiye RMF) adı verilen yeni bir lokal flep tekniği ile ilgili deneyimi sunulmaktadır.

Hastalar ve Yöntemler: Haziran 2015 ile Ekim 2023 tarihleri arasında 18 hastanın (12 kadın, 6 erkek) dairesel cilt yüz defektleri Modifiye RMF ile tedavi edildi. Hastaların yaşları 22 ile 83 arasında değişmekteydi ve ortalama yaş 60 idi. Teknik, 14 hastada bazal hücreli karsinom (BCC), 4 hastada konjenital nevüs eksizyonu sonrası kullanıldı.

Sonuçlar: Tüm hastalarda gerilimsiz kapanma sağlandı. Ameliyat sonrası dönemde hematom, enfeksiyon ve dehisans görülmedi. Sadece bir hastada yüzeyel distal flep (f2) nekrozu görüldü. Tüm hastalarda tatmin edici kozmetik sonuçlar elde edildi.

Sonuç: Modifiye Reading Man flep tekniği, BCC ve konjenital nevüs eksizyonunu takiben yüzdeki dairesel cilt defektlerinin gerilimsiz kapatılması için uygulanabilir bir alternatif seçenek olabilir.

Arka Plan

Yüzdeki deri neoplazmlarının eksizyonu dairesel deri defektleriyle sonuçlanır. Primer kapatma, yüz bölgesinde gerilimsiz kapatma ile sonuçlanmaz. Bu nedenle, deri neoplazmı eksizyonu sonrası defektleri kapatmak için lokal flep operasyonları kullanılır. Literatürde, dairesel deri defektleri için birçok lokal flep prosedürü tanımlanmıştır. Bu prosedürler arasında bilobe flep, romboid flep, Dufourmental ve V-Y flep bulunur. Mutaf ve arkadaşları 2008 yılında, Reading Man flebi (RMF) adı verilen, dairesel deri defektlerinin rekonstrüksiyonu için yeni bir flep tekniği tanımladılar. Flep, tekniğin planının elinde kitap okuyan adama benzemesi nedeniyle "Reading Man Flebi" olarak adlandırıldı. RMF'nin tanımlanmasından sonra, farklı anatomik bölgelerde başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışma, modifiye edilmiş bir RMF tekniğini sunmayı ve bu tekniğin yüzdeki dairesel deri defektlerine uygulanan sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada yazar, Mutaf tarafından ilk olarak tanımlanan Modifiye RMF tekniğinin yüzdeki dairesel deri defektlerinin rekonstrüksiyonu için kullanımıyla ilgili deneyimini sunmaktadır.

Hastalar & Planlama

Toplam 18 hasta değerlendirildi. 14 hastada bazal hücreli karsinom (BCC), 4 hastada ise konjenital nevüs mevcuttu. İlk olarak BCC ve konjenital nevüs lezyonları eksize edildi. Ardından, dairesel eksizyon alanını kapatmak için 18 hastanın (12 kadın, 6 erkek) dairesel cilt yüz defektleri Haziran 2015 ile Ekim 2023 tarihleri arasında Modifiye RMF ile tedavi edildi. Eksizyon sonrası ortalama cilt defekti çapı 31x28 mm idi. Hastaların ortalama yaşı 60 olup, yaşları 22 ile 83 arasında değişiyordu.

Mutaf ve arkadaşları tarafından ilk kez tanımlanan Reading Man flebi (RMF), dairesel cilt defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır. Yazar, burada orijinal flebin planını değiştirerek RMF tekniğini modifiye etmiştir. RMF tasarımı, 60 ve 45 derecelik açılara sahip iki flep (f1 ve f2) ile yapılmıştır. F1 flebinin açısını 60 dereceden 90 dereceye değiştirdik (Şekil-1). Bu modifikasyonla, dairesel cilt defektini kapatan flep, literatürdekinden daha geniş bir tabana sahip olmakta ve gerilimsiz bir kapanma daha kolay sağlanmaktadır. Modifiye RMF'de flep 1(f1) 90 derece iken, orijinal planda f1 60 derecedir.

Hastalar genel (8 hasta) ve lokal (10 hasta) anestezi altında ameliyat edilmiştir.

Tüm hastalardaki nihai cilt defektleri eksizyondan sonra daireseldi ve ardından cerrah, Mutaf'ın aynı plandaki orijinal açıklamasından 90° ve 45° açılarla değiştirilerek eşit olmayan Z-plasti tarzında iki cilt flebi tasarladı. Daha iyi bir estetik sonuç elde etmek için, orta kol, gevşemiş cilt gerginlik çizgilerine dik olarak yerleştirildi. Z-plastinin orta kolunun uzunluğu, dairesel defektin çapından %50 daha uzun olacak şekilde tasarlandı. Titiz diseksiyon ve flep elevasyonu sonrasında f1 ve f2 olmak üzere iki flebimiz oluştu. Bir flep dörtgen (f1) şeklindeyken, diğeri üçgen (f2) şeklindeydi. Dörtgen flep (f1) defekte transpoze edildi ve üçgen flep, dörtgen flebin donör defektine yakın bir şekilde döndürüldü.

Sonuçlar

Yöntemler bölümünde açıklandığı gibi modifiye RMF kullanımı, tüm hastalarda gerilimsiz bir kapanma ile sonuçlandı.

Hastaların ortalama ameliyat sonrası takip süresi 14 ay (9-20 ay) idi. Hiçbir hastada hematom, enfeksiyon ve dehisans gibi olası ameliyat sonrası komplikasyonlar görülmedi. Sadece bir hastada ameliyat sonrası yüzeyel distal flep (f2) nekrozu görüldü.

Cerrah, Modifiye RMF için öğrenme eğrisi süresinin çok kısa olduğunu deneyimledi.

Literatürde dairesel cilt defektleri için birçok teknik tanımlanmıştır. Bilobe ve romboid flepler dairesel defektler için yaygın olarak kullanılmaktadır. Yazarlar, yüzdeki dairesel cilt defektlerini, "Reading Man Flebi" olarak adlandırılan nispeten yeni bir flebi modifiye ederek yeniden yapılandırmışlardır.

Yüzdeki defektlerin primer kapatılması genellikle estetik alt birimlerin bozulmasına yol açar. Ayrıca, primer kapatmada dikiş hatlarının yüksek gerilimi istenmeyen estetik sonuçlara yol açabilir.

Yüzün cilt özellikleri nedeniyle, deri grefti tekniğinden sonra iyi bir cilt uyumu sağlanamamaktadır. Yazarlar bu nedenlerle literatürle aynı fikirdedir, bu nedenle mümkünse lokal flep teknikleri yüz için iyi bir seçim olabilir.

Modifiye RMF tekniği, cerrahın dairesel bir cilt defektini daha geniş bir tabanla kapatmasına ve böylece daha iyi kan akışı ve iyileşme sonuçları elde etmesine olanak tanır.

Literatürde mevcut önceki çalışmaların çoğunda erkek predominansı vardır. Bu çalışmada kadın predominansı vardır (12 kadın, 6 erkek hasta). Kadın olguların ağırlıkta olduğu bu çalışma, literatüre katkı sağlamaktadır.

Rekonstrüksiyon için yumuşak doku defektlerinin analiz edilmesi en kritik noktadır. Yüz gibi bölgelerde cilt korunması hayati önem taşır. Modifiye RMF, benzer yapı ve renge sahip komşu dokuların kullanılmasına olanak tanır.

Modifiye RMF, BCC ve konjenital nevüs eksizyonunu takiben yüzdeki sirküler cilt defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulanabilir bir alternatif cerrahi tekniktir.

Hastaların ameliyat sonrası takibi, skar değerlendirmesinin POSAS'a göre tatmin edici olduğunu göstermektedir. Klasik RMF'den flep modifikasyonu, daha geniş tabanlı bir flep ile daha iyi kan dolaşımı ve iyileşme sağlayarak kapanmayı sağlar. Modifiye RMF, dairesel defektlerin kapatılmasında etkili bir cerrahi tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli kanser, dairesel defekt rekonstrüksiyonu, deri kanseri, konjenital nevüs, reading man flap, yüz rekonstrüksiyonu

83 yaşında burunca BCC olan kadın hasta, preop flep tasarımı, 1 hafta ve 6 hafta postop kontrol fotoğrafları



83 yaşında burunca BCC olan kadın hasta, preop flep tasarımı, 1 hafta ve 6 hafta postop kontrol fotoğrafları

Hastaların Demografik Datası ve POSAS Değerlendirme Skorları

Vaka	Yaş	Cinsiyet	Etiyoloji	Defekt Boyutu (mm)	Komplikasyonlar	POSAS
1	82	Erkek	BCC	32x30	yok	45
2	78	Erkek	BCC	30x28	yok	44
3	32	Kadın	Konjenital Nevüs	32x28	yok	47
4	83	Kadın	BCC	28x26	yok	45
5	56	Kadın	BCC	30x28	yok	45
6	68	Kadın	BCC	24x20	yok	46
7	72	Erkek	BCC	32x28	yok	48
8	42	Kadın	Konjenital Nevüs	34x32	yok	44
9	72	Erkek	BCC	22x20	yok	45
10	80	Erkek	BCC	36x32	Küçük flep(f2) distal yüzeyel deri nekrozu	31
11	67	Kadın	BCC	28x26	yok	44
12	44	Kadın	BCC	34x32	yok	45
13	58	Kadın	BCC	26x24	yok	45
14	24	Erkek	Konjenital Nevüs	44x40	yok	47
15	80	Kadın	BCC	28x24	yok	44
16	22	Kadın	Konjenital Nevüs	36x32	yok	48
17	56	Kadın	BCC	28x24	yok	47
18	64	Kadın	BCC	34x30	yok	48

Hastaların Demografik Datası ve POSAS Değerlendirme Skorları

P-214

Nadir Bir İnvazyon: Lakrimal Keseyi İnvaze Etmiş Periorbital Morfeaform Bazal Hücreli Karsinom

Alper Geyik, Ahmet Özdemir, Tahir Babahan, Fatih Berk Ateşşahin, Banu Lebe, Mustafa Yılmaz

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

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom (BCC), dünya çapında en sık görülen melanom dışı cilt kanseri türüdür. BCC vakalarının %75'inden fazlası baş ve boyun bölgesinde, yaklaşık %20 'si ise göz çevresinde görülür. BCC genellikle yavaş büyür ve nadiren metastaz yapar, ancak morfeaform (infiltratif) alt tipi lokal yıkıma neden olabilir ve sıklıkla nüksetmeye yol açar. Son araştırmalar, morfeaform BCC'de (12,6%) yetersiz eksizyon ve nüks riskinin nodüler BCC'ye (4%) kıyasla üç kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. 1 Nüks oranlarının artması, özellikle medial kantus gibi belirli anatomik bölgelerle ve morfeaform BCC gibi belirli histolojik alt tiplerle ilişkilendirilmiştir. 2 Periorbital BCC için günümüzde önerilen primer tedavi; genellikle Mohs mikrografik tekniği kullanılarak yapılan radikal cerrahi eksizyondur. Mohs cerrahisine ulaşılamadığı durumlarda ise frozen patoloji çalışılması sınır sağlamlığı sağlayabilmek adına önemli bir yardımcı olacaktır. Yüksek riskli agresif bazal hücreli karsinomun orbital invazyonu varsa, daha fazla yayılma ve nüksetmeyi önlemek için radikal eksenterasyon düşünülmelidir. 3

OLGU

İmmunsüpresif ilaç kullanımı veya kronik hastalık öyküsü olmayan 62 yaşındaki erkek hasta, altı ay içinde gelişen ve giderek büyüyen sağ medial kantus bölgesinde ülseratif lezyon nedeniyle başka bir sağlık kurumunun oftalmoloji bölümüne başvurmuş. Yapılan eksizyonel biyopsi sonucunda; taban sınırda devamlılık gösteren morfeaform bazal hücreli karsinom saptanan hastaya Plastik Cerrahi başvurusu önerilmiş fakat hasta kliniğimize ancak toplamda 13. Ayda başvurdu. Yatışı sırasında sağ medial kantus bölgesinden orta burun köküne ve supraorbital kenara uzanan, üst ve alt göz kapaklarını etkileyen 5 x 2 cm boyutlarında deprese, skar benzeri bir kitle gözlendi. (Şekil 1. Hastanın ameliyat öncesi görüntüsü.) Palpasyonla özellikle üst göz kapağının üst kısmında, lateral kaşın altına kadar uzanan olası bir subkutan yayılım şüphesi görüldü. Aynı zamanda hastada epifora ve konjonktivit de gözlendi. Bunun üzerine lakrimal sistemi ve göz küresini değerlendirmek için ameliyat öncesi MRG yapıldı. MRG, sağ medial kantusta üst ve alt göz kapaklarına, nazolakrimal kanala, lakrimal keseye ve nazal köke uzanan, ancak postseptal bölgeye uzanmayan bir lezyon ortaya çıkardı. (Şekil 2 Ameliyat öncesi MRG, gözyaşı kesesi invazyonu.)

MRG'de göz küresi veya konjonktiva tutulumu saptanmadı, bu da oftalmolojik muayene ile uyumluydu. Sonuç olarak, eksenterasyon yapılmadan tümör kenarlarının negatif olması için geniş eksizyon ve frozen patoloji planlandı. İntraoperatif muayene, lakrimal kesenin tümör ile gross infiltrasyonunu ortaya çıkardı. Nazal kemik ve nazomaksiller sütürün birleştiği yerde, nazolakrimal kanalın görüntülenmesi ve ligasyonu için 2 × 1 cm'lik bir kemik penceresi oluşturuldu ve bu kanal daha sonra cerrahi spesmene dahil edildi. Eksizyon üst ve alt göz kapağı boyunca devam etti. Frozen patoloji analizi, tümörün kaş sınırının ötesine ve subperiosteal planda frontal bölgeye yayıldığını gösterdi, bu da cerrahi sınırların daha da genişletilmesini gerektirdi. (Şekil 3. Eksizyon sonrası ve Şekil 4. Histopatolojik fotoğraf morfeaform bazal hücreli karsinom.) Frozenda negatifliği ardından, nazolakrimal kanal DSR tüpü kullanılarak rekonstrükte edildi ve kemik penceresi PDS sütürleri onarıldı. Cerrahi sırasında eksize edilen medial kantus tendonunu rekonstrükte etmek ve telekantus deformitesini önlemek için, medial kantus tendonunun kalıntıları ve rezidüel konjonktiva nazal kemiğe asıldı. Superior tarsus ve levator palpebra superioris kası korundu. Üst ve alt göz kapakları, palpebral konjonktiva, frontal bölge, kaş, nazal radiks ve nazal dorsumu kapsayan 9 x 5 cm'lik nihai defekti rekonstrükte etmek için kontralateral alın flebi tasarlandı. Tümör invazyonu nedenli ipsilateral alın flebi kaynak arterlerin eksizyon materyalinde kalışı nedeniyle planlanamadı. (Şekil 5. Alın flebi planlaması. Defektin, fleplerin ilerletilmesiyle bir miktar küçültüldüğüne dikkat edin. Şekil 6. Rekonstrüksiyon sonrası)

TARTIŞMA VE SONUÇ

Lakrimal gland veya nazolakrimal kanalın BCC invazyonu ile ilgili bir dizi vaka bildirilmiştir. Lakrimal sistemde ortaya çıkan primer BCC vakaları da bildirilmiştir. Ancak, lakrimal

kanal veya lakrimal kesenin BCC invazyonu nadirdir ve daha önce sadece altı vaka bildirilmiştir. 10 Tüm bunları göz önünde bulundurarak, bu bölgedeki tümör rezeksiyonları öncesinde hastayı ayrıntılı görüntüleme ve oftamolojik muayene ile değerlendirmenin vazgeçilmez bir gereklilik olduğunu söylemek yanlış olmaz. Morpheaform tip BCC, subkutan planlarda agresif bir şekilde ilerlediği için sınır negatifliği sağlamak zor olabilir. Bu nedenle, mümkünse Mohs mikrocerrahisi veya frozen patoloji uygulamak, ameliyat öncesinde hastayı oluşabilecek defektin boyutu ve operasyonun sonuçları hakkında bilgilendirmek çok önemlidir. Literatürde, sadece deri defektleri olan hastalar için tam kalınlıkta deri greftleri, glabellar-nazal bölgeden lokal flepler, alın flepleri kullanılırken; Lakrimal sistemi, medial kanthal tendonu, nazal maksiller kemik gibi yapıların rekonstrüksiyonunda ise fasya greftleri, DSR tüpleri kullanılmıştır. ALT, RFF, rektus abdominus muskulokutan flep, temporal flep vb. gibi daha kapsamlı ve karmaşık rekonstrüksiyon seçenekleri, öncelikli olarak bulbus tutulumu olan orbital eksenterasyon vakalarında uygulanmaktadır. 11,12,13,14 Yukarıda açıklandığı gibi, medial kantus bölgesinde lokal invaze morfeaform BCC'si olan bir hastada frozen patoloji eşliğinde eksizyon uygulandığında, lakrimal kanalı ve keseyi, üst ve alt göz kapağı, medial kanthal tendonu, kısmen medial konjonktiva ve frontal bölgeyi içeren büyük bir defekt ortaya çıktı. Bu durumda, lezyonun infiltratif yapısı göz önüne alınarak kemik dokusu düzeyinde subperiosteal planda rezeksiyon yapıldı. Nazal kemik, lakrimal keseye ulaşmak için kaldırıldı ve ardından yerine sütürlerle yerleştirildi. Nazolakrimal kanal rekonstrüksiyonu için bir DSR tüpü yerleştirildi ve konjonktiva ve göz kapağı defektinin bir kısmı ilerletme ile küçültüldü. Daha sonra, kalan defektin rekonstrüksiyonu için kontralateral alın flebi tasarlandı ve defekt giderildi. Bu kadar büyük defektlerde, alın flebi, güvenilir kan akışı, yeterli yumuşak doku örtüsü, defekt alanına bağlı olarak farklı kalınlıklarda doku sağlama yeteneği ve özellikle yaşlı hastalarda donör alanının primer onarımla büyük ölçüde kapatılabilmesi nedeniyle çok uygun, yük çeken bir alternatif olarak güncelliğini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bazal Hücreli Karsinom, İnvaviz BCC, Lakrimal kese, Morfeaform

P-215

Burun dorsumunda rinofima ve kutanöz nodüler amiloid birikiminin ilginç birlikteliği

Merve Temel, Menekşe Kastamoni, Süleyman Çeçen, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

GİRİŞ

Amiloidoz, çözünmeyen polimerik protein fibrillerinin doku ve organlarda ekstrasellüler alana depolanması sonucu gelişen ve organlarda fonksiyon kaybına yol açabilen hastalıkları tanımlayan bir terimdir1. Amiloidoz hastalığı primer kutanöz ve sistemik olarak sınıflandırılmaktadır. Kutanöz amiloidoz, sistemik amiloidozun bir belirtisi olarak ortaya çıkmıyorsa, bu durum 'primer lokalize kutanöz amiloidoz' olarak adlandırılır2.Sistemik amiloidoz primer sistemik, sekonder sistemik, ailesel form ve hemodiyaliz ilişkili olmak üzere 4 sınıfa ayrılmaktadır. Primer kutanöz amiloidoz ise Maküler, Liken ve Nodüler olmak üzere 3 alt başlıkta incelenmektedir. Primer kutanöz amiloidoz iç organ tutulumu olmadan sadece cilt tutulumuyla seyrederken sistemik amiloidozda klinik kutanöz bulgular da görülebilir. Primer sistemik amiloidoz olan hastaların %30-40'ında cilt bulguları görülebilmektedir ve bunlar genelde AL formdadır1. Amiloidin dermiste birikmesiyle kutanöz amiloidoz; mumsü papüller, nodül ve plak görüntüsüyle karşımıza çıkabilir. Nodüler amiloidoz ise en nadir görülen kutanöz formdur3. Literatüre baktığımızda baş boyun bölgesinde amiloidoz olgusuna nadiren rastlamakta olduğumuzu görüyoruz4. Nazal amiloidoz olgularının çoğunluğu nazal mukozada yer almaktayken bizim olgumuz nazal dorsumda kutanöz amiloidoza beraberinde eşlik eden rinofima olgusudur. Rinofima sebase bezlerin hipertrofisi ve alttaki bağ dokusunun proliferasyonu nedeniyle oluşan, burunda şekil ve fonksiyon bozukluğuna yol açan deformitedir. Rozasea daha sonrasında rinofima gelişimine neden olabilen prekürsor bir durumdur5.

OLGU

Kliniğimize başvuran 71 yaşındaki erkek hastanın burun distal dorsal 2/3 kısmında 8 yıldan veri var olan sol alar kanattan sağ alar kanata uzanım gösteren 5x4 cmlik rinofima görünümünde lezyonu bulunmaktaydı. Hastanın hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, kalp yetmezliği hastalıkları bulunmakta olup 4 kez anjiyo öyküsü mevcuttu. Rozasea öyküsü olmayan hastanın ailesel sorgulamasında sadece çocuklarında sedef hastalığı öyküsü mevcuttu. Hastaya daha önce dermatoloji başvurularında herhangi bir tedavi uygulanmamış olup punch biyopsi alındıktan sonra biyopsi sonucunun amiloid birikimi gelmesi üzerine eksizyon açısından tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastaya yapılan punch biyopsi sonucunda congo red pozitifliği, PAS ve kristal viyole pozitifliği ile AA tipi amiloid negatifliği saptanmış ve tanı amiloidoz olarak raporlanmıştır.Hastaya genel anestezi altında tanjansiyel eksizyon yapılması sonrası uyluktan alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulanmıştır. Hasta operasyondan bir gün sonra taburcu edilip burun dorsumundaki tie-over pansuman post-op 5. günde açılmak üzere polikliniğimize kontrole çağrılmıştır. Hasta 15. günde tekrar tarafımıza patoloji sonucu için başvurmuş olup sonucu rinofima+amiloid birikimi şeklinde sonuçlanmıştır. Sonrasında hasta sistemik amiloidoz sorgulaması açısından hematolojiye yönlendirilmiştir.

Hastanın preop, post-op 5. gün ve post-op 1. ay görüntüleri aşağıdaki gibidir.

TARTIŞMA

Nodüler lokalize kutanöz amiloidoz (NLKA), primer kutanöz amiloidozun en nadir formudur ve karakteristik olarak yalnızca deride sınırlı amiloid birikimi ile seyreder. NLKA, sıklıkla yüzde, kulak çevresi ve ekstremitelerde simetrik nodüler lezyonlar olarak ortaya çıkar; burun gibi bölgelerde görülmesi ise oldukça enderdir 2. Bizim sunacağımız olgumuzda, burun dorsumunda lokalize olan amiloid birikimi, hem lokalizasyon açısından, hem de eşzamanlı rinofima varlığı ile literatürde sınırlı sayıda bildirilen oldukça özgün bir sunum oluşturmaktadır.

Burun gibi yüz bölgesinde yerleşen nodüler amiloidoz olgularında, lezyonların kozmetik açıdan oluşturduğu deformasyon, hastalar için önemli bir başvuru sebebidir. Nodüler lokalize kutanöz amiloidoz (NLKA) lezyonlarının görünümünü iyileştirmek amacıyla; tıraşlama, eksizyon ve kısmi kalınlıkta deri grefti uygulamaları6, dermabrazyon7, CO_2 lazer8 gibi çeşitli tedavi yöntemleri literatürde tanımlanmıştır. C.R. Schipper ve arkadaşlarının tanımladığı vakada da burun üzerindeki iki lezyon, tıraşlama ve dermabrazyonla başarılı şekilde tedavi edilmiştir2. Benzer şekilde, bizim olgumuzda da burun dorsumundaki nodüler yapı, rinofima ile birlikte estetik deformiteye yol açmış ve cerrahi müdahale gerektirmiştir. Sunduğumuz olgumuzda lezyon cerrahi olarak eksize edilmiş, kısmi kalınlıkta deri grefti uygulmasıyla estetik açıdan memnuniyet verici sonuçlar elde edilmiştir. Baş-boyun bölgesindeki lokalize amiloidoz olguları oldukça nadirdir. Chin ve ark. tarafından bildirilen bir vakada, aynı anda larinks ve sinonazal

boşlukları tutan lokalize amiloidoz izlenmiş, görüntüleme çalışmalarında kemik yapılarda "fluffy" olarak tanımlanan osteoblastik değişiklikler gözlenmiştir. Bu bulgu, kronik amiloid birikiminin çevre doku üzerinde yaratabileceği ikincil değişiklikleri göstermesi açısından dikkat çekicidir4. Rinofima, genellikle ileri evre rozaseaya sekonder gelişen, sebase bez hiperplazisi ve fibrozisle karakterize bir hastalıktır. Ancak bazı durumlarda inflamatuvar süreçlerin eşlik ettiği farklı patolojilerle birlikte görülebilir. NLKA ile rinofima birlikteliği, literatürde daha önce raporlanmamış olup, bu birlikteliğin patofizyolojik açıdan anlamlı olup olmadığı tartışmalıdır. Bu bulgular doğrultusunda, burun gibi nadir lokalizasyonlarda saptanan nodüler kutanöz lezyonlarda rinofima ile ayırıcı tanıda NLKA ya da sistemik amiloidozun kutanöz tutulumu akılda tutulmalı, biyopsi ile tanı kesinleştirilmeli ve sistemik amiloidoz mutlaka dışlanmalıdır. Tedaviye yönelik olarak eksizyon, dermabrazyon veya lazer gibi yaklaşımlar kullanılabilir. NLKA tedavisi hâlâ deneysel aşamadadır ve nüks vakaları literatürde bildirilmiştir2.

SONUÇ

Sonuç olarak, burun dorsumunda lokalize nodüler amiloidozun rinofima ile birlikteliği, literatürde nadir olarak bildirilen ve dikkatli değerlendirme gerektiren özgün bir sunumdur. Bu birlikteliğin olası immünolojik ya da fibroinflamatuvar ortak mekanizmaları aydınlatılmaya ihtiyaç duymaktadır. Cilt tutulumlu estetik kaygı dışında daha önce amilodoz nedenli hastane başvurusu bulunmayan hastanın primer nodüler kutanöz amiloidozis mi yoksa sistemik amiloidozun kutanöz tutulumu mu olduğu hematoloji bölümü yönlendirmesinde hastadan istenen iskelet survey, idrar ve kan tahlilleri, PET ile ayırt edilecektir. Primer kutanöz nodular amiloidosis olgulrı genellikle yüz, gövde ve ekstremitede lokalize olmaktadır ancak literatür taramasında burun dorsumunda lokalize olan vakalar da mevcut iken, rinofima ile kutanöz amiloidoz birlikteliği görülmemiştir. Ayrıca litaratür taramasında burun dorsumunun direkt tutulumu bildiren bir primer sistemik amiloidoz vakası literatürde bulunamamaktadır. Bu nedenle sunduğumuz vakamız literatüre nadir olarak bildirilebilecek bir olgudur ve klinik olarak rinofimayı taklit edebileceğinden dikkatli bir klinik değerlendirme gerektiren özgün bir klinik sunumdur.

Kaynakça

1)Mehrotra,K.,Dewan, R.,Kumar, J. V.,& Dewan, A.(2017).Primary Cutaneous Amyloidosis: A Clinical, Histopathological and Immunofluorescence Study. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 11(8), WC01–WC05. https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24273.10334

2)Schipper,C. R., Cornelissen,A. J. M., Welters,C. F. M., &Hoogbergen,M. M.(2015). Treatment of rare nodular amyloidosis on the nose:A case-report.JPRAS Open,6,25–30. https://doi.org/10.1016/j.jpra.2015.07.003

3)Moon,A. O.,Calamia,K. T., & Walsh,J. S.(2003).Nodular amyloidosis:Review and long-term follow-up of 16 cases. Archives of Dermatology,139(9),1157–1159. https://doi.org/10.1001/archderm.139.9.1157

4)Chin,S. C., Fatterpeckar,G., Kao, C. H., Chen,C. Y., &Som, P. M.(2004).Amyloidosis concurrently involving the sinonasal cavities and larynx.AJNR.American journal of neuroradiology,25(4),636–638.

5)Dick,M. K., & Patel,B. C. (2023,August 8).Rhinophyma. In StatPearls.StatPearls Publishing. Retrieved July 18,2025,from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544373/

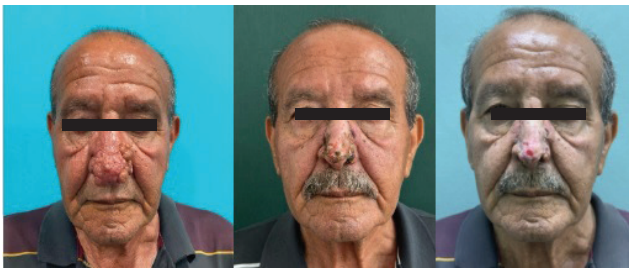
6)Božikov,K., & Janežič, T. (2006).Excision and split-thickness skin grafting in the treatment of nodular primary localized cutaneous amyloidosis.European Journal of Dermatology, 16(3), 315–316.

7)Lien, M. H., Railan, D., & Nelson, B. R.(1997).The efficacy of dermabrasion in the treatment of nodular amyloidosis. Journal of the American Academy of Dermatology,36(2), 315–316.

8)Lesiak, A., Rakowski, A., Brzezińska, A., & others. (2012). Effective treatment of nodular amyloidosis with carbon dioxide laser. Cutaneous Medicine and Surgery,16(6), 372–374.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, Rinofima, Greft, Burun

Amiloidoz ve Rinofima



Hastanın ilk başvurusu - Postop 5. gün - Postop 1. ay

P-216

Dövme Pigmentlerinin Lenfatik Migrasyonu: Melanom Metastazı Şüphesi

Betül Nur Balcı[1], Mustafa Tonguç İşken[1], Atilla Adnan Eyüboğlu[2], Kamuran Zeynep Sevim[5], Taner Uysal[3], Mustafa Faruk Kılınçlı[1], Meryem Hamam[4]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

[2]Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

[3]Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

[5]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Dövme uygulamaları, özellikle son yıllarda dünya genelinde giderek artan bir popülariteye ulaşmıştır. Ancak, dövme pigmentlerinin yalnızca uygulama bölgesinde kalmadığı, zamanla lenfatik sistem aracılığıyla bölgesel lenf düğümlerine taşındığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu fenomen, özellikle aksiller ve inguinal lenf nodlarında pigment birikimine neden olarak, klinik muayene ve görüntüleme bulgularında lenf nodu metastazı ile karışabilmektedir. Klinik pratikte karşılaşılan bir olgu üzerinden, dövme pigmentlerinin lenfatik migrasyonu sonucu oluşan reaktif lenfadenopatinin tanısal süreci sunulacaktır. Lenf nodlarında siyah, mavi veya koyu renkli pigment birikimi, malign melanom ya da diğer pigmentli malignitelerin metastatik yayılımı ile benzer bir görünüm sergileyebilir. Bunun sonucunda bizim sunacağımız hastada olduğu gibi hastalar gereksiz biyopsi, ileri görüntüleme ve hatta lenf nodu diseksiyonu gibi invaziv girişimlere maruz kalabilmektedir. Bu tür vakalarda en önemli sorun, dövme öyküsünün yeterince sorgulanmamasıdır. Ayrıca görüntüleme yöntemleriyle lenf nodu yapısındaki pigment birikimi, metastatik hücre kümeleriyle benzer ekojeniteye sahip olabileceğinden, sadece radyolojik bulgularla karar vermek yanıltıcıdır. Gereksiz lenf nodu diseksiyonlarının önüne geçmek adına disiplinler arası iletişim büyük önem taşır. Bu nedenle dövme öyküsü mutlaka sorgulanmalı,

patolojik incelemelerde pigmentlerin kaynağı dikkatle değerlendirilmelidir. Gereksiz biyopsi ve cerrahilerin önlenmesi için klinik farkındalık şarttır.

Anahtar Kelimeler: Dövme pigmenti, lenfatik migrasyon, lenfadenopati, yanlış malignite tanısı, melanom

P-217
Nazal Rekonstrüksiyonda Klinik Uygulamalar: 18 Yıllık Retrospektif Analiz

Melih Memişoğlu, Ömer Aykut Yıldız, Furkan Sarıkocalar, Taha Berk Künkül, Ahmet Demir

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

Nazal rekonstrüksiyon, burnun karmaşık anatomisi, estetik alt birim farklılıkları ve sınırlı doku rezervleri nedeniyle plastik cerrahinin en zorlu alanlarından biridir. Burun defektleri çoğunlukla tümör eksizyonları veya travmalar sonrası gelişmekte olup, cerrahi planlama yalnızca estetik ve fonksiyonel gerekliliklerle değil, aynı zamanda onkolojik güvenlik ilkeleriyle de şekillendirilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde son 18 yılda nazal rekonstrüksiyon amacıyla opere edilen 919 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiş; kullanılan rekonstrüksiyon yöntemleri, komplikasyon oranları ve uzun dönem nüks verileri literatürle karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Yöntem:

2005–2023 yılları arasında benign ve malign lezyonların primer cerrahi eksizyonu sonrası eş zamanlı nazal rekonstrüksiyon uygulanan 919 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, tümör tipleri, defekt boyutu ve lokalizasyonları, kullanılan rekonstrüksiyon yöntemleri, komplikasyonlar, reeksizyon ve nüks oranları kaydedildi. Rekonstrüksiyon teknikleri literatürde önerilen algoritmalarla ile birlikte değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların 501'i (%54,5) kadın, 418'i (%45,5) erkek olup yaş ortalaması 57 idi. En sık malign tümör bazal hücreli karsinom (BCC, %42,7; n=392), ardından skuamöz hücreli karsinom (SCC, %7,1; n=65) izlendi. En sık benign lezyon dermal nevüs olup, 264 hastada (%28,7) raporlandı. Nzal bölgede yerşelimli nadir tümörler arasında bazosquamöz karsinom (%1,7), lentigo maligna (%0,8) ve malign melanom (%0,3) yer aldı.

Lezyonlar en sık nazal dorsumda (%35,9; n=330), ikinci sıklıkla ala bölgesinde (%32,2; n=296) görüldü. Yan duvar %13,9, nazal tip %11, radiks %6,2, kolumella ise %0,5 oranında tutuldu. Defekt boyutları incelendiğinde, 406 hastada (%44,2) <1 cm, 279 hastada (%30,4) 1–2 cm, 234 hastada (%25,4) >2 cm ölçüldü.

Onarım yöntemleri açısından, 464 olguda (%50,4) primer onarım yapılırken, 455 olguda (%49,6) flep veya greft kullanıldı. En sık tercih edilen lokal flepler nazolabial (%14,2; n=63), bilobe (%12,3; n=56) ve paramedian alın flebi (%8,8; n=40) oldu. Tam kalınlıkta deri greftleri özellikle daha yüzeyel ve uygun defektlerde tercih edilerek tüm onarımların %49,2'sini oluşturdu. Donör alan olarak sıklıkla supraklaviküler bölge kullanıldı. Kartilaj desteği gerektiren olgularda auriküler veya kostal greftler tercih edildi.

Komplikasyon oranı %0,8 ile düşük düzeydeydi. En sık komplikasyonlar parsiyel flep nekrozu, hematom ve sütur hattı dehissansıydı. Greft onarımlarında nadiren lizis veya enfeksiyon izlendi. Patoloji değerlendirmesinde 38 olguda (%4,1) reeksizyon gerekti; en sık BCC olgularında görüldü. Ortalama 5 yıllık takipte uzun dönem nüks oranı %3,5 olarak bulundu.

Sonuç:

Nazal rekonstrüksiyon, estetik ve fonksiyonel gerekliliklerin yanı sıra onkolojik güvenlik ilkelerinin de gözetilmesi gereken multidisipliner bir yaklaşımdır. Çalışmamız, 18 yıllık geniş bir olgu serisinin analiziyle, primer onarımın küçük defektlerde yeterli olduğunu; geniş ve kompleks defektlerde ise nazolabial flep ve paramedian alın flebinin estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin edici, güvenilir seçenekler sunduğunu göstermektedir. Deri greftleri ise uygun olgularda minimal komplikasyon oranıyla değerli bir alternatif olmaya devam etmektedir.

Komplikasyon ve nüks oranlarının düşük bulunması, literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmesi ve hasta merkezli yaklaşımın ön plana çıkarılması, çalışmamızın en önemli bulgularıdır. Sonuç olarak, nazal rekonstrüksiyon planlamasında estetik alt birim prensibine dayalı, defekt lokalizasyonu ve boyutuna göre kişiselleştirilmiş cerrahi yaklaşım, uzun dönem başarı için anahtar rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nazal rekonstrüksiyon, Lokal flepler, Tam kalınlıkta deri grefti, Bazal hücreli karsinom

Olgu örneği



burun tipinde 42x34 mm boyutunda bcc eksziyonu sonrası nazolabial flep ile onarım yapılan hasta

Tümör tipleri

Dermal nevüs	264
BCC	392
SCC	65
Malign melanom	3
Lentigo maligna	8
Bazosquamoz karsinom	17
Aktinik keratoz	31
Seboreik Keratoz	10
İn-sutu Karsinom	6
Diğer	123

919 olguluk seride patoloji sonucu tümör tiplerinin sayısı / oranı grafiği

P-219

Metastatik BCC mi? Triple Negatif Meme Kanseri mi? Nadir Bir Olgunun Yönetiminde Plastik Cerrahinin Yeri

Dilara Sabur[1], Fatma Kilvan Cansı[1], Gaye Güldiken Doğruel[2], Hikmet Can Doğruel[1], Merdan Serin[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Memorial Ataşehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, İstanbul

Amaç: Bu bildiride, hem TNBC hem de multipl metastatik BCC tanısı taşıyan nadir ve tanısal açıdan karmaşık bir olgunun multidisipliner yönetimi ve plastik cerrahinin katkıları sunulmaktadır.

Giriş: Bazal hücreli karsinom (BCC), en sık görülen epitelyal cilt kanseri olup genellikle lokal invaziv ve yavaş ilerleyici seyir gösterir. Ancak nadiren de olsa, lenf nodları, akciğer ve kemik gibi uzak organlara metastaz yapabilir [1,2]. Triple negatif meme kanseri (TNBC), ER, PR ve HER2'nin ekspresyonunun olmamasıyla tanımlanır. Agresif seyirli ve kötü prognozlu bir meme kanseri alt tipidir [3]. İmmünohistokimyasal belirteçlerden GATA3 ve P63, her iki tümörde de pozitif bulunabileceğinden, bu belirteçlerin birlikte pozitif olduğu durumlarda ayırıcı tanı yapmak güçleşebilir [4,5]. Özellikle BCC öyküsü olan hastalarda meme bölgesinde saptanan malignite odakların TNBC mi yoksa metastatik BCC mi olduğunun belirlenmesi tedavi planlanması ve prognoz üzerinde kritik öneme sahiptir. Plastik cerrahi, bu tür vakalarda tanısal ve terapötik katkılarıyla sürecin ayrılmaz bir parçasıdır [6].

Olgu: 1963 doğumlu kadın hasta, 2012 yılında sağ omuzda çıkan kitle nedenli plastik cerrahi polikliniğe başvurmuş, yapılan eksizyonel biyopsi sonucu nodüler BCC ile uyumlu bulunmuş ve cerrahi sınırlar negatif raporlanmıştır. 2021 yılında sağ aksillada ele gelen kitle ve memede ağrı şikayetiyle genel cerrahi polikliniğine başvuran hastanın muayenesi ve meme görüntülemeleri tamamlanmıştır. Ultrasonografide sağ aksiller alanda 15 x 16 mm boyutlu, düzensiz spiküle konturlu, mikrokalsifikasyon içeren, parankimal yapıda retraksiyon oluşturan hipoekoik lezyon ve mamografide sağ memede BIRADS 5 lezyon izlenmiştir. Meme MR'ı non spesifik bulgularla sonuçlanmıştır. PET-CT'de sağ meme üst kadran ve aksiller bölgede FDG tutulumu yüksek nodüler lezyonlar ve akciğer-parankim ile mediastende yaygın metastatik görünüm saptanmıştır.

Görüntülemeler sonrası hasta sağ aksilladan ve sağ meme üst kadrandan tru-cut biyopsi için girişimsel radyolojiye yönlendirilmiş ve patoloji malign epitelyal tümör infiltrasyonu olarak raporlanmıştır. Memede kitle olmaması, morfolojik olarak invaziv meme kanseri düşünülmesi ve immünohistokimyasal incelemede ER, PR, HER2, SOX10 negatifliği; GATA3, P63, berEP4, panCK pozitifliği saptanması üzerine, antikor profili BCC ile örtüşse de klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde TNBC tanısı ön planda değerlendirilmiştir. Hastaya tıbbi onkoloji tarafından 4 kür doksorubisin + siklofosfamid, ardından 11 kür karboplatin + paklitaksel tedavisi uygulanmıştır.

Neoadjuvan tedavi sonrası genel cerrahi tarafından modifiye radikal mastektomi + aksiller diseksiyon (level 1–2) gerçekleştirilmiş; patoloji, meme parenkim invazyonu, miksoid değişiklikler, Modifiye Bloom Richardson'a göre grade 3/3 multifokal invaziv karsinom, pektoral kas invazyonu, 10/10 pozitif aksiller lenf nodu ve negatif cerrahi sınırlar ile sonuçlanmıştır. Triple negatif fenotip ve neoadjuvan tedaviye yanıtsızlık göz önüne alındığında tanı metaplastik karsinom olarak değerlendirilmiştir. Patoloji piyesindeki ana lezyonun süperomedial ve inferiorundaki satellit lezyonlar lokal infiltratif özellikte olup BCC lehine raporlanmıştır. Multidisipliner tümör konseyinde, olgunun TNBC ve BCC arasında bir yerlerde durduğu değerlendirilmiş; klinik öncelikle meme kanseri kabul edilerek tedavi bu yönde sürdürülmüştür. Hasta radyoterapi için yönlendirilmiş ve ardından kapesitabin başlanması planlanmıştır.

Takip sürecinde, mastektomi hattı ve sağ üst ekstremitede tekrarlayan nodüler lezyonlar gözlenmiş; dermatoloji kliniği tarafından yapılan punch biyopsi sonucunda p63+, fibromiksoid stroma içerisinde invazyon ve perinöral invazyon içeren nodüler infiltratif BCC saptanmıştır. Hasta eksizyon amacıyla plastik cerrahi kliniğine yönlendirilmiştir.

Haziran 2022'de ilk kez tarafımıza başvuran hasta, plastik cerrahi kliniğimizce üç kez opere edilmiştir. İlk operasyonda sağ üst ekstremite ve göğüs duvarı lezyonlarına geniş eksizyon ve lokal flep ile rekonstrüksiyon yapılmış; patoloji, yalnızca sağ kol medialde sınır pozitifliği gösteren multipl infiltratif BCC ile uyumlu raporlanmıştır. Ağustos 2022'de sınır genişletme amaçlı ikinci cerrahi girişim planlanıp geniş lokal eksizyon ve lokal flep + STSG ile onarım uygulanmış; tüm cerrahi sınırlar negatif gelmiştir. Vismodegib tedavisi başlanmış ve postoperatif PET-CT yanıtlı bulunmuştur. Şubat 2023'te mastektomi hattı inferiorunda gelişen eritemli telenjiektatik papül üzerine üçüncü eksizyon uygulanmış ve patoloji, negatif cerrahi sınırlar ile BCC infiltrasyonu olarak raporlanmıştır.

2024 yılı başlarında mediastinal ve plevral progresyon izlenmiş, kemoterapi protokolü sisplatin + gemsitabin olarak değiştirilmiştir. Aynı dönemde mastektomi hattında gelişen endüre, eritemli papüler lezyonlardan alınan biyopsilerde GATA3 pozitif, BerEP4 negatif tümör hücreleri saptanmış ve TNBC metastazı lehine yorumlanmıştır. İmmünoterapi için yapılan PDL-1 ve MSI testleri negatif gelmiş; hasta tedavisine dosetaksel ile devam etmiştir. Ancak klinik progresyon devam etmiş ve hasta 2024 yılı içerisinde eksitus olmuştur.

Tartışma: Bu olgu, TNBC ve metastatik BCC'nin histopatolojik açıdan birbirine benzeyebileceği nadir klinik durumlardan biridir. GATA3 ve P63 gibi belirteçlerin her iki tümörde de pozitif olması, tanıda güçlük yaratabilir [4,5]. Hastanın BCC öyküsü, vismodegib'e verdiği yanıt ve kutanöz lezyonların mikroskopik özellikleri BCC tanısını desteklemiştir [7]. Öte yandan meme biyopsilerinin triple negatif olması, TNBC tanısının temelini oluşturmuştur. Plastik cerrahinin bu olgudaki rolü sadece rekonstrüksiyonla sınırlı kalmamış; tanının yeniden değerlendirilmesi, tekrarlayan lezyonların eksizyonu ve yaşam kalitesinin korunması gibi yönleriyle öne çıkmıştır. Cerrahi müdahaleler metastatik BCC yönetiminde önemli yer tutmaktadır.

Sonuç: TNBC ve metastatik BCC birlikteliği son derece nadirdir ve tanısal zorluklar doğurur. Histopatolojik benzerlikler nedeniyle multidisipliner yaklaşım esastır. Plastik cerrahi; tanı, tedavi ve takip süreçlerinin her

aşamasında aktif rol üstlenmeli, cerrahi girişimler sadece lokal kontrol değil tanısal netlik amacıyla da değerlendirilmelidir.

Kaynakça:

1. McCusker M, Basset-Seguin N, et al. Metastatic basal cell carcinoma: prognosis dependent on anatomic site and spread of disease. Eur J Cancer. 2014 Mar;50(4):774-83. doi: 10.1016/j.ejca.2013.12.013. Epub 2014 Jan 9. PMID: 24412051.
2. Peris K, Fargnoli MC, et al. European consensus based interdisciplinary guideline for diagnosis and treatment of basal cell carcinoma-update 2023. Eur J Cancer. 2023 Oct;192:113254. doi: 10.1016/j.ejca.2023.113254. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37604067.
3. Yin L, Duan JJ, et al. Triple-negative breast cancer molecular subtyping and treatment progress. Breast Cancer Res. 2020 Jun 9;22(1):61. doi: 10.1186/s13058-020-01296-5. PMID: 32517735.
4. Steurer S, Riemann C, et al. p63 expression in human tumors and normal tissues: a tissue microarray study on 10,200 tumors. Biomark Res. 2021 Jan 25;9(1):7. doi: 10.1186/s40364-021-00260-5. PMID: 33494829.
5. Miettinen M, McCue PA, et al. GATA3: a multispecific but potentially useful marker in surgical pathology: a systematic analysis of 2500 epithelial and nonepithelial tumors. Am J Surg Pathol. 2014 Jan;38(1):13-22. doi: 10.1097/PAS.0b013e3182a0218f. PMID: 24145643; PMCID: PMC3991431.
6. Vila PM, Thomas JR. Management of Complications from Skin Cancer Reconstruction. Facial Plast Surg. 2020 Apr;36(2):176-179. doi: 10.1055/s-0040-1708843. PMID: 32413925.
7. Sekulic A, et al. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2012 Jun 7;366(23):2171-9. doi: 10.1056/NEJMoa1113713. PMID: 22670903; PMCID: PMC5278761.

Anahtar Kelimeler: Bazal Hücreli Karsinom, Metastatik BCC, Multipl Eksizyon, Onkoplastik Yaklaşım, Triple Negatif Meme Kanseri

Plastik Cerrahi İlk Başvuru, Preoperatif Görünüm



Sağ modifiye radikal mastektomi ve aksiller diseksiyon sonrası plastik cerrahi kliniğine ilk başvuru esnasında çekilen preoperatif görünüm. Sağ göğüs duvarı ve üst ekstremitede multipl nodüler lezyonlar izlenmektedir.

İmmünohistokimya ve Ayırıcı Tanı

Belirteç	TNBC	BCC	Hastadaki bulgular	Yorum
ER/PR/ HER2	Negatif	Negatif	Negatif	TNBC tanısı destekler. BCC için bu testler çalışılmaz.
GATA3	Pozitif	Pozitif (bazı olgularda)	Pozitif	Ayırıcı tanıda zorluk yaratabilir.
p63	Pozitif	Pozitif	Pozitif	Her iki tümörde de pozitiftir. Ayırıcı tanıda zorluk yaratır.
SOX10	Negatif	Negatif (genellikle)	Negatif	Her iki tümörde de genelde negatiftir.
berEP4	Negatif	Pozitif	Aksilladan alınan tru-cut biyopside pozitif, son biyopside negatif.	Ayrım sağlar. Son alınan biyopsiler TNBC metastazı lehine yorumlanmıştır
panCK	Pozitif	Pozitif	Pozitif	Epitel kaynaklı tümörlerde genel pozitiflik mevcuttur. Ayrım sağlamaz.

P-220

2017-2025 Yılları Arasındaki Kütanöz SCC Olgularının Klinik Süreçlerinin Retrospektif Değerlendirilmesi

Batuhan Ilgaz, Süleyman Yıldızdal, Batuhan Temiz, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş:

Kutanöz skuamöz hücreli karsinom (KSCC), epidermal keratinositlerden köken alan malign bir deri tümörü olup, non-melanoma cilt kanserleri arasında ikinci sıklıkta görülmektedir. Etiyopatogenezinde en önemli etken uzun süreli ultraviyole (UV) radyasyon maruziyeti olmakla birlikte; kronik inflamasyon, immünsupresyon ve genetik yatkınlık da hastalığın gelişiminde rol oynamaktadır. KSCC genellikle yavaş ilerleyen bir klinik seyir gösterse de, bazı olgularda hızlı ilerleyerek lokal invazyon, perinöral yayılım ve lenf nodu metastazı ile mortaliteye ve ciddi komplikasyonlara neden olabilen agresif bir tabloya dönüşebilmektedir.

KSCC tedavisinin temelini cerrahi eksizyon oluşturmakta olup; cerrahi sınırın yeterliliği ve tümörün histopatolojik özellikleri, lokal nüks açısından önemli prognostik belirteçler olarak kabul edilmektedir. Güncel literatür; perinöral invazyon, düşük diferansiyasyon derecesi ve yetersiz cerrahi sınır gibi faktörlerin nüks riskini artırdığını göstermektedir.

Bu çalışmada, 2017–2025 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilmiş KSCC olgularının klinik ve histopatolojik özelliklerini retrospektif olarak analiz etmeyi; cerrahi sınır yeterliliği ile histopatolojik risk faktörlerinin rekürrens üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçladık. Elde edilecek bulguların, yüksek riskli KSCC olgularının yönetimine yönelik klinik karar süreçlerine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Materyal-Metod:

Bu retrospektif çalışmada, 2017–2025 yılları arasında kliniğimizde kutanöz skuamöz hücreli karsinom (KSCC) tanısıyla cerrahi olarak tedavi edilen hastalara ait veriler hastane bilgi sistemi üzerinden geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalara ait yaş, cinsiyet, operasyon tarihi, tümör lokalizasyonu, premalign lezyon varlığı, etiyolojik faktörler, histopatolojik alt tip, tümörün genişliği ve derinliği, derin doku invazyonu, eksizyon marjinleri, histopatolojik olarak en yakın cerrahi sınır mesafesi, re-eksizyon varlığı, operasyonun içeriği, uygulanan rekonstrüksiyon yöntemi (primer kapama, greft, flep), sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) ve/veya

lenf nodu diseksiyonu (LND) uygulanıp uygulanmadığı, nodal metastaz durumu, preoperatif ve postoperatif fizik muayene ve görüntüleme bulguları, ek onkolojik tedaviler (kemoterapi, radyoterapi) ile rekürrens durumu gibi çok sayıda klinik ve patolojik değişken kaydedilmiştir. Elde edilen veriler, hastaların protokol numaraları üzerinden kimliksizleştirilerek sistematik şekilde analiz edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen toplam 320 KSCC olgusunun yaş ortalaması 72.9 (43–98) olarak saptanmıştır. Olguların %70'i erkek (n=224), %30'u ise kadın (n=96) hastalardan oluşmuştur. Lokal rekürrens 30 hastada (%9,3) gözlenmiş olup, bu olguların çoğunda ilk cerrahi sırasında cerrahi sınırın 1 mm'den daha yakın veya bitişik olduğu belirlenmiştir.

Eksizyon marjinlerinin değerlendirilmesinde ortalama cerrahi sınır mesafesi 9,1 mm (±0,27) olarak hesaplanmıştır.

Histopatolojik incelemede, 72 olguda (%22,5) derin doku invazyonu saptanmış ve bu grup tek seans cerrahi eksizyon harici ek tedavi gerektiren vakaların çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Tümör lokalizasyonları açısından en sık etkilenen bölgeler sırasıyla el/ekstremite (78 hasta-%24,3), skalp/temporal (55 hasta-%17,2), perioral (41 hasta-%12,8) ve yanak (41 hasta-%12,8) bölgeleri saptanmıştır. Burun ve gövde/boyun bölgeleri aynı oranlarda görülürken (32 hasta-%10), kulak (23 hasta-%7,2) ve periorbital (18 hasta-%5,6) bölgeler daha nadir lokalizasyonlar arasında yer almışlardır. (Bkz. Ek Tablo-1).

Cerrahi sınırın yetersiz bulunduğu 41 hastaya (%12,8) re-eksizyon uygulandığı görülmüştür.

Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) 74 hastaya (%23,1), lenf nodu diseksiyonu (LND) ise 9 hastaya (%2,8) uygulanmıştır. SLNB sonucu 21 hastada metastaz, 53 hastada ise reaktif lenfadenopati (LAP) olarak raporlanmıştır. LND uygulanan 2 hastada metastatik lenf nodu varlığı saptanmıştır.

Tüm hastalar tedavi sürecinde medikal onkolojiye yönlendirilmiş olup, hiçbir hastada kemoterapi (KT) veya radyoterapi (RT) endikasyonu oluşmamıştır. Ayrıca, hiçbir hastada uzak organ metastazı izlenmemiştir.

Sonuç:

KSCC, non-melanom deri kanserleri arasında ikinci sıklıkta görülmekle birlikte; bazal hücreli karsinoma (BCC) kıyasla lokal rekürrens ve lenf nodu metastazı açısından daha agresif bir seyir gösterebilmesi nedeniyle dikkatli değerlendirilmesi gereken bir malignitedir. Cerrahi eksizyon sırasında marjinlerin geniş tutulması ve SLNB endikasyonunun geniş tutulması uzun vadede sağkalım üzerinde olumlu etkiler yaratabilir. KSCC'ye yönelik güvenilir ve uygulanabilir bir tedavi algoritması geliştirilmesi amacıyla, uzun dönem takip verileri içeren çalışmalara olan ihtiyaç devam etmektedir. Bu doğrultuda elde edilen bulguların, yüksek riskli KSCC olgularının yönetimine katkı sunacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Rekonstrüksiyon, SCC

Ek Tablo-1

Bölge	Olgu Sayısı	Yüzdesi
El/Ekstremite	78	%24,3
Skalp/Temporal	55	%17,2
Perioral	41	%12,8
Yanak	41	%12,8
Burun	32	%10
Gövde/Boyun	32	%10
Kulak	23	%7,2
Periorbital	18	%5,6

P-221

Tümör rezeksiyonuna bağlı orta yüz defektlerinde lokal anestezi ile paramedian alin flebi ile rekonstrüksiyon deneyimlerimiz

Ayhan Sönmez, Muhsin Kıran, Ceren Alkan

Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı, Samsun

GİRİŞ

Burun ve orta yüz bölgesi, hem fonksiyonel hem kozmetik açıdan işlevselliği hayati önemde olan estetik ünitedir. Bu bölgede oluşan defektler konjenital, travma, malignite ya da çeşitli yumuşak doku patolojilerine bağlı gelişebilir. Özellikle onkolojik cerrahiye sekonder olduğu durumlarda tümör rezeksiyonunu takiben temiz cerrahi marjin elde etmek amaçlandığında fonksiyonel, estetik bütünlüğü korumak mümkün olmayabilir. Bu durumda alternatif rekonstrüktif seçenekler göz önünde bulundurulmalıdır. Burun, içerdiği estetik alt üniteleri ve poligonal anatomisi göz önünde bulundurulduğunda uygun olmayan rekonstrüksiyonlar ile operasyon amacına ulaşamayabilir.Paramedian alın flebi, binlerce yıl öncesinde Hindistan'da doğmuş, 19. yüzyılda Avrupa'ya taşınmış ve 20. yüzyılda anatomik temelleri, vasküler temelleri tanımlanarak modern plastik cerrahinin gözardı edemeyeceği bir parçası haline gelmiştir [6]. Günümüzde bu flebin gelişimini incelediğimizde artık CAD/CAM destekli cerrahi planlamadaki son gelişmeler, paramedian alın fleplerinin daha hassas şekilde tasarlanmasına, simülasyonuna ve uygulanmasına olanak sağlamış; bu da kompleks burun rekonstrüksiyonlarında estetik ve fonksiyonel sonuçları belirgin şekilde iyileştirmiştir [1,2,3]. Buna benzer çalışmalar ile paramedian alın flebinin gelecekteki rekonstrüksiyon alanındaki potansiyeli göz önüne koyulmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde tümör rezeksiyonu sonrası orta yüz ve burunda oluşan defektlerde klasik paramedian alın flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hastaları değerlendirdik.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Son 1.5 senede kliniğimizde 01.01.2025-26.06.2025 tarihleri arasında onkolojik rezeksiyona sekonder defekt rekonstrüksiyonlarında 11 hastada paramedian alın flebi ile rekonstrüksiyon yapılmıştır. Hastaların yaşları 67-85 yaş arasında olup median yaş 72'dir. Hastaların 7'si kadın, 4'ü erkektir. Tüm hastalarda preoperatif klinik muayene ve anamnez ile birlikte kitlenin dermatoskopik değerlendirmesi yapılmıştır. Şüphede kalınan vakalarda punch biyopsi ile tümör identifikasyonu yapılmıştır. Patoloji sonuçları ile eksize edilen tümörlerin 8'i bazal hücreli karsinom, 2'si skuamöz hücreli karsinom ve 1'i bazoskuamöz karsinom olarak saptanmıştır. Tümör dokusunun alt tipine göre NCCN(National comprehensive cancer network) güncel rehberlerine uygun olarak eksize edilerek patolojik olarak raporlarla teyit edildiği üzere vakaların tümünde temiz cerrahi marjin elde edilmiştir.

Flep tasarımı yapılırken hastaların alın bölgesindeki saç çizgisine kadar yeterli yumuşak doku olduğundan emin olunup tasarıma başlandı. Defekt alanına flebin erişimi klasik olarak gazlı bez ile rotasyon arkı belirlenerek flebin uç noktası çizildi. Orta hat belirlenip 1.7–2.3 cm aralığında supratrochlear arterin seyri tahmin edilerek pedikül eni 1.5 cm olacak şekilde bu aralık merkeze alınmıştır [5]. Daha sonra 1.5 cm kalınlığındaki pedikül el Doppleri ile değerlendirilerek supratrochlear arterin kraniyal seyri optimal şekilde işaretlendi. Lokal anestezik olarak epinefrin içeren lidokain çözeltisi ile infiltrasyon yapıldı. Uygulama sonrası 20 dakika beklenerek infiltrasyon etkinliği sağlandıktan sonra operasyona başlandı. İnsizyonlarla sefalikten kaudale, supragaleal planda diseksiyona başlandı. Supraorbital rime yaklaşıldığında korrugator kası

hizasında subperiosteal plana inilerek diseksiyon superior orbital rime kadar devam ettirildi. Eleve edilen flep defekt alanına adapte edildi. Erişimde güçlük yaşanılan vakalarda pedikül uzunluğunu artırmak için multipl galeotomiler uygulandı. Donör alanın primer onarımı uygun olan hastalarda bu şekilde kapatıldı(şekil 1) uygun olmayanlarda ise FTSG uygulandı. Ortalama 2–3 hafta sonra 2. seans flep ayrılması gerçekleştirildi. 1 hastada minimal venöz konjesyon izlendi; takipte flep nekrozu izlenmedi. Sütur dehisansı, hematom gibi komplikasyonlar görülmedi.

TARTIŞMA

Paramedian alın flebi, supratrochlear arter bazlı aksiyel bir flep olması sebebiyle güvenilir arteryal desteği, öngörülebilir vasküler kaynağı ile büyük avantaj sağlamaktadır. Özellikle burun ve orta yüz bölgesi ile renk uyumu, uygun hastalarda kontur deformitesi minimalize edilebilen, flebin pedikül uzunluğunun donör alandan uzak defekt alanlarına erişimi, geniş rotasyon arkı sebebiyle adaptasyonu yüksek bir rekonstrüktif seçenek olarak kullanılabilir. Çoğu olguda uygun planlama yapıldığında donör sahanın primer kapanmasına olanak sağladığı için donör saha morbiditesi görece az olan, viabilitesinin yüksek bir flep seçeneğidir. Dezavantajlar değerlendirildiğinde iki aşamalı cerrahi olması ve donör alanda iz bırakma potansiyeli göz önüne alınmalıdır

Bu çalışmada, 11 hastada uygulanan PMAF tekniği ile elde edilen sonuçlar, literatürde tanımlanmış komplikasyon oranları ile uyumlu bulunmuştur [1,4]. Tüm fleplerin yaşaması ve nekroz görülmemesi, supratrochlear arter temelli bu flebin kanlanma açısından güvenilirliğini ortaya koymuştur [1] Lokal anestezi prosedürünün kullanılması, daha iyi kanama kontrolü ve komplikasyon yönetimi açısından avantaj sağlamaktadır. Cerrah-hasta iş birliği, hastanın uyumu ve komorbiditeleri operasyon başarısını doğrudan etkilemektedir.

SONUÇ

Bu çalışmamızda paramedian alın flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan 11 hastanın hiçbirinde flep nekrozu izlenmemiştir. 1 vakada minimal venöz konjesyon gözlenmiş olup takiplerde iyileşme görülmüştür. Kanama, hematom komplikasyonları izlenmemiş olup hastaların hepsi günübirlik taburcu edilmiştir.

Paramedian alın flebi, yüzün geniş defektlerinde alıcı sahaya erişimi ve doku uyumu yüksek bir flep olması sebebiyle serbest ve alternatif lokal fleplerle kombine edilerek kullanım alanı genişletilebilir. Kliniğimizde yapılan uygulamalarda kontur ve simetri açısından başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bulgularımız, paramedian alın flebinin klasik cerrahiyle rekonstrüktif alanda orta yüz defektlerinde etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir.

KAYNAKÇA

1. Menick, F. J. (2002). A 10-year experience in nasal reconstruction with the three-stage forehead flap. Plastic and Reconstructive Surgery, 109(6), 1839–1855. https://doi.org/10.1097/00006534-200205000-00001

2. Yoon, S., Koshy, J. C., Goldberg, J. S., & Heller, J. B. (2021). Current techniques in nasal reconstruction: A review. JAMA Facial Plastic Surgery, 23(4), 312–318. https://doi.org/10.1001/jamafacial.2021.0022

3. Park, S. Y., Lee, J. H., & Bae, T. H. (2021). Refinements in the pedicle division and contouring phase of the forehead flap. Archives of Plastic Surgery, 48(4), 413–420. https://doi.org/10.5999/aps.2021.00209

4. Burget, G. C., & Menick, F. J. (1985). The subunit principle in nasal reconstruction. Plastic and Reconstructive Surgery, 76(2), 239–247. https://doi.org/10.1097/00006534-198508000-00011

5. Rohrich, R. J., & Barton, F. E. (2004). Nasal reconstruction: An overview of technique. Clinics in Plastic Surgery, 31(3), 393–403. https://doi.org/10.1016/j.cps.2004.01.004

Anahtar Kelimeler: Lokal anestezi, Nazal rekonstrüksiyon, Orta yüz defekti rekonstrüksiyonu, Paramedian alın flebi, Supratrochlear arter

şekil 1



72 yaşta kadın hastada medial kantal bölgede 1.5 cm çapında BCC tanılı kitle 1 cm makroskopik cerrahi sınır belirlenerek eksize edildi. Lakrimal kanal ve medial kantal ligaman korundu. Üst ve alt göz kapağından cerrahi sınıra uygun cilt dokusu eksizyona dahil edildi. Flep çizimi yapılırken defekt alanının template'i çıkarılarak flep buna göre tasarlandı, eleve edilip defekte adapte edildi. Dren kullanılmadı. Donör saha primer onarılıp 3 hafta sonra flep ayırma prosedürü gerçekleştirildi.

P-222

2 Yaş Hastada Konjenital Kökenli Gelişen DEV-POLİPOİD SEMPTOMATİK DERMATOFİBROM

Furkan Gözübüyük, Recep Anlatıcı, Erinç Evrensel, Bakır Deniz, Fatih Durğut

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç

Dermatofibromlar diğer adıyla Benign fibröz histiyositomlar, histopatolojisinde fibroplastik ve histiyositik özellikler sergileyen, etiyolojisi belirsiz olan ve çoğunlukla iyi huylu neoplazmalardan oluşan bir gruptur. Klinik olarak çoğunlukla asemptomatiktirler ve yavaş büyüme karakterine sahiptir, genellikle 1,0 cm çapında boyutları ile gövdede ve ekstremite bulunarak, tek veya çoklu şekilde düzenli sınırlı, papüller-noduller olarak ortaya çıkar. 1,3,4,5 Dermatofibromlar tüm yaş gruplarında bulunabilmekle beraber özellikle kadınlarda olmak üzere 20-50 yaş arası bireylerde daha sık görülür. Çocukluk çağında ortaya çıkan Dermatofibromlar büyüme karakterindedir ve baş, boyun ve üst ekstremiteler gibi olağandışı yerleri etkileyebilir. Ekstrakütanöz tutulum nadirdir, ancak literatürde uzun kemiklerde, mukozada, intraoküler, intrakranial tutulum bildirilmiştir.6

Olgu

2 yaş bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, konjenital olarak torakal vertebra lateralinde bulunan ve 0.5*0.5 cm boyutunda bulunan lezyonun, 18 aylık olana kadar giderek büyümesi nedeniyle mükerrer hastana başvuruları olmuş ve medikal tedavileri düzenlenmiş. Hasta kliniğimize başvurusu sırasında sırtta bulunan kitlesi ciltten eleve, hiperemik, polipoid görünümde santrali ülsere ve minimal pürülan akıntısı bulunan yaklaşık 3.5*4 cm boyutunda kitlesi mevcuttu. Hastaya tarafımızca sistemik antibiyoterapisi düzenlendi ve geniş eksizyon planlanarak kliniğimizde yatışı yapıldı. Hastaya tarafımızca 0.7-0.8 cm sınırdan, kas fasyası üzerinden eksizyonu yapıldı.Per-op 5.5*6 cm boyutundaki defektif alan primer onarıldı. Hastanın patoloji sonuçlarında, lezyonun histopatolojik bulguları ile Dermatofibroma/Benign fibroues histiocyhoma (giant-polypoid) lehine yorumlanmış ve Ki-67 indeksinin %30 oranında olduğu yorumlanmıştır aynı zamanda lezyonun 4.7 cm çapında, 1.1 cm derinlikte polipoid görünümlü kitlenin en yakın cerrahi sınıra, taban sınırına 0.8 cm uzaklıkta olduğu görülmüştür.

Tartışma

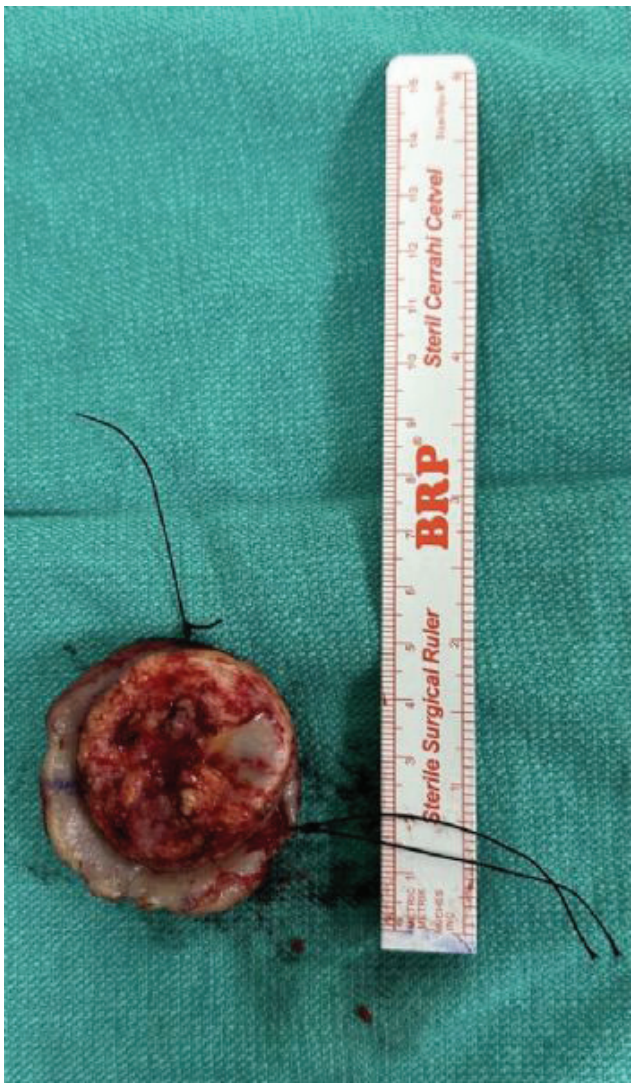
Sıklıkla travma sonrası ekstremitelerde ve yine sıklıkla genç erişkinlik çağında ortaya çıkan dermatofibromun, bizim vakamızda konjenital lezyon zemininde kısa sürede gelişip büyümesi, semptomatik olması ve 2 yaşındaki hastada yaklaşık 4 cm çapa ulaşması, dev-polipoid dermatofibrom tanısı alması ilginçti. Patoloji raporunda aktin, desmin, CD34,CD31,vimentin, faktör XIIIa immunohistokimyasal uygulamaları ile dermatofibrosarcoma protuberans'tan ayırt edilmiştir. Ayırıcı tanı ayrıca leiomyom, leiomyosarkom, malign fibröz histiyositom, melanom, dermatofibrosarcoma protuberans, Kaposi sarkomunu da içermelidir. 1,2,6

Sonuç

Dermatofibrom tedavisinde; atipik vakalar, dev veya lokal semptomatik lezyonlar için ve hücresel, anevrizmal ve atipik alt tipleri bulunduğunda geniş eksizyon önerilmektedir. Dermatofibromlar, çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte çok iyi prognoza sahip lezyonlardır. Bazı lezyonlar spontan regresse olarak hipopigmente cilt görünümüne yol açabilir. Çoğu dermatofibrom, regresyon-progresyon göstermeksizin yıllarca stabil kalabilir. Geniş eksizyon yapılan dermatofibrom vakalarında nadiren nadiren nüks bildirilmiştir. Lokal nüks; 1,5-2,0 cm'den daha büyük, daha yüksek hücre konsantrasyonuna sahip, yüksek mitotik indeksi olan, hipervaskülarite veya nekroz varlığı içeren lezyonlarla tanımlanmıştır.1,2 Sonuç olarak, hücresel veya atipik varyantları içeren dermatofibrom eksizyonlarında, nadir bildirilmiş olsa da lokal tekrarlama oranı nedeniyle, temiz sınırların sağlanması için re-eksizyon önerilebilir. Olguya tarafımızca Ki-67 oranı yüksekliği nedeni ile olgunun yakın takibi planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: BENİGN FİBROZ HİSTİYOSİTOM, DERMATOFİBROM, DEV-POLİPOİD DERMATOFİBROM

Resim-1



Hastadan eksize edilen, dev polipoid dermatofibromun görüntüsü

P-223

Tümör eksizyonu sonrası kulak rekonstrüksiyonu sonuçlarının değerlendirilmesi

Özenç Devrim Polat, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Harun Güleç, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Cilt kanserleri insanlarda görülen en sık kanserlerdir ve bu kanserlerde güneş maruziyeti en önemli risk faktörlerinden biridir. Yoğun güneş maruziyeti olan aurikula bölgesinde görülen cilt kanserleri de bölgenin özel anatomik yapısı ve yüz estetiğindeki yeri nedeniyle önemlidir. Bu tümörlerin cerrahi eksizyonu, onkolojik kontrolün sağlanması açısından elzem olmakla birlikte, eksizyon sonrası oluşan doku defektleri estetik ve rekonstrüktif açıdan önemli zorluklar doğurur. Bu bağlamda, tümör eksizyonu sonrası yapılan kulak rekonstrüksiyonlarının fonksiyonel ve estetik sonuçlarının değerlendirilmesi, uygulanan cerrahi tekniklerin etkinliğini belirlemek ve hasta memnuniyetini artırmak açısından büyük önem taşır. Bu çalışmada, farklı rekonstrüksiyon yöntemlerinin sonuçları klinik, estetik ve fonksiyonel açıdan incelenerek, optimal cerrahi stratejilerin belirlenmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Ocak 2024-Temmuz 2025 tarih aralığında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniğinde aurikuladan tümör eksizyonu yapılan 48 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastalarda eksizyon öncesinde bulunan öntanı, operasyon yöntemleri, kitle lokalizasyonları, operasyon sonrası patoloji değerlendirmeleri, reeksizyon / ek tedavi gereksinimi / gelişen lokal komplikasyonlar değerlendirildi. Ardından hastalar ile iletişime geçilerek operasyon ile ilgili memnuniyet değerlendirmesi yapıldı. Hastalara sorulan sorular Likert skalası ile değerlendirildi.

Bulgular: İncelenen 48 hastanın 12'si kadın(%25), 36'sı(%75) erkektir. Ortalama hasta yaşı 71.8'dir. Operasyon öncesinde toplam 25(%52) hastanın bcc(bazal hücreli kanser) öntanı veya punch tanısı,11 hastanın(%23) scc(yassı hücreli kanser) öntanı veya punch tanısı mevcut olup eksizyon sonrasında 22 hastada bcc, 14 hastada scc tanısı olduğu görüldü. Öntanı ve tanı korelasyonları incelendiğinde;

25 adet bcc öntanılı hastalardan, 22 hastanın bcc tanılı, 1 hastanın malignite içermeyen granülasyon dokusu, 2 hastanın iyi diferansiye scc olarak patolojilerinin sonuçlandığı görüldü.

12 adet scc öntanılı hastalardan, 9 hastada scc 2 hastada aktinik keratoz 1 hastanın lentigo malign melanom tanılarını aldığı görüldü.

Tümör lokalizasyonları incelendiğinde; 4 antiheliks, 4 posterior sulcus,2 skafa 1 adet konkada tümör bulunduğu, gerikalan tüm kitlelerin helikste bulunduğu not edildi.(%77 heliks)

Yara yeri komplikasyonları ve klinik seyirleri kitle patolojik tanılarına göre incelendiğinde;

Bcc tanılı hastalarda(22 hasta), yara yeri komplikasyonu olarak 1 hastada FTSG parsiyel lizisi geliştiği sekonder iyileştiği, 1 hastada yara yeri enfeksiyonu geliştiği antibiyoterapi ile tedavi olduğu görüldü. 2 hastada sınır devamlılığı nedeni ile reeksizyon yapıldığı, cerrahi sınırı 1mm'den az olan reeksizyon istemeyen 1 hastanın onkoloji bölümü tarafından radyoterapi önerildiği görüldü.

Scc tanılı hastalarda(14 hasta) yara yeri komplikasyonu olarak, 1 hastada aurikulektomi sonrası intakt bırakılan lobül bölgesinde nekroz geliştiği revizyonunun gerektiği,2 hastada parsiyel FTSG lizisinin sekonder iyileştiği, 1 hastada wedge eksizyon sonrası nekroz geliştiği ve 2 seanslı postauriküler fleple rekonstrükte edildiği görüldü. Toplam 3 hastada reeksizyon yapıldığı 1 hastada reeksizyon ile beraber parotidektomi ve boyun lenf nodu diseksiyonu yapıldığı görüldü. 1 hastanın reeksizyon kabul etmediği, 2 hastanın da takipten çıktığı görüldü.

Malign melanom/lentigo malign melanom olarak raporlanan 2 hastaya aurikulektomi parotidektomi ve boyun lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapıldığı görüldü. Dış merkezde kulak lobülünden yapılan eksizyon sonucu melanom olan hastaya lobül eksizyonu yapıldığı, onkolojinin lenf nodu diseksiyonu önerdiği ancak hastanın takipten çıktığı öğrenildi.

Geriye kalan hastalardan; 2 hastada bowen, 3 hastada aktinik keratoz, 1 hastada seboreik keratoz, 3 hastada skar dokusu, 1 hastada fibrohistiositik tümör tanıları mevcuttur. Bu hastalarda yara yeri komplikasyonu / revizyonu gerekmedi.

Toplam operasyon sayısı 56'dır ve 8 hastaya reeksizyon yapılmıştır. Ameliyat yöntemi olarak en çok kullanılan yöntem 24 hastada uygulanan wedge eksizyondur (wedge eksizyon olarak basit V şekilli onarım uygulanmaktadır); bunu sırasıyla 6 hastada uygulanan preauriküler ve postauriküler tek loblu lokal deri flepleri ve 4 hastada uygulanan tam-kalınlıkta-deri-grefti (FTSG) takip etmektedir. 3 hastaya Antia-Buch flebi ile onarım yapıldığı, 2 hastaya parsiyel aurikülektomi 3 hastaya total aurikülektomi yapıldığı görüldü. 2 hastada rekonstrüksiyonlarda kıkırdak grefti (1 kostal,1 konkal), 1 hastada tempoparietal fasya flebi kullanıldı. Aurikulektomi yapılan 5 hastanın 4'ünde FTSG de kullanıldı, ancak aurikulektomi komplikasyonları yüksek olduğu için bu FTSG'lerin diğer FTSG'lerden ayrı olarak incelenmesinde fayda olacağı düşünüldü.

Yara yeri komplikasyonları ameliyat yöntemine göre incelendiğinde, lokal flep yapılan 6 hastadan 1 hastada sütur hattında cilt nekrozu sekonder iyileştiği(%16), FTSG'yle onarılan 4 hastadan, 1 hastada skafadaki FTSG'nin parsiyel lizis sonrası sekonder iyileştiği, 1 hastada antihelikste FTSG'nin parsiyel lizis sonrası sekonder iyileştiği(%50), 1 hastada wedge eksizyon sonrası dehisans olduğu ve oluşan defekte yönelik 2 seanslı postauriküler flep onarımı yapıldığı görüldü(%4). Aurikulektomi ve greft yapılan hastalarda 5 hastadan üçünde yara yerinde parsiyel nekroz ve greft lizisi geliştiği görüldü; sekonder iyileştikleri belirlendi. (%60)

Wedge eksizyonu-V şeklinde onarım sonrasında komplikasyon oranlarının düşük olduğu belirlendi. Greft ile onarım yapılan hastalarda hasta sayısı sağlıklı yorum yapmak için az olsa dahi, parsiyel greft nekrozunun sık görülebilecek bir komplikasyon olabileceği göze çarpmaktadır.

Hastalar aranarak memnuniyet anketi yapıldı. Hastalara sorulan sorulara kesinlikle katılıyorum, katılmıyorum, karasızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum seçenekleri arasından cevap vermeleri istendi.

Wedge, Antia-Buch, lokal flep, FTSG yapılan hastalarda genel memnuniyet oranlarının benzer ve yüksek oranda olduğu görüldü. (kesinlikle katılmıyorum 1, kesinlikle katılıyorum 5 olarak puanlandığında wedge eksizyon için ulaşılan 20 hastada görünümden memnuniyet 4.5, Antia-buch 4.6, 6 lokal flep hastasında 4.16, 4 adet FTSG hastasında 4, 3 adet aurikulektomi hastasında 1.3) Parsiyel ve total aurikülektomi hastalarında görünümden memnuniyetin düşük olduğu, maske ve gözlük kullanımında sorun yaşandığı izlendi.

Tartışma: Kulak tümörleri plastik cerrahi pratiğinde sıklıkla karşılaşılabilen önemli lezyonlardır. Kliniğimizde aurikulada en yaygın olarak görülen cilt kanseri bcc'dir. Bcc hastalarında öntanı ve tanı korelasyonunun yüksek olduğu görülmüştür. Bcc hastalarında wedge eksizyon operasyon sonucunun reeksizyon gereksiniminin düşük olduğu ve hasta memnuniyet sonuçlarıyla beraber ele alındığında, iyi bir ilk tedavi seçeneği olduğu düşünülmüştür. Bu hastalarda reeksizyon sonucunda bütün hastalarda onkolojik olarak hedeflenen eksizyon sağlanmıştır. Ancak

bcc öntanılı 25 hastanın 2'sinde patoloji sonuçlarının scc olarak sonuçlandığı atlanmaması gereken bir noktadır. İlk tedavi yaklaşımını değiştirmese de bcc düşünülen hastaların patoloji sonuçlarının ve takiplerinin büyük önemde olduğunu ortaya koymaktadır.

Scc hastalarında reeksizyon gerekme oranının daha yüksek ve hastalık seyrinin bcc'ye kıyasla agresif olduğu, rekonstrüksiyon sonrası komplikasyon oranın daha fazla olduğu görüldü. 2 hastada lentigo maligna ve malign melanom görüldüğü, hastaların ikisinde de aurikula amputasyonu, parotidektomi ve boyun lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapıldığı, kulak bölgesinin FTSG ile onarıldığı görüldü. Aurikulektomi yapılan hastalarda, beklenileceği üzere estetik görünümden memnun olunmadığı, sosyal ortamlarda rahatsızlık hissedildiği görüldü. Bu hastaların kulak epitezi üzerine uzmanlaşan birimlere yönlendirilmelerinde fayda olacağı düşünüldü. 2 melanom hastasının da breslow 3 olması ve bu hastalara aurikulektomi yapılması, hastaların daha erken teşhisinin morbiditeyi azaltmada önemini göstermekte ve erken teşhis konusunda daha bilinçli davranılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: kulak, aurikula, cilt kanserleri, bcc, scc

P-224

Farklı Lokalizasyona Sahip Merkel Hücreli Karsinomlara Yaklaşımımız

Berk Tahhan, Baran İşliyen, Mustafa Köse, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giriş:

Merkel hücreli karsinom (MMK), nöroendokrin fenotipe sahip nadir ve agresif bir deri kanseridir. İnsidansı coğrafi bölgelere göre değişmekle birlikte genel olarak artmaktadır. İleri yaş, immünosupresyon ve ultraviyole ışığa maruz kalma gibi farklı risk faktörleri tanımlanmıştır. Merkel hücreli karsinomun klinik prezentasyonu nonspesifiktir. Vücudun herhangi bir bölgesi etkilenebilmesine rağmen, bu tümör en sık güneşe maruz kalan ve güneşten zarar gören bölgeleri tutar ve tümörlerin yaklaşık yarısı baş ve boyunda ve neredeyse yüzde 40'ı ekstremitelerde bulunur. Merkel hücreli karsinom genellikle hassas olmayan, hızla büyüyen, ağrısız, tek, kırmızıdan menekşe rengine kadar değişen, sert intradermal papül veya nodül şeklinde ortaya çıkar ve önemli boyutlara ulaşabilir. Tümör deri renginde olabilir. Tümörün üzerindeki epidermis genellikle korunur, ancak ülserasyon veya kabuklanma şeklinde görünümü olmaktadır.

Gereç Yöntem:

Retrospektif yapılan çalışmada 01.12.2022- 31.06.2025 tarihleri arasında biyopsi sonucu merkel hücreli karsinom olan, takip ve tedavisi yapılmış 5 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmamıza dahil edilen 5 hastanın 2'si erkek 3'ü kadındı. Hastaların yaş ortalaması 57(35-72) yıl olarak hesaplandı. Tümörün lokalizasyonu belirtildiğinde 2 hastada frontal bölgede,1 hastada supraorbital bölgede, 1 hastada malar bölgede ve 1 hastada gluteal bölgede izlendi. Ortalama 1.5 cm'lik marj ile eksizyon yapıldı(1cm-2cm aralığında). Polikliniğimze başvuran 5 hastanın 4'ünde insizyonel biyopsi sonucu MHK olması nedeniyle opere edildi. 1 hasta dış merkezde eksizyonel biyopsi sonucuyla başvurdu, cerrahi sınırın 1.7 cm olması nedeniyle hastaya müdahale düşünülmedi. Tüm hastalar PET-CT ile görüntülendi, hastalarda patolojik bir tutulum saptanmadı. Postop süreçte hastalar onkoloji ile birlikte 3-6 aylık kontrollerine çağrıldı.

Tartışma:

Merkel hücreli karsinom (MHK), nadir görülen ancak son derece agresif bir seyir izleyen kutanöz nöroendokrin bir neoplazmdır. Genellikle yaşlı bireylerde, açık tenlilerde ve ultraviyole ışınlarına kronik maruz kalan bölgelerde, özellikle baş-boyun yerleşimli olarak ortaya çıkar. Baş-boyun yerleşimli MHK'lerde nüks ve metastaz oranları ekstremite ve gövde yerleşimlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir(1). MHK, erkeklerde daha sık görülmekte olup, immünsüpresyon (organ transplantasyonu, HIV, hematolojik maligniteler) varlığı hastalığın gelişimini kolaylaştıran önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır(1).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, MHK'nin etiyopatogenezinde iki ana yol olduğunu ortaya koymuştur: birincisi ultraviyole kaynaklı DNA hasarı ile ilişkili patogenez, diğeri ise Merkel hücre poliyomavirüsü (MCPyV) entegrasyonu ile ilişkili viral yolaktır. MCPyV, olguların yaklaşık %80'inde tespit edilmiştir. Viral pozitif tümörlerin genetik mutasyon yükü daha düşük olup, prognoz açısından viral negatif MHK'lere kıyasla daha iyi seyir gösterebileceği öne sürülmektedir(2).

Tanı genellikle gecikir çünkü MHK, başlangıçta benign lezyonları (lipom, epidermal kist, bazal hücreli karsinom) taklit edebilir. Lezyonlar genellikle hızlı büyüyen, ağrısız, kırmızı-mor renkli nodüller şeklindedir. Tanı koymak için biyopsi şarttır; histopatolojik olarak monoton, küçük, yuvarlak hücrelerden oluşan, yüksek mitotik aktivite ve nekroz içeren bir tablo izlenir. İmmünohistokimyasal olarak CK20'nin perinükleer dot tarzında pozitifliği ve TTF-1 negatifliği tanıda ayırt edici özelliklerdir. Ayrıca nöroendokrin markerlar (chromogranin A, synaptophysin, NSE) sıklıkla pozitiftir.

Evrelendirme açısından PET-CT gibi ileri görüntüleme yöntemleri tercih edilir çünkü MHK yüksek oranda lenfatik ve hematolojik yayılım eğilimindedir. Literatüre göre tanı anında hastaların %30-50' sinde mikroskopik ya da klinik olarak tespit edilebilen lenf nodu metastazı mevcuttur. Bu nedenle sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB), klinik olarak negatif vakalarda dahi önerilmektedir ve prognoz üzerinde belirleyicidir. Pozitif SLNB varlığında, lenf nodu diseksiyonu ya da nodal bölgeye radyoterapi uygulanması önerilmektedir.

Tedavi prensibi geniş cerrahi eksizyon ve/veya radyoterapi kombinasyonudur. Cerrahi sınırlarda 1-2 cm güvenlik marjı önerilmekle birlikte, anatomik lokalizasyon nedeniyle bu sıklıkla mümkün olamamaktadır.(3) Özellikle baş-boyun bölgesinde bu sınırlar estetik ve fonksiyonel kayıplara neden olabileceğinden, plastik cerrahinin rekonstrüktif yaklaşımı kritik öneme sahiptir. Deri greftleri, lokal ve bölgesel flepler ya da mikrocerrahi ile serbest doku transferleri, hem onkolojik kontrolü hem de kozmetik sonuçları dengelemek adına planlanmalıdır.

Cerrahiyi takiben uygulanan adjuvan radyoterapi, lokal rekürrens oranlarını anlamlı şekilde azaltmaktadır. MHK, radyosensitif bir tümör olduğundan, cerrahi sınırların dar tutulmak zorunda olduğu durumlarda da iyi bir lokal kontrol sağlayabilir. Adjuvan kemoterapi, erken evrelerde rutin olarak önerilmemekte; ancak ileri evre veya nüks durumlarında platinyum temelli protokoller kullanılmaktadır. Bununla birlikte, son yıllarda immün kontrol noktası inhibitörleri (özellikle pembrolizumab, avelumab) ile immünoterapinin metastatik ve tekrarlayan MHK olgularında umut verici sonuçlar sunduğu gösterilmiştir. MCPyV pozitifliğinin, immün yanıt açısından daha iyi bir belirteç olduğu düşünülmektedir.

Nüks oranları yüksektir; lokal nüks %30' a, uzak metastaz oranı ise %40' a kadar çıkabilmektedir. Nüksler genellikle ilk 2 yıl içerisinde görülmekte, bu nedenle sıkı bir klinik ve

radyolojik takip önerilmektedir(3). İlk 2 yılda her 3–6 ayda bir fizik muayene ve klinik değerlendirme ile takip ettik.Bu takip süreci, plastik cerrahi tarafından yapılacak revizyon ya da rekonstrüktif cerrahileri de yönlendirebilir.

Plastik cerrahlar, yalnızca onkolojik eksizyon sonrası kapatma işlemlerinde değil, aynı zamanda tanıya yönelik biyopsilerde ve tümörün evrelendirilmesi sırasında da multidisipliner ekip içerisinde önemli rol üstlenmektedir. Cerrahi planlamada hem onkolojik sınırların korunması hem de fonksiyonel ve estetik bütünlüğün sağlanması hedeflenmelidir. Özellikle yüz bölgesi yerleşimli lezyonlarda, flep seçimi yapılırken mimik kaslarının fonksiyonu, estetik alt birimlere uyum ve olası radyoterapi etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.

SONUÇ

Merkel hücreli karsinom, düşük görülme sıklığına karşın yüksek mortalite oranı nedeniyle plastik cerrahi pratiğinde dikkatle ele alınması gereken malign bir tümördür. Erken tanı, doğru evreleme ve multidisipliner yaklaşımla kombine edilen cerrahi ve adjuvan tedaviler, hastaların sağkalımını artırmada kritik rol oynamaktadır. Plastik cerrahlar, hem tanıda biyopsi sürecinde hem de eksizyon sonrası fonksiyonel ve estetik rekonstrüksiyonlarda önemli bir rol üstlenmektedir. Güncel kılavuzlar doğrultusunda kişiselleştirilmiş tedavi planlaması, hem lokal kontrolün sağlanması hem de yaşam kalitesinin korunması açısından önem arz etmektedir.

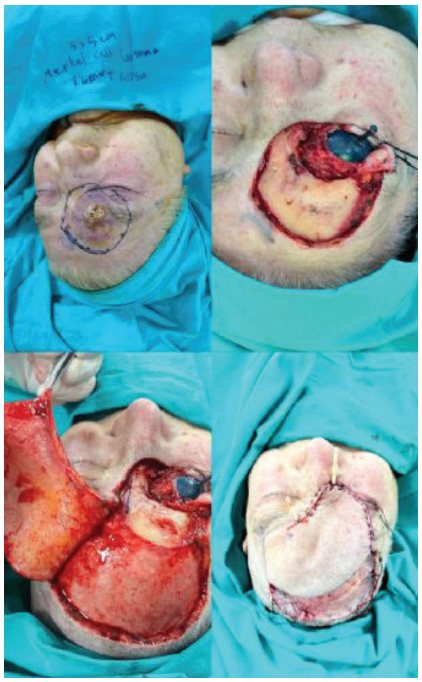
1. Weil RJ, Lonser RR. Selective excision of metastatic brain tumors originating in the motor cortex with preservation of function. J Clin Oncol. 2005 Feb 20;23(6):1209-17. doi: 10.1200/JCO.2005.04.124. PMID: 15718318.

2. Harms PW, Harms KL, Moore PS, DeCaprio JA, Nghiem P, Wong MKK, Brownell I; International Workshop on Merkel Cell Carcinoma Research (IWMCC) Working Group. The biology and treatment of Merkel cell carcinoma: current understanding and research priorities. Nat Rev Clin Oncol. 2018 Dec;15(12):763-776. doi: 10.1038/s41571-018-0103-2. PMID: 30287935; PMCID: PMC6319370.

3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Merkel Cell Carcinoma, Version 1.2024

Anahtar Kelimeler: merkel, deri kanseri, karsinom

merkel



P-225

Sakral Embriyolojik Füzyon Bölgesinde İhmal Edilmiş Dev Bazal Hücreli Karsinom

Özgür Agdoğan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Tekirdağ

Giriş: Bazal hücreli karsinom (BHK) en sık görülen cilt kanseridir. Non-melanom cilt kanserlerinin yaklaşık % 70-80'ini oluşturur. BHK lezyonlarını %1' inden azını dev BHK oluşturmaktadır. Ülkemizde sağlık sigortasının onkolojik cerrahiyi karşılaması ve sağlık personeline ulaşmanın son derece kolay olması nedeniyle GBCC ile karşılaşmanın en sık nedeni ihmal gibi görünmektedir (1). Güneş en önemli etyolojik faktördür ve güneşe maruz bölgeler sıklıkla görüldüğü yerlerdir. Bu nedenle lezyonlar baş boyun bölgesinde daha sık görülmektedir. Nadiren güneş görmeyen yerler olan gövde, perineal bölge, aksilla, meme ucu ve ayak tabanında da görülürler (2.3). Bu olgu çalışmamızda bazı kaygılardan dolayı ihmal edilen ve nadir yerleşim yeri olan sakral bölgede dev BHK olgusunun sunuyoruz. Tanıda, tedavide dikkat edilmesi gereken noktalar üzerinde ve takip için izlenmesi gereken onkolojik yol hakkında da katkı sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu: Sakral bölgesindeki kronik yaraya dış merkezde insizyonel biyopsi yapılmış olan hastanın patoloji sonucu BHK olarak raporlanmış. Hasta biyopsi sonucu ile tarafımıza başvurdu. 63 Yaşındaki kadın hasta tarafımıza sakral bölgedeki kokulu, kanamalı, ülsere kronik yarasından dolayı yakınları tarafından getirildi. Kitle 4 yıldan beri varmış ve son 1 yıldır artık rahatsız edici duruma geldiğini ifade etti. Çekincelerinden dolayı başvurmamış hastaneye. Öyküsünde immünsupresif bir özellik görülmemekle birlikte; obez olup hipertansiyon hastalığı vardı. Fizik muayenesinde; sakral bölgede, anal bölgeye 4 cm mesafede, 6x8 cm'lik, zeminden kabarık, ekzofitik dev ülsere, kanamalı, kokulu, kitle görünümlü kronik yarası mevcut idi. Sakral bölgenin güneş maruziyeti, arsenik, kimyasal karsinojen, radyasyon, termal-kimyasal yanık, kronik travma gibi predispozan faktörler tespit edilmedi. 5 cm' den büyük olduğu için dev BHK olarak değerlendirildi. İnvazyon ve metastaz olasılığı göz önüne alınarak yapılan radyolojik tetkilerinde metastatik patoloji görülmedi. Kitle çizime uygun olarak 1,5 cm sağlam marjin ile eksize edildi. Perianal bölge ve sfinkterler korundu. Planlanan limberg flebi ile defekt rekonstrükte edildi. Bir hafta boyunca lateral dekubit pozisyonda veya yüz üstü pozsiyonda olacak şekilde hasta takip edildi. Flep kaybı görülmedi, yara açılması görülmedi, enfeksiyon ve hematom görülmedi. Resim 1' de sakral füzyon bölgesinde BHK' un preoperatif görünümü (A), eksize edilen 6x8 cm' lik tümör (B) ve postoperatif limberg ile onarımının görünümü (C). Patoloji sonucu BCC şeklinde rapor edildi ve cerrahi sınırlar negatif idi.

Tartışma: Perianal ve sakral deri bazal hücreli karsinom oldukça nadir görülmektedir. Özellikle erkeklerde görülmekle birlikte ortalama başlangıç yaşı 67'dir (3). Bizim hastamız kadın hasta olup 7. dekatta olan bir hastadır. Perianosakral BHK' un etiyolojisi bilinmemekle birlikte kronik tahriş, travma, immünosüpresif ilaçlar ve radyasyon nedenleri arasında gösterilmiştir (4). Amerikan kanser sınıflama komitesine (AJCC) göre 5 cm' nin üzerindeki BHK 'lar dev BHK olarak adlandırılmaktadır (5). Bizim vakamızda da tümör çapı 6x8 cm olup, dev BHK olarak değerlendirilir. Dev BHK nadir görülür, agresif yapıdadır, derin invazyon ve metastaz yapabilen bir tümördür. Literatürde dev BHK ile ilgili az sayıda yayın mevcuttur. Dev BHK tedavisinde kabul edilen tedavi yöntemi cerrahidir. 10 mm' lik Geniş sınırla eksize edilmesine karşılık rezidüel tümör kalma riski %68' dir (6). Bizde 1,5 cm sağlam cerrahi sınırla

rezeke ederek nüks ihtimalini daha da azalttık ve tek aşamada eksziyon ve rekonstrüksiyonu sağlamış olduk. Lokal geniş sınırlı eksizyon cerrahi tedavi için yeterlidir. Fakat perianal bölge sfinkter kas yapılarının korunması önemlidir. Metastaz için immun yetmezlik ve stromal hasarın zaruri olduğu bilinmektedir. BHK' da nadir görülen metastaz yerleri lenf nodu, akciğer, karaciğer ve dalaktır. 3 cm' den büyük lezyonlarda metastaz oranı %2, 5 cm' den büyük lezyonlarda metastaz oranı %25, 10 cm' den büyük lezyonlarda metastaz oranı %50 iken, 25 cm' den büyük lezyonlarda genellikle tanı anında metastaz mevcuttur (7). Bizim vakamızdaki kitle boyutu 10 cm' yakın olmasına rağmen taramada derin invazyon ve metastaz görülmedi. Fakat vücut füzyon bölgesinde görülen dev bir malignite olmasından dolayı yakın takip edilecektir.

Sonuç: Dev bazal hücreli karsinomlarda invazyon ve metaztaz olasılığıda göz önünde bulundurulmalıdır. Kitlenin boyutu arttıkça invazyon ve metaztaz yapma olasılığının anlamlı derecede yükseldiği unutulmamalıdır. Anosakral bölgedeki dev BHK özellikle düşük eğitim seviyesi, hasta ihmali ve bazı çekinceler sonucu oluştuğu da gözden kaçmamalıdır. Ayrıca perineal bölge vücutta orta yüz dışındaki bir diğer füzyon bölgesi olduğundan dolayı bu gölgedeki maligniteler agresif olup yakın takip gerektirmektedir.

Kaynaklar:

1.Agdoğan Ö, Ural A. An evaluation of neglected tumors: Giant basal cell carcinomas. Ann Med Res 2020;27(8):2072-7.

2.A. M. Salih, F. H. Kakamad, and G. M. Rauf, "Basal cell carcinoma mimicking pilonidal sinus: a case report with literature review," International Journal of Surgery Case Reports, vol. 28, pp. 121–123, 2016.

3.Ş. Yaşar, B. Yaşar, T. Doruk, E. Abut, and Z. Aşiran Serdar, "Giant perianal basal cell carcinoma: an uncommon localization: case report," Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, vol. 32, no. 6, pp. 1710–1713, 2012.

4.H. W. Rogers, M. A. Weinstock, S. R. Feldman, and B. M. Coldiron, "Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer (keratinocyte carcinomas) in the US population, 2012," JAMA Dermatology, vol. 151, no. 10, pp. 1081 1086, 2015.

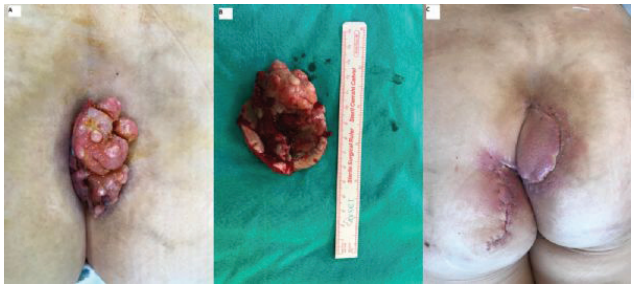
5.Lorenzini M, Gatti S, Giannitrapani A. Giant basal cell carcinoma of the thoracic wall: a case report and review of the literature. Br J Plast Surg 2005; 58(7): 1007-10.

6.Randle HW, Roening RK, Brodland DG. Giant basal cell carcinoma (T3). Who is at risk? Cancer 1993; 72(5): 1624-30.

7.Branko B, Sanda S, Dinko B, Marin N, Davor M. Giantbasal cell carcinoma of the back: A case report and rewiev of the literature. Coll Antropol 2009; 1: 315-8.

Anahtar Kelimeler: cilt kanseri, dev bazal hücreli karsinom, anosakral, füzyon bölgesi

resim 1



sakral füzyon bölgesinde BHK' un preoperatif görünümü (A), eksize edilen 6x8 cm' lik tümör (B) ve postoperatif limberg ile onarımının görünümü (C).

P-227

Lokal Agresif Seyreden Dermatofibrosarkoma Protuberans Olgularında Cerrahi Tedavi ve Takip Sonuçları

Ferhat Kızılay, Mehmet Taha Coşkun, Ceyhun Uzun, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş-Amaç: Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), fibroblast kökenli, düşük dereceli ve nadir görülen bir sarkomdur. Başlangıçta yanlış tanı konması ve tanı konduğunda tümörün büyük olması yaygındır. DFSP nadiren metastaz yapar; metastaz durumunda en sık akciğer, kemik veya bölgesel lenf nodlarına yayılım görülür. Üç boyutlu görüntüleme çalışmaları, tümörün düzensiz ve parmak benzeri uzantılarla çevre dokulara yayılabildiğini göstermiştir. Bu nedenle, cerrahi sırasında özellikle yüzeyel ve derin sınırların tam olarak değerlendirilememesi, eksik çıkarım ve lokal nüksle sonuçlanabilir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimize başvuran DFSP hastalarına uyguladığımız tedavi modalitelerini aktarmak ve bir literatür taraması sunmaktır.

Materyal-Metod: Kliniğimizde daha önce DFSP nedeniyle 2020-2025 yılları arasında başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. Çalışma sonucunda 21 hastanın verilerine ulaşıldı. 11 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, defektin yeri, reeksizyon planları, rekonstrüksiyon yöntemleri ve nüks oranları araştırıldı. Hastaların ortalama takip süresi 30 aydı. Hastaların 6'sı kadın, 5'i erkek olup, bu dağılım literatür bilgisi ile uyumlu izlendi. Hastaların yaşı 17-82 arasında izlendi, ortalama yaş 41,7 olarak hesaplandı.

Cerrahi Teknik: Lezyonun lokalizasyonuna göre 2 ile 3 cm marj konuldu. Lezyonların eksizyonu subkutan dokuyu tam kat içerecek şekilde yapıldı. 1 vakada kas dokusu da tanjansiyel olarak eksize edildi. 1 vakada batında nüks gelişmesi üzerine kas fasyası dahil edilerek reeksizyon gerçekleştirildi. 5 olguda oluşan defekt STSG ile rekonstrükte edildi. 2 olguda skalp flebi yapıldı. Bu iki olgunun birinde STSG ile rekonstrüksiyon tercih edilmiş olup, cerrahi sınırın yakın gelmesi üzerine skalp flebi ile nihai rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. 4 olgu ise primer sütüre edildi.

Bulgular: Hastalardan 2' sinin eksizyonu batında gerçekleştirildi. 1 hastanın 1 cm cerrahi marjla eksizyonu sonrası cerrahi sınırın 1 mm gelmesi üzerine rektus kas fasyası dahil edilerek 2 cm cerrahi marj ile reeksizyonu gerçekleştirildi. Postoperatif 5. ayında çekilen PET CT

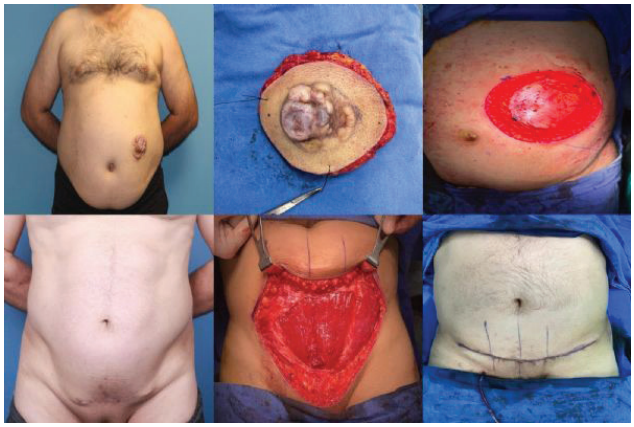
görüntülemesinde nüks ile uyumlu lezyon izlenmesi üzerine USG ile yakın takibe alındı. Hasta şu anda postop 3. yılında olup sorun görülmedi. Batında eksizyonu gerçekleştirilen bir diğer hastada 3 cm cerrahi marj ile rektus kas fasyası üzerinden tümörü eksize edildi. Postoperatif 6. ayında çekilen PET CT görüntülemesinde nüks ile uyumlu lezyon görülmesi üzerine MRG ile takip edildi. MRG'de patoloji izlenmeyen hasta yakın takibe alındı. Şu anda postoperatif 2. yılında olan hastada sorun görülmedi. Her iki hastanında takiplerinde nüks düşündüren klinik bulgu izlenmedi. Bu iki hastada takip ve tarama yöntemi olarak PET CT yerine kontrastlı MRG ve USG tercih edilmesinin literatür bilgisi ile de uyumlu olduğu görüldü. 2 hastanın tümörü skalpte olup 2 ve 3 cm marj ile eksize edildi. Ardından skalp flebi ile rekonstrüksiyonu yapıldı. Kalan 7 hastanın tümörü ekstremitelerde izlendi. Bu hastalardan 4' ünün defekti primer sütüre edildi. 3 hasta ise deri grefti ile rekonstrükte edildi.

Hastaların operasyon sonrası 2. ay, 4. ay, 6. ay, 1. yıl ve 3. yılda yakın takipleri gerçekleştirildi.

Tartışma ve Sonuç: Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP), lokal agresif eğilimi ile bilinen, düşük dereceli ve nadir görülen bir sarkomdur. DFSP, daha derin dokulara potansiyel invazyon ile karakterize lokal infiltratif bir yapıya sahiptir. Bu nedenle 2-3 cm gibi geniş cerrahi marj ile eksizyonu önerilmektedir. Eksizyon, infiltre eden tümör hücrelerini çıkarmak için derin fasyaya ulaşmalıdır. Derin invazyon durumunda, fasya ve alttaki yüzeysel kasların çıkarılması gerekir. Tanısal amaçlı alınan yüzeyel biyopsi iyi huylu lezyonlarla karıştırılabilir; bu nedenle subkutan dokuyu içeren punch veya insizyonel biyopsi alınmalı, gerektiği durumda da örneklem genişletilmelidir. Geniş yayılım düşünülüyorsa kontrastlı MR planlanmalı, klinik alt tipine göre postoperatif tedavi yönetimi tartışılmalıdır. Fibrosarkomatöz değişim (FS-DFSP) ile lokal nüks riskinde artış, daha kısa nüks süresi ve metastaz riskinde artış arasında ilişki olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle multidisipliner yönetim düşünülmelidir. Sistemik tedavi ve adjuvan radyoterapi açısından değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi tedavi, dermatofibrosarkoma protuberans, lokal agresif, nüks

Olgu Sunumu



Resim 1 Üstte: 46 yaş erkek hasta, 3 cm marj ile eksize edilen batındaki DFSP lezyonunun soldan sağa sırasıyla ameliyat öncesi ve ameliyat esnasındaki görüntüleri Altta: 50 yaş erkek hasta, batında 2 cm marj ile DFSP lezyonu reeksize edilmiştir. Soldan sağa sırasıyla ameliyat öncesi, ameliyat esnası ve ameliyat sonrası görüntüleri

P-228

Bazal Hücreli ve Skuamöz Hücreli Karsinomlarda Cerrahi Sınır Pozitifliğinin Lokalizasyon ve Histopatolojik Riskler ile İlişkisinin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Retrospektif Analiz

Refik Ozan Bozdayı, Alperen Demirel, Ali Osman Tuncer, Servet Elçin Alpat, Savaş Serel

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

Amaç:

Bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) olgularında cerrahi sınır pozitifliği (yetersiz eksizyon) oranını belirlemek ve buna etki eden klinik risk faktörlerini analiz etmek. Özellikle tümör tipi (BHK vs SHK), lokalizasyon (yüz/skalp vs diğer bölgeler) ve histopatolojik alt tiplerin cerrahi sınır pozitifliğiyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2020–2025 yılları arasında kliniğimizde eksize edilen toplam ~250 non-melanositik deri kanseri olgusu retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik verileri, tümör tipi, lokalizasyonu ve histolojik alt tip bilgileri kaydedildi. Cerrahi sınır pozitifliği, patoloji raporunda tümörün lateral veya derin, en yakın cerrahi sınırda devam ettiğinin raporlanması olarak tanımlandı. BHK ve SHK grupları pozitif cerrahi sınır oranları açısından karşılaştırıldı. Tümör lokalizasyonları "yüz/skalp" (baş-boyun bölgesi) ve "diğer bölgeler" şeklinde sınıflandırılarak eksizyon sınırlarının tümör içerme oranları analiz edildi. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanıldı; $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

İncelenen bütün tümörlerde patolojik verilerde genel pozitif cerrahi sınır oranı yaklaşık %25 olarak bulundu. Yüz ve saçlı deri yerleşimli tümörlerde pozitif cerrahi sınır oranı, diğer bölgelere kıyasla belirgin şekilde daha yüksek gözlendi (ör. yüz/skalp bölgesi ~%30, diğer bölgeler %15; $p<0,05$). En yüksek sınır pozitifliği oranları göz çevresi, medial kantus (%20'nin üzerinde) ile kulak (%15–20) lokalizasyonlarında görüldü. SHK olgularında pozitif cerrahi sınır oranının, BHK olgularına göre sayısal olarak daha yüksek olduğu saptandı (yaklaşık %30 vs %20), ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmedi. Histopatolojik alt tip analizinde, agresif özellikli BHK'larda (özellikle infiltratif/morfeiform veya bazoskuamöz tip) ve düşük diferansiyasyon gösteren SHK'larda cerrahi sınır pozitifliği oranlarının daha yüksek olduğu gözlendi.

Sonuç:

Yüksek riskli lokalizasyonlarda ve agresif alt tiplerde, cerrahi sınırlarında tümör hücrelerinin varlığını önlemek için başlangıçtan itibaren geniş rezeksiyon sınırları ve gerektiğinde aşamalı cerrahi teknikler kullanılmalıdır. Cerrahi sınır pozitifliği saptanan olgularımızın yaklaşık dörtte birinde ikinci bir cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmuştur. İkinci operasyon verilerimiz, ilk eksizyonunda pozitif/şüpheli sınır kalan vakaların büyük kısmında yeniden eksizyon yapılarak başarıyla negatif cerrahi sınır elde edildiğini göstermektedir. Bu da, pozitif cerrahi sınır saptandığında erken dönemde re-operasyon ile tam eksizyon sağlanmasının önemini vurgulamaktadır. Non-melanom deri kanserlerinde cerrahi sınır pozitiflik oranlarımız literatürle uyumlu düzeydedir. Özellikle yüz ve kafa derisi gibi zor bölgelerde tümörün tam olarak çıkarılamama riski yüksektir. BHK ve SHK'nın cerrahi eksizyonlarında özellikle baş-boyun bölgesi yerleşimli tümörlerde yetersiz eksizyon riski artmaktadır. Göz kapağı/medial kantus ve kulak gibi anatomik bölgeler, cerrahi sınır pozitifliği açısından en riskli alanlar olarak saptanmıştır.

SHK'larda eksizyonun yetersiz sınırlarda kalma oranı BHK'ya kıyasla daha yüksek olup, agresif histolojik alt tipler pozitif cerrahi sınır açısından daha yüksek risk taşımaktadır. Bu bulgular, yüksek riskli bölgelerde ve tümör tiplerinde cerrahi tedavinin planlanmasında daha geniş güvenlik marjları veya gerektiğinde Mohs mikrocerrahisi gibi ileri yöntemlerin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Sınır Pozitifliği, BHK, SHK, Tümör Lokalizasyonu, Tümör Histopatolojik alt tipi

Tümör Lokalizasyonuna Göre Pozitif Cerrahi Sınır Oranları

Tümör Bölgesi	Pozitif Cerrahi Sınır Oranı
Göz kapağı / Periorbital bölge (göz çevresi)	~%40 (yüksek risk)
Medial kantus (gözün iç köşesi)	%33 (yüksek risk)
Kulak (auriküler bölge)	%31 (yüksek risk)
Burun	%17
Diğer bölgeler (gövde, ekstremite)	~%10–15

P-229

30 yaşında bir kadın hastada skuamöz hücreli karsinom olgusu

Ömer Kokaçya, Gazi Kutalmış Yaprak, İbrahim Tabakan, Erol kesiktaş, İdris Akar

Çukurova Üniversitesi tıp fakültesi plastik Rekonstrüktif Cerrahi ana bilim dalı

GİRİŞ:

ORAL SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM (OSHK), AĞIZ BOŞLUĞU MALİGNİTELERİNİN %90'INDAN FAZLASINI OLUŞTURMAKTADIR. GENELLİKLE ELLİ YAŞIN ÜZERİNDEKİ ERKEKLERDE GÖRÜLEN BİR HASTALIKTIR VE 40 YAŞ ALTI GENÇ YETİŞKİNLERDE NADİRDİR, TÜM ORAL KANSERLERİN %1 İLA %6'SINI OLUŞTURUR (1) GELENEKSEL OLARAK OSHK, SİGARA VE ALKOL TÜKETİMİ GİBİ ÖNEMLİ RİSK FAKTÖRLERİYLE İLİŞKİLENDİRİLSE DE, GENÇ HASTALARDAKİ VAKALARIN ÇOĞUNDA BU RİSK FAKTÖRLERİ BULUNMAMAKTADIR(2) DUDAK SHK'Sİ, TÜM ORAL KAVİTE KANSERLERİNİN YAKLAŞIK DÖRTTE BİRİNİ (%25-%30) OLUŞTURUR(3) BU VAKA RAPORU, SOL ALT DUDAĞINDA HIZLA BÜYÜYEN VE TİPİK RİSK FAKTÖRLERİ BULUNMAYAN 30 YAŞINDAKİ GENÇ BİR KADIN HASTADAKİ DUDAK SHK'SİNİ VE İLERİ EVRE BÖLGESEL YAYILIMINI VURGULAMAKTADIR.

Olgu:

30 YAŞINDA EK HASTALIĞI OLAMAYAN KADIN HASTA, 2024 YILI AĞUSTOS AYINDA SOL ALT DUDAKTA UÇUK ŞEKLİNDE BAŞLAYAN VE GİDEREK BÜYÜYEN KİTLE NEDENİYLE TARAFIMIZCA İNSİZYONEL BİYOPSİ ALINMIŞTIR VE SONUCU, İYİ DİFERANSİYE SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM OLARAK RAPORLANMIŞTIR. YAPILAN İNCELEMELERDE SOL ALT DUDAK KESİMİNDE HİPERMETABOLİK DÜZENSİZ YUMUŞAK DOKU LEZYONU (PRİMER TÜMÖR), SUBMENTAL VE SUBMANDİBULAR İKİ ADET HİPERMETABOLİK METASTATİK LENF NODU VE SOL MANDİBULAR BÖLGEDE HİPERMETABOLİK LENF NODU KOMŞULUĞUNDAN CİLDE UZANAN HİPERMETABOLİK NODÜLER LEZYON SAPTANMIŞTIR. TÜMÖR TARAFIMIZCA GENEL ANESTEZİ ALTINDA GENİŞ MARJİNDEN EKSİZE EDİLDİ. KBB EKİBİNCE SOL LEVEL 1/2/3/4 BOYUN DİSEKSİYONU(CİLT EKSİZYONU İLE BİRLİKTE) SAĞ LEVEL 1/2/3 BOYUN DİSEKSİYONU GERÇEKLEŞTİRİLDİ VE TARAFIMIZCA SOL SERVİKALDE OLUŞAN DEFEKT PEKTORAL FLEP İLE ONARILDI.

TARTIŞMA:

BU VAKA RAPORU, İYİ DİFERANSİYE SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMUN (SHK), ÖZELLİKLE TEDAVİYE BAŞLANMASINDAKİ GECİKME NEDENİYLE, GENÇ BİR KADIN HASTADA HIZLA YAYILABİLECEĞİNİ GÖSTERMEKTEDİR. HASTANIN DURUMUNUN KÖTÜLEŞMESİ VE NİHAYETİNDE ÖLÜM İLE SONUÇLANABİLMESİ, TANININ KONULMASININ ARDINDAN HIZLI VE UYGUN MÜDAHALENİN KRİTİK ÖNEMİNİ VURGULAMAKTADIR (4)

GENELLİKLE, İYİ DİFERANSİYE SHK'LER DAHA YAVAŞ BÜYÜRKEN, KÖTÜ DİFERANSİYE SHK'LERİN DAHA HIZLI BÜYÜDÜĞÜ BİLİNMEKTEDİR.(5) ANCAK, BU VAKA, HİSTOPATOLOJİK DİFERASYON DÜZEYİNİN TEK BAŞINA PROGNOZU BELİRLEMEDİĞİNİ VE TEDAVİ GECİKMESİ GİBİ DİĞER FAKTÖRLERİN HASTALIĞIN SEYRİNİ DAHA AGRESİF HALE GETİREBİLECEĞİNİ ORTAYA KOYMAKTADIR. BU VAKA, HİSTOPATOLOJİK DİFERASYON DÜZEYİNİN TEK BAŞINA PROGNOZU BELİRLEMEDİĞİNİ, ÖZELLİKLE GENÇ HASTALARDA VEYA TEDAVİ GECİKMESİ GİBİ EK FAKTÖRLERİN VARLIĞINDA, KLİNİK SEYRİN BEKLENENDEN DAHA KÖTÜ OLABİLECEĞİNİ ÇARPICI BİR ŞEKİLDE GÖSTERMEKTEDİR. BU NEDENLE, GENÇ HASTALARDAKİ SHK VAKALARINDA YÜKSEK ŞÜPHECİLİK, HIZLI TEŞHİS VE ÇOK DİSİPLİNLİ BİR TEDAVİ YAKLAŞIMI, HASTALIKSIZ SAĞKALIM ORANLARINI ARTIRMAK İÇİN KRİTİK ÖNEME SAHİPTİR(4)

Sonuç:

BU VAKA RAPORU, 30 YAŞINDAKİ GENÇ BİR KADIN HASTADA NADİR GÖRÜLEN, ALT DUDAKTA HIZLI İLERLEYEN VE BÖLGESEL LENF NODU METASTAZLARI GÖSTEREN İYİ DİFERANSİYE SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM VAKASINI SUNMAKTADIR. HASTADA TİPİK RİSK FAKTÖRLERİNİN BULUNMAMASI VE LEZYONUN HIZLI İLERLEMESİ, GENÇ HASTALARDA OSHK'NİN FARKLI BİR ETİYOLOJİ VE BİYOLOJİK DAVRANIŞA SAHİP OLABİLECEĞİNİ DÜŞÜNDÜRMEKTEDİR. BU VAKA, KALICI VEYA HIZLA BÜYÜYEN ORAL LEZYONLARI OLAN GENÇ HASTALARDA, KLASİK RİSK FAKTÖRLERİ OLMASA BİLE, YÜKSEK KLİNİK ŞÜPHE VE ERKEN BİYOPSİNİN HAYATİ ÖNEMİNİ VURGULAMAKTADIR. AGRESİF SEYİRLİ OLABİLEN BU TÜR VAKALARDA, MULTİDİSİPLİNER BİR YAKLAŞIMLA ZAMANINDA VE KAPSAMLI CERRAHİ VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİN UYGULANMASI, HASTA SAĞKALIMINI VE YAŞAM KALİTESİNİ ARTIRMAK İÇİN ELZEMDİR.

Kaynakça,

1. Falaki F, Dalirsani Z, Pakfetrat A, Falaki A, Saghravanian N, Nosratzehi T, Pazouki M. Clinical and histopathological analysis of oral Squamous cell carcinoma of young patients in Mashhad, Iran: A retrospective study and review of literatures. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Jul 1;16(4):e473-7.

2. Bodner L, Manor E, Friger MD, van der Waal I. Oral squamous cell carcinoma in patients twenty years of age or younger – Review and analysis of 186 reported cases. Oral Oncol. 2014;50(2):84–89.

3. Hirota SK, Migliari DA, Sugaya NN. Oral squamous cell carcinoma in a young patient – Case report and literature review. An Bras Dermatol. 2006;81:251-4.

4. Kukde MM, Lanjekar A, Deotale K, Noman O, Selokar D. Presentation of a 32-Year-Old Female Patient With Rapidly Growing Oral Squamous Cell Carcinoma: Report of a Rare Case. Cureus. 2023 Jun 27;15(6):e41042

5. Vermaak PV, Manushakian J. Rapidly enlarging skin lesion on the lip. BMJ Case Rep. 2013 Dec 16;2013:bcr2013009524

Anahtar Kelimeler: scc, alt dudak, genç kadın

P-230

Zorlu Yüzleşmeler: Lokal ileri Yüz ve Kafa Deri Kanserlerinde Cerrahi Stratejiler ve Rekonstrüktif Çözümler

Özlem Çolak[1], Alper Kaan Sever[1], Mehmet İhsan Gülmez[2]

[1]Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hatay

Yüz ve kafa bölgesinde görülen lokal ilerlemiş deri kanserleri, yalnızca estetik deformitelere yol açmakla kalmayıp; görme, konuşma, beslenme ve sosyal iletişim gibi temel fonksiyonları da tehdit eden, yüksek morbiditeye sahip klinik tablolardır. Bu hastalık grubu çoğunlukla ileri yaşlarda karşımıza çıkmakta, komorbiditeler nedeniyle tedavi kararlarını zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, fonksiyonel kayıplar ve yüz bölgesindeki görünür defektler, hastaların yaşam kalitesini derinden sarsmaktadır. Bu nedenle bu olgular, plastik cerrahinin hem onkolojik prensiplerini hem de rekonstrüktif becerilerini bir araya getirmeyi zorunlu kılar. Çalışmamızda, tedavi edilen lokal ilerlemiş olgular üzerinden cerrahi stratejilerimizi, karşılaşılan zorlukları ve rekonstrüksiyon deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Son beş yıl içerisinde lokal ilerlemiş bazal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom ve nadir malign tümörler nedeniyle opere edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Geniş eksizyon sonrası defektler, doku transferleri ve gerektiğinde mesh destekli rekonstrüksiyon yöntemleriyle kapatıldı.

Hastaların çoğu ileri yaş grubunda olup tümörler en sık alın, nazal ve skalp bölgelerinde izlendi. Uygulanan cerrahi ve rekonstrüktif yöntemlerle fonksiyonel bütünlük korunmuş, estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir. Komplikasyon oranı düşük düzeyde kalmıştır.

Lokal ilerlemiş yüz ve kafa deri kanserlerinde agresif cerrahi, uygun rekonstrüksiyon teknikleriyle birlikte uygulandığında hem onkolojik kontrol hem de yaşam kalitesi açısından yüz güldürücü sonuçlar sağlamaktadır. Deneyimlerimiz, multidisipliner yaklaşımın ve kişiye özel rekonstrüksiyon planlamasının bu kompleks hasta grubunda başarının anahtarı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Deri kanseri, Flepler, Lokal ilerlemiş, Multidisipliner yaklaşım

Resim



İhmal edilmiş bir SCC vakasının eksizyon görüntüsü

P-231

Bazoskuamöz Hücreli Karsinomlarda Tedavi, Lokal Nüks ve Metastaz

Ahmet Onurcan Durmuş, Furkan Erten, Recep Okan Üstün, Göktekin Tenekeci

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

Giriş-Amaç: Bazoskuamöz hücreli karsinomlar (BSC) hem bazal hücreli karsinom (BCC) hem de skuamöz hücreli karsinomun (SCC) klinik, dermoskopik ve histolojik özelliklerin bir kombinasyonu ile karakterize, genellikle güneş gören baş boyun bölgesinde olmak üzere nadiren ekstremitelerde görülen tüm cilt kanserlerinin %1,2-2,7'sini oluşturan tümörlerdir. Daha agresif klinik seyir ve özellikle de lokal nüks, metastatik potansiyeli açısından klinik olarak bazal hücreli karsinomlardan farklılık gösterse de bazal hücreli karsinomların (BCC) alt tipi olarak sınıflandırılmaktadır. Bazoskuamöz hücreli karsinomun hastalık seyriyle ilgili geniş bir klinik değerlendirmeye literatürde nadir rastlanmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde opere edilen ve bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı alan hastalardaki lokal nüks, sistemik metastaz, lenf nodu tutulumu, cerrahi sırasında bırakılacak güvenlik marjının değerlendirilmesidir.

Materyal-Metod: Kliniğimizde 2014-2025 yılları arasında 89 hasta bazoskumöz hücreli karsinom nedeniyle opere edildi. Bu hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Lezyonun yeri, lokal eksizyon sırasında bırakılan cerrahi sınır, preoperatif biyopsi tanıları, lokal nüks oranları, lokal nüks ve lokal nüks olana kadar geçen süre, eşlik eden başka cilt kanseri varlığı, perinöral invazyon ve lenfovasküler invazyonun varlığı, uzak metastaz, Kİ-67 pozitifliği açısından değerlendirildi.

ulgular: Çalışmamıza bu dönemde tüm BSC tanısı alan 49 erkek ve 40 kadın olmak üzere toplam 89 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 69,88 iken hasta grubunda çıkarılan tümörlerin 28'i burundan (%31), 11'i frontal bölgeden (%12), 10'u kulak çevresinden (%11) olmak üzere 81 (%91) hastada tümörün lokalizasyonu baş ve boyun bölgesinde bulunuyordu. Kalan 8 hastada tümör ekstremite (6) ve göğüs (2) duvarında bulunuyordu. Hastaların 47'sinde <=5 mm, 8'inde 5-10mm arası, 26 tanesinde 10mm, 5 tanesinde >10mm cerrahi sınır bırakıldı. <=5 mm cerrahi sınır bırakılan 47 hastanın 33'ünde, 5-10 mm cerrahi sınır bırakılan 8 hastanın 6'sında, 10 mm cerrahi sınır bırakılan 26 hastanın 23'ünde, >10mm cerrahi sınır bırakılan 5 hastanın hiçbirinde lokal nüks görülmedi. Hastaların 19'unda (%21) 1 ile 60 ay arasında değişen sürelerde lokal nüks görüldü. 19 lokal nüksün 8'i erkek hastalarda iken 11 tanesi kadın hastalarda görüldü. Lokal nüks lezyonların 9'u burunda, 3'ü kulak ve çevresinde, 2'si malar bölgede görüldü. Lokal nüks görülen 19 hastanın 9'unda farklı bir bölgede eşlik eden BCC ya da SCC mevcut idi. Yine lokal nüks görülen 19 hastanın 14'ünde <=5 mm sınır, 2'sinde 5-10 mm sınır, 3 tanesinde 10 mm sınır bırakılmıştı. Lokal nüks görülen 19 hastanın 9'unda cerrahi sınır devamlılığı mevcuttu. Cerrahi sınır pozitifliği olan 9 hastanın 6'sında 5 mm, 1 tanesinde 8 mm, 2 tanesinde 10 mm cerrahi sınır bırakılmıştı. Ancak 10 mm sınır bırakılan 2 hastanın sınır devamlılığı tabanda mevcuttu. Bu hastalar daha sonra cerrahi rerezeksiyona alındılar. 3 hastada tanısı kesinleştirilmiş metastaz saptandı. 1 hastada boyundaki lezyon eksizyonu sonrası boyunda metastatik lenf nodu, 1 hastada sol alt göz kapağında tümör eksizyonu sonrası submandibular bezde SCC, 1 hastada göz kapağında invaze tümör nedeniyle operasyon sonrası göz ekzenterasyon materyalinde 1 adet metastatik lenf nodu saptandı. 89 hastanın 72'sinde insizyonel biyopsi yapılmış olup bunlardan 24 hastanın (%33) preoperatif insizyonel biyopsi sonucu BSC olarak raporlanırken, 38 hastanın (%52) ise insizyonel biyopsi sonucu BCC olarak raporlandı. Patolojik incelemelerde 5 hastada Kİ-67 ile boyanma değişen oranlarda pozitif bulunmuştur. Perinöral invazyona 14 hastada rastlandı. Bu 14 hastanın 5'inde lokal nüks saptanırken 1 hastada metastaz ile karşılaşıldı.

Sonuçlar-Tartışma: Bazoskuamöz hücreli karsinomlar diğer cilt kanserlerine oranla daha nadir görülmekle santral yüz afinitesi nedeniyle olguların cerrahi tedavisi zorlaşmaktadır ve bırakılan cerrahi sınır kısıtlı tutulmaktadır. Erkek cinsiyet, yaş ve güneşe maruziyet genel risk faktörleridir. Bazoskuamöz hücreli karsinomlar histolojik olarak aralarında bir geçiş zonu bulunan hem bazal hücreli karsinom hem de skuamöz hücreli karsinom alanlarını içeren bir tümör olarak tanımlanır. Bu geçiş bölgesinin atipik hücrelere sahip bir bazal hücreli karsinom alanı yerine bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom hücreleri arasında diferansiyasyon aşamasını temsil ettiği düşünülmektedir. Muhtemelen bu nedenle BSC'lerde yapılan insizyonel biyopsilerde histolojik tanı karışabilmektedir. İnsizyonel biyopsi ile gerek materyalin yetersizliği gerekse patolojik olarak tanısının zor konması nedeniyle preoperatif olarak BCC tanısı alması sık görülen bir durumdur. Çalışmamızda preoperatif biyopsi yapılan 72 hastanın 38'inde preoperatif biyopsi sonucu BCC olarak raporlanması bunu desteklenmektedir. Ayrıca preoperatif biyopsi sonucu SCC olarak raporlanan ancak total eksizyon sonrası BSC olarak raporlanan hastaların da mevcut olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda lokal eksizyon sonrası nüks %12-%45 arasında bildirilmektedir. Çalışmamızda da 19 hastada (%21) lokal nüks ile bazal hücreli karsinomdan klinik olarak daha agresif seyrettiği görülmektedir. Lokal nüks görülen 19 hastanın 14'ünde <=5 mm, 2'sinde 5-10 mm sınır cerrahi sınır bırakılması ve bu lokal nüks olan hastalar arasında cerrahi sınır pozitifliği olan 9 hastanın 6'sında 5 mm,1 tanesinde 8 mm, 2 tanesinde 10 mm cerrahi sınır olmak üzere 9 hastanın 7'sinde 10 mm'den az cerrahi sınır bırakılmış olması BSC tanısı alan hastalarda en az 10 mm güvenli cerrahi sınır bırakmak gerektiğini göstermektedir. Geniş eksizyonun ciddi estetik ya da fonksiyonel kayıp yaratacağı bölgelerde eksizyonel biyopsi ve kesin tanı sonrası sınır genişletme planlanabilir. 1 hastada boyunda metastatik lenf nodu, 1 hastada submandibular bezde SCC, 1 hastada göz kapağında invaze tümör nedeniyle operasyon sonrası göz ekzenterasyon materyalinde 1 adet metastatik lenf nodu olmak üzere 89 hastanın 3 tanesinde metastaz görülmesi; bazoskuamöz hücreli karsinomlarda bölgesel lenf nodu metastazının ve uzak organ metastazının sıklığı düşük olsa da mümkün olduğunu bu nedenle de bölgesel lenf nodu ve uzak organ metastazı açısından da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yapılacak meta analiz çalışmaları ile preoperatif dönemde bölgesel lenf nodu yayılımı ve uzak organ metastazı açısından ileri tetkik gerekliliği açısından kriterler belirlenebilir. Sonuç olarak bu tümörün lokal agresif olması nedeniyle en az 10 mm güvenli cerrahi sınır bırakılmalıdır. Lenf nodu tutulumu ve metastaz potansiyeli de akılda tutularak cerrahi sonrası gerekli tetkik ve yakın takibi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bazoskuamoz, bsc, nüks

P-232

Lumbosakral Bölge Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Bilateral Lumbar Arter Perforatör Flebinin Kullanımı: İki Olguluk Sunum

Serdar Dönmez, Muhammed Enes Yılmaz, Furkan Altar Deniz, Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın

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

Giriş

Lumbosakral bölgedeki defektlerin rekonstrüksiyonu, spinal cerrahiler sonrası implant ekspozisyonları, meningomyelosel gibi konjenital defektler,bası yaraları,hidraadenitler veya tümör rezeksiyonları sonrası oluşan geniş doku kayıplarında önemli bir cerrahi sorundur. Bu bölgede rekonstrüksiyon; nörolojik yapıların korunması, implant enfeksiyonlarının önlenmesi ve uzun dönem stabilitenin sağlanması açısından kritiktir.Bu tür bir yara genellikle büyük deri altı doku boşlukları ve ölü boşluklarla karakterizedir. Çeşitli vaskülarize flepler, vasküler perfüzyonu artırarak ve bölgedeki altta yatan ölü alanı azaltarak bir çözüm olarak uygulanabilir. Lokal perforatör tabanlı fasiyokutanöz fleplerden ven greftleri ile karmaşık serbest flep rekonstrüksiyonuna kadar lumbosakral rekonstrüksiyon için birden fazla teknik tanımlanmıştır. Bu bildiride farklı nedenlere bağlı geniş lumbosakral defektlerin onarımında bilateral lumbar arter perforatör fleplerinin tercih edilme nedenlerinden bahsedilecektir.

Olgu Sunumları

Olgu 1:

19 yaşında kadın hasta, yüksekten düşme sonrası multitravma nedeniyle dış merkezde ortopedi servisinde takip edilmiş. L4 ve L5 vertebra, sakrum ve femur fraktürleri bulunan hastada lomber vertebra ve sakrum kırıklarına yönelik internal vida ile stabilizasyon uygulanmış. Yara detaşmanı gelişmesi sonrasında sakrumda bulunan internal fiksatörler açığa çıkmış ve kötü kokulu akıntı meydana gelmiş. Hasta tarafımıza uygulanan operasyon alan enfeksiyonun kontrol altına alınamaması ve fiksatörlerin üzerinde ortaya çıkan 30x25 cm doku defekti nedeniyle yönlendirildi.

Yara yeri enfektif durumun kontrolünün sağlanması amacıyla ardışık-seri debridmanlar uygulandı. Olası rekonstrüktif seçenekler açısından alt ekstremite, pelvis ve lomber bölge donör sahaları vasküler yapıların sağlamlığı ve kalibrasyonu açısından BT anjiografi ile değerlendirildi. Preop Doppler usg ile LAP pediküllerinin güvenirliği test edildi.

Preop görüntülemeler sonrası yapılan değerlendirmede lumbosakral bölgedeki defektler için güvenilir seçeneklerden olan SGAP ve IGAP flepleri bt anjioda uygun kalibrasyon görülmemesi ve doppler usg ile atım alınamaması nedeniyle(travmaya sekonder olduğu düşünülen) kullanılamadı. Gluteus maksimus kas flebi ve LD kas flepleri vidaların çıkıntılı olması ve ileride ekspozisyon riski düşünülerek nihai aşamalara bırakıldı.

Ardışık tekrarlanan debridmanlar ve iv antibioterapilerle enfeksiyon gerilediği gözlemlendi.Bilateral hazırlanan L4 Lumbar arter perforatör flepleriyle rekonstrüksiyon sağlandı. Post op 2.ayında takiplerinde sol gluteal bölgeye bakan vida hizasında detaşman ve vida ekspozisyonu gözlemlendi. Vidaların en az 9 ay daha çıkarılamayacağının ortopedi ekiplerinden öğrenilmesi nedeniyle daha önceden kullanılmayan ve sonraki seanslara bırakılan kas fleplerinin vidaların çıkarıldığı son aşamalara kadar elimizde koz olarak saklanması uygun görüldü.Sol gluteadan hazırlanan 25x10cm v-y flep ile rekonstrüksiyon sağlandı.

Olgu 2:

28 yaşında kadın hasta. Daha önceden operasyon öyküsü olmayan lumbosakral bölgede akıntısı giderek artan spina bifidalı paraplejik hastanın çekilen MR raporunda

Lumbosakral düzeyde yağ ve kistik dansitede alanlar barındıran,spinal korduda içine alan ve spinal kordun bu düzeyde sonlanım gösterdiği üstü yağ doku ile örtülü açıklık izlenmektedir.(Meningomyelosel).Tethered kord izlenmektedir.

Notları bulunan hastanın muayenesinde akıntının BOS kaynaklı olduğu görüldü.Nöroşirurji ekipleri tarafından meningomyelosel için operasyon planlandı ve tarafımıza oluşan 23x17cm defekt için konsülte edildi. Olası rekonstrüktif seçenekler açısından alt ekstremite, pelvis ve lomber bölge donör sahaları vasküler yapıların sağlamlığı ve kalibrasyonu açısından preop BT anjiografi ile değerlendirildi.Perop Doppler usg ile perforatörlerin güvenilirliği doğrulandı.

Lumbosakral bölgede oluşan 23x17cm defekt izlenen hastaya bilateral L4 lumbar arter perforatörlerine dayalı fasyokutan flepler ile rekonstrüksiyon sağlandı.Primer kapatılması planlanan hastanın sol taraftaki flebin lateralinde flepteki gergİnlik oluşturmaması ve dolaşımını tehlikeye atmaması adına 5x3cmlik cilt defekti sol uyluk lateralinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Post op 3.ayında tamamen iyileşme izlendi.

Tartışma

Lumbosakral bölgedeki defektlerin rekonstrüksiyonu; spinal cerrahiler sonrası implant ekspozisyonları, enfeksiyonlar ve meningomyelosel gibi konjenital defektlerde önemli bir cerrahi sorundur. Spinal cerrahi sonrası implant ekspozisyonları tedavi edilmediğinde implant kaybı, derin enfeksiyon ve ciddi morbiditeye yol açmaktadır. Bu tür durumlarda rekonstrüksiyonun temel amacı yalnızca yumuşak dokunun kapatılması değil, aynı zamanda enfeksiyonun kontrolü, implant stabilitesinin korunması ve uzun dönemde yara iyileşmesinin sağlanmasıdır.

Lumbar arter perforatör (LAP) flepleri, kas bütünlüğünü koruyarak iyi vaskülarize ve güvenilir doku transferi sağlamaları nedeniyle öne çıkmaktadır. LAP fleplerin geniş bir rotasyon arkına sahip olması, orta ve büyük boy defektlerin gerilimsiz olarak kapatılmasına imkân verirken, donör sahasının genellikle primer olarak kapatılabilmesi deri grefti gereksinimini ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca ameliyat süresinin daha kısa olması ve minimal kan kaybı sağlaması, hem erişkinlerde hem de neonatal hastalarda güvenle uygulanabilirliğini artırmaktadır. Tekrarlayan enfekte sahalarda bile iyi perfüze bir doku getirerek yara iyileşmesini hızlandırması, LAP fleplerin önemli avantajlarından biridir. Bunun yanı sıra paraspinal ve gluteal kas rezervinin korunması, özellikle paraplejik hastalarda ileride gelişebilecek bası yaralarının onarımında rekonstrüktif seçeneklerin saklanmasını mümkün kılmaktadır.

Meningomyelosel defektlerinin onarımında ise LAP flepler yakın zamanda ön plana çıkmaktadır.Rotasyon, V–Y ilerletme veya Z-rhomboid flepler, sütür hattının doğrudan nörolojik onarım üzerine gelmesi nedeniyle beyin omurilik sıvısı (BOS) fistülü ve enfeksiyon riskini artırırken, muskülokütanöz flepler yüksek kan kaybı ve uzun ameliyat süresi nedeniyle eleştirilmiştir. Bu yönüyle LAP fleplerin kas koruyucu olması ve donör saha morbiditesinin düşük kalması, meningomyelosel defektlerinin onarımında önemli bir avantaj sağlamaktadır. Bununla birlikte LAP fleplerin bazı sınırlılıkları da mevcuttur. Perforatör diseksiyonu cerrahi deneyim gerektirir ve vasküler varyasyonlar nedeniyle preoperatif planlama mutlaka yapılmalıdır. Özellikle geniş skar dokusu veya radyasyon hasarının bulunduğu olgularda uygun perforatörlerin bulunması güçleşebilir.

Sonuç olarak, yukarıda anlatılan 2 olguda görüldüğü gibi LAP flepler,spinal cerrahiler sonrası implant ekspozisyonlarının kapatılmasında,meningomyelosel defektlerinde güvenilir bir perforatör flep seçeneği sunar. Minimal donör saha morbiditesi, kas koruyucu olması ve iyi vaskülarite sağlaması nedeniyle LAP flepler lumbosakral bölge rekonstrüksiyonunda giderek daha fazla tercih edilmektedir.

Kaynaklar

1. Foster RD, Nguyen A, Pu LLQ. Use of lumbar artery perforator flaps in sacral defect coverage: A systematic review. Ann Plast Surg. 2019;83(5):578–585.

2. Kim YS, Lee JH, Lee SY. Lumbar artery perforator flap for sacral pressure sore reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2021;147(2):421–428.

3. Akan M et al. Modified bilateral V–Y advancement flap for meningomyelocele repair. J Plast Surg Hand Surg. 2016;50(1):50–54.

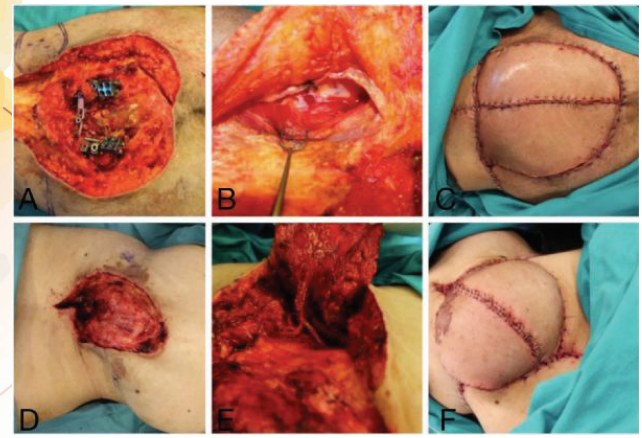
4. di Summa PG, Schaffer C, Zaugg P, et al. Lumbar artery perforator (LAP) flap: a salvage tool for extended lumbo-sacral necrosis after bilateral internal iliac arteries embolization. Case Reports Plast Surg Hand Surg. 2016;3:20–24.

5. Bissell, M.B.,Greenspun, D.T., Levine, J., et al. The lumbar artery perforator flap: 3-dimensional anatomical study and clinical applications.Ann Plast Surg. 2016; 77:469-476

6. Runlei Zhao, Xinling Zhang, Xin Yang, et al. Modified fourth lumbar artery local perforator flap: an alternative for reconstruction of nonhealing lumbosacral spinal defects. BMC Surg. 2023 Jan 13;23:10.

Anahtar Kelimeler: bilateral lumbar arter, implant ekspozisyonu, meningomyelosel, perforatör

Bilateral LAP flepler



Şekil A. Lumbosakral bölgede spinal cerrahi sonrası ekspoze olmuş internal fiksasyon materyalleri görülen hastanın preop fotoğrafı Şekil B. Lumbar arter perforatörünün disseksiyon sonrası fotoğrafı Şekil C. Bilateral LAP fleplerin kaldırılıp defektin kapatıldığı post op fotoğrafı Şekil D. Meningomyelosel cerrahisi sonrası defekt fotoğrafı Şekil E. Lumbar arter perforatörünün disseksiyon sonrası fotoğrafı Şekil F. Bilateral LAP fleplerin kaldırılıp meningomyelosel defektinin kapatıldığı post op fotoğrafı

P-233

Blefaropitozis Tedavisinde Geleneksel Tedavi Methodlarının Etkisinin İrdelenmesi

İsmail Tekfiliz, Melis Şeyma Yalçınkaya, Ahmet Onur Eren, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş ve Amaç

Üst göz kapağı, hem estetik hem de fonksiyonel açıdan karmaşık bir anatomik yapıya sahiptir. Bu yapı, yalnızca kapağın görme ekseninin üzerinde konumlanmasını sağlamakla kalmaz; aynı zamanda göz kapağı kıvrımı, kapak kenarı ve kaş ile olan ilişkisini belirleyerek yüz estetiğine katkıda bulunur. Üst göz kapağının temel işlevleri, gözü dış etkenlerden korumak ve gözyaşının düzgün şekilde kornea üzerine yayılmasını sağlamaktır. Kapak yüksekliği ve hareketi başlıca levator palpebrae superioris kası ve aponevrozisi, Müller kası ile sınırlı düzeyde frontalis kası tarafından kontrol edilir.(1)

Üst göz kapağı pitozisi, bu sistemdeki bozulmalar sonucu ortaya çıkar ve hastalarda yorgun yüz ifadesi, bulanık görme, artmış göz yaşarması gibi şikâyetlere yol açabilir. Ayrıca, alın ve saçlı deri kaslarının kompansatuar aktivasyonu sonucu gerilim tipi baş ağrıları ve göz yorgunluğu gelişebilir.

Üst göz kapağı pitozisi, midpupili tamamen kaplayacak şekilde minimal (1-2 mm), orta (3-4 mm) veya şiddetli (>4 mm) olabilir. Pitozis bir veya her iki gözü etkileyebilir. Pitozis doğumda mevcut olabilir (konjenital) veya yaşamın ilerleyen dönemlerinde gelişebilir (edinsel). Pitozis, miyojenik, nörojenik, aponevrotik, mekanik veya travmatik bir nedene bağlı olabilir.(2)

Çalışmamızda kliniğimize başvuran blefaropitozis tanılı hastaları retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

Materyal Method

Kliniğimize 2019-2025 yılları arasında başvuran 14 pitozis tanılı hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalardan operasyon önceki nörolojik görüş istendi. Hastaların preoperatif muayenelerinde gerekli olan cerrahi müdahale belirlendi ve operasyon planlandı. Hastalar postoperatif erken ve geç dönem takipleri yapıldı. Poliklinik kontrollerine gelemeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar yaş,c insiyet,etyoloji,preoperatif muayene,cerrahi plan,Levator kas fonksiyonu,komplikasyon ve ek cerrahi operasyon açısından değerlendirildi.(Tablo-1)

Bulgular

14 hastanın 8'i erkek,6'sı kadındı.Hastalar yaş ortalaması 34.85idi(17-68 yaş).Etyolojik açıdan baktığımızda 6 hastanın konjenital, 3 hastanın senil, 2 hastanın edinsel, 2 hastanın travmatik,1 hastanın nörolojik olduğu tespit edildi. 7 hastanın bilateral göz kapağı düşüklüğüne müdahale edilirken, diğer 7 hastanın tek taraflı göz kapağı düşüklüğüne müdahalede bulunulmuştur. 1 hastada tensor fasya lata grevti ile frontal askılama yapılmıştır. 13 hastada kendi içlerinde farklılık göstermekle birlikte levator plikasyonu ve levator ilerletme operasyonları tercih edilmiştir.(Bkz.Tablo-1) Bütün hastalarda anterior yaklaşım tercih edilmiştir, posterior yaklaşım uygulanmamıştır. Postoperatif 2 hastada yatar pozisyonda minimal lagoftalmus şikayetlerinin devam ettiği görülmüştür. 2 hastanın takiplerinde de nüksle karşılaşılmıştır. 1 hastada ise preop muayenesinde hering yasası negatif saptanmasına rağmen postoperatif takiplerinde diğer göz kapağında pitozis tespit edilmiştir. Toplam 5 hastanın revizyon ihtiyacı olmuştur.

Sonuç

Çoğu pitozis vakasında prognoz olumludur. Cerrahi onarım, hem konjenital hem de edinsel pitozislerin düzeltilmesinde genellikle başarılı sonuçlar verir ve hem estetik görünüm hem de kapak fonksiyonu büyük ölçüde geri kazandırılır. Ancak elde edilecek sonuç, büyük ölçüde altta yatan nedene bağlıdır. İyileşme sürecinde göz kapağı seviyesinde kısmi yükselme görülebilir. Genellikle simetri sağlanmakla birlikte, göz kapakları her zaman tamamen eşit görünmeyebilir. Bu nedenle cerrahinin başarısı, erken postoperatif zamanda değil, iyileşme süreci tamamlandıktan sonra değerlendirilmelidir. Nadir durumlarda kapak hareketi tam olarak geri kazanılamayabilir. Bazı olgularda revizyon cerrahisi gerekebileceğini aklımızdan çıkarmamız gerekmektedir.

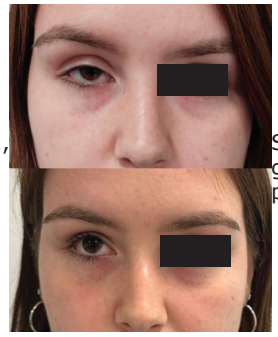
Referanslar:

1-Couch, S. M. (2016). Correction of eyelid crease asymmetry and ptosis. Facial Plastic Surgery Clinics, 24(2), 153-162.

2-Finsterer, J. (2003). Ptosis: causes, presentation, and management. Aesthetic plastic surgery, 27(3), 193-204.

Anahtar Kelimeler: Blefaropitozis, Levator Palpebrae Superior, Periorbital Cerrahi

Hastanın preop-postop fotoğrafları



Sol taraf:Hastanın preoperatif görüntüsü Sağ taraf:Hastanın postoperatif 8.ay görüntüsü

Tablo1

Hasta no	Yaş	Cinsiyet	Etyoloji	Preop değerlendirme	Hering yasası	Cerrahi plan	Levator kası fonksiyonu	Komplikasyon	Revizyon ihtiyacı
1.	37	K	Konjenital pitoz	Hafif(1mm)	-	4mm Levator Plikasyonu	İyi(15mm)	-	-
2.	37	K	Nörojenik pitoz	Hafif(2 mm)	-	8mm Levator ilerletme	İyi(12mm)	-	-
3.	68	E	Senil pitoz	Şiddetli(>4mm)	-	Sağ-15mm levator ilerletme Sol-11 mm levator ilerletme	Orta(9mm)	-	+
4.	19	E	Konjenital pitoz	Hafif(2mm)	-	8mm Levator Plikasyonu	İyi(13mm)	Nüks	+
5.	36	K	Konjenital pitoz	Hafif(1mm)	+	Sağ-6mm Levator plikasyon Sol-4mm levator plikasyonu	İyi(14mm)	Minimal Lagoftalmus	+
6.	51	K	Senil pitoz	Orta(2-3mm)	-	Sağ-12mm levator plikasyon Sol-8mm levator plikasyonu	İyi(12mm)	-	-
7.	15	E	Konjenital pitoz	Şiddetli(>4mm)	-	TFL ile frontal askılama	Kötü(2mm)	-	-
8.	22	E	Konjenital pitoz	Orta(3mm)	-	Sağ-10mm levator ilerletme Sol-12 mm plikasyon	İyi(14mm)	-	-
9.	17	K	Travmatik pitoz	Orta(3mm)	+	Sağ-14mm levator plikasyon Sol-5mm levator plikasyon	İyi(15mm)	-	-
10.	68	E	Senil pitoz	Şiddetli(>4mm)	-	Sağ-10mm levator plikasyon Sol-15mm levator plikasyon	Orta(8mm)	-	-
11.	24	E	Travmatik pitoz	Hafif(2mm)	-	Sağ-4mm levator plikasyon	İyi(15mm)	Minimal lagoftalmus	-
12.	33	E	Edinsel pitoz	Orta(3mm)	+	Sağ-12mm levator plikasyon Sol-4mm levator plikasyon	İyi(14mm)	Nüks	+
13.	17	E	Konjenital pitoz	Orta(4mm)	-	Sol-16mm levator plikasyon	İyi(13mm)	-	-
14.	44	E	Edinsel pitoz	Orta(3mm)	-	Sağ-16mm Levator plikasyonu	İyi(12mm)	Sol göz kapağında pitozis	+

P-234

Diyabet Hastalarında Revize Edilmiş Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formu (T-ÇBDA) ve Sürekli Ölçüm Cihazı (CGM) Hakkında Farkındalık Düzeyi

Ayhan Sönmez, Onur Hasret Yurtsever, Mehmet İskenderoğlu, Gülnur İnce

Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş

Diyabet mellitus (DM), tüm dünyada yaygınlığı giderek artan, insülin eksikliği veya insülin direnci sonucu gelişen kronik bir metabolik hastalıktır. DM, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, uzun dönemde ise ciddi organ komplikasyonlarına ve mortalite artışına neden olabilmektedir. Son yıllarda hastalığın görülme sıklığındaki hızlı artış, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme gelmiştir. DM'nin kontrol altında tutulmaması, gerek yaşam kalitesinde belirgin düşüşe gerekse cerrahi müdahaleler dahil olmak üzere birçok tıbbi işlemin başarısızlık riskinin artmasına yol açmaktadır.

Günümüzde diyabet yönetiminde hasta eğitimi, öz-yeterlilik ve düzenli kan şekeri takibi büyük önem taşımaktadır. Özellikle son yıllarda geliştirilen Sürekli Glukoz Takip Cihazları (Continuous Glucose Monitoring – CGM), hastalara kan şekeri seviyelerini anlık ve kesintisiz takip edebilme imkânı sağlayarak tedavi uyumunu ve metabolik kontrolü artırmaktadır. Ancak ülkemizde CGM sistemlerinin erişilebilirliği, kullanım sıklığı ve bu cihazlara yönelik hasta farkındalığı hâlâ istenen düzeye ulaşmamıştır.

Bireylerin hastalıkla baş etme davranışlarını, tedaviye uyumunu ve yeni teknolojilere yaklaşımını anlamak için çok boyutlu ve kültüre uygun değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla geliştirilen ve Türkçeye uyarlanan Revize Edilmiş Çok Boyutlu Diyabet Anketi (T-ÇBDA), diyabetli hastaların hastalığa bakışını, engel, ciddiyet, destek, öz-yeterlilik ve sonuç beklentisi gibi çok sayıda alt başlık altında detaylı olarak incelemeye imkân tanır.

Bu çalışmada, diyabet hastalarında revize edilmiş T-ÇBDA formu ile CGM cihazları hakkındaki farkındalık düzeyini ve bu cihazlara yönelik tutumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız, Samsun Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip edilen, yaşları 24 ile 88 arasında değişen toplam 35 tip 1 ve tip 2 DM hastası ile yürütüldü. Katılımcılara, 46 sorudan oluşan Revize Edilmiş Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formu (T-ÇBDA) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Anket kapsamında; engel algısı, ciddiyet algısı, destek algısı, öz-yeterlilik ve sonuç beklentisi ile CGM cihazı farkındalığı alt başlıklarında değerlendirmeler yapıldı. Tüm katılımcılar çalışmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve onamları alındı.

Elde edilen veriler Microsoft Excel programında analiz edildi ve ortalama puanlar beşli Likert ölçeği üzerinden hesaplandı.

Bulgular

Tablo 1. T-ÇBDA ve CGM Farkındalık Sonuçları

Değerlendirilen Alan Ortalama Puan (/5)

Engel Algısı 3,08

Ciddiyet Algısı 2,89

Destek Algısı 4,27

Öz Yeterlilik 2,31

Sonuç Beklentisi 2,80

CGM Farkındalığı 3,13

En yüksek ortalama, hastaların aile ve sosyal çevresinden aldıkları destek algısında (4,27/5) gözlenmiştir. Buna karşılık öz-yeterlilik düzeylerinin (2,31/5) ve tedavi sürecinde sonuç beklentilerinin (2,80/5) göreceli olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sürekli Glukoz Takip Cihazı (CGM) farkındalığı ise orta seviyede bulunmuştur (3,13/5). Hastaların önemli bir kısmı CGM teknolojisinin varlığından haberdar olmakla birlikte, kullanım alışkanlıklarının düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma

Diyabet hastalarının yönetiminde bireysel farkındalık, öz-yeterlilik ve yeni teknolojiye adaptasyon kritik öneme sahiptir. Çalışmamızda, katılımcıların sosyal destek algılarının yüksek olmasına karşın kendi tedavi süreçlerini yönetme ve CGM cihazlarını etkin kullanma konularında eksiklikler olduğu görülmüştür.

Literatürde de benzer şekilde, CGM gibi modern izlem araçlarının diyabet yönetiminde ciddi avantajlar sağladığı ve komplikasyonları azalttığı belirtilmektedir. Ancak ülkemizde, CGM sistemlerine erişimde yaşanan güçlükler, maliyet, eğitim eksikliği ve farkındalık yetersizliği nedeniyle kullanım oranları sınırlı kalmaktadır.

Benzer çalışmalarda, hasta eğitiminin ve teknolojik yeniliklere erişimin artırılmasıyla hem öz-yeterlilik hem de tedavi başarısı anlamlı şekilde yükselmektedir. Bizim çalışmamızda da, hastaların CGM ve yeni teknolojilerle ilgili bilinçlendirilmesi gereği bir kez daha ortaya konmuştur. Çalışmamızın hasta sayısı ve çapı sınırlı olmakla birlikte, bu alanda yapılacak daha geniş kapsamlı çok merkezli çalışmaların yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak, diyabet hastalarının hastalığı yönetme sürecinde özellikle öz-yeterlilik ve CGM cihazı farkındalığının artırılması gerekmektedir. Eğitim ve bilinçlendirme programları ile desteklenen, erişimi kolaylaştırılmış yeni nesil izlem cihazları diyabet yönetiminde önemli fayda sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes Mellitus, Kan Şekeri Takibi, Sürekli Glukoz Takip Cihazı, T-ÇBDA, Kronik Yara

P-235

Tuberoskleroz kompleksi tanılı bir hastada periungual fibromlar (Koenen Tümörleri)

Koray Tuna Demirhan, Simay Erşahin, Mehmet Şengül, Ömer Semih Alper, Aydan Ayşe Köse

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Tuberoskleroz kompleksi (TSK), otozomal dominant geçiş gösteren, çoklu organ sistemlerini etkileyen nörokutanöz bir sendromdur. Klinik spektrumu geniş olmakla birlikte, dermatolojik bulgular tanı koydurucu nitelikte olabilir. Tuberoskeroz'da en sık karşılaşılan kutanöz lezyonlar arasında hipomelanotik maküller, fasiyal anjiyofibromlar ve periungual fibromlar yer almaktadır. Özellikle periungual fibromlar – literatürde Koenen tümörü olarak da tanımlanan bu lezyonlar – sıklıkla adölesan dönemde ortaya çıkar ve kozmetik deformiteye, ağrıya veya tırnak distorsiyonuna yol açarak hastaların yaşam kalitesini etkileyebilir. Gerekli durumlarda cerrahi eksizyon tercih edilen tedavi yöntemidir.

Bu çalışmada, TSK tanısı mevcut olan 26 yaşındaki bir kadın hastada gözlenen çok sayıda periungual lezyonun cerrahi yönetimi sunulmaktadır. Hastanın özgeçmişinde remisyon döneminde seyreden ülseratif kolit, her iki böbrekte anjiyolipom varlığı ve burun çevresinde belirgin anjiyofibromlar mevcuttu. Sistemik tedavi (örneğin mTOR inhibitörü) kullanmayan hasta, tırnak çevresinde ağrılı ve kabarık lezyonlar nedeniyle başvurdu. Yapılan klinik değerlendirmede; sağ el ikinci parmak, sağ ayak ikinci ve üçüncü parmaklar ile sol el dördüncü parmak tırnak çevresinde cilt renginde, kabarık ve sert yapıda lezyonlar saptandı. Klinik görünüm ve hastanın eşlik eden sistemik özellikleri doğrultusunda lezyonlar periungual fibrom ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Tüm lezyonlar lokal anestezi altında eksize edildi. Patolojik incelemede, epidermal değişikliklerin eşlik ettiği ve dijital fibrokeratoma ile uyumlu histopatolojik bulgular saptandı. Ancak dijital fibrokeratoma ve periungual fibrom antiteleri histopatolojik düzeyde benzerlik gösterdiğinden, kesin bir ayırım yapılamamıştır. Bu nedenle, histopatolojik tanıda dijital fibrokeratom lehine bulgular olmakla birlikte, periungual fibrom ile kesin ayrımın mümkün olmaması nedeniyle, klinik verilerle birlikte lezyonlar Koenen tümörleri lehine yorumlanmıştır. Postoperatif takipte herhangi bir komplikasyon gelişmemiş; yara iyileşmesi sorunsuz tamamlanmıştır. Hasta hem fonksiyonel hem de estetik açıdan memnuniyet bildirmiştir.

Dijital fibrokeratom ile periungual fibrom ayrımı, özellikle TSK tanısı olan hastalarda önemli bir klinik problem oluşturmaktadır. Bu iki antitenin histolojik benzerliği, ayırıcı tanıda klinik bağlamı zorunlu kılmaktadır. Bu olgu, hem el hem de ayak parmaklarında çok sayıda lezyonun eş zamanlı eksizyonu ile literatürde nadir karşılaşılan bir durumu temsil etmekte olup, TSK hastalarında kutanöz lezyonların multidisipliner değerlendirilmesi gerekliliğine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: tuberoskleroz, periungual fibrom, koenen tümörü

preoperatif sağ ayak 2 ve 3.parmaklardaki ve sağ el 4.parmaktaki lezyonlar



preoperatif sağ ayak 2 ve 3.parmaklardaki ve sağ el 4.parmaktaki periungual fibrom ön tanılı lezyonlar

P-236

Jinekomastide Geniş Alanda Ultrasonik Liposuction: Cerrahi Olarak Gland Çıkarmadan Alternatif Yaklaşım

Betül Nur Balcı[1], Atilla Adnan Eyüboğlu[2], Mustafa Tonguç İşken[1], Taner Uysal[3], Mustafa Faruk Kılınçlı[1], Meryem Hamam[4]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Amaç:

Göğüs duvarı üzerinde yapılan cilt ve gland çıkarma işlemler genellikle hastaların tolere etmesi zor olan belirgin izlere sebep olabilmektedir. Cerrahi olarak gland çıkarmadan geniş alanda ultrasonik liposuction yaklaşımını tanımlamaktır. Ayrıca yöntemin komplikasyonları azaltma ve kozmetik sonuçları iyileştirme konusundaki etkinliğini araştırdık.

Gereçler ve Yöntem:

Rohrich II ve III evre jinekomasti hastalar cilt kalitesine göre değerlendirildi. Kriterleri karşılayan 46 hastaya Şubat 2021 ile Nisan 2023 tarihleri arasında kıdemli yazar tarafınca ultrasonic liposuction uygulandı. Bu hastalar, standart liposuction ile birlikte periareolar mastopeksi ve gland eksizyonunu uygulanan 58 hasta ile karşılaştırıldı.

Bulgular:

Çalışmada geniş alanda ultrasonik liposuction uygulanan hastaların %8.7'lik bir komplikasyon oranına sahip olduğunu bulundu. Toplam hastalardan sadece bir tanesinde seroma komplikasyonu yaşadı ve hastaların üçünde residual meme dokusu/pitoz gözlendi. Hastaların hiçbirinde revizyon cerrahisi gerekmedi. Buna karşılık, periareolar mastopeksi ve gland çıkarmayı içeren kontrol grubunun komplikasyon oranı daha yüksekti (%10.3).

Sonuç:

Yara kontraksiyonu için plastik cerrahinin temel prensiplerini kullandık. Yara iyileşme mekanizmalarını geniş bir yüzeye dağıtarak, göğüs duvarında belirgin bir iz oluşturmadan cerrahiye göre daha iyi kozmetik sonuçlar elde ettik.

Anahtar Kelimeler: Geniş Alanda Liposuction, Jinekomasti Cerrahisi, Meme Pitozu, Ultrasonik Liposuction, Vaser Liposuction

P-238

Plastik Cerrahi Kliniklerinde Alışılmadık Bir Vaka: Kikuchi-Fujimato

Ömer Semih Alper, Simay Erşahin, Aydan Ayşe Köse, Koray Tuna Demirhan, Mehmet Şengül

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

25 yaş erkek hasta, sağ ayak bileğinde oluşan yanık sonrası gelişen tendon ekspozisyonu nedeniyle kliniğimize başvurdu. Aralıklı debridman, pansuman ve VAC tedavileri sonrası yeterli granülasyon dokusu elde edilince, defekt alanına kısmi kalınlıkta deri grefti uygulandı. Yara yeri klinik olarak enfekte görünmemekle birlikte, subfebril ateşlerin devam etmesi üzerine yara yeri enfeksiyonu açısından değerlendirme yapıldı. Alınan sürüntü kültüründe panrezistan Pseudomonas aeruginosa üredi, enfeksiyon hastalıkları önerisiyle Piptazo tedavisi başlandı. Ancak takipte ateşin persiste etmesi, kilo kaybı, servikal ve inguinal lenfadenopatilerin gelişmesi ile birlikte toraks BT'de sağ akciğer alt lobda pulmoner emboli saptanması üzerine hasta ileri tetkik amacıyla romatoloji ve hematoloji birimlerine danışıldı.

Görüntülemelerde masif splenomegali (18 cm) saptandı. Yapılan tüm enfeksiyöz taramalar, lenfoma paneli ve otoimmün incelemeler negatif geldi. Klinik şüphe doğrultusunda makrofaj aktivasyon sendromu ve sistemik inflamatuar bir süreç ön tanılarıyla lenf nodu eksizyonu ve kemik iliği aspirasyonu-biopsisi (KIAB) yapıldı. Lenf nodu patolojisinde Kikuchi-Fujimoto hastalığı (histiiositik nekrotizan lenfadenit) tanısı konularak hasta romatoloji kliniğine yönlendirildi.

Kikuchi-Fujimoto hastalığı, genç erişkinlerde görülen, genellikle servikal lenfadenopati ve subfebril ateş ile seyreden nadir bir benign hastalıktır. Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte viral tetiklenme ve otoimmün süreçlerin rol oynayabileceği düşünülmektedir. Literatürde kadınlarda daha sık görülmesine rağmen, bu olgu erkek bir hastada ve cerrahi bir başvuru nedeniyle tanı alması açısından dikkat çekicidir. Klinik tablo sıklıkla malignite, lenfoma veya enfeksiyöz nedenlerle karışabilir; dolayısıyla tanıya ulaşmak zaman alabilmektedir. Histopatolojik olarak, nekrotizan lenfadenit ile birlikte belirgin histiositik infiltrasyon, nötrofil yokluğu ve karyorektik debris varlığı tipiktir.

Plastik cerrahi pratiğinde nadiren karşılaşılan bu tanı, geç iyileşen yara ve sistemik bulguların eşlik ettiği olgularda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle açıklanamayan ateş, kilo kaybı ve lenfadenopati ile başvuran hastalarda, yara yerinin enfekte olmaması durumunda sistemik hastalıklar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu, yara iyileşmesini bozan sistemik hastalıklar arasında Kikuchi-Fujimoto sendromunun da yer alabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kikuchi fujimoto, yara iyileşmesi, lenfadenopati, subfebril ateş, pulmoner emboli

Greft Alıcı Saha



P-239

Sünnette komplikasyonları en aza indirmek için yeni bir yaklaşım

Mustafa Tonguç İşken[1], Mustafa Faruk Kılınçlı[1], Taner Uysal[3], Atilla Adnan Eyüboğlu[2], Betül Nur Balcı[1], Meryem Hamam[4]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Giriş

Sünnet, tarihte bilinen en eski cerrahi prosedürlerden biridir. Sünnet derisi penisin serbest kısmını içeren ve örten kısmıdır. histolojik olarak 5 tabakaya ayrılır. Sünnetin bu kadar yaygın ve çok farklı tarzlarda yapılıyor olması çok farklı komplikasyonlara yol açmaktadır. Komplikasyonlar arasında kanama, iatrojenik hipospadias, penoskrotal web gibi birçok sebep sayılabilir.

Metod

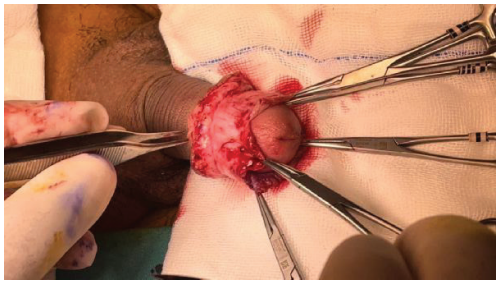
Yöntemimizde, dokular arası düzlemlerin daha iyi ortaya çıkarılabilmesi ve ayrılabilmesi için prepusyum içine 1cc lokal anestezik enjekte edilir. Daha sonra prepusyum, epitel ve mukozanın birleştiği yerde 2 mm genişliğinde bir halka halinde prepusyumun distalinden eksize edilir. Deri, gevşek doku (lamina propria ve dartos kası) ve mukoza daha sonra 3 tabaka halinde ayrılır. Prepusyumun 3 katmanı ayrı ayrı diseke edilir ve ayrılır. Gevşek tabaka proksimal pozisyona çekilir, mukoza koronaya paralel 2 mm kenar boşluğu bırakılarak çepeçevre kesilir, daha sonra deri uzunluğu korunarak kenarlar tazelenir ve mukoza 6*0 tek primer sütürlerle dikilir

Tartışma

Klasik tekniklerde prepusyum distal traksiyon ile glanstan ayrılır. Bu traksiyon işlemi eksize edilecek bölgedeki skrotal deriyi de içine alır. Bizim tekniğimizde traksiyon olmadığı için aşırı eksizyondan kaçınılır ve penoskrotal web oluşumu engellenir. Modern tekniklerde eksize edilecek prepusyum, olduğu gibi korunmadan ve prepusyumu da içine alacak şekilde çıkarılmakta ve sonuçta tüm tabakalar birlikte eksize edilmektedir. Yöntemimizde gevşek doku korunarak yapıldığı için sünnet ile kısaldığı gösterilmiş olan penis boyunu korumuş oluyoruz. Traksiyon sırasında, glans penisi proksimalde tutmak için klempler kullanılır böylece prepus ile beraber glan penis distale çekilmez. Yeni teknikte klemp kullanmadığımız için, klemp kullanımına bağlı glans penis hasarını da ekarte ediyoruz.

Anahtar Kelimeler: gevşek dokuyu korumak, komplikasyonları azaltmak, sünnet, traksiyondan kaçınmak

gevşek dokunun ayrılıp geri plana atılması



P-240
Perop Ototransfüzyon

Mustafa Tonguç İşken[1], Atilla Adnan Eyüboğlu[2], Taner Uysal[3], Mustafa Faruk Kılınçlı[1]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Normal volemik transfüzyon, majör ameliyatlar öncesinde yüksek hemoglobin seviyelerine sahip hastalarda kanama riskini azaltmayı hedefler. Bu tür bir yaklaşım, cerrahi müdahalelerin güvenliğini artırmak ve komplikasyonları en aza indirmek amacıyla uygulanmaktadır. Yüksek hemoglobin seviyeleri, kanın oksijen taşıma kapasitesini artırarak ameliyat sırasında oluşabilecek kan kaybının etkilerini azaltır. Büyük cerrahilerde dikkatli olunması gerektiği ve istenmeyen komplikasyonların ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır. Cerrahi süreçler genellikle öngörülemeyen durumlar içerebilir; bu nedenle hekimlerin her aşamada dikkatli olması gerekmektedir. Komplikasyon riski, hastanın genel sağlık durumu ve mevcut tıbbi geçmişi ile doğrudan ilişkilidir. Yüksek volümlü liposakşın veya büyük doku çıkarma işlemleri gibi durumlarda kan transfüzyonu ihtiyacı kaçınılmaz hale gelebilir. Bu tür işlemler sırasında önemli miktarda doku kaybı yaşanabilir; dolayısıyla yeterli kan hacmini sağlamak için transfüzyon gerekebilir. Bu süreçte hastaların stabilizasyonu için gerekli önlemler alınmalıdır.

Kan transfüzyonu gereksinimini azaltmak için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir; bu da hasta güvenliği ve iyileşme süreci açısından son derece önemlidir. Örneğin, preoperatif dönemde anemi tedavisi uygulamak veya sıvı yönetimi gibi yöntemlerle hastaların ihtiyaç duyduğu kan miktarını minimize etmek mümkündür. Ameliyat sonrası hemoglobin seviyelerinin düşürülmesi ve sıvı replasmanının yapılması hedeflenmektedir; böylece dengelerin korunması amaçlanır. Hemoglobin düzeylerinin izlenmesi, postoperatif dönemde hasta bakımında kritik bir rol oynamaktadır çünkü düşük hemoglobin seviyesi iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Ototransfüzyon ile hastanın kendi kaynaklarının kullanılarak iyileşme sürecinin hızlandırılması planlanmaktadır. Bu yöntem sayesinde hastalar kendi kana dönüşüm yaparak enfeksiyon risklerini azaltabilirler; ayrıca vücut tarafından üretilen hücrelerin kullanılması daha doğal bir iyileşme sağlar. Kan transfüzyonunun dezavantajları arasında bulaş riski, enfeksiyon riski ve maliyet etkinliği bulunmaktadır. Transfüzyon işlemi sırasında kullanılan ürünlerin güvenliği her zaman sorgulanmalıdır çünkü bulaşıcı hastalıkların yayılma potansiyeli vardır; ayrıca bu işlem maliyet açısından da değerlendirilmelidir. Postoperatif dönemde yeterli kan verilmemesi durumunda iyileşme performansı etkilenebilir ve komplikasyon oranları artabilir. Hastaların düzgün bir şekilde izlenmesi ve ihtiyaç duyduklarında uygun tedaviye yönlendirilmesi çok önemlidir çünkü eksik destek alındığında ciddi sorunlarla karşılaşılabilir. Trombosit fonksiyonlarının azalması gibi sorunlarla karşılaşılabileceği belirtilmekte; tedavi süreçlerinde dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Trombosit sayısındaki azalma, pıhtılaşma yeteneğini olumsuz yönde etkileyerek ek komplikasyonlara yol açabilir ki bu da cerrahiden sonraki iyileşmeyi zorlaştırır. Her hasta için bireyselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirmek kritik önem taşımaktadır; antikoagülanların etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Bireysel farklılıklar nedeniyle standart uygulamalar her zaman yeterli olmayabilir; dolayısıyla kişiye özel tedavi planları oluşturulması önerilmektedir. Taşikardi durumu değerlendirilirken anesteziyle koordineli hareket edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır, özellikle yüksek hemoglobin düzeyine sahip hastalarda ekstra özen gösterilmelidir. Anestezi altında olan bireylerde kalp atış hızı değişiklikleri izlenmeli ve buna göre müdahale edilmelidir ki bu durumun yönetimi hayati önem taşır.

Anahtar Kelimeler: ototransfüzyon, kan kaybı, anemi, yara iyileşmesi

P-241
Süperomedial Pediküllü Meme Küçültme Hastalarında Daha Estetik Sonuçlar İçin Liposakşın Ve Yağ Enjeksiyonu

Aslı Datlı, Cengiz Tekin

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

Giriş

Makromasti, kadınlarda göğsün anormal bir şekilde büyümesiyle karakterize olup meme gelişiminden sonra herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir (1,2). Kesin tanı kriterleri belirlenmiş olmasa da birçok yazar her memeden 1,5 kg'ın üzerinde meme dokusunun uzaklaştırılmasını gigantomasti olarak kabul etmektedir (3,4). Meme küçültme amacıyla uygulanan birçok farklı teknik tanımlanmış olsa da temel amaç nipple areola kompleksini güvence altına alarak fazlalık oluşturan adipoglanduler dokuların rezeksiyonu ve olumlu estetik sonuç elde etmektir. Makromastiyle başvuran hastalarda fazla meme dokularının dağılımı kişiye göre değişkenlik göstermekle birlikte sıklıkla meme laterali etkilenmektedir. Tanımlanmış meme küçültme teknikleri amacına yönelik uygulansa bile meme çevresindeki fazlalığın rezeke edilmesi her zaman mümkün olmamaktadır.

Literatürde liposakşın yönteminin meme küçültme hastalarında kullanımıyla ilgili sayılı araştırmalar bulunsa da estetik sonuçların değerlendirme yöntemleri her zaman subjektifliğini korumaktadır (5-7). Genel olarak farklı büyüklüklerde meme hipertrofisi şikayeti bulunan hastalarda liposakşın yönteminin uygun seçenek olduğu, komplikasyon ve revizyon oranlarını anlamlı oranda düşürdüğü belirtilmektedir.

Meme küçültme cerrahisi esnasında dokuların enblok şeklinde rezeksiyonu söz konusu olup spesifik alanlardan hedeflenen oranda yağ dokunun uzaklaştırılması mümkün olmamaktadır. Liposakşın nipple areola kompleksi gibi vital yapıların vaskülarizasyonunu ve doku devamlılığını bozmadan memenin farklı bölgelerinden yağ dokunun künt aspirasyonuna olanak tanımaktadır. Ayrıca, memenin istenmeyen bölgelerinden aspire edilen yağ dokunun dekolte bölgesinde volüm artırımı amacıyla kullanılması mümkündür. Bu çalışmada, meme küçültme cerrahisi gerçekleştirilen hastalarda eş zamanlı uygulanan liposakşın ve yağ enjeksiyonun; hastaların memnuniyeti ve estetik sonuca katkisi, ayrıca memenin postoperatif şekli üzerindeki rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntem

Ocak 2024 – Şubat 2025 tarihleri arasında, kliniğimizde meme küçültme cerrahisi ile eş zamanlı liposakşın uygulanan (Grup 1) ve liposakşın yönteminin eşlik etmediği meme küçültme cerrahisi uygulanan hastalar (Grup 2) retrospektif olarak tarandı. Diyabet mellitus, hipertansiyon vb. komorbiditeleri olan, sigara içicisi olanlar ve kontrollere düzenli gelmeyenler çalışma dışı bırakıldı. Çalışma kapsamına, süperomedial pedikül kullanılarak Wise pattern tekniği ile küçültme mammoplasti uygulanan hastalar alındı.

Cerrahi teknik

Liposakşın öncesinde, planlanan alanlara tümesan sıvı infiltrasyonu uygulanmıştır. Bu amaçla 500 cc laktatlı Ringer içerisine 1 ampul (250 mg) traneksamik asit, 1 mg/1 ml oranında 1:1000 adrenalin ve %2'lik 0,5 cc aritmal (100 mg lidokain HCI/5 ml) eklenerek hazırlanan solüsyon kullanılmış, enjeksiyon sonrası yaklaşık 10 dakika beklenerek etkinin başlaması sağlanmıştır. Liposakşın işlemi, glandüler dokunun fakir olduğu üst dış ve dış kadranlara yönelik olarak planlanmıştır. Üst pol ve medial kadranlarda projeksiyon kaybı riskine karşı bu bölgelere liposakşın uygulanmamıştır. Obez hastalarda ise, meme hacmini genel olarak azaltmak ve pedikül rotasyonunu kolaylaştırmak amacıyla liposakşın tüm meme alanına yaygın şekilde uygulanmıştır. Lipoaspirasyonun ardından Wise pattern mammoplasti insizyonlarıyla cerrahiye devam edilmiş, süperomedial pedikül korunarak medial, inferosantral ve lateral bölgelerdeki fazla adipoglandüler doku eksize edilmiştir. Meme kontürünün korunması, ölü boşluğun azaltılması ve estetik görünümün iyileştirilmesi amacıyla meme pilarlarının posterior yüzeyine destekleyici sütürler yerleştirilmiştir Ayrıca, elde edilen yağ aspiratı üst pol dolgunluğunu artırmak amacıyla otolog yağ grefti olarak kullanılmıştır.

Değerlendirme yöntemleri

Opere edilen hastaların yaş ve vücut kitle indeksleri (VKİ) kaydedildi. Her iki grupta nipple areola kompleksinin (NAK) cerrahi planlamadaki ortalama taşıma mesafesi ve ortalama rezeksiyon ağırlığı, liposakşın uygulanan grupta lipoaspirat miktarı ve postoperatif süreçte hastalarda ortaya çıkan komplikasyonlar değerlendirildi. Postoperatif 6. ayda hastaların meme şekline ilişkin estetik ve fonksiyonel memnuniyet düzeyleri, BREAST-Q skorları kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular

Dahil etme kriterleri doğrultusunda yapılan değerlendirme sonucunda, Grup 1'de 11 hasta Grup 2'de 8 hasta olmak üzere toplamda 19 hasta çalışmaya dahil edildi (Tablo 1). Hastaların ortalama yaşı grup 1'de 33,5, grup 2'de ise 38,1 olarak hesaplandı. VKİ grup 1'de 26,6 iken grup 2'de 28,4 idi.

NAK midklavikuler çizgi üzerinde grup 1'de ortalama 6,4 cm, grup 2'de ise 6,6 cm superiora taşındı. Grup 1'de rezeke edilmiş olan meme küçültme spesmen ağırlığı ortalama 538 gram iken, bu miktar grup 2'de 675,6 gramdı. Grup 1'de elde edilen lipoaspirat miktarı ortalama 107 cc olarak hesaplandı. Grup 1'de 2 hastada sütür reaksiyonu gözlenirken, grup 2'de bir hastada yara dehisansı gözlendi. Hastaların hiçbirisine ek cerrahi müdahale uygulanmadan yara bakım önerileriyle sekonder iyileştiği görüldü.

BREAST-Q skor incelemelerinde grup 1'deki hastaların grup 2'deki hastalara göre sosyal ortamda kendilerinden daha emin ve özgüvenlerinde artış olduğu görüldü. Meme ağırlığından dolayı ortaya çıkan boyun ve omuz ağrısıyla ilgili parametrelerde gruplar arasında fark görülmese de, grup 1'deki hastaların memenin göğüs duvarındaki duruşuyla ilgili anlamlı oranda daha memnun oldukları görüldü.

Tartışma

Meme küçültme cerrahisi özellikle makromasti ile başvuran hastalarda sonuçları yüz güldürücü ve hasta memnuniyet oranı yüksek olan prosedürlerdendir. Estetik sonuçlarının yanı sıra hastalarda fazla ağırlığın sebep olduğu omuz ve boyun ağrısı gibi kas-iskelet problemleri, ayrıca meme altı bölgede dermatit gibi dermatolojik sorunlara yönelik de etkili çözümler sağladığı için tercih edilen tedavi yöntemidir. Birçok cerrahi teknik tanımlanmış olsa da cerrahi planlamaların hemen hepsi adipoglanduler dokuların spesifik alanlardan enblok rezeksiyonuna dayanmaktadır. Bu çalışmada klasik redüksiyonla eş zamanlı olarak uygulanan liposakşın sayesinde, enblok rezeksiyona uygun olmayan meme laterali ve üst dış kadranı gibi bölgelerden de yağ dokusu uzaklaştırılarak toplam meme hacminde azalma sağlanmıştır.

Daha önce liposakşının tek başına veya klasik meme küçültme tekniklerine ek olarak uygulandığı literatür verilerinde sonuçların olumlu olduğu ve ciddi meme hipertrofisinde önerildiği yönünde bilgiler mevcuttur (5-7). Genellikle küçültme amacıyla yapılan liposakşın sırasında elde edilen yağ dokusu atılmaktadır. Bu çalışmada ise, bu yağı estetik amaçla kullanarak meme şeklini iyileştirmeyi ve sonuçları BREAST-Q ile objektif şekilde değerlendirmeyi hedefledik. Sonuç olarak liposakşın yardımlı meme küçültme uygulanan hastaların meme duruşu ve estetik sonucuyla ilgili özgüvenin daha fazla olduğu belirlendi.

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı, hasta sayısının kısıtlı olmasıdır. Yetersiz örneklem büyüklüğü, gruplar arasında homojen bir popülasyon elde edilmesini engellemiş ve bu durum, verilerin geniş çaplı istatistiksel analizlerle karşılaştırılmasına olanak tanımamıştır. Ayrıca, hastaların daha uzun süreli takiplerinin yapılması, uygulanan cerrahi prosedürlerin nihai sonuçlarını ortaya koymak açısından daha değerli olacaktır.

Sonuç

Çalışmadan elde edilen bulgular, meme küçültme cerrahisiyle eş zamanlı uygulanan liposakşının özellikle aşırı kilolu ve obez hastalarda pedikül sıkışmasını önlemek amacıyla kullanımının dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Buna ek olarak, liposakşın ve yağ enjeksiyonunun postoperatif dönemde meme şekline yönelik hasta memnuniyetini ve özgüven düzeyini artırdığı, aynı zamanda memenin göğüs duvarı üzerindeki duruşunu olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Daha geniş hasta populasyonu ile yapılan karşılaştırmalı randomize çalışmalar eş zamanlı liposakşın ve yağ enjeksiyonu tekniğinin meme küçültme cerrahisinde güvenli ve etkili bir tamamlayıcı yöntem olarak tanımlanmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Estetik meme cerrahisi, meme küçültme, Liposakşın, üst pol dolgunluğu, yağ enjeksiyonu

Şekil 1



34 yaş kadın. Sağ memeye 70 cc sol memeye 97 cc Liposakşın uygulandı. Sağ memeden 673 gram sol memeden 623 gram adipoglandüler doku eksize edildi.

Tablo 1

	Yaş	VKİ	NAK taşıma mesafesi	Rezeksiyon miktarı (gram)	Lipoaspirat miktarı (ml)	Komplikasyon
Grup 1 (n=11)	33,5	26,6	6,4	538	107	2 hastada sütur reaksiyonu
Grup 2 (n=8)	38,1	28,4	6,6	675,6	-	1 hastada dehisans

Hastaların karakteristik özellikleri (VKİ: vücut kitle indeksi; NAK: nipple areola kompleksi).

P-243

Superomedial Pediküllü Meme Küçültme Hastalarında Birinci Yılda Glandüler Pitoz Gelişimine Etki Eden Faktörler: Retrospektif Bir Olgu Serisi Analizi

Uğur Kılıç[1], Ali Osman Tuncer[2], Mazlum Avcı[3], Savaş Serel[4]

Giriş

Meme küçültme sonrasında glandüler veya parankimal pitoz (“bottom-out”) uzun dönem hasta memnuniyetini düşüren, revizyon gerektirebilen bir komplikasyondur. Literatürde yüksek vücut kitle indeksi (VKİ), gebelik-emzirme öyküsü, sigara kullanımı ve kronik hastalıkların dermal destek dokusunu zayıflatarak pitozis riskini artırabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmada yaş, eşlik eden hastalık, sigara, VKİ ve emzirme öyküsünün postoperatif 1. yılda pitoz gelişimiyle ilişkisi incelenmiştir.

Materyal ve Metod

Değişken Tanımlama

Olgu sayısı 18 kadın hasta (2022–2023)

Yaş dağılımı 20 – 64 (ort. 38 ± 12)

Pitoz tanımı 1. yılda areola-infra-meme katlantı mesafesinin >= 2 cm artması veya alt pol genişlemesi (cerrah kaydı)

Bağımsız değişkenler Yaş > 40, VKİ >= 30 (obez), aktif/passif sigara (<1 p/y = pasif), eşlik eden sistemik hastalık (HT, DM, hipotiroidi, astım, PCOS vb.), emzirme öyküsü (>= 1 doğum)

İstatistik Fisher exact testi (kategorik); tam veri bulunan 12 olguda lojistik regresyon (Yaş, VKİ, sigara). p < 0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Risk Faktörü Pitoz yok Pitoz var Oran Oranı p (Fisher)

Yaş > 40 5 3 2,4 0,61

VKİ >= 30 2 1 1,38 1,00

Sigara (+) 4 1 0,56 1,00

Kronik hastalık (+) 4 1 0,56 1,00

Emzirme (+) 5 1 0,40

Tartışma

Genel insidans: Serimizde 1. yılda pitoz oranı %27,8 (5/18) bulundu; bu oran literatürdeki %10 – 30 aralığıyla uyumludur.

• Yaş ve VKİ: Yaş > 40 ve obezite artmış görece risk gösterse de küçük örneklem ve geniş güven aralıkları nedeniyle istatistiksel anlamlılık sağlanamadı.

• Sigara ve komorbidite: Beklenenin aksine sigara varlığı ve sistemik hastalıklar pitozla ilişkili görünmedi. Muhtemel nedenler: düşük paket-yıl ortalaması, heterojen komorbidite grubu ve örneklem yetersizliği.

• Emzirme: Emzirme öyküsü, glandüler dokuda volüm kaybı ve ligament gevşemesine yol açabileceği için risk faktörü kabul edilir; ancak serimizde ters yönde, emzirmeyenlerde relatif yüksek pitoz oranı gözlendi.

Sınırlılıklar:

1. Küçük ve tek merkezli örneklem istatistiksel güç düşük.
2. VKİ ve paket-yıl verilerinde eksikler.
3.Objektif 3-D ölçüm yerine klinik muayene kaydı kullanıldı.

Sonuç

Bu pilot seride mastopeksi sonrası ilk yılda pitoza ilişkin hiçbir demografik veya yaşam tarzı değişkeni bağımsız risk faktörü olarak saptanamadı. Ancak klinik olarak yaşlı ve obez hastalarda risk artışı eğilimi dikkat çekmektedir. Bulguların doğrulanması için:

• >= 100 olguluk prospektif çok değişkenli çalışmalar

• Cerrahi teknik, meme volümü ve doku elastikiyetinin kantitatif ölçümü

• En az 3 yıllık izlem gereklidir.

Klinik pratik öneri: Hastaları kilo kontrolü ve uzun dönem destek sütyeni kullanımı konusunda eğitmek, yüksek riskli olgularda iç destek sütürleri (otolog mesh, pektoral fasya askısı vb.) uygulamak revizyon oranını azaltabilir

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Meme Küçültme, Sigara, VKİ

P-244

3.Basamak Bir Merkezin Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalına Yapılan Konsültasyonların İçerik Açısından Değerlendirilmesi

Murat Çelik, İbrahim Durucan, Abdullah Öktem, Bora Edim Akalın, Erol Kozanoğlu

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

GİRİŞ:

Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi anabilim dalı, diğer departmanlar ile eşgüdüm içerisinde çalışan bir birimdir. Konsültasyonlar üzerinden sağlanan bu eşgüdümün içeriği çeşitli olmakla birlikte bu çeşitliliğin şablonlarını ortaya koyan çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamızın amacı üçüncü basamak bir merkezin plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi anabilim dalının belirli bir zaman zarfında karşıladığı konsültasyonların kapsamını belirlemektir.

YÖNTEM

1 Ocak 2023 - 1 Temmuz 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak merkezin plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi anabilim dalına yapılan tüm konsültasyonlar, hastanenin elektronik kayıt sistemi veritabanından elde edildi ve değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, konsültasyonu isteyen departmanların isimleri analize dahil edildi. Ayrıca konsültasyonlar içerik bakımından bası yarası, açık yara, takip konsültasyonları ve mükerrer konsültasyonlar, ekstremitelerde kompartman sendromuna yol açabilecek enfeksiyon veya ekstravazasyon şüpheleri, ameliyat esnasında destek gereksinimleri, travma ve tümör başlıkları altında sınıflandırıldı. Travma başlığı altında sınıflandırılan konsültasyon istemleri yumuşak doku travması, kemik travması ve yumuşak doku/kemik hasarı şeklinde sınıflandırılamayan diğer travmalar olmak üzere üç alt başlıkta incelendi. Tümör başlığı altında halihazırda malignite tanısı olan ve süreç yönetimi açısından anabilim dalımızın görüşü istenen veya malignite şüphesiyle anabilim dalımıza danışılan hastalar sınıflandı. Toplanan nitel ve nicel veriler istatiksel açıdan değerlendirildi.

BULGULAR

1 Ocak 2023 - 1 Temmuz 2025 tarihleri arasında anabilim dalımız tarafından cevaplanmak üzere 8150 adet konsültasyon istemi yapıldı. Konsültasyon istemi yapılan 8150 hastanın 5180'i erkek (%63.5), 2970'i kadındı (%36.5). Çalışmaya müdahil olan hastaların medyan yaşı 34 olup, hasta popülasyonunun yarısı 14-60 yaş aralığında yer almaktadır (çeyrekler açıklığı, IQR: 14-60). Konsültasyon istemlerini yapan branşların dağılımı, istem sayısı ve yüzdelik oran sırasıyla şu şekildedir: Acil Tıp 4957 (%60.5), Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları 712 (%8.73), Beyin ve Sinir Cerrahisi 541 (%6.64), Ortopedi 496 (%6.09), Kalp ve Damar Cerrahisi 325 (%3.99), Çocuk Acil 144 (%1.77), Anesteziyoloji ve Reanimasyon 118 (%1.45), Nöroloji 105 (%1.29), Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp 99 (%1.21), Göğüs Hastalıkları 80 (%0.98), Kardiyoloji 70 (%0.86), Nefroloji 62 (%76), Hematoloji 53 (%0.65), Kadın Hastalıkları ve Doğum 49 (%0.6), Endokrinoloji 45 (%0.55), Romatoloji 44 (%0.54), Genel Dahiliye 42 (%0.52), Psikiyatri 40 (%0.49), Gastroenteroloji 31 (%0.38), Neonatoloji 24 (%0.29), Geriatri 19 (%0.23), Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları 16 (%0.2), Göğüs Cerrahisi 13 (%0.16), Çocuk Endokrinoloji 7 (%0.09), Çocuk Cerrahisi 5 (%0.06), Göz Hastalıkları 4 (%0.05), Algoloji 2 (%0.02). Konsültasyon istemlerinin içerik bakımından yöntem kısmında belirtilen başlıklara göre dağılımı, sayı ve yüzdelik oran sırasıyla şu şekildedir: Travma - yumuşak doku 2879 (%35.33), açık yara 1505 (%18.47), travma - diğer 1435 (%17.61), travma - kemik doku 774 (%9.5), takip konsültasyonları ve mükerrer konsültasyonlar 742 (%9.1), bası yarası 459 (%5.63), ameliyat esnasında perioperatif destek gereksinimi 225 (%2.76), ekstremitelerde kompartman sendromuna yol açabilecek enfeksiyon veya ekstravazasyon şüpheleri 73 (%0.9), tümörler 58 (%0.71).

SONUÇ

Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi departmanı, pek çok anabilim dalı ile beraber çalışmakta ve etkin konsültasyon desteği sağlamaktadır. İstenilen konsültasyonlar, konsültasyonun içeriği ve istemi yapan branş bakımından geniş bir yelpazede dağılım göstermektedir. Konsültasyonu isteyen birimlerin ve bu birimlerin konsültasyona ihtiyaç duyduğu klinik durumların açıkça ortaya konması, hem asistan hekim eğitiminin uygun şekilde planlanmasına hem de sağlık hizmeti sunumunda uygun düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Konsültasyon, Travma, Açık, Yara, Tümör

P-245

İnsan vs Makine: Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahide Karar Verme Sürecinin Geleceği

Alpay Duran[1], Anıl Demiröz[2], Oğuz Çörtük[3], Berat Bora Ok[3], Mustafa Özten[4], Sinem Eroğlu[3]

[1]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Özel Muayenehane,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul
[4]Özel Muayenehane, Psikiyatri, Sakarya

Amaç

Yapay zekâ destekli teknolojiler, plastik cerrahi alanında preoperatif planlamadan cerrahi uygulamalara ve postoperatif takibe kadar uzanan süreçlerde hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir. Bu çalışma, web tabanlı ChatGPT-4o (omni; OpenAI, San Francisco, CA) ile Gemini Advanced (Alphabet Inc., Mountain View, CA) modellerini özellikle veri yükleme özellikleri ve sürekli tıp eğitimi (CME) makalelerine maruz kalmadan önce ve sonra verdikleri yanıtlar açısından karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Modellerin etkinliği, insan katılımcılar olan asistan hekimlerle kıyaslanarak değerlendirilmiştir.

Yöntem

Bu çalışmada, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Dergisi (PRS) kapsamında yayımlanmış plastik cerrahiyle ilgili 3 sürekli tıp eğitimi (CME) makalesi rastgele seçilerek hem veri kaynağı hem de soru üretiminde temel olarak kullanılmıştır. Her bir PRS CME makalesi ve testi, titiz bir hakemlik sürecinden geçmekte olup, içerik ve sınav kalitesi açısından en üst düzeyde kabul edilmektedir. Makaleler güncel ve ileri düzey bilgiler sunmaktadır. Seçilen makaleler şunlardır: "Plastik Cerrahların Bilmesi Gereken Faydalı Flepler", "Kozmetik Rinoplasti" ve "Damaktaki Yarıklar ve Velofaringeal Disfonksiyon Yönetiminde Yenilikler: Güncel Bir Değerlendirme." Bu üç CME testi, Amerikan Plastik Cerrahlar Derneği'nin (ASPS) çevrim içi eğitim merkezinin kurs kataloğunun bir parçasıdır.Bu makaleler, büyük dil modelleri (LLM'ler) ve plastik cerrahi asistan hekimlerinin anlama becerileri ile bilgi düzeylerinin değerlendirilmesinde temel alınmıştır. Çalışmada iki LLM—ChatGPT-4o ve Gemini Advanced—ile birlikte toplam 6 plastik cerrahi asistanı yer almıştır. Asistanlar, kıdemli ve kıdemsiz seviyelerde olacak şekilde seçilerek deneyim çeşitliliği sağlanmıştır.

Katılımcılar ve büyük dil modelleri (LLM'ler), CME konularına yönelik bilgi düzeyini ölçmek amacıyla 22 çoktan seçmeli sorudan oluşan bir testi tamamlamıştır. Başlangıçta hem LLM'ler hem de asistan hekimler, makalelere erişmeden soruları yanıtlamıştır. Ardından LLM'ler, gizli modda 6 gün boyunca aynı testi tekrarlamıştır. Makalelere erişim sağlandıktan sonra, her iki grubun yanıtları toplanarak analiz edilmiştir. Bu çalışmada kullanılan veri seti, SPSS 29.0 yazılımı (IBM Corporation, Armonk, NY) ile analiz edilmiştir. Plastik cerrahi asistan hekimleri ve ChatGPT-4o yanıtlarının normal dağılım gösterdiği, buna karşılık Gemini Advanced grubunun dağılımının normal olmadığı belirlenmiştir. Dağılımların normalliğini değerlendirmek için Kolmogorov–Smirnov testi uygulanmıştır. Analiz sürecinde, asistan hekimlerin ve ChatGPT-4o'nun verileri için parametrik testler, Gemini Advanced grubunun verileri için ise parametrik olmayan testlerden Wilcoxon testi kullanılmıştır. Yapay zekâ tabanlı büyük dil modelleri (LLM'ler) ile asistan hekimlerin soru yanıtlarındaki puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla varyans analizi (ANOVA) yapılmış, ayrıca tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Grup karşılaştırmaları için ise t testi kullanılmıştır.

Bulgular

Asistan hekim grubunda ortalama puan, makale öncesi 8.67 (standart sapma [SS] = 2.066) iken, makale sonrası 13.17'ye (SS = 2.927) yükselmiştir. ChatGPT-4o grubunda makale öncesi ortalama puan 16.17 (SS = 1.941) olup, makale sonrasında da aynı kalmıştır; ancak veri dağılımında bir daralma gözlemlenmiştir (SS = 0.753). Öte yandan, Gemini grubunda ortalama puan, makale öncesi 13.67 (SS = 0.516) iken makale sonrası 17.33'e (SS = 0.516) yükselmiştir. (Fig. 1) Asistan hekim grubunda, makale okunduktan sonra ortalama puanlarda anlamlı bir artış gözlenmiştir (P =.002, P <.05) ve bu durum önemli bir gelişim olduğunu göstermektedir. LLM grupları arasında, ChatGPT-4o grubunda makale öncesi ve sonrası puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (P = 1.000); ancak Gemini Advanced grubunda anlamlı bir artış saptanmıştır (P =.026; Tablo 3). ANOVA analizine göre, asistan hekimler, ChatGPT-4o ve Gemini Advanced grupları arasında makale öncesi doğruluk puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F = 31.627, P =.0001, P <.05). Gruplar arasındaki bu fark, her grubun makale öncesi

ortalama doğruluk puanlarının birbirinden farklılaştığını göstermektedir. Özellikle, ChatGPT-4o ve Gemini Advanced gruplarının, asistan hekim grubuna kıyasla daha yüksek ortalama doğruluk puanlarına sahip olduğu sonucuna varılabilir. ANOVA analizi sonuçları, asistan hekimler, ChatGPT-4o ve Gemini Advanced grupları arasında makale sonrası doğruluk puanlarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymaktadır (F = 8.848, P =.003, P <.05). Bu bulgu, makale sonrasında gruplar arasındaki ortalama doğruluk puanlarının farklılık gösterdiğini göstermektedir. Özellikle, ChatGPT-4o ve Gemini Advanced gruplarının, asistan hekim grubuna göre daha yüksek doğruluk ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Öğrenme, evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı olmayan, karmaşık bir olgudur. Bunun yerine, sürekli olarak geliştirilen çok sayıda uzmanlaşmış veya örtüşen öğrenme kuramı bulunmaktadır. Bu kuramların bazıları geleneksel yaklaşımlara dayanırken, bazıları ise yenilikçi bakış açıları ve içgörüler geliştirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca, öğrenme geçmişte çoğunlukla bilgi ve beceri edinimi olarak tanımlanırken, günümüzdeki anlayış daha geniş bir yelpazeyi kapsamakta; duygusal, sosyal ve toplumsal bileşenleri de içermektedir. Örneğin, öğrenme bazen "yetkinlik gelişimi" şeklinde tanımlanabilir; bu, bireyin mevcut ve gelecekteki mesleki zorluklar ile uygulama alanlarında etkili bir şekilde yol alabilme kapasitesini ifade eder.Hem insanlar hem de yapay zekâ, öğrenme yoluyla yetkinliklerini kademeli olarak geliştirme potansiyeline sahiptir. Bu durum iki önemli soruyu gündeme getirmektedir: Yanıtlarla zenginleştirilmiş veriler verildiğinde, insan ve yapay zekâ çıktılarının karşılaştırmalı bir analizini yapabilir miyiz ve bu analiz geleceğe dönük çıkarımlar sunabilir mi? Dahası, yapay zekânın potansiyel etkisi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi alanında insan yeniliği ve yetkinliğiyle nasıl bir sinerji oluşturabilir?Asistan hekimlerle LLM'ler arasında yapılan karşılaştırmalı analiz, LLM'lerin tıp eğitimine entegrasyonu açısından umut verici sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu modellerin giderek artan yetenekleri sayesinde, geleneksel öğrenme ortamlarına yardımcı araçlar olarak katkı sunma potansiyeli bulunmaktadır. Böylece teorik bilgi ile pratik uygulama arasındaki boşluk azaltılarak, eğitim süreçleri daha etkin hale getirilebilir.

Kaynaklar

1. Smetona JT, Naran S, Ford M, Losee JE. What's new in cleft palate and velopharyngeal dysfunction management: an update. Plast Reconstr Surg. 2024;154:378e-390e. doi: 10.1097/PRS.0000000000011312

2. Boustany AN, Grover R, Alnaeem H, Seyidova N, Rohrich RJ, Lin SJ. Cosmetic rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 2023;151:315e-329e. doi: 10.1097/PRS.0000000000009874

3. Neligan PC. Useful flaps for plastic surgeons to know. Plast Reconstr Surg. 2023;151:148e-157e. doi: 10.1097/PRS.0000000000009765

4. American Society of Plastic Surgeons. Accessed September, 2024. https:// ednet.plasticsurgery.org/.

5. Illeris K. A comprehensive understanding of human learning. In: Contemporary Theories of Learning. Routledge; 2018:1-14. ISBN: 9781315147277

Anahtar Kelimeler: LLm, AI, Karar Verme, CME, Eğitim

Fig. 1

		Mean	Mean difference	SD	t-value	P-value
Residents	Preartícle	8.667	−4.500	1.871	−5.892	.002[b]
	Postarticle	13.167				
ChatGPT-4o	Preartícle	16.167	0.000	2.098	0.000	1.000
	Postarticle	16.167				
Gemini Advanced	Preartícle	13.667	−3.667	0.816	−2.232[b]	.026[b]
	Postarticle	17.333				

Makale öncesi ve makale sonrası skorların değerlendirmesi

P-246

Kompleks Yaralarda Biyobozunur Geçici Dermal Matris Kullanım Deneyimlerimiz

Saruhan Mahmutoğlu, Murat Doğuş Çerikan, Egehan Güngörmez, Larasu Yıldıran, Hüseyin Emre Ulukaya, Kamuran Zeynep Sevim

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Kronik yara, çeşitli etiyolojilerden kaynaklanan ve altta yatan patolojik durumlar nedeniyle yara iyileşmesinin normal aşamalarından geçmesi geciken veya duran yara olarak tanımlanır. 4 ila 8 hafta içinde normal onarım sürecinden geçemeyen yaralar genellikle kronik olarak kabul edilir. Yara iyileşmesi, radyasyon tedavisi, yetersiz beslenme, mikroorganizmalar, obezite ve metabolik sendromlar gibi çeşitli faktörlerden olumsuz etkilenebilir. Kronik yaralara örnek olarak venöz bacak ülserleri, bası yaraları, iskemik ülserler ve diyabetik ayak ülserleri verilebilir; bunların her biri farklı altta yatan patofizyolojik mekanizmalarla ilişkilidir. Bu karmaşık yaralar, hastaların kişisel yaşamlarını derinden etkiler ve kalıcı ağrı, sınırlı hareket kabiliyeti, yara bakımı için sık sık doktor randevuları ve bazı durumlarda birkaç hafta süren uzun süreli hastane yatışları nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesine neden olur. (1) Kronik yaraların yönetimi ve tedavisi, bireysel hastalar üzerindeki etkilerinin yanı sıra, ulusal sağlık sistemleri ve ekonomiler üzerinde de önemli bir yük oluşturmaktadır. Örneğin, Birleşik Krallık'ta diyabetik ayak ülserleri 24.000 hastaneye yatışa neden olmuş ve NHS'ye yaklaşık 17 milyon sterlin maliyet getirmiştir (2), oysa bu karmaşık yaraların yönetiminin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yıllık maliyeti 150 milyon dolar olarak tahmin edilmektedir. Son otuz yılda, kronik yaraların önemli ekonomik yükü ve hastaların fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerindeki zararlı etkileri nedeniyle, bu yaraların tedavi yöntemlerinde önemli bir artış olmuştur. Gelişmiş yara iyileştirme stratejileri arasında biyolojik tedaviler, iskeletler ve biyofiziksel kuvvetler yer alabilir.

MATERYAL ve METHOD

Eylül 2024 ile Şubat 2025 tarihleri arasında retrospektif bir çalışma gerçekleştirildi. Hastaların klinik verileri (etioloji, lokalizasyon, antibiyotik direnci, mikroorganizma, tıbbi tedavi, debridman sayısı, ilk debridmana kadar geçen süre, deri greftine kadar geçen süre, fonksiyonel sonuç, yatış süresi) ve demografik veriler toplanarak alt grup araştırması yapıldı.

BULGULAR

Toplam 12 hasta tespit edildi (kanser, n:1; yumuşak doku enfeksiyonu, n:5; akut travma, n:4; yanık, n:2). 10 erkek ve 2 kadın hastanın ortalama yaşı 63,5 ± 17 idi. 8 hasta (%66,6) diyabet hastasıydı ve 2 hastada venöz yetmezlik (%16,6) vardı. Yaraların çoğu (%75) alt ekstremitelerde lokalize idi. Genel komplikasyon oranı %33,3 olmasına rağmen, tüm vakalarda Novosorb BTM entegrasyonu

başarılı oldu ve ardından kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG) uygulaması yapıldı. Rekonstrüksiyonun başarısız olduğu dört hastadan ikisi serbest flep ile ikincil flep rekonstrüksiyonu, ikisi ise perforatör flep gerektirmiştir. Novosorb BTM uygulamasından KKDG'e kadar geçen ortalama süre 40 gündür.

TARTIŞMA

Plastik cerrahi klinik uygulamalarında cilt kusurları sıklıkla karşılaşılan bir durumdur ve bazı durumlarda tedavi planlaması zorlu ve uzun süreçler gerektirebilir.(1) Farklı nedenlerle ortaya çıkan kronik yaralar, artan morbidite ve yüksek maliyetler nedeniyle etkili tedavi yöntemleri gerektirir. (2) Bu bağlamda, geleneksel tedavilere alternatif olarak ortaya çıkan biyobozunur geçici dermal matrisler, plastik cerrahi uygulamalarında yararlı bir tedavi alternatifi oluşturmuştur. Geleneksel deri greftleme yöntemlerinde greft reddi, donör bölgesi morbiditesi ve kötü kozmetik sonuçlar gibi tedaviyi olumsuz etkileyen faktörler bulunmaktadır. Biyobozunur dermal matrisler, anjiyogenezi uyararak ve doku iyileşmesi için bir iskele görevi görerek bu sınırlamaları aşmayı amaçlamaktadır. NovoSorb™ BTM (Biyobozunur Geçici Matris) gibi sentetik matrisler, bu alandaki en yeni ürünlerden biridir.

Günümüzde mevcut olan dermal matrisler temel olarak iki ana başlık altında sınıflandırılır: biyolojik matrisler ve sentetik matrisler. NovoSorb™ BTM sentetik kategorisinde yer alırken, biyolojik matrisler çoğunlukla kadavra ve hayvan kaynaklıdır. NovoSorb™ BTM tamamen sentetik ve biyolojik olarak emilebilir bir polimerden üretilmiştir ve yanık defektleri, travma sonrası defektler ve tümör cerrahisi sonrası defektlerde dermal onarım sağlamak üzere geliştirilmiştir. (4)

Bazı in vitro çalışmalar, NovoSorb™'un dermis büyümesi için elverişli bir ortam oluşumuna katkıda bulunduğunu ve doku proliferasyonunu teşvik ettiğini göstermiştir. (3) Bu bulgular, sentetik matrislerin canlı doku mühendisliği ilkeleriyle uyumlu olduğunu ve hücresel iyileşmeyi artırıcı etkileri olduğunu göstermektedir. (3) Bu tür sentetik matrisler, enfeksiyonu azaltma, kasılmayı azaltma ve kozmetik ve fonksiyonel sonuçları iyileştirme konusunda klinik olarak önemli bulgulara sahiptir. (3) (5) (6) Ayrıca, donör bölgede morbiditeye neden olmaması, büyük defektleri olan hastalar için önemli bir avantajdır.

Biyobozunur sentetik dermal matrislerin uzun vadeli etkinliğini ve maliyetini belirlemek ve çeşitli defekt türlerinde kullanımları için uygun tedavi protokollerini oluşturmak için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Matrisin başarısını doğrudan etkileyen faktörler, örneğin dayanıklılık, emilim ve enfeksiyon tepkisi gibi konular hakkında daha fazla araştırma yapılmalıdır. Verimliliği artırmak için stromal vasküler faktör (SVF), yağ enjeksiyonu, ekzozomlarla kombine kullanım gibi çalışmalar denenebilir. Bu ürünler, karmaşık yara tedavilerinde tedavi protokollerini değiştirebilecek etkilere sahip olabilir. Bu matrislerin olumlu etkileri, özellikle donör bölgede morbidite olmaması, yara iyileşmesini ve doku büyümesini hızlandırması ve fonksiyonel ve estetik sonuçları iyileştirmesi, karmaşık yara yönetiminde vazgeçilmez hale getirebilir. Yeni çalışmalar yürütüldükçe, bu matrislerin potansiyeli daha da belirgin hale gelecektir.

SONUÇ

Bulgularımız, bu yaklaşımın, özellikle lokal veya serbest doku transferinin mümkün olmadığı durumlarda, çok çeşitli karmaşık yaralarda güvenilir ve dayanıklı rekonstrüktif çözümler sunduğunu göstermektedir. Bu ön çalışmalar umut verici sonuçlar ortaya koymuş olsa da, uzun vadeli etkinliği değerlendirmek ve ek klinik uygulamaları araştırmak için kapsamlı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: defekt, dermal matris, novosorb

P-247

Buschke-Löwenstein Tümörüne Bağlı Anal Sfinkter Tutulumunda Pediküllü Gracilis Kas Flebi ile Fonksiyonel Rekonstrüksiyon

Burak Hüseyin Uçar, İlker Üşçetin

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

Dev kondiloma akuminata özellikle genital ve perianal alanı tutan, nadir görülen ve cinsel ilişki ile bulaşan bir hastalıktır. Human papilloma virüs enfeksiyonu A.B.D. ve Avrupa'da cinsel aktif populasyonda en sık görülen cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Dev kondiloma akuminata benign histolojik tipte olmasına rağmen lokal olarak agresif seyreden bir kondilom çeşitidir. Düşük de olsa skuamoz hücreli kanser gelişme riski taşır. Çok çeşitli tedavi yöntemleri geliştirilmesine rağmen yanıt genellikle düşük ve nüks sık izlenmektedir.

Gracilis flebi; obturator sinirden innerve olan, medial femoral sirkumfleks sistemden beslenen ve dudak rekonstrüksiyonundan, perineal rekonstrüksiyona kadar çeşitli defektlerde pediküllü, fonksiyonel veya serbest olarak kullanılabilen bir fleptir. Olgu sunumumuzda sfinkter tutulumlu, anal kanal merkezli Buschke Lowenstein tümörü olan genç erkek hastamıza yapılan eksizyon sonrası oluşan defekte yönelik gerçekleştirilen pediküllü gracilis flebi ile sfinkteroplasti operasyonu anlatılmaktadır. Preop hasta şikayetleri, patoloji rapor, perop operasyon tekniği ve postop hasta takibi sırasıyla anlatılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Buschke-lowenstein tümör, kondiloma akuminata, HPV, gracilis, sfinkter

GİRİŞ: Medial bir uyluk kası olan gracilis; pubik simfizden, inferior pubik ramustan ve iskiyumdan köken alır ve daha sonra dizin medial kondiline distal olarak yerleşir. Gracilis flebi; dudak rekonstrüksiyonundan, perineal rekonstrüksiyona kadar çeşitli defektlerde pediküllü, fonksiyonel veya serbest olarak kullanılabilen bir fleptir.

Flep planlanmasında kasın ekseni, iskiyumdan diz medial kondiline bir çizgi çizilerek belirlenebilir. Alternatif olarak, adductor longus uyluk abdüksiyonda iken medial olarak palpe edilir ve gracilis ekseni adductor longus'un 2 ila 3 parmak posteriorunda tanımlanır.

Olgumuzda genç erkek hastamıza anal kanal merkezli, sfinkter tutulumlu Buschke Lowenstein tümörü tanısı konmuş ve genel cerrahi kliniği tarafından eksizyon yapılmış. Operasyonda tümör total olarak eksize edilmiş ve eksternal sfinkterin tamamı, internal sfinkterin %70'i alınmış. Tarafımıza anal bölgedeki defekt için konsülte edilen hastamıza pediküllü gracilis flebi ile sfinkteroplasti operasyonu gerçekleştirilmiştir.

Olgu: Yaklaşık 10 aydır anal bölgede ağrısı olan 22 yaşında erkek hasta genel cerrahi kliniğine başvurmuş ve inspeksiyonda dev kondilom- Buschke Lowenstein ön tanılı kitle tespit edilmiş. Yapılan rektal tuşede ampulla boş olarak izlenmiş ve hastaya takiben kolonoskopi yapılmasına karar verilmiş. Yapılan kolonoskopide sigmoid kolon ve rektumda lümen ve mukoza normal olarak izlenmiş. Retrofleksiyonda anal kanal internal hemoroid pakeleri tespit edilmiş.

Genel cerrahi tarafından yapılan operasyonda kondilomların anal kanalın içinde devam ettiği ve sfinkter tutulumunun olduğu tespit edilmiş. Perianal bölgedeki kondilomların cerrahi sınır temiz olacak şekilde eksizyonunun ardından anal kanal 2-0 vicyrl ile çevre dokulara sabitlenmiş. Oluşan defekt ıslak pansuman ile kapatılarak operasyona son verilmiş. Gönderilen patolojik doku kondiloma akuminata (düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon -LSIL) olarak yorumlanmış.

Tarafımıza anal bölgedeki defekt için konsülte edilen hastanın yara tabanı kapatılma için yeterince granüle değildi. Gracilis flebi ile sfinkteroplasti operasyonu kararının ardından önce hastaya yara tabanı hazırlanması için seri debridman ve vac işlemi uygulanmış. 2 kültür negatifliği ve yeterince granülasyonun ardından hasta nihai kapama için hazır hale gelmiştir.

Operasyonda gracilis kasının flep operasyonu açısından seyri tespit edilmiş ve uyluk medialine yapılan longitudinal insizyonla ortaya çıkarılmıştır. Takiben pedikül görülene kadar gracilis kası tabandan ayrılmıştır. Anal kanala yeniden lümen formasyonu vermek ve uygun tabanı sağlamak için sol inguinal bölgeden alınan FTSG 20 cc boyutundaki enjektörün çevresine sarılmış ve sfinkter içine yerleştirilmiştir. Takiben kaldırılan gracilis kası greftli enjektörün çevresine 270 derece olacak şekilde sarılmış ve distali iskiuma süture edilmiştir. Oluşan defekt sağ taraflı rotasyon flebi ve sol taraflı vy flep ile kapatılarak operasyona son verilmiştir.

Postop 1. Gününde sağ uyluk medialinde flep donör alanında şiddetli ağrı tarifleyen hastaya hematom açısından fizik muayene ve dren takibi yapılmıştır. Takip edilen günlerde ağrısı azalmış olup oluşan ağrı kaslarda meydana gelen ödeme bağlanmıştır. Perineal bölgede flep insizyon hatlarında meydana gelen detaşman nedeniyle postoperatif 10. Gününde tekrar operasyona alınan hastada sağ uyluktan hematom boşaltılıp, defekt bölgesi debride edilmiştir.

Takiben gelişen yara yeri detaşmanı nedeniyle hasta seri debridmana alınıp defekt bölgesi tekrar kapatmaya hazır hale getirilmiştir. Yara tabanında yeterince granülasyon dokusu elde edildikten sonra gracilis flebi yapılan operasyondaki rotasyon flepleri tekrar ilerletilerek defekt kapatılmıştır.

TARTIŞMA: Buschke-Löwenstein ile ilgili olarak literatürde kontrollü çalışmalar bulunmamakta bu nedenle tedavi şemaları oluşturulamamaktadır. Kırk iki yayınlanmış vaka üzerine yapılan araştırmada en etkin tedavinin temiz cerrahi sınırlar ile geniş eksizyon olduğu görülmüştür.

Cerrahi olmayan tedavi seçenekleri yetersiz tümör çıkarılmasına bağlı nüks oranlarını azaltmak veya cerrahi öncesi tümör hacmini küçültmek amacıyla kullanılabilir. Topikal podofilin, topikal ve sistemik florourasil, cisplatin ve metotreksat ile kombine sistemik bleomisin ve kriyoterapi tedavi seçenekleri arasındadır. İntralezyonel interferon alfa-2b enjeksiyonu(haftada 3 kez 9 milyon ünite, 5 ay süresince) lezyonun tamamen çözülmesinde etkili olmaktadır.

Sfinkter tutumlu tümör eksizyonu sonrası gelişebilecek kontinens kaybının önlenmesinde gracilis kas flebi fonksiyonel bir seçenek sunar. Minimal donor alan morbiditesi ve sfinkter çevresine sarmalanabilme özelliği nedeniyle tercih edilmektedir. Alternatif olarak, gluteus maximus flebi dinamik kontinens sağlamada etkili bir yöntemken, geniş doku kayıplarında VRAM flebi tercih edilebilir. Lokal fasciokutanöz flepler ise küçük perianal defektlerde yeterli olabilir. Rekonstrüksiyon yöntemi, defektin boyutu ve fonksiyonel ihtiyaçlara göre bireyselleştirilmelidir.

Sonuç: Pediküllü gracilis flebi, sfinkter tutulumlu bir tümör eksizyonu sonrasında sfinkter fonksiyonunu devam ettirmek adına kullanılabilen rekonstrüksiyon seçeneklerinden birisidir.

Anahtar Kelimeler: Buschke-löwenstein, gracilis, HPV, kondiloma akuminata, sfinkter

gracilis flebi ile sfinkteroplasti perop



gracilis flebinin kaldırıldıktan sonra enjektör ve cilt grefti çevresinde sfinkter haline getirilmesi

P-249
Fournier Gangreni Sonrası Rekonstrüksiyon: Yaklaşımlarımız ve Sonuçlarımız

Bilgen Can, Fazilet Gür, Emrah Işıktekin

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Balıkesir

Giriş: Fournier gangreni, skrotal, perianal ve genital bölgelerin nekrotizan fasiitidir. Fulminan seyirli olup çok hızlı ilerler. Hastaların çoğu erkektir ve en sık etkilenen bölge skrotumdur. Hastalık, polimikrobiyal enfeksiyon ile subkutan arterioler mikrotrombozun etkisi sonucu ortaya çıkar. Genellikle immünsupresyona yol açan bir komorbidite mevcuttur. Hızla ilerleyen ve mortalitesi yüksek olan bu enfeksiyonun tedavisi, nekrotik dokuların debridmanı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve sıvı replasmanıdır.

Rekonstrüksiyonunda, rezidüel skrotal dokunun kullanıldığı deri greftleri,testislerin medial uyluğa geçici veya kalıcı adaptasyonu,lokal fasiokütan flepler, musküлokütan flepler veya hatta serbest flepler kullanılabilir.Rekonstrüksiyon seçenekleri oldukça geniş olsa da, tüm olgular için tek bir yöntem yoktur. Bu çalışmada, Fournier gangreni sonrası rekonstrüksiyon cerrahisi uygulanan olgular sunulmakta ve literatürde bildirilen rekonstrüksiyon yöntemleri tartışılmaktadır.

Amaç: Merkezimizde Fournier gangreni rekonstrüksiyon cerrahisi uygulanan olguların sonuçlarını sunarak, bu klinik

tabloya yönelik cerrahi yaklaşımları ve yöntemlerin avantaj ve dezavantajlarını tartışmak.

Gereç-Yöntem: 2014–2018 yılları arasında Fournier gangreni nedeniyle rekonstrüksiyon uygulanan 16 hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların ortalama yaşı, defektin lokalizasyonu ve boyutu, eşlik eden komorbiditeler, rekonstrüksiyona kadar geçen süre, tercih edilen rekonstrüksiyon yöntemi, rekonstrüksiyon sonrası hastanede yatış süresi ve komplikasyon oranları değerlendirildi.

Bulgular: Tüm hastalar erkekti. En sık eşlik eden hastalık diyabetes mellitustu (%75). Rekonstrüksiyon işlemi ortalama 48,4 gün sonra gerçekleştirildi. En sık tercih edilen yöntem izole skrotal flep ile rekonstrüksiyondu (%56,25). Total skrotal defekti olan dört hastada bilateral süperomediyal uyluk flebi kullanıldı (%25). Perianal bölgeye uzanan defekti olan üç hastada (%18,75), gracilis muskülokutanöz flep ile skrotal flep kombine edildi. Rekonstrüksiyon sonrası ortalama yatış süresi 8,6 gündü. İki hastada (%12,5) yara dehissansı gelişti.

Tartışma: Fournier gangreni, skrotal, perianal ve genital bölgeleri tutan nekrotizan fasiit tablosudur.Nekroz oldukça hızlı ilerler ve mortalite oranı %3–67 arasında değişmektedir. Diyabetes mellitus en sık eşlik eden sistemik hastalık olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada da en sık komorbidite diyabetes mellitus olup literatürle uyumludur.

Literatürde hastalığın başlangıcından rekonstrüksiyona kadar geçen süre ortalama 33–35 gün olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ise ortalama süre 48,4 gün olup, bu süreç hastalığın stabilizasyonu ve yaranın rekonstrüksiyona hazırlanmasını kapsamaktadır.

Merkezimizde, üroloji kliniği hastaların rekonstrüksiyon sürecine kadar izleminden sorumlu olmuş ve günlük pansumanlarla yara bakımı sağlanmıştır. Son yıllarda debridman sonrası VAC tedavisinin kullanımı artmıştır. VAC tedavisinin pansuman sıklığını ve analjezik ihtiyacını azalttığı, dolayısıyla maliyetleri düşürdüğü ve hastanede yatış süresini kısalttığı literatürde bildirilmektedir. Bu çalışmada rekonstrüksiyon sonrası ortalama yatış süresi 8,6 gün olup, hastanede kalışın büyük kısmı hastalığın stabilizasyon sürecini kapsamaktadır. Literatürle karşılaştırıldığında, hastanede kalış süresi uzundur. Bu nedenle rekonstrüksiyon öncesi üroloji kliniğiyle daha sıkı koordinasyon ve VAC uygulamalarına yönelik ileri çalışmalar önerilmektedir.

Fournier gangreninde yardımcı tedavi olarak hiperbarik oksijen tedavisi de uygulanmaktadır. Bu tedavi, doku oksijenasyonunu artırarak anaerob bakteriler üzerinde bakterisid etki oluşturur. Midrup ve ark., hiperbarik oksijen tedavisi uygulanan hastalarda mortalite ve morbiditenin daha yüksek olduğunu göstermiş ve bu nedenle rutin kullanımının önerilmediğini bildirmiştir.

Fournier gangreninde en sık tutulan bölge skrotumdur. Bu nedenle rekonstrüksiyon genellikle skrotum üzerine odaklanır. Testis ve spermatik kordun kanlanması, skrotal deriden farklı olduğundan, testisler enfeksiyondan etkilenmez ancak skrotal derinin debridmanı sonrası açığa çıkar. Bu durum, plastik cerrah açısından ayrı bir rekonstrüktif zorluk yaratmaktadır.

Skrotumun esnek yapısı sayesinde, deri kaybı %50'ye kadar olan olgularda skrotal muskükokutanöz flep ile başarılı onarım sağlanabilir. Ancak skrotal deri kaybı %50'nin üzerinde olan olgularda tek başına yeterli olmayabilir.

Tunica vaginalis'in korunduğu olgularda deri grefti uygulanabilir. Ancak greftin tabana adaptasyon başarı oranı düşüktür. Ayrıca greftlerin koruyuculuğu zayıf,estetik olarak yetersiz ve travma sonrası greft kontraktürü nedeniyle testislerde ağrıya yol açabilir.

Testislerin testosteron salgılama ve spermatogenezi sürdürme gibi fonksiyonları vardır ve bunların yerine getirilmesi için testislerin vücut ısısından daha düşük bir ortamda bulunması gerekir. Demir ve ark.'nın deneysel çalışmasında, deri flebi ile yapılan rekonstrüksiyonun spermatogenezi etkilemediği, buna karşılık greft ile yapılan onarımların testis hacmini ve spermatogenezi anlamlı şekilde azalttığı gösterilmiş ve deri flebi ile rekonstrüksiyon önerilmiştir.

Bir diğer yöntem testislerin geçici veya kalıcı olarak medial uyluğa adapte edilmesidir. Okwudili'nin 12 hastalık serisinde, testislerin 6 ay içinde skrotal boşluğa yeniden geçiş yaptığı ve testis hacminde ultrasonografik olarak azalma görülmediği bildirilmiştir. Ancak spermatogenez üzerine etkisi belirtilmemiştir. Literatürde bu yöntemin spermatogenez ve kozmetik-psikososyal açıdan olumsuz etkiler yaratabileceği bildirildiğinden, çalışmamızda bu yönteme başvurulmamıştır.

Bu çalışmada, skrotal defekt ortalama %62,5 düzeyindeydi. Sadece dört hastada total skrotal defekt mevcuttu. Bu nedenle olguların %56,25'nde tek başına skrotal flep ile ideal rekonstrüksiyon sağlandı. Total skrotal deri kaybı olan üç hastada SMTF kullanıldı ve herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Literatürde ideal skrotum rekonstrüksiyon yöntemi; esnek, duyarlı, travmaya dayanıklı, estetik açıdan kabul edilebilir ve hacimli deformiteye neden olmayan yöntem olarak tanımlanmakta; bu özelliklere en yakın çözüm olarak lokal/lokoregional fasyokütanöz flepler önerilmektedir. SMTF, tek seanslık cerrahiyle rekonstrüksiyon sağlama, güvenilir vasküler beslenme, hastanın pozisyon değişikliği gerektirmemesi gibi avantajları ile öne çıkmaktadır. Bizim de total ve subtotal skrotal defektlerde birinci tercihimiz SMTF'dir.

Skrotum rekonstrüksiyonunda perforatör flepler de kullanılmaktadır. Coşkunfırat ve ark., medial circumflex femoral arter perforatör flebi ile opere edilen 7 hastada flep nekrozu gözlemlememiştir. Flebin tek perforatör arter üzerinden kaldırıldığında yüksek mobilite sağlaması ile donör saha morbiditesinin düşük olması, bu flebin avantajlarıdır. Ancak mikrocerrahi deneyim gerektirmesi ve operasyon süresinin uzunluğu nedeniyle, özellikle ciddi komorbiditeli hastalarda birinci tercihimiz olmamıştır.

Diğer perforatör flepler arasında pudendal arter perforatör flebi ve inferior epigastrik arter perforatör flebi yer almaktadır. Medial uyluk flebi, defektin perineye uzandığı olgularda başarıyla kullanılmıştır. Bu çalışmada perianal bölgeye uzanan defektlerde gracilis muskükokutanöz flep tercih edilmiştir. Kas dokusunun enfeksiyona dirençli olması ve kavite doldurma kapasitesi başlıca avantajlarıdır. Ancak deri adasının özellikle distal 1/3 kısmında perfüzyonunun şüpheli olması nedeniyle, deri adası kasın proksimal kısmına yerleştirilmelidir. Kas flebi üzerine deri grefti uygulanabilir.

Bunlara ek olarak; anterolateral uyluk arter flebi, rektus abdominis kas flebi ve omentum serbest flebi gibi çeşitli alternatif yöntemler mevcuttur.

Bu kadar geniş bir rekonstrüksiyon yelpazesi mevcutken, ideal yöntem her hasta için farklılık göstermelidir. Defektin lokalizasyonu ve boyutu, kavite varlığı, hastanın genel durumu, yaşı ve beklentileri ile cerrahın deneyimi düşünülerek bireyselleştirilmiş yöntem seçilmelidir. Bu çalışmada, %60'a kadar olan skrotal defektlerde skrotal muskükokutanöz flep, %60'tan büyük defektlerde bilateral SMTF ve perianal bölgeye uzanan defektlerde gracilis muskükokutanöz flep ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Sonuç: Her hastaya uygun tek ve ideal bir rekonstrüksiyon yöntemi mevcut değildir. Uygulanacak teknik, defektin boyutu, lokalizasyonu ve hastanın genel durumu gibi faktörlere göre bireyselleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Flep, Fournier, Rekonstruksiyon

P-250

Sternal Defektlerde İnterkostal/ Internal Mammary Arter Perforatör Flepleri: 2023–2025 Döneminde 13 Hastalık Seride Klinik Sonuçlar ve Hasta Memnuniyeti

Yiğit Karabıçak, Hasan Murat Ergani, Burak Yaşar, Tibet Kaan Yolsal, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Cerrahi, Ankara

Giriş-Amaç:

Median sternotomi sonrası derin sternal yara enfeksiyonu (DSWI) ve sternal dehisans, insidansı %0,5–15 arasında değişen ve mortalitesi yüksek olan ciddi komplikasyonlardır. Ayrıca sternumda dermatofibrosarkom protuberans veya diğer malign tümörlerin geniş rezeksiyonu da büyük yumuşak doku ve kemik defektleri bırakır; bu defektlerin kapatılması estetik ve fonksiyonel açıdan zordur. Geleneksel olarak pektoral major, rektus abdominis ve latissimus dorsi kas flepleri kullanılsa da, bu flepler ciddi donör saha morbiditesi ve fonksiyon kaybı yaratabilir. Kası koruyan perforatör flepler (internal mammary artery perforator [IMAP] ve interkostal artery perforator [ICAP]) hem enfeksiyon/dehisans hem de geniş onkolojik rezeksiyon sonrası defektlerde kas hasarını azaltarak alternatif bir seçenek sunar. Literatürde perforatör fleplerin gövde ve toraks defektlerinde yüksek flep yaşama oranları ve hasta memnuniyeti sağladığı bildirilmektedir, ancak sternal bölgeye yönelik geniş seriler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde 2023–2025 yıllarında DSWI, sternal dehisans veya onkolojik rezeksiyon sonrası oluşan sternal defektlerin perforatör fleplerle rekonstrüksiyonuna ilişkin sonuçları değerlendirmek; postoperatif komplikasyonlar, flep sağkalım oranları ve hasta memnuniyetini en az altı aylık takiplerle ayrıntılı olarak sunmaktır.

Yöntem:

Ocak 2023 – Temmuz 2025 arasında sternal bölgedeki defektleri nedeniyle perforatör flebi ile rekonstrüksiyon yapılan 13 hasta retrospektif olarak incelendi. Etkenler arasında 9 hastada DSWI veya dehisans, 2 hastada sternum kaynaklı dermatofibrosarkom protuberansın geniş eksizyonu ve 2 hastada radyasyon nekrozu yer alıyordu. Hastaların biri 18 yaşında, geri kalanı 35–72 yaş (ortalama 54,3±11,1 yıl) olup 8'i erkekti. Preoperatif dönemde enfeksiyon kontrolü ve onkolojik sınırların temizliği sağlandı. Perforatör seçimi için Doppler ultrason kullanılarak defektin lokalizasyonuna göre lateral veya dorsal ICAP ya da IMAP flebi planlandı; flepler propeller tarzında döndürülerek defekti kapattı. Donör alanlar primer kapatıldı.

Tüm hastalar en az 6 ay (ortalama ~10 ay, aralık 6–24 ay) takip edildi. Postoperatif kontrol protokolü kapsamında flepler saatlik izlenerek renk değişikliği ve dolaşım bozukluğu araştırıldı. İki hastada flebin distalinde venöz konjesyon saptandı; her iki hastaya da beş gün boyunca saat başı kanatma uygulanarak aralıklar her gün bir saat artırıldı ve konjesyon düzeldi. Bir hastada donör saha hematomu gelişti ve cerrahi boşaltma yapıldı. İki hastada flep kenarında yüzeyel dehisans izlendi ve primer onarımla düzeltildi. Hasta memnuniyeti üçüncü ayda estetik görünüm, donör saha ağrısı ve günlük aktivitelere dönüş kriterlerini içeren 5'li Likert ölçeğiyle değerlendirildi.

Bulgular:

Tüm flepler altı ay ve daha uzun takiplerde tamamen yaşamış olup, flep sağkalım oranı %100 olarak kaydedildi. Venöz konjesyon gelişen iki flep düzenli kanatma protokolüyle kurtarıldı; hematom ve dehisans gibi komplikasyonlar başarıyla yönetildi. Onkolojik rezeksiyon sonrası büyük defektlerde perforatör flepler yeterli doku sağlayarak ikinci bir kas flebi ihtiyacını ortadan kaldırdı. Memnuniyet anketine göre 8 hasta çok memnun (puan 5), 3 hasta memnun (puan 4) ve 2 hasta az memnun (puan 3) olduğunu bildirdi; ortalama memnuniyet skoru 4,46±0,66 idi. Onkolojik rezeksiyon hastaları özellikle donör sahada fonksiyon kaybının olmaması ve simetrik göğüs duvarı konturundan memnun olduklarını belirttiler.

Sonuç:

ICAP/IMAP perforatör flepleri, enfeksiyon veya dehisans yanında geniş onkolojik rezeksiyonlardan kaynaklanan sternal defektlerin rekonstrüksiyonunda yüksek başarı ve memnuniyet oranlarıyla güvenilir bir seçenektir. En az altı aylık takipte tüm fleplerin hayatta kalması ve yüksek hasta memnuniyeti, kas fleplerine kıyasla perforatör fleplerinin morbiditeyi azalttığını ve estetik sonuçları iyileştirdiğini desteklemektedir. Kontrollü distal kanatma protokolü venöz konjesyon yönetiminde etkili olmuştur. Daha büyük hasta serileriyle yapılacak prospektif çalışmalar, perforatör fleplerin sternal rekonstrüksiyonda standart hale gelmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sternal rekonstrüksiyon, Perforatör flep, interkostal arter perforatörü (ICAP), Internal, mammary arter perforatörü (IMAP)

preop-postop



P-251

Süperiomedial bazlı redüksiyon mamoplasti hastalarının postoperatif 5 yıllık süreçte pitozis dereceleri ve patoloji sonuçlarının değerlendirilmesi

İbrahim Uğur Budak, Nuh Arven, Serhat Gün, Berk Tahhan, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Giriş: Redüksiyon mamoplasti operasyonları sık yapılan ameliyatlardan biri olup cerrahi teknik açısından farklılıklar göstermektedir (1). Pedikül seçimi bu cerrahinin temelinde yer alan bir etkendir (1). İnferior ve süperomedial pedikül, meme küçültme cerrahisinde en sık seçilen pediküller olup birbirine kıyasla avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır (2). Bu çalışma süperomedial pedikül ile yapılan redüksiyon mamoplasti operasyonlarında 5 yıllık süreçte pitozis dereceleri ve patoloji sonuçlarının değerlendirilmesini amaçlanmaktadır.

Metot ve Bulgular: Kliniğimizde son 5 yıl içinde redüksiyon mamoplasti operasyonu yapılan 50 hasta retrospektif

olarak çalışmaya dahil edildi. Operasyona alınan tüm hastalara preoperatif meme USG, 40 yaş üstü tüm hastalara ve 40 yaş altı riskli hastalara mamografi çekildi. Hastaların yaşı, vücut kitle indeksi (VKİ), ilişkili tıbbi rahatsızlıkları, sigara içme durumu ve ameliyat öncesi meme ölçümleri incelendi. Bu 50 hastanın 46' sına süperomedial pedikül meme küçültme cerrahisi yapıldı, 4 hastaya ise inferior pediküllü meme küçültme cerrahisi yapıldı. Süperomedial pediküllü redüksiyon mamoplasti yapılan 46 hastamızın: yaş ortalaması 46.8 yaş (22 yaş -50 yaş) olarak tespit edilirken, inferior pediküllü redüksiyon mamoplasti yapılan 4 hastamızın: yaş ortalaması 54.7 yaş (38 yaş -59 yaş) olduğu tespit edildi. Preoperatif meme uçlarının midklavikulara olan uzunlukları bütün hastalarda ölçüldü. Bütün hastaların operasyon sonrası redüksiyon yapılan meme dokuları patolojiye gönderildi. Hastaların patoloji sonuçları incelendiğinde; 12 hastanın patoloji sonucu fibrokistik değişikliklerin olduğu meme dokusu ile sonuçlanırken, 4 hastanın patoloji sonucu apokrin metaplazisi, 5 hastanın ise fibroglandüler meme dokusu şeklinde sonuçlandı. Geriye kalan 29 hastanın patoloji sonucunun normal meme dokusu olduğu görüldü. Hastaların postoperatif 5 yıl sonra meme uçlarının midklavikulara olan uzunlukları tekrar ölçüldü.

Olgu 1: 30 yaşındaki hasta kliniğimize 5 yıl önce redüksiyon mamoplasti operasyonu için başvurdu. Hastaya preoparatif yapılan ölçümlerde midklavikular hatlardan sağ meme ucuna olan uzaklık 29 cm, sol meme ucuna olan uzaklık 30 cm olarak belirlendi. Hastada yapılan USG sonuçları, anemnez bilgiler ve operasyon riskleri hakkındaki görüş birliğinden sonra hastaya süperomedial pediküllü redüksiyon mamoplasti operasyonu planlandı. Hastaya yapılan preoperatif çizimde hastanın yeni meme ucu midklavikular hatlar arası uzaklığı 20 cm olarak planlandı. Operasyondan sonra hastaya yapılan erken dönem takiplerde herhangi bir komplikasyon (hematom, yara yeri dehissansı, flep dolaşım bozukluğu) izlenmedi ve meme ucu planlanan konumunda ölçüldü. Hastanın incelenen patoloji sonucu doğal meme dokusu olarak saptandı. Hastanın postoperatif 5 yıl sonraki bilateral midklavikular ile meme ucu mesafesi 20 cm ölçüldü. Hastada pitoz izlenilmedi.

Cerrahi Teknik: Ameliyat öncesi klinik değerlendirme sırasında hasta; ayakta dururken, kollar adduksiyonda olacak şekilde ölçümler yapıldı. Hastaların meme pitozisi ve derecesi, meme ucundan sternal çentiğe olan mesafe, meme ucu ile meme altı kıvrımı (IMF) arasındaki mesafe, meme uçları arasındaki mesafe, meme ucu areola kompleksinin genişliği ve midklavikula kemiği ile meme ucu arasındaki mesafe bilateral olarak ölçüldü. Hastalar daha sonra fotoğraflandı. Hastalar pedikül seçimine göre uygun çizimler sonrası operasyona alındılar. Hastalar 3 gün boyunca dren ile takip edildi. Süperomedial pediküllü redüksiyon mamoplasti operasyonu yapılan 46 hastanın 2' sinde kısmi meme ucu nekrozu, 4'ünde yara yerinde dehissans izlendi. Bu hastalar lokal yara bakımı ile takiplerinde iyileşme izlendi. İnferior pedikül uygulanan 4 hastada hiçbir komplikasyon izlenilmedi.

Tartışma: Literatürde; meme küçültme operasyonlarında doğru pedikül seçiminin cerrahi başarıdaki önemi belirtilmiş olup farklı pedikül seçimlerinin birbirlerine avantajları ve dezavantajları tanımlanmıştır (2). Farklı pedikül seçenekleri arasında inferior ve superomedial pedikülleri en sık tercih edilen pediküller arasında yer almaktadır (3). Sunulan bu çalışmada süperomedial pedükküllü redüksiyon mamoplasti yapılan hastalarda postoperatif 5 yıl sonra yapılan ölçümlerde ortalama 2.8 cm'lik pitoz izlendi.İnferior pedikül uygulanan 4 hastada ise ortalama 3.2 cm'lik pitoz olduğu gözlendi. Süperomedial pedikül ile opere edilen hastaların meme ucunun seviyesi açısından daha yüksek memnuniyette olduğu görüldü. İnferior ve superomedial pedikülerin birbirine kıyasla farklı konularda birbirlerine üstünlük sağladığı görülmektedir. Ayrıca hastalara yapılan histopatolojik analizlerde asemptomatik hastalarda saptanan premalign ya da malign lezyonların erken tanı açısından önemini doğrular.

Sonuç: Bu çalışmada klinik deneyimimize göre süperomedial ve inferior bazlı redüksiyon mamoplasti arasında yapılan preoperatif ve postoperastif sonuçlar değerlendirildiğinde meme şeklinin uzun dönemde korunması ve düşük pitozis oranları ile süperomedial bazlı teknik estetik ve fonksiyonel olarak güvenilir bir tekniktir.

Referans:

1.Thomas Ren 1, Andre Galenchik-Chan 2, Katherine Wang'ın fotoğrafı. 2, Duc T Bui 2PMID: 40634764DOI: 10.1007/s00266-025-05041-1

2. Messana F, et al. McKissock tekniği 2022; 9: 970381. https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.970381. - DOI - PubMed - PMC

3.Chopra K, Tadisina KK, Singh DP. 2013; 13:IC59. - PubMed - PMID: 24106568 PMCID: PMC3782143

Anahtar Kelimeler: süperiomedial mamoplasti, meme patoloji, pitoz

süperiomedial mamoplasti



A),B) PREOPERATİF ÇİZİM VE ÖLÇÜMLER A'),B') POSTOPERATİF 5 YIL SONRAKİ GÖRSEL VE ÖLÇÜMLER

P-252

Cerrahi öncesi sessiz risk;Plastik cerrahide saptanan HIV ve Hepatit B seropozitifliği üzerine klinik gözlemler

İbrahim Uğur Budak, Nuh Arven, Serhat Gün, Volkan Özel, Serkan Erbatur

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Giriş: Özellikle acil servis, laboratuvar, hemodiyaliz ünitesi, organ transplantasyonu, Plastik cerrahi sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm hastane personeli kan yolu ile bulaşan HIV, Hepatit B ve C virüsleri ile gelişen enfeksiyonlar için ciddi risk altındadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre tüm dünya genelinde her yıl meydana gelen 3 milyon perkütan yaralanma sonucunda 70000 HBV, 15000 HCV ve 1000 HIV enfeksiyonu geliştiği bildirilmektedir (2). Cerrahi branş hekimlerinin diğer hekimlere göre, daha fazla kan ile temasa maruz kaldığı, daha sık enfekte oldukları bilinmektedir (3, 4, 5). Bu çalışmada, plastik cerrahi kliniğimizde yatan ve cerrahi girişim planlanan hastalarda HBsAg, Anti-HIV seroloji prevalansının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Plastik cerrahi kliniğimizde 23 ocak 2021 ve 25 ocak 2024 yılları arasında elektif ve acil cerrahi planlanan 1281 hastada HBsAg, Anti-HIV pozitiflik durumları retrospektif olarak değerlendirildi. Anti-HCV pozitif olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların 768' i (%60) erkek, 513' ünün (%40) kadın hasta olduğu görüldü. Preoperatif dönemde, hastaların rutin seroloji tarama protokolü (HBs Ag, HIV, Anti –HCV), serum bilirubin düzeyleri ve karaciğer enzimleri çalışıldı. Hastaların 19'unda HBsAg' nin pozitif olduğu saptanılmış olup prevalansının %1.48 olduğu görüldü. HBs Ag (+) hastaların %55' inin erkek hasta, %45' inin ise kadın hasta olduğu izlenildi. Antı-HIV pozitif olan 4 hasta izlenildi ve 3 Antı-HIV pozitif elektif hasta HIV Western Blot doğrulama testine gönderildi ve operasyona alınmadı. 1 Antı-HIV pozitif hasta blow out fraktürü nedeni ile acil şartlarda koruyucu önlemleri alınarak operasyona alındı. Operasyona alınan elektif ve acil vakalarda bariyerli eldiven, yüz ve göz koruyucuları kullanıldı. Seroloji pozitif olan hastalar Enfeksiyon hastalıkları ile Dahiliye Gastroenteroloji bölümüne konsulte edildi.

Tartışma ve Sonuç: Mesleki bulaş riskinin en aza indirilmesi için sağlık personelinin eğitimi, Hepatit B' ye karşı aşılanması, cerrahi işlemler sırasında katı güvenlik önlemlerinin alınmasının yanı sıra cerrahiye alınacak hastaların serolojik yönden değerlendirilmeleri gerekmektedir. Kliniğimizde seroloji sonucu pozitif çıkan vakalarda, acil cerrahi girişim uyguladığımız hastaların endikasyonları; amputasyonlar, kompartman sendromu, blow out fraktürü ve acil debridman ihtiyacı olan enfekte yara ve yanıklardı. Özellikle dikkat çekici bir nokta ise, serolojisi pozitif olguların %60' ında daha önceden tanı konulmamış olmasıydı. Bu durum girişimsel ya da cerrahi öncesi serolojik taramanın bulaşıcı hastalıkların fark edilmesinde ne kadar kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Klinik pratiğimizde elde ettiğimiz bu veriler yalnızca cerrahi planlama açısından değil, aynı zamanda personel güvenliği, enfeksiyon kontrolü, postoperatif yönetim ve toplum bağışıklığı açısından da önem arz etmektedir. Bu sonuçlara dayanarak plastik cerrahi kliniklerinde ve ameliyathanelerde çalışan tüm sağlık çalışanlarının bulaş yolları, korunma yöntemleri konusunda eğitilmesi ve aşılanması gerektiği kanaatine varılmıştır. Temastan korunmak amacıyla çift eldiven kullanımı, yüz ve göz koruyucuları, büyük kanamaların olduğu ameliyatlarda giyilen diz yüksekliğindeki travma botları, önlük altına giyilen plastik önlüklerin kullanımı önerilmektedir (6,7,8). Seronegatif vakalarda enfeksiyonun pencere döneminde olma olasılığı düşünülerek her hastaya potansiyel taşıyıcı gözüyle bakılmalı ve koruyucu önlemler alınmalıdır. Hastalardan sağlık personeline bu viral enfeksiyonların bulaşma riskini azaltmak için, tüm hastaların viral serolojik tetkiklerin incelenmesi, pozitif değer saptanan hastalarda ise cerrah ve tüm ekibin daha titiz çalışması bu konunun ana fikrini ortaya koymaktadır.

Referanslar:

1. 1. Fry DE. Occupational risks of blood exposure in the operating room. Am Surgeon. 2007; 73: 637-646.

2. Phillips EK, Owusu-Ofori A, Jagger J. Bloodborne pathogen exposure risk among surgeons in Sub-Saharan Africa. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007; 28: 1334-1336.

3. Hoşoğlu S, Akalın S, Sünbül M, Oktun M, Öztürk R. Predictive factors for occupational bloodborne exposure in Turkish hospitals. Am J Infect Control. 2009; 37: 65-69.

4. Doebbeling NB, Wenzel RP. Nosocomial viral hepatitis and infections transmitted by blood products. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1995: 616-632.

5. Tsude K, Fujiyama S, Sato S, Kawano S, Taura Y, Yoshida K et al. Two cases of accidental transmission of hepatitis C to medical staff. Hepato Gastroenterol. 1992; 39:73-75.

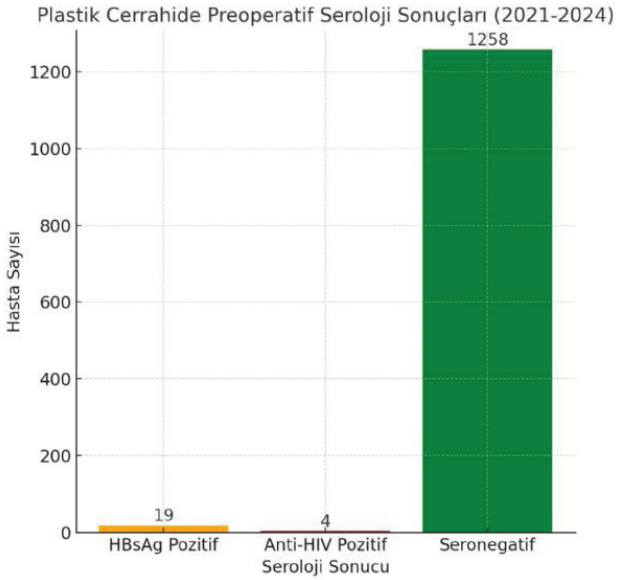
6. Öner M, Güney A, Halıcı M, Argün M, Kafadar İ. Ortopedik cerrahi uygulanan olgularda hepatit B ve Hepatit C prevalansı: 10 yıllık retrospektif çalışma. Genel Tıp Derg. 2007; 17: 167-171.

7. Patterson JMM, Novak CB, Mackinnon SE, Pafterson GA. Surgeons' concern and practices of protection against bloodborne pathogens. Ann Surg. 1998; 228: 266-272.

8. Taşyaran M. Epidemiyoloji. Kılıçturgay K, ed. Viral Hepatit'98. Viral Hepatitle Savaşım Derneği, İstanbul, 1998: 94-100

Anahtar Kelimeler: hepatit B, HIV, plastik cerrahi

Plastik Cerrahide Preoperatif Seroloji Sonuçları (2021-2024)



Plastik Cerrahide Preoperatif Seroloji Sonuçları (2021-2024)

P-254
Limberg Fleplerin Vücudun Farklı Lokalizasyonlarında Kullanımı

Aslı Odabaşı, Servan Dağ, Süleyman Rezan Güler, Mahmut Can Karatoprak, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş

Limberg flebi, rekonstrüktif plastik cerrahide sıklıkla tercih edilen, romboid şekilli bir lokal transpozisyon flebidir. 1946 yılında Alexander A. Limberg tarafından tanımlanan bu teknik, geometrik olarak tasarlanmış fasyokutan flebin, defekt alanına mobilize edilmesine dayanır. Flebin temelini oluşturan romboid tasarım, her biri 60° ve 120°'lik açılar içeren eşkenar dörtgen bir plan üzerine kuruludur. Defektin bir kenarından başlayan flep, 60° açıyla çizilen bir uzantı doğrultusunda tasarlanır ve 120° açı ile rotate edilerek defekt üzerine transpoze edilir. Gerilim optimum düzeyde dağıtılırken, primer kapatma sağlanmakta ve flep nekrozu gibi komplikasyonlar minimalize edilmektedir (1,3). Yüzdeki orta ve küçük defektlerin (1-4 cm) eksizyonu sonrası rekonstrüksiyonda (ör. melanom, BCC/SCC rezeksiyonu sonrası), skalpte Limberg flep ile estetik ve fonksiyonel başarı sağlanır (1). Tasarlanırken yüzde estetik alt birimler göz önüne alınarak flep yönü belirlenmeli, langer çizgileri dikkate alınmalıdır. Interskapular, gluteal bölge, dekübitis ülserde, post-travmatik ve tümör rezeksiyon bölgelerinde de Limberg flep kullanımı, doku kalitesi ve kanlanma açısından güvenli sonuçlar verir (2,3). Alt Ekstremitede tümör rezeksiyonları sonrası yumuşak doku kayıpları, kronik ülserler veya travmatik doku defektlerinde kullanılabilir. Alt ekstremitede cilt mobilitesi sınırlı olduğu için flep tasarımı geniş tutulmalıdır ayrıca hematom ve düşük vaskülarite nedeniyle venöz konjesyon riski yüksektir. Üst Ekstremitede yanık sekelleri veya travma sonrası ekspoze tendon yaralanmalarında kullanılabilir. Flebin mobilitesi, fonksiyonel hareketler göz önüne alınarak ayarlanmalıdır. Cilt gerginliği yüksek olduğu için flep büyük tasarlanabilir. Seroma, hematom, enfeksiyon gibi erken komplikasyonlar görülebilir. Hastanede yatış süresi ve işe dönüş süresi, özellikle Limberg flepte daha avantajlıdır (1,3).

Olgu

83 yaş erkek sol scapuler bölgede insizyonel biyopside ön tanısı scc olan hastaya tarafımızca lokal anestezi altında 2 cm marj konulması sonrası oluşan 3X3 cm'lik defekt alanı için romboid şekilli çizim yapılması sonrası flebin yönü, cilt laksitesi ve mobilitesine uygun şekilde, Langer çizgileri de dikkate alınarak süperiordan limberg flep tasarlandı. Lezyon romboid olacak şekilde subkutan doku dahil edilerek eksize edildi. Defektin bir kenarından devam eden aynı boyut ve açılara sahip bir flep tasarlanarak defektin köşesinden 60° açıyla eşkenar dörtgen oluşacak şekilde tasarlandı..Flep uzunluğu, defekti rahat kapatacak şekilde ayarlandı. Flep cilt ve subkutan dokuyla birlikte eleve edildi aynı zamnda pedikül korundu. Çizilen planda rotasyon ve transpozisyon yapılarak defekte gerginlik olmayacak şekilde, 3-0 prolen kullanılarak cilt süture edildi. Flep donor alanı primer olarak süture edildi. Hasta cerrahi sonrası dren ile takip edildi ve sefazolin tedavisi aldı. Hastanın post-op 2. günde dreni sonlandırıldı. Hastanın süturları 2.haftada alınması sonrası patoloji sonuçları takip edildi. Cerrahi sınırlarında malignite izlenilmedi.

Tartışma-Sonuç

Limberg flep, lokal bölge defektleri için estetik ve fonksiyonel rekonstrüktif seçenektir. En büyük avantajı, kolay disseksiyon planı, anatomik olarak renk ve kalınlık uyumu, geniş rotasyon arkı ve kanlanmasının güvenilirliğidir (2,3). Posterior gövde, sakrum, gluteal bölge ve interskapular alan gibi lokalizasyonlarda özellikle tercih edilen bu teknik, doku uyumu açısından estetik ve fonksiyonel olarak tatmin edici sonuçlar sunar (2).

Kaynakça:

1. Karimi, M., & Koç, E. (2023). Orta yüz cilt defektlerinin rekonstrüksiyonunda bölgesel flepler: Gözden geçirme. Journal of Clinical Medicine, 12(11), 3700.

2. Habal, M. B., et al. (2023). Limberg flap for lateral midface reconstruction. Maxillofacial Surgery Unit, Sapienza University of Rome.

3. Mathew, J., Varghese, S., & Jagadeesh, S. (2007). The Limberg flap for cutaneous defects — a two-year experience. Indian Journal of Surgery, 69(5), 184–186.

Anahtar Kelimeler: Limberg flebi, lokal flep, rekonstrüktif cerrahi, romboid flep

Limberg fler



Sol scapuler bölgede SCC ön tanısı olan hastanın planlama esnasında,intra-op ve post-op fotoğrafları

P-255
Dekübit Yaralarında Kas Flepleri ve Fasyokutan Fleplerin Uzun Dönem Sonuçları

Ali Haydar Cinbaş, Volkan Özel, Bilal Çakır, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

Dekübit ülserleri, özellikle uzun süreli immobiliteye sahip hastalarda gelişen, önemli sağlık harcamalarına ve yaşam kalitesinde belirgin düşüşe neden olan kronik yara problemleridir. Yapılan çalışmalarda, dekübit ülseri prevalansının hastaneye yatan hastalarda %3–11, uzun dönem yatan hastalarda ise %25–30 arasında olduğu bildirilmektedir [1]. Sakral bölge, dekübit ülserlerinin en sık görüldüğü lokalizasyon olup, yaklaşık %30–40 oranında izlenmektedir. Spinal kord yaralanmalı bireylerde bu oran daha da yüksektir [1].

Uzun süren lokal basınç, perfüzyonun bozulması, deri ve deri altı dokuda iskemik nekroz ile sonuçlanır. Sakral bölgedeki ülserler, derinleşmeye meyilli, enfekte ve geniş defektli olmaları nedeniyle konservatif yöntemlere dirençlidir ve cerrahi onarım gerektirir [2]. Cerrahi onarımda temel hedef; iyi vaskülarize, kalın ve sağlam bir doku ile defektin kapatılması, aynı zamanda tekrarlama riskinin en aza indirilmesidir. Bu amaçla kas flepleri (özellikle gluteus maksimus) ve fasyokutan perforatör flepler (SGAP – superior gluteal arter perforatör ve IGAP – inferior gluteal arter perforatör) kullanılmaktadır [3,4,5].

Kas flepleri, yara yatağını iyi vaskülarize etmekte etkili olup enfekte alanların kontrolünde avantaj sağlar [3]. Ancak donör saha morbiditesi, kas fonksiyon kaybı ve kontur bozukluğu gibi dezavantajlar taşıyabilir. Öte yandan fasyokutan flepler, kas bütünlüğünü korurken daha az invaziv yaklaşımlar sunar [4,5]. Son yıllarda artan sayıda çalışma, fasyokutan fleplerin uzun dönem başarı oranlarının kas flepleriyle benzer olduğunu ve komplikasyon oranlarının daha düşük seyrettiğini bildirmektedir [3,4]. Ancak her iki tekniğin uzun dönem klinik karşılaştırması halen tartışmalıdır [2,3].

Yöntem

Bu çalışmaya, 15.03.2022 ile 10.02.2024 yılları arasında hastanemizin Plastik Cerrahi Kliniği' nde sakral gluteal bölge dekübit ülseri nedeniyle cerrahi uygulanan toplam 12 hasta dahil edilmiştir. Olguların 7' sinde gluteus maximus kas flebi, 5' inde ise fasyokutan perforatör flepler (SGAP/IGAP) kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 52.6 yaş (min: 21, maks: 78), cinsiyet dağılımı 8' i erkek, 4' ü kadındır. Hastaların %65'inde etyolojik neden spinal kord yaralanması, %25' inde multipl travma sonrası immobilite, %10' unda ise serebrovasküler hastalık olarak saptanmıştır.

Tüm hastalara preoperatif yara yeri kültürü, hemogram, albumin düzeyi, CRP ve MRI değerlendirmesi yapılmıştır. Dekübit derinliği National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) sınıflamasına göre evrelendirilmiştir [2]: 9 hastada Evre 4, 3 hastada Evre 3 ülser tespit edilmiştir. Tüm hastalarda öncelikle konservatif yara bakımı, enfeksiyon kontrolü ve basınç azaltıcı pozisyonlama uygulanmıştır. Cerrahi endikasyon, konservatif yaklaşıma cevap alınamayan, derin doku kaybı ve/veya osteomyelit saptanan olgulara konulmuştur.

Cerrahi teknik olarak, kas flebi uygulanan hastalarda klasik gluteus maksimus kas flebi elevasyonu, fasyokutan grupta ise Doppler eşliğinde perforatör yerleşimi belirlenerek SGAP veya IGAP flebi planlanmıştır. Hastalar postoperatif 1, 3, 6 ve 12. aylarda yara yeri durumu, komplikasyon (hematom, seroma, enfeksiyon), flep bütünlüğü ve nüks açısından takip edilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada, sakral gluteal dekübit ülserlerinin onarımında kullanılan iki temel flep tekniğinin uzun dönem sonuçları incelenmiştir. Gluteus maksimus kas flepleri, özellikle enfekte ve derin ülserlerde tercih edilmekte olup vaskülarizasyon açısından avantajlıdır [3]. Ancak donör sahada kontur deformitesi ve kas fonksiyon kaybı gibi dezavantajlar taşır. Fasyokutan flepler ise kas bütünlüğünü koruyarak daha az morbidite ile benzer başarı oranlarına ulaşabilir [4,5].

Çalışmamızda, 12 aylık takip süresince genel nüks oranı %30 olarak bulunmuştur. Kas flebi grubunda nüksoranı %31, fasyokutan grupta %20 olarak saptanmıştır. Major komplikasyonlar (hematom, total flep kaybı) kas grubunda 3 hastada (%14), fasyokutan grupta 2 hastada (%10) izlenmiştir. Estetik değerlendirmelerde, fasyokutan grubun postoperatif kontur uyumu daha iyi bulunmuştur. Hastanede kalış süresi ve erken komplikasyon oranları iki grup arasında benzerdi. Bu veriler, uygun hasta seçimi ve dikkatli cerrahi planlamayla her iki tekniğin de başarılı olabileceğini göstermektedir.

Sonuç

Sakral gluteal bölgedeki dekübit ülserlerinin cerrahi onarımında hem kas flepleri hem de fasyokutan flepler etkili ve güvenilir seçeneklerdir [2,3,4]. Flebin seçimi, hastanın genel durumu, yara özellikleri ve cerrahın deneyimine göre bireyselleştirilmelidir. Fasyokutan flepler, daha az morbidite ve iyi estetik sonuçlarıyla öne çıkarken, kas flepleri karmaşık ve enfekte vakalarda halen altın standarttır [3,5]. Uzun dönem sonuçların dikkatle değerlendirilmesi, optimal cerrahi yaklaşımı belirlemede yol gösterici olacaktır.

Kaynaklar

1. Iblher N, Ziegler MC, Penna V, Eisenhardt SU, Stark GB, Bannasch H. Pressure sores: epidemiology, pathology, and treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2012;109(3):33–38.

2. Keys KA, Daniali LN, Warner KJ, Mathes DW. Multivariate predictors of failure after flap coverage of pressure ulcers. Plast Reconstr Surg. 2010;125(6):1725–1734.

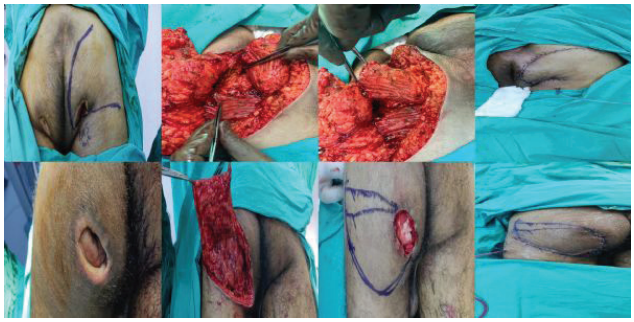
3. Lee J, Kim YH, Lee WJ, et al. Comparison of gluteus maximus and perforator-based flaps for pressure sore reconstruction. Arch Plast Surg. 2013;40(6):697–703.

4. Lin TS, Lee HC, Huang SH. Reconstruction of sacral pressure sores with superior gluteal artery perforator-based V-Y advancement flap: clinical experience and review of literature. Microsurgery. 2014;34(8):650–656.

5. Koshima I, Moriguchi T, Soeda S, et al. The glutealperforator-based flap for repair of sacral pressure sores. Plast Reconstr Surg. 1993;91(4):678–683.

Anahtar Kelimeler: dekübit ülseri, kas flebi, fasyokutan flep

pre-op post-op görüntüler



üst satır kas flebi, alt satır fasyokutan flep

P-257

Aksiller aksesuar memede liposuction-minimal kesi ile direkt eksizyon tekniğinin karşılaştırılması

Mahmut Can Karatoprak, Feryal Tunç, Muhammed Altuğ, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giriş:

Aksesuar memeler, kadın nüfusunun %2-6' sında sıklıkla görülür (1). Aksesuar meme,embriyonik milk line çevresinde sınırlı, doğuştan gelen bir meme anomalisidir. Milk line, gebeliğin 6. haftasında üst ekstremite tomurcuğu ile alt ekstremite tomurcuğu arasındaki ektodermal kabartıda gelişir. Memelerin bulunduğu bölgeler dışında genellikle geriler (2). Aksesuar meme dokusu, pektoral

bölgede normalde bulunan meme dokusuyla aynıdır, bu nedenle döngüsel ağrı ve şişlik gibi aynı doğal semptomlara sahiptir. Menarş, gebelik veya laktasyon döneminde hormonal etkilere bağlı olarak gelişebilir. Ayrıca, normal memelerde görülen fibroadenom, fibrokistik değişiklikler, fillodes tümörü, atipik duktal hiperplazi ve karsinom gibi aynı patolojik değişiklikler de gelişebilir.

Koltuk altı çizgisinin öne doğru çıkması ve aksesuar memelere bağlı oluşan döngüsel ağrılar kadınları utandırır ve rahatsız eder, bu nedenle sıklıkla cerrahi müdahale talep ederler. Tedavi yöntemleri arasında basit eksizyon ve liposuction yer alır. Üstteki deriyle birlikte basit eksizyon, meme dokusunu çıkarmak için kolay erişim sağlar, ancak özellikle Asyalı hastalarda görünür, uzun yara izlerine ve seroma-hematom oluşumuyla komplike olabilen ölü boşluk oluşumuna neden olur. Minimum kesi ile liposuction, tüm fibro-glandüler meme dokusunu çıkaramadığı için estetik sonuç ve siklik aksiller ağrı açısından tek başına tatmin edici sonuçlar sağlamayabilir.

Bulgular:

01.01.2022-01.01.2024 tarihleri arasında aksiller bölgede aksesuar meme nedeniyle opere ettiğimiz 26 kadın hastayı çalışmamıza dahil ettik. Hastaların her birinde bilateral totalde 2 adet aksesuar meme lezyonu mevcuttu. Hastların hepsi genel anestezi altında opere edildi. Hastaların ortalama yaşı: 36,5 yıl idi.Hastaların 15' inde basit eksizyon-sütürasyon yapılırken kalan 11 hasta ise liposaction+minimal insizyon tekniği tercih edilerek opere edildi.Hastalar eğer herhangi bir kanama hematom bulgusu yoksa post-op 1. gün taburcu edildi. Hastalar poliklinikte şekil bozukluğu-deformite, ele gelen kitle, skar durumu, operasyon bölgesinde sikluslara bağlı ağrı ve hassasiyet açısından değerlendirildi.

Direk kesi yapılan 15 hastada herhangi bir ele gelen kitle veya sikluslara bağlı ağrı hassasiyet yoktu.Ancak hastalarda diğer gruba göre çok daha belirgin ve uzun skar alanları mevcuttu. Ayrıca 2 hastada aksiller bölgede fazla eksizyona bağlı çöküntü mevcuttu. 4 hastada ise post-op hematom veya seroma nedeniyle drenaj uygulandığı gözlendi.

Liposuction+minimal kesiyle eksizyon yapılan grupta ise 3 hasta ele gelen kitle nedeniyle şikayetçiydi.4 hasta siklus döneminde operasyon bölgesinde hassasiyet tariflemekteydi.Hastaların hiçbiri skar alanından şikayetçi değildi.Hastaların sadece 1' inde postoperatif hematom gelişmiş olup drene edildi. Hastaların 1' inde ise yetersiz eksizyona bağlı olarak başka merkezde tekrar opere edildi.

Tartışma:

Ameliyatın amacı aksesuar aksiller meme dokusunun küçültülmesi ve aksillaya estetik bir kontur kazandırılmasıdır. Geleneksel olarak tercih edilen 2 yöntem olan basit eksizyon ve liposuction tekniğini değerlendirdik. Doğrudan eksizyon, aksillada daha uzun bir kesi yoluyla yapılır. Bu, hem yağ hem de fibro-glandüler meme dokusunun çıkarılmasına olanak tanır, ancak genellikle büyük miktarda ölü boşluk oluşturur ve lenf nodlarına zarar verebilir; bu durum da seroma birikimiyle sonuçlanabilir.

Liposuctionda ise fibro-glandüler meme dokusu yetersiz şekilde parçalanma eğilimindedir ve emme kanülü ile çıkarılması sırasında zorluklar yaşanabilir. Aksillada istenen hassas kontur ve simetriyi yeniden oluşturmak zordur. Bu nedenle, biz liposuctionın yanında minimal kesiyle eksizyon yapmayı tercih ettik.

Sonuç:

Tüm bu gözlemlerimize bakarak aksiller aksesuar meme cerrahisinde direk eksizyon tekniğiyle liposaction+ minimal kesiyle eksizyon tekniğinin kendilerine özgü avantaj ve dezavantajları mevcuttur.Cerrahların hasta beklentilerini de göz önüne alarak bu teknikleri kendi içinde değerlendirip hastaya uygun tekniği seçmesini önermekteyiz.

Referanslar:

1- Kadler, B., Gill, M. S., Ghandour, A., & Murphy, R. (1992). Axillary breast tissue: Clinical presentation and treatment. European Journal of Surgical Oncology, 18(1), 36–40.

2- Sadler, T. W. (2012). Langman's Medical Embryology (12th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Anahtar Kelimeler: Aksesuar meme, aksilla, liposuction

Aksiller aksesuar meme



1: Pre-op direkt eksizyon yapılacak hasta 2: Pre-op liposuction + eksizyon yapılacak hasta 3: Post-op direkt eksizyon yapılan hasta 4: Post-op liposuction + eksizyon yapılan hasta

P-258
İskemi Süresinin Replantasyon Hastalarında Başarıya Etkisi

Saruhan Mahmutoğlu, Büşra Güçlü, Selahattin Galyan, Larasu Yıldıran, Betül Nur Balcı, Kamuran Zeynep Sevim
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ

Parmak amputasyonları, elde en sık karşılaşılan travmalardan biridir ve yalnızca şiddetli ağrıya yol açmakla kalmaz, aynı zamanda elin ince motor becerilerini de olumsuz etkileyerek günlük yaşamı, iş performansını ve yaşam kalitesini düşürür. Parmak replantasyonunda tendon, kemik, damar ve sinirlerin yeniden yapılandırılmasıyla kan dolaşımı ve parmağın orijinal formu yeniden sağlanır. Replantasyon cerrahisinde uzun yıllardır iskemi süresi, doku yaşamını etkileyen önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir. El ve parmak replantasyonlarında iskemiye karşı dokuların dayanıklılığı halen önemli bir sorundur. Özellikle birden fazla merkeze sevk edilen hastalarda ve travma sonrası yapılan müdahalelerde iskemi süresi zaman zaman 24 saatin üzerine çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, parmak replantasyonlarında uzayan iskemi süresinin replantasyon yaşam oranlarını karşılaştırmaktır.

MATERYAL ve METHOD

Bu çalışmada, kliniğimizde Aralık 2018 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında yapılan el parmağı replantasyon operasyonları retrospektif olarak incelendi. Toplam 183 hastada 202 parmağa yönelik (143 erkek, 40 kadın) iskemi süresinin yanı sıra yaş, amputasyon seviyesi, ampute parmak sayısının replantasyon başarısına etkisi istatiksel olarak araştırıldı. Bağımsız gruplarda oranlar ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Bağımsız grupta sayısal değişkenlerin karşılaştırılmaları normal dağılım koşulu sağlanamadığından bağımsız iki grupta Mann Whitney U testi ile yapıldı.

BULGULAR

Toplam 183 hastada gerçekleştirilen 202 parmak replantasyonu vakası incelenmiştir. Bu vakaların 62'si (%31) hastaneye kabul edildikten ortalama 166.2 dk sonra (gecikmeli replantasyon grubu), 140'ı ise hastaneye kabul edildikten ortalama 116.1 dk sonra (erken replantasyon grubu) ameliyat edilmiştir. Genel başarı oranı %62.8 olarak belirlenmiştir (202 olgunun 127). Erken replantasyon grubunda başarı oranı %60.7 iken, gecikmeli replantasyon grubunda bu oran %66'tür. İki grup arasında iskemi süresi, yaş, amputasyon bölgesi ve çoklu parmak amputasyonu gibi parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

SONUÇ

Çalışmamızda, replantasyon grupları arasında; yaş, amputasyon seviyesi, acil servise ulaştırılma, ameliyata başlama ve ameliyat sürelerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir. (P =.07). Sonuç olarak, bu çalışma seçilmiş vakalarda parmak replantasyonunun ertelenmesinin, acil olarak yapılan replantasyonla benzer başarı oranları sağladığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Replantasyon, iskemi süresi, revaskülarizasyon

P-261
Aksiller Bölgenin Hidraadenitis Süpürativa Eksziyonu Sonrası Oluşan Defektlerde V-Y İlerletme Flebinin Etkinliği

Ceyhun Uzun, Oğuzhan Eroğlu,
Alperen Aras, Berke Kahraman, Emrah Kağan Yaşar,
Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi anabilim dalı,Kocaeli

Giriş

Hidradenitis suppurativa (HS), özellikle aksilla gibi intertriginöz bölgeleri tutan, kronik ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen inflamatuvar bir deri hastalığıdır1. Hurley evre II veya III olarak sınıflandırılan ileri olgularda, cerrahi eksizyon halen kesin tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ancak, aksiller defektin rekonstrüksiyonu; omuz hareketliliğinin korunması, estetik konturun sağlanması ve nüks riskinin azaltılması gibi nedenlerle önemli zorluklar içermektedir2. Mevcut rekonstrüktif seçenekler arasında V-Y ilerletme flebi, çok yönlülüğü ve olumlu klinik sonuçları nedeniyle giderek daha fazla dikkat çekmekle birlikte bölgesel konturun korunması, düşük donör saha morbiditesi ve tatmin edici fonksiyonel sonuçlar gibi çeşitli avantajlar sunmaktadır. Bu çalışmada, literatürdeki güncel veriler ışığında aksiller HS rekonstrüksiyonunda V-Y flebinin klinik kullanımı değerlendirilmektedir3,4. Karşılaştırmalı çalışmalar, V-Y flebin deri greftleri gibi diğer yöntemlere kıyasla daha düşük nüks ve komplikasyon oranları ile ilişkili olduğunu göstermektedir5. Bu bulgular doğrultusunda, V-Y ilerletme flebinin, aksiller HS'nin cerrahi tedavisinde etkili ve güvenilir bir rekonstrüktif yöntem olduğu önerilmektedir6.

Amaç

Bu çalışmanın amacı, ileri evre aksiller hidradenitis suppurativa (HS) olgularında cerrahi eksizyon sonrası V–Y ilerletme flebi kullanımının etkinliğini değerlendirmektir.

Method ve Cerrahi Yöntem

Hasta supin pozisyonda ve ipsilateral kol 90° abduksiyonda iken, metilen mavisi ile fistül ağızlarından intraket yardımıyla enjeksiyon yapılır. 10-12 dakika kadar beklendikten sonra cerrahi eksizyon alanı için cilt insizyonu belirlenir. Metilen mavisi ile boyanan fistül traktlarıda eksizyon materyaline dahil olucak şekilde aksilladaki hastalıklı cilt, sağlıklı doku komponenti görülene kadar eksize edilir. Defekt ortaya konulduktan sonra iki adet V–Y ilerletme flebi defekt süperolaterali komşuluğundaki kol medialinden ve defekt inferior komşuluğundaki göğüs lateral duvarından planlanır.V–Y flebi, anterior sınırdan başlanarak subfasyal düzlemde disseke edildikten sonra arka ve üst sınırında da subfasyal plana kadar düşülür. Ada flep haline getirildikten sonra, primer defekti kapatacak kadar hareket serbestliği elde edilene dek subfasyal düzlemde disseksiyon yapılır. Fleplerin rahatça ilerletilebildiği gözlemlendiğinden dolayı perforatörlerin izole edilmesi için ek bir işlem yapılmadı. Hemostaz sağlandıktan sonra, her iki v-y fleb orta hatta birbirine sütüre edilecek şekilde defekt kapatılmaya başlanır. Her flebin altına iki adet penrose dren yerleştirilir. Bu teknikle, omuz ekleminde yeterli hareket serbestliği korunarak 12×10 cm²'ye kadar olan cilt defektlerinin rekonstrüksiyonu gerçekleştirilebilir.

Tartışma

Aksiller hidradenitis suppurativa eksizyonu sonrasında rekonstrüksiyon amacıyla çeşitli ilerletme ve transpozisyon flepleri tanımlanmıştır. Bu çalışmada, formu ve fonksiyonu korumaya yönelik basit, pratik ve güvenilir bir flep tekniği sunulmaktadır. Niranjan ve arkadaşları, lateral perforatöre dayalı V-Y ilerletme flebi ile posterior kol ve lateral göğüs

duvarı perforatörlerine dayanan çift karşılıklı V-Y ilerletme flebi olmak üzere iki farklı teknik tanımlamışlardır7Ancak, bu fleplerde kullanılan vasküler pedikülün dar olması ve perforatörlerin seyrinin değişkenlik göstermesi bu tekniklerin güvenilirliğini azaltmaktadır. Schwabegger ve arkadaşları ise, benzer bir V-Y ilerletme flebini rastlantısal (random) perforatörlere dayandırarak kullanmışlardır6.

Bu çalışmada tanımlanan flepler toraks lateral duvarından ve kolun iç yüzünden planlanan random paternli flepler olup büyük defektlerin rekonstrüksiyonunda kolaylıkla güvenilir bir şekilde planlanabilir. Flebe axial paternli perforatörler dahil eden çalışmalar olmakla birlikte orijinal kadavra çalışmalarında, torakodorsal damarlardan doğrudan septokutanöz dallar olarak çıkan bir veya iki damara dayalı aksiyal paternli fasyokutanöz fleplerin de elde edilebileceği gösterilmiştir8. Ancak bu damarlar sadece olguların %47'sinde mevcut olduğundan, flebin bu dallara dayandırılması uygun değildir9.

Skapular-torakodorsal arteriyel sistemin sağlam ve öngörülebilir yapısı sayesinde bu flep güvenilir ve tekrarlanabilir olarak kabul edilir. Subfasyal disseksiyon, fasyal pleksusu koruyarak 3:1 oranına kadar uygun bir uzunluk-genişlik oranına imkân tanır. Vasküler yapı, geniş bir üçgen cilt adasının elde edilmesine olanak sağlar ve bu da büyük defektlerin kapatılmasını kolaylaştırır. Ayrıca, ameliyat sonrası omuzun immobilizasyonuna gerek yoktur. Bununla birlikte, flep çevre dokularla mükemmel kontur ve doku uyumu sağlarken aksiller foldun bütünlüğünü de korur.

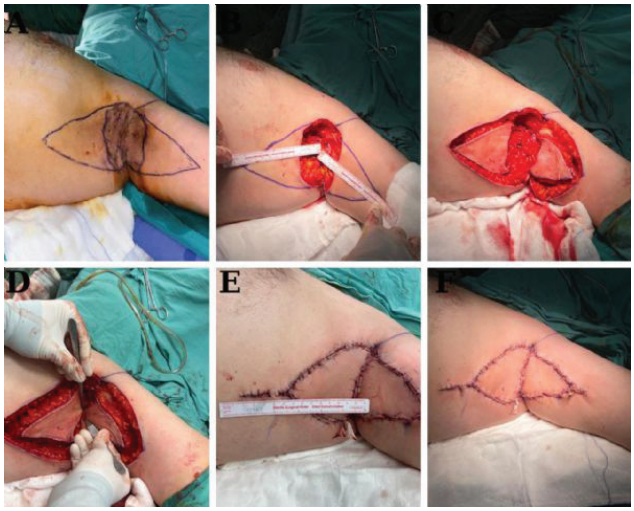
Aksiller hidradenitis suppurativa tedavisinde cerrahi eksizyon sonrası rekonstrüksiyon için sık tercih edilen yöntemler arasında deri greftleri de yer almaktadır. Deri greftleri, cerrahi teknik açısından daha basit olmakla birlikte, greft tutunma oranlarının değişkenliği, kontraktür riski ve estetik açıdan tatmin edici olmayan sonuçları ile sınırlı kalmaktadır10. Ayrıca, greft uygulanan alanlarda tekrarlayan enfeksiyonlar ve hastalığın nüks etme olasılığı daha yüksektir12. Buna karşın, V–Y ilerletme flebi;pedikül diseksiyonu yapmaya gerek olmadığı, primer kapama sağladığı ve donör saha morbiditesini minimal düzeyde tuttuğu için daha güvenilir bir seçenektir7. Literatürde, V–Y flebi uygulanan hastalarda omuz hareket açıklığının korunduğu, yara iyileşmesinin daha hızlı olduğu ve nüks oranlarının deri greftlerine kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir13. Ayrıca, flep ile yapılan rekonstrüksiyonlar estetik konturun korunmasını sağlamakta ve operasyon süresi oldukça kısalmaktadır. Bu veriler doğrultusunda, özellikle fonksiyonel bütünlüğün korunmasının önemli olduğu aksiller bölge rekonstrüksiyonlarında V–Y ilerletme flebinin, deri greftlerine göre daha üstün bir seçenek olduğu sonucuna varılabilir.

Sonuç

Bu çalışmada, hidradenitis suppurativa tanısı ile cerrahi eksizyon ve V–Y ilerletme flebi uygulanan yedi hastanın toplam 14 aksillası değerlendirildi. Hastaların tamamı aktif sigara içicisi olup, üç hastada ek olarak hipertansiyon (HT) ve diabetes mellitus (DM) mevcuttu. Cerrahi sonrası erken dönemde yalnızca bir hastanın sağ aksillasında parsiyel flep detaşmanı gelişti; diğer hastalarda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Tüm hastalar postoperatif dönemde etkin yara iyileşmesi gösterdi ve şu ana kadar yapılan takiplerde hiçbir hastada nüks izlenmedi. Bu sonuçlar, V–Y ilerletme flebinin aksiller hidradenitis suppurativa tedavisinde güvenilir, fonksiyonel ve düşük komplikasyon oranına sahip bir rekonstrüksiyon yöntemi olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Aksiller bölge rekonstrüksiyonu, Hidradenitis süpürativa, lokal flep, V-Y ilerletme flebi

Aksiller bölgenin hidradentis hastalığı nedeniyle yapılan cerrahi eksiyon ve flebin planlanması



Hidraadenitis hastalarının demografik bilgileri

Hasta No	Yaş	Tutulan bölge	Sigara kullanımı	Ek hastalık	Komplikasyon
1	28	sol aksilla	7 p/y	yok	izlenmedi
2	44	bilateral aksilla	25 p/y	Ht	izlenmedi
3	44	bilateral aksilla	30 p/y	yok	sağ aksillada detaşman
4	27	sağ aksilla	10 p/y	yok	izlenmedi
5	34	sağ aksilla	2 p/y	yok	izlenmedi
6	32	bilateral aksilla	8 p/y	yok	izlenmedi
7	27	bilateral aksilla	8 p/y	yok	izlenmedi

P-262

Yeni Kurulan Rekonstrüktif Mikrocerrahi Ünitesinde İlk Yıl: 25 Olguluk Serbest Flep Serisi

Burak Özkan, Burak Ergün Tatar

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul

Amaç:

Yeni kurulan rekonstrüktif mikrocerrahi ünitesinde ilk yıl içerisinde gerçekleştirilen serbest flep rekonstrüksiyonlarının sonuçlarını sunmak.

Yöntem:

Ekim 2024 – Eylül 2025 tarihleri arasında toplam 25 hastaya serbest flep rekonstrüksiyonu uygulandı. Hastaların yaşları 20–78 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 51 idi; 16'sı erkek, 9'u kadındı. Defekt lokalizasyonları 21 alt ekstremite, 3 baş-boyun ve 1 üst ekstremite olarak dağılım gösterdi. Endikasyonlar arasında travma (n=11), diyabetik ayak/kronik yara (n=9), tümör rezeksiyonu (n=3) ve kontraktür (n=2) yer aldı. Uygulanan flepler arasında 13 ALT (4'ü kimerik), 3 latissimus dorsi, 3 fibula, 1 gracilis, 1 TDAP(Torakodorsal arter perforator flebi), 1 MSAP(Medial Sural Arter Perforator Flebi), ve 1 vastus lateralis flebi bulunmaktaydı. Alıcı damar olarak en sık posterior

tibial arter (n=8) ve anterior tibial arter (n=8) tercih edilirken, nadir olgularda popliteal, medial sural, medial plantar ve peroneal arterler kullanıldı. Bazı olgularda kas fleplerinin üzerine veya defekt yanlarına dermal deri ekleri uygulanarak sekonder iyileşme desteklendi.

Bulgular:

Ortalama takip süresi 6 aydı. Toplam 3 hastada flep nekrozu gelişti; bu hastaların tamamı diyabetikti. Dört hastada erken, iki hastada geç revizyon gerekti; geç revizyonların 2'si de enfeksiyon nedeniyldi. İki hastada hematom, bir hastada geçici venöz konjesyon izlendi. Bunun dışında ciddi komplikasyon gelişmedi. Dermal deri eki uygulanan olguların çoğunda ek greft ihtiyacı olmadı ve sekonder iyileşme başarıyla sağlandı. Genel başarı oranı %88 olarak hesaplandı.

Sonuç:

İlk yıl deneyimimiz, serbest flep rekonstrüksiyonlarının yeni kurulan bir mikrocerrahi ünitesinde güvenle uygulanabileceğini göstermektedir. Diyabet, flep kaybı açısından en önemli risk faktörü olarak öne çıkmıştır. Kas flepleri üzerine uygulanan dermal deri ekleri ise ek greft ihtiyacını azaltarak etkin bir seçenek sunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Rekonstrüktif Mikrocerrahi Ünitesi, Serbest flep, Mikrocerrahi

P-264

Travma Nedenli Gelişen Yüz Kırığında Fissura Orbitalis Superior Sendromunun Yüksek Doz Steroid ile Kontrolü

Berrenur Yeşilli, Menekşe Kastamoni, Süleyman Çeçen, Selçuk Akın, Güzin Yeşim Özgenel

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi

GİRİŞ

Süperior orbital fissür (SOF) sendromu, nadir görülmekle birlikte klinik açıdan kritik öneme sahip bir durumdur. Süperior orbital fissür, III, IV, VI kraniyal sinirler, trigeminal sinirin oftalmik dalı (V1), superior oftalmik ven ve sempatik lifler için önemli bir anatomik geçit oluşturmaktadır. Travmaya bağlı oluşan ödem veya kanamalar bu bölgedeki sinirlerin fonksiyonunu bozarak oftalmopleji, pitoz, diplopi, orbital ağrı, duyu kaybı ve nadiren proptozise yol açabilir. SOF sendromunun etiyolojisi geniş bir yelpazeye sahiptir; tanıda ayrıntılı anamnez, kapsamlı nörolojik muayene ve ileri görüntüleme yöntemleri (MR, BT, anjiyografi) gereklidir. Tedavi, altta yatan nedene göre planlanır. Bu olguda, travmaya bağlı gelişen SOF sendromunda, geç dönemde bile cerrahi müdahale ve yüksek doz steroid tedavisi ile fonksiyonel düzelme sağlanmıştır.

OLGU SUNUMU

62 yaşında erkek hasta,acil servise yüzünü kayaya çarpma sonrası gelişen diplopi şikayetiyle travma sonrası 1.gün başvurdu. Muayenede belirgin periorbital ödem ve ekimoz izlendi; sağ malar bölgede 4 cm'lik dış merkezden süture edilmiş kesi mevcuttu. Sağ gözde kısmi pitoz ve belirgin subkonjonktival kanama vardı. Pupillerde anizokori (sağ göz midriyatik) gözlendi; görme keskinliği korunmaktaydı. Oftalmoloji konsültasyonu normal fundus bulguları gösterdi. Palpasyonda sağ periorbital ve malar bölgede hassasiyet vardı; ağız açıklığı normaldi. BT görüntülemede sol gözde proptozis, intrakonal veya ekstrakonal kanama yokluğu saptandı; orbita tabanda fraktür mevcuttu.

Travma sonrası 3. günde, hastaya blow-out fraktürü nedeniyle orbita taban plağı ile cerrahi müdahale uygulandı. Peroperatif force duction testi pozitifti. Postoperatif dönemde göz hareketlerinde kısıtlılık, ışık reflekslerinde azalma ve diplopi devam etmesi nedeniyle SOF sendromu düşünüldü. Hastaya 4 gün süreyle yüksek doz steroid tedavisi uygulandı (metilprednizolon 30 mg/kg, toplam 3000 mg yükleme dozu). İlk gün, 2700 mg (3 × 900 mg), sonraki 4 gün ise 8 saatte bir 1000 mg olacak şekilde infüze edildi. Analjezi için deksketoprofen trometamol (2 × 1), antibiyotik olarak metronidazol (3 × 100 mg) ve ampisilin-sülbaktam (4 × 1500 mg) kullanıldı. Hastanede yatış süresi 6 geceydi; taburculuk sonrası steroid protokolü ile tedaviye devam edildi.

Travma sonrası 4. gün başlanan tedaviye rağmen, 2 hafta içinde pitoz, proptozis ve oftalmoplejide kısmi iyileşme gözlendi. Altıncı haftada pitoz ve proptozis tamamen düzelirken, oftalmopleji yaklaşık %90 oranında geriledi.

TARTIŞMA

SOF sendromu nadir görülen ve yönetimi hâlen tartışmalı bir tablodur. Çoğu vakada konservatif yaklaşım yeterli olabilir; ancak ilerleyen veya ağır vakalarda cerrahi gereklidir. Standart, güçlü kanıta dayalı tedavi protokolleri bulunmadığından, uygulanan steroid rejimleri literatürdeki olgu serileri ve derlemelerden öneriler doğrultusunda belirlenmektedir. Bu olguda, blow-out fraktürü için öncelikli cerrahi müdahale sonrası medikal tedavi uygulanmıştır.

Bazı literatürlerde önce steroid, sonra cerrahi veya cerrahi ile eş zamanlı steroid uygulaması bildirilmektedir. Bu olguda cerrahi müdahale travma sonrası 3. gün, steroid tedavisi ise 4. gün başlamasına rağmen tedaviye olumlu yanıt alınmıştır. Literatürde önerilen yüksek doz steroid yüklemesi (30 mg/kg) sonrası 3 gün 6 saatte bir 15 mg/kg veya 1–2 gün 5,4 mg/kg/saat infüzyon şeklindedir. Bu olguda yükleme dozu ilk gün 20 mg/kg, ikinci gün 22,5 mg/kg uygulanmış; idame tedaviye travma sonrası 5. günde başlanarak her 8 saatte 1000 mg olacak şekilde 4 gün sürdürülmüştür. Taburculukta steroid protokolüne devam edilmiştir.

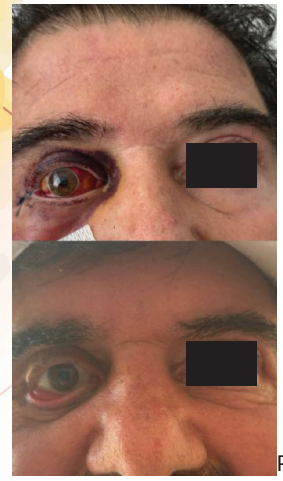
Ayırıcı tanıda orbital apeks sendromu önemlidir; optik sinirin tutulumu ve görme kaybı bu sendromu SOF sendromundan ayırır. SOF sendromunda genellikle optik sinir etkilenmez, göz hareketlerinde ve duyu sinirlerinde felç vardır. Cerrahi sonrası yüksek doz steroid kullanımı, travmaya bağlı sinir hasarında belirgin iyileşme sağlamaktadır.

SONUÇ

SOF sendromu nadir görülür ve multidisipliner yaklaşım gerektirir. Travma sonrası gelişen vakalarda erken tanı ve uygun tedavi, kalıcı nörolojik hasarları önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Kırık birlikteliği olan SOF sendromlarında medikal tedavi ve cerrahi kombinasyonu veya yalnızca cerrahi sonrası steroid kullanımı ile olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Bu olgu, travma sonrası geç dönemde bile cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonu ile fonksiyonel iyileşme sağlanabileceğini göstermektedir. Ayrıca literatürde önerilen yüksek doz steroid tedavisini bu olguda desteklemektedir.

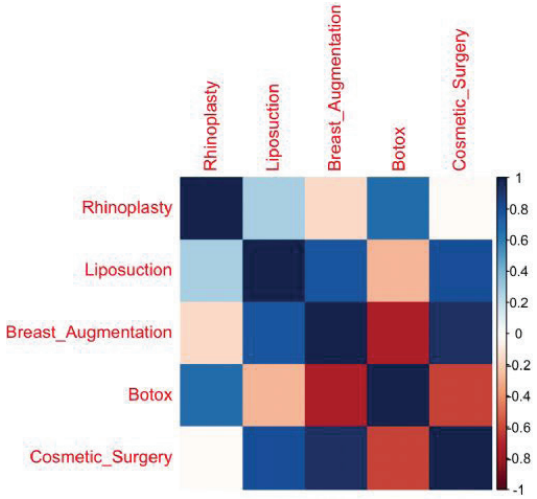
Anahtar Kelimeler: Diplopi, Pitoz, Orbital Travma, Süperior Orbital Fissür

Şekil1



Postop 1. gün, postop 6. hafta

Korelasyon Analizi



P-265]
Halkın Plastik Cerrahiye Olan İlgisinin Zaman İçinde Google Trends'teki Değişimi

Özlem Özgür[1], Ecem Esma Yeğin[2], Mehmet Emre Yeğin[1]
[1]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, İstanbul

Arka plan: Google Trendler, sağlık araştırmalarında önemli bir kaynak haline geldi ve gelişen kamu yararı kalıplarına ilişkin değerli bilgiler sağladı. Sosyal medya platformları, farklı yaş gruplarında görülen etkilerle halkın estetik cerrahiye olan ilgisini önemli ölçüde etkilemektedir. Araştırmalar, hasta eğitimi ve cerrahlar tarafından pazarlama için bir araç olarak hizmet veren sosyal medyanın görünürlüğü ile artan kamu ilgisi arasında açık bir bağlantı olduğunu gösteriyor.

Yöntemler: Bu çalışmada, 2004'ten 2024'e kadar plastik cerrahiye olan ilgideki değişiklikleri analiz etmek için Google Trends verileri kullanılmıştır. Bu verilerin toplumsal merakı ve talebi nasıl şekillendirdiğine odaklanarak, bu eğilimlerin sosyal, ekonomik, teknolojik ve küresel sağlık olaylarıyla ilişkisini araştırdık.

Bulgular: Analizlerimiz, özellikle küresel sağlık krizi sırasında estetik cerrahiye ilgide belirgin bir artış olduğunu ve işsizlik oranlarıyla dikkate değer bir korelasyon olduğunu ortaya koyuyor.

Sonuç: Dijital trendlerin sağlık hizmeti planlamasını ve halk sağlığı stratejilerini nasıl bilgilendirebileceğine dair pratik bilgiler sunarak, bu trendlerin sağlık hizmeti sağlayıcıları ve politika yapıcılar için etkilerini tartışıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Estetik İşlemler, Google Trends, Halk, Kamu, Plastik Cerrahi

P-266
İnsan ve hayvan ısırıklarına bağlı yaralanmaların karşılaştırılması

Nisa Nur Çelik, Halil İbrahim İnal, Rana Kapukaya
Sbü Adana Tıp Fakültesi Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Amaç

İnsan ve hayvan ısılmasına bağlı acil servisimize başvuran hastaların incelenip, farklılıkların ortaya konulması amaçlanmıştır.

Materyal Metod

2018-2025 tarihleri arasında kurumumuza ısırılma sonucu yaralanma şikayeti ile başvuran hastaların; yaş, yaralanma bölgesi, ısıran faktör, yaralanma nedeni, enfeksiyon gelişip gelişmediği, tedavi sonuçları incelendi.

Bulgular

Kurumumuz acil servisine,Ağustos 2018-Ağustos 2025 tarihleri arasında, 45 hasta ısırılma nedeniyle başvurmuştur. İnsan ısırığı nedeniyle başvuran hasta sayısı 7 olup, bu hastaların 1' i kadın, 7'si erkek idi. Hastaların ortalama yaşı 33 (min 25- max 52) idi. Yaralanma bölgeleri; 4 hastada kulak, 1 hastada parmak, 2 hastada kol idi. Hayvan ısırığına bağlı yaralanmalar; kedi saldırısı sonucu yaralanan 8 hastanın yaş ortalaması 25 (min 14-max 45) olup, 5'i kadındı. Köpek saldırısı sonucu yaralanan 29 hastanın yaş ortalaması 32 (min 2-max 52) olup bu hastaların çoğunluğunu (15 hasta, %51,7) çocuk hastalar oluşturmakta idi. Maymun saldırısı sonucu yaralanan 1 hasta erkek olup 11 yaşında idi. Bütün hastalara gerekli aşılama, proflaktik antibiyoterapi ve yara bakımı yapıldı. Alt ekstremitede geniş doku defekti olan 5 hastaya greft yapıldı. Kedi saldırısına bağlı yaralanmalar genellikle sıyrık niteliğinde olduğundan pansuman ile takip edildi. İnsan ısırığına bağlı yaralanmaların çoğu yüz bölgesinde özellikle kulak ısırılması şeklinde idi. Totale yakın subtotal amputasyon nedeniyle 3 hastada total kulak heliksi nekrozu gelişti.

Tartışma

İnsan ısırıklarına bağlı yaralanmalarda enfeksiyon ve yaralanmaların seyrinin daha dramatik olduğu tespit edildi. Kedi ısırığına bağlı yaralanmalar genç kadınlarda daha sık geliştiği, çoğunlukla sıyrık niteliğinde olup, pansuman

takibi ile iyileştiği sonucuna ulaşıldı. Köpek ısırığına bağlı yaralanmaların çoğunlukla yaş grubunda olup, geniş ve derin yaralanmalara neden olduğu tespit edildi.

Sonuç

Özellikle çocuk hastaların köpek saldırılarına daha çok maruz kaldığı, ve bu yaralanmaların çoğunlukla yüz bölgesinde ve kalıcı iz ile iyileştiği göz önünde bulundurulmalı. Çocukların, hayvan saldırılarına karşı savunmasız olması, bu tür travmaların sadece kalıcı iz ile değil, ruhsal travmalara da neden olabileceği düşünülmelidir. Bu konularda ebeveynlerin daha dikkatli olmaları gerektiği konusunda bilgilendirme ve uyarılar; sosyal medya, sağlık bakanlığı, aile sosyal yardımlaşma bakanlıkları, hatta mülki idareler tarafından yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: hayvan ısırığı, insan ısırığı, yaralanma

P-267

Distal Cilt Adalı Grasilis Muskulofasiyokütan Flep: Distal Cilt Adasının Güvenilir Şekilde Dahil Edilmesini Sağlayan Yeni Bir Teknik

Ömer Faruk Dilek, Larasu Yıldıran, Berk Yücetürk, Kamuran Zeynep Sevim

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş

Gracilis muskulokutan flebi perine rekonstrüksiyonunda önemli bir fleptir. Ayrıca serbest flep formu meme rekonstrüksiyonunda da önemli bir yer tutar. Her iki kullanımda da deri adası dizaynı kas projeksiyonun proksimal ½'lik kısmında yapılır. Cerrahlar arasındaki yaygın olan görüş, grasilis kasının distal yarısına yerleştirilen deri adasının dolaşımının güvenli olmadığı yönündedir [1]. Öte yandan Chidester ve arkadaşları [2] fluresinli kadavra çalışmalarında, deri adasının sınırlarını aşacak şekilde uyluk derin fasyanın da flebe dahil edilmesi yoluyla, kasın distal yarısında da güvenle deri adası kaldırabileceğini öne sürmüştür. Bu yeni bilgi ışığında, perineal rekonstrüksiyon gerektiren 8 hastada distal deri adası içeren gracilis muskülofasyokütanöz (GMF) flebi kullanılmış ve ön sonuçları paylaşılmıştır.

Yöntem

Fournier debrdmanı sonrası perine bölgesinde deri ve yumuşak doku defekti arta kalan 8 hasta GMFF ile rekonstrükte edildi. Tüm flepler, deri adasının sınırlarını belirgin şekilde aşan geniş fasyal tabaka ile birlikte ve distale yönlendirilmiş olarak kaldırıldı (Şekil 1). Altı olguda, kasın proksimal orijini de tamamen kesilerek GMF flebi pervane şeklinde(180 derece) proksimale çevrildi ve cilt adaları defekte adapte edildi.

Bulgular ve Tartışma

Bütün olgularda arteriyel dolaşım dermal sızma halinde izlendi ve postoperatif erken saatlerde kapiller dolum hızları muazzamdı. Hiçbir olguda flep cilt adalarında iskemi gözlenmedi. 4 olguda ilerleyen 24 saat içerisinde venöz konjesyon meydana geldi. Bu olguların konjesyonu sülük uygulamasıyla çözülmeye çalışıldı. Nihayetinde bu vakalarda parsiyel yüzeyel ülserasyonlar meydana geldi. 2 tanesi sekonder iyileşirken 2 tanesinde ek deri grefti uygulaması ile tam yara örtümü sağlandı. Kasın orijininden serbestlenmeden defekte çevrildiği bir olguda venöz konjesyon ağır oldu ve eklenen pürülan enfeksiyon nedeniyle flep sağ kalamadı. Altı donör saha primer kapatılırken, iki olguda greftleme gerekti. 4 olguda herhangi bir sorun yaşanmadı.

Distal cilt adalı GMF flebinin rotasyon arkı oldukça artmıştır ve bu yeni flep planlaması onu genital ve perineal rekonstrüksiyonlarda önemli bir altearnatif haline getirebilir. 8 olgudaki tecrübemiz Chidester ve arkadaşlarının tarif ettiği şeklinde distal deri adalı GMF flebi kaldırılmasını oldukça güvenli bulunmuştur. Bu dizayn yüksek rotasyon arklı ve defekt şekline göre deri adası planlamasına imkan tanıyan flep tasarlanmasına olanak tanır. 25-30cm2 lik cilt içeren fleplerin donör sahası primer kapatılabilir. Uyluk medialinden getirilen kas, fasya ve adipoz doku ölü boşlukları oldukça iyi doldururken, testis gibi yapılara da kalın olmayan ve güvenli bir örtüm sağlar. Bununla birlikte özellikle artan deri adası miktarı venöz konjesyon oranlarını da arttırmaktadır. Cerrah bu flep dizaynında venöz konjesyonu önlemek için operasyon esnasında çaba sarf etmeli(grasilis kasının proksimalinin kesilerek pervanelenmesi, tünellerin dar olmaması, pedikülde ve cilt adasında gerginlik, bası ve torsiyon olmaması gibi) ve sonrasında venöz konjesyon ile mücadele etmeye (sülük bulundurulması gibi) hazır olmalıdır. İdrar-gayta bulaşı, terleme ve hijyen sorunlarının ve sekonder cerrahilerin sık olduğu bir bölgede distal adalı GMF flebindeki venöz konjesyona bağlı sekonder cerrahi işlemler kabul edilebilir bulunmuştur.

Sonuç

Uyluğun medial kompartmanında derin fasyanın geniş şekilde dahil edilmesi ve distale konumlandırılmış deri adası ile kaldırılan GMF flebi güvenli bir fleptir. Perine ve genital bölgenin doku ihtiyacını öngörülü bir şekilde karşılar ve derisinin bölge ile tekstür uyumu iyidir. Bununla birlikte, özellikle getirilen deri miktarı arttıkça venöz konjesyonu önlemek için intraoperatif ve azaltmak için postoperatif tedbirler gerekebilir.

Kaynaklar

1. Whitaker IS, Karavias M, Shayan R, le Roux CM, Rozen WM, Corlett RJ, Taylor GI, Ashton MW. The gracilis myocutaneous free flap: a quantitative analysis of the fasciocutaneous blood supply and implications for autologous breast reconstruction. PLoS One. 2012;7(5):e36367.

2.Chidester JR, Leland HA, Navo P, Minneti M, Ghiassi A, Stevanovic M. Redefining the Anatomic Boundaries for Safe Dissection of the Skin Paddle in a Gracilis Myofasciocutaneous Free Flap: An Indocyanine Green Cadaveric Injection Study. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2018 Dec 12;6(12):e1994. doi: 10.1097/GOX.0000000000001994. PMID: 30656103; PMCID: PMC6326618.

Anahtar Kelimeler: Grasilis, Muskulokutan flep, Deri adası, Perine, Rekonstrüksiyon, Fournier

Şekil 1



Şekil 1: Sol Üst: Skrotal defekt için distale yönlendirilmiş deri adacıklı GMFCF dizaynı. Kırmızı çizgi gracilis kasının aksını, mavi alan deri adacığını, yeşil alan ise flebe dahil edilen kas fasyasını göstermektedir. Sağ Üst: Flep adaptasyonunun hemen sonrası. Alt: Postoperatif 8. hafta

P-268

Vahşi Hayvan Saldırısı Sonrası Yüzde Meydana Gelen Kemik ve Yumuşak Doku Defekt Rekonstrüksiyonu

Gazi Kutalmış Yaprak, Süleyman Ateş, Ömer Kokaçya, İbrahim Tabakan, Onurcan Terban

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

GİRİŞ

Yüz, insan görünümü ve fonksiyonu açısından temel bir yapıdır. Yüz travmaları, hastanın yemek yeme, konuşma, diğer insanlarla etkileşim kurma ve diğer önemli işlevleri yerine getirme yetisi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.(1)

Yüz travması, yaşamı ve/veya görmeyi tehdit eden komplikasyonlarla birlikte ya da bunlar olmadan, izole bir yaralanma sonucu oluşabileceği gibi, vücudun başka bölgelerinde meydana gelen ciddi travmalarla birlikte de görülebilir. Yüz travmalarının en yaygın nedenleri saldırılar ve motorlu taşıt kazalarıdır. (2)

Bu çalışmada ormanda ayı saldırısı nedeniyle yüzde kemik fraktürleri ve yumuşak doku harabiyeti neticesinde onarımı yapılan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU

42 yaşında erkek hasta. Ek hastalığı yok. Ormanlık alanda küçük baş hayvan otlatırken ayı saldırısı sonrası yüz travması nedeniyle hastaneniz acil servisine getirilen hastada bilateral orbita, maksilla ve nazal bölgeyi içeren kemik, kas, cilt bütünlüğünün bozulduğu defekt tespit edilmesi üzerine tarafımızca genel anestezi altında yumuşak doku ve kemik debritmanları sonrası, açık redüksiyon internal tespit ile kemik, lokal flepler ile yumuşak doku defektlerin onarımı yapıldı. İkinci seansta nazal bölgedeki yumuşak doku eksikliği alın flebi ile sol zigomatikomaksiller butresstaki kemik defekti ise sol iliak krestten alınan kortikokansellöz kemik grefti ile onarıldı.

Tartışma

Yüz, anatomik olarak karmaşık ve estetik, fonksiyonel açıdan kritik bir yapıdır. Travmatik yüz yaralanmaları, özellikle nadir görülen hayvan saldırıları sonucunda ortaya çıktığında, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Ayı saldırıları, özellikle kırsal alanlarda nadir ancak ciddi travmalara yol açabilen olaylardır ve sıklıkla baş-boyun bölgesini hedef alır. Literatürde, ayı saldırılarının %64'ünde yüz yaralanmalarının bulunduğu bildirilmiştir(3)

Kemik stabilizasyonu amacıyla uygulanan açık redüksiyon internal fiksasyon, maksillofasiyal kırıkların anatomik yeniden konumlandırılmasında altın standart yöntemdir. (4)

Bu hastada kullanılan lokal flepler, vaskülarizasyon açısından avantajlı olup yumuşak doku onarımında ilk basamak tedavidir. Ancak nazal bölge gibi karmaşık ve merkezi yüz alanlarında doku eksikliği söz konusuysa alın flebi gibi bölgesel flepler sıklıkla tercih edilir. Alın flebi, özellikle estetik birim uyumu ve vasküler güvenilirliği nedeniyle nazal rekonstrüksiyonda en sık tercih edilen fleplerden biridir.(5)

Zigomatikomaksiller butresstaki kemik defektin iliak krestten alınan kemik greftiyle onarılması, hem hacim hem de şekil açısından uygun bir rekonstrüksiyon sağlamıştır. Kemik kayıplarının onarımında kullanılan otolog greftler, yapısal destek ve osteointegrasyon açısından değerlidir. Özellikle iliak krest grefti, kortikokansellöz yapısı sayesinde maksillofasiyal rekonstrüksiyonlarda sıklıkla tercih edilmektedir.(6)

Sonuç

Nadir görülen ayı saldırıları, ciddi maksillofasiyal yaralanmalara yol açabilir ve acil müdahale ile rekonstrüktif cerrahinin doğru planlanması büyük önem taşır. Bu tür kompleks vakalarda multidisipliner yaklaşım, uygun cerrahi zamanlama, anatomik düzeltme ve doku örtüsü seçimi başarıyı belirleyen temel faktörlerdir. Lokal ve bölgesel fleplerin yanı sıra kemik greftlerinin kullanımı, hem estetik hem de fonksiyonel sonuçları optimize eder. Bu vaka, ciddi yüz yaralanmalarında aşamalı rekonstrüksiyonun önemini vurgulamakta ve literatüre katkı sağlamaktadır.

KAYNAKÇA

1. Strong EB, Sykes JM, Lalonde DH. (2021). Current Concepts in the Management of Facial Trauma. Plastic and Reconstructive Surgery, 148(3):609e–625e.

2. Zhou HH et al. (2020). Current concepts in the surgical management of facial trauma. Chinese Journal of Traumatology, 23(2):63–69.

3. Gilyoma JM, Haonga BT, Chalya PL. Surgical management of bear maul injuries: a case series from a tertiary care center in North-Western Tanzania. BMC Emergency Medicine. 2013;13:7.

4.Strong EB, Sykes JM, Lalonde DH. Current Concepts in the Management of Facial Trauma. Plast Reconstr Surg. 2021;148(3):609e–625e.

5.Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1985;76(2):239-247.

6.Ghassemi, A., & Prescher, A. (2020). Use of iliac crest bone graft in craniomaxillofacial surgery: Review and case report. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 78(4), 567.e1–567.e7.

Anahtar Kelimeler: Vahşi Hayvan Saldırısı, Redüksiyon, Alın Flebi

P-269

Perineal Bölge Defektlerinde Lokal Perforatör Fleplerin Kullanımı ve Klinik Deneyimlerimiz

Gazi Kutalmış Yaprak, Ömer Kokaçya, İbrahim Tabakan, Ensari Yavuz, Erol Kesiktaş

çukurova üniversitesi tıp fakültesi plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi ana bilim dalı adana

Perineum, çok sayıda arteriyel anastomoz içeren zengin bir kan kaynağına sahip bir bölgedir. Perineum çevresinde yer alan perforatörler üzerinde kaldırılan flepler, çeşitli vulvo-vajinal defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılabilir.

Perineumun kan dolaşımı yüzle neredeyse karşılaştırılabilecek kadar zengindir. Bu bölgedeki arteriyel anastomozlar, komşu damar bölgelerini besleyen arterler arasında bağlantılar kurar. Perineal bölgenin cilt damarlarının detaylı olarak incelenmesi 1889'da Carl Manchot tarafından detaylı bir şekilde yapılmıştır, ve bu çalışma ile cilt damarlarını ayrıntılı biçimde tanımlamıştır. Çalışma sonucunda genital bölgenin cilt alanını ön ve arka olarak ikiye ayırmıştır:

• Ön bölge, çoğunlukla yüzeyel ve derin eksternal pudendal arterler tarafından beslenir.

• Arka bölge ise internal pudendal arter, inferior hemoroidal arter ve perineal arterden beslenir.

Manchot ayrıca arteriyel anastomozların önemine dikkat çekmiş, fakat bu bilgiler uzun süre klinik cerrahi uygulamalara yansıtılmamıştır.

Bizde kliniğimizde bu bilgiler eşliğinde üniversitemiz Kadın doğum ve hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi tarafından gerçekleştirilen ameliyatlar sonrası hastalarda oluşan defektlerin onarımında perforatör flepler kullanarak 2019-2025 yılları arasında toplam 9 kadın hastada 16 flep kullanarak rekonstrüksiyon operasyonu gerçekleştirdik.Bir hastada venöz yetmezliğe bağlı parsiyel flap kaybı yaşandı, yeni lokal perforatör flep ile defekt onarıldı, bir hastada enfeksiyona bağlı tama yakın flap kaybı yaşandı lokal ilerletme flepleri ile onarım sağlandı, bir hastada sigara kullanımına bağlı dehisens oldu pansuman ve sekonder süturasyon ile onarım sağlandı 6 hasta ve 13 flep sorunsuz olrak takip edilerek tüm hastalar tedavi edildi,hasta popülasyonumuzu en küçüğü 9 y, en yaşlısı 61 yaşında olan hasta grubu oluşturdu.hastalarımızın 1 tanesi ateşli silah yaralnması, 1 tanesi anal atrezi ve 7 tanesi vulvar ca nedeni ile opere edilen ve eş zamanlı rekonstrüksüyonu yapılan hastalardan oluşmaktadır.

Hastaların rekonstrüksüyonunda derin external pudendal arter perforatörleri, internal pudental arter perforatörleri ve perineal arter perforatörleri kullanılarak flepler dizyn edilmiş ve rekonstrüksüyon gerçekleştirilmiştir.

Sonuç olarak perineal bölge defektleri rekonstrüksüyon açısından zorlayıcı ancak perforatör flep konseptinin gelişimi ve cerrahi tekniklerin öğrenilmesi ile birlikte giderek başarı şansının arttığı ve hastaların daha hızlı ve daha konforlu normal hayata dönmelerini sağlayan seçenekler olarak kullanılması açısından plastik rekonstrüktif estetik cerrahi hekiminin portföyünde yer alması gereken flepler olduğunu düşünmekteyiz.

Referanslar

1. Salgado CJ, Chim H, Skowronski PP, Oeltjen J, Rodriguez M, Mardini S. Reconstruction of acquired defects of the vagina and perineum. Semin Plast Surg. 2011;25(2):155-62

2. Fin A, Rampino Cordaro E, Guarneri GF, Revesz S, Vanin M, Parodi PC. Experience with gluteal V-Y fasciocutaneous advancement flaps in vulvar reconstruction after oncological resection and a modification to the marking: Playing with tension lines. Int Wound J. 2019;16(1):96-102.

3. Hollenbeck ST, Toranto JD, Taylor BJ, Ho TQ, Zenn MR, Erdmann D, et al. Perineal and lower extremity reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2011;128(5):551e-63e.

4. Salgarello M, Farallo E, Barone-Adesi L, Cervelli D, Scambia G, Salerno G, et al. Flap algorithm in vulvar reconstruction after radical, extensive vulvectomy. Ann Plast Surg. 2005;54(2):184-90.

5. Mughal M, Baker RJ, Muneer A, Mosahebi A. Reconstruction of perineal defects. Ann R Coll Surg Engl. 2013;95(8):539-44.

6. John HE, Jessop ZM, Di Candia M, Simcock J, Durrani AJ, Malata CM. An algorithmic approach to perineal reconstruction after cancer resection--experience from two international centers. Ann Plast Surg 2013;71(1):96-102.

7. Gentileschi S, Servillo M, Garganese G, Fragomeni S, De Bonis F, Scambia G, et al. Surgical therapy of vulvar cancer: how to choose the correct reconstruction? J Gynecol Oncol. 2016;27(6):e60.

8. Chokshi RJ, Kuhrt MP, Arrese D, Martin EW Jr. Reconstruction of total pelvic exenteration defects with rectus abdominus myocutaneous flaps versus primary closure. Am J Surg. 2013;205(1):64-70.

9. Saleh DB, Liddington MI, Loughenbury P, Fenn CW, Baker R, Burke D. Reconstruction of the irradiated perineum following extended abdomino-perineal excision for cancer: an algorithmic approach. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012;65(11):1537-43.

10. Martin AL, Stewart JR, Girithara-Gopalan H, Gaskins JT, McConnell NJ, Medlin EE. Trends and complications of vulvar reconstruction after vulvectomy: a study of a nationwide cohort. Int J Gynecol Cancer. 2018;28(8):1606-15.

Anahtar Kelimeler: Perine, Vulva, perforatör, Flep, rekonstrüksiyon

P-270

Gigantomasti olgularında 1000 gram ve üzeri eksizyon veya 35 cm ve üzeri NAC mesafesinde süperomedial pedikül güvenliği

Elif Öz Demirgil, Hakan Fahri Soylu, Recep Okan Üstün, Göktekin Tenekeci

Mersin Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Gigantomasti olgularında meme küçültme cerrahisi, hem estetik sonuçların sağlanması hem de NAC'nin (nipple–areola kompleksi) yaşamsal bütünlüğünün korunması açısından cerrah için ciddi teknik zorluklar barındırmaktadır. Süperomedial pedikül tekniği, bu hasta grubunda NAC vaskülaritesini koruyarak meme lateralinden ve inferiorundan yeterli doku rezeksiyonu sağlaması nedeniyle dikkat çekmektedir. Bu çalışmada, merkezimizde 1000 gram ve üzeri doku eksizyonu yapılan veya NAC mesafesi >=35 cm olan hastalarda süperomedial pedikül tekniğinin güvenliği ve komplikasyon oranları değerlendirilmiştir.

Süperomedial pedikülün temel kanlanması, 2. ve 3. interkostal aralıklardan çıkan perforatörler ile internal mammarian arterin medial dalları ve superior torasik arter dalları aracılığıyla sağlanmaktadır. Bu vasküler yapı, pedikülün güvenilirliğini artırmakta ve NAC'nin dolaşımını desteklemektedir. Teknik olarak, pedikülün medial ve superior tabanlı hazırlanması, lateral ve inferior meme dokusundan yeterli miktarda eksizyon yapılmasına olanak tanırken; NAC'nin güvenli perfüzyonu korunmuş olmaktadır.

Yöntem: Aralık 2021 – Mayıs 2025 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen 82 hasta (136 meme) retrospektif olarak değerlendirildi. >=1000 gram doku eksizyonu veya SN–NAC mesafesi >=35cm olan hastalar dahil edilmiştir.

Tüm olgularda superomedial pedikül ile Wise patern (ters T skar) tekniği uygulandı. Würinger septumu ve dermis korunarak pedikülün nörovasküler bütünlüğü desteklendi. NAC, ortalama 20-22 cm SN mesafesine taşındı. Komplikasyonlar (hematom, dehisens, parsiyel NAC nekrozu) sistematik olarak kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 82 hastaya ait toplam 136 memede superomedial pedikül ile meme küçültme ameliyatı uygulanmıştır. Hastaların ortalama yaşı 41.65 yıl olarak hesaplanmıştır. Tüm memelerde ortalama eksize edilen doku miktarı 1062.04 (570-2320) gram, ortalama NAC uzunluğu ise 35.84(30-42) cm olarak saptanmıştır.

Komplikasyonlar değerlendirildiğinde, 3 memede (%2.2) parsiyel NAC nekrozu geliştiği, bu olguların tamamının konservatif (pansuman) tedavi ile iyileştiği görülmüştür. Total NAC nekrozu hiçbir hastada izlenmemiştir.

Dehisens, 18 memede (%13.24) görülmüş olup, bu olguların büyük çoğunluğu pansuman veya lokal olarak resütüre edilerek başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Ayrıca sadece bir memede (%0.74) hematom gelişmiş olup ilk 24 saat içinde hematom ameliyathane şartlarında drene edilmiştir.

Tartışma

Gigantomasti olgularında pedikül seçimi, cerrahın vereceği en kritik kararlardan biridir. Özellikle 1000 gramın üzerinde doku eksizyonu gereken ve NAC–SN mesafesi 35 cm'nin üzerine çıkan hastalarda, dolaşımın korunması zorlaşmakta ve komplikasyon riski artmaktadır. Literatürde bu tür olgular için sıklıkla serbest meme başı greftlemesi önerilmekle birlikte; bu yaklaşım uzun dönemde duyu kaybı, hipopigmentasyon, areolanın yassılaşması ve projeksiyon kaybı gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir.

Çalışmamızda süperomedial pedikül tekniği ile, teorik olarak dolaşım açısından risk oluşturabilecek uzun NAC–SN mesafelerine rağmen nekrozla karşılaşılmamıştır. Bu bulgu, tekniğin güvenilirliğini ortaya koymaktadır. Özellikle pedikül genişliğinin 8 cm'nin altına düşmeyecek şekilde planlanması, dermisin korunması, 2. ve 3. interkostal perforatörlerin muhafaza edilmesi ve en önemlisi Würinger septumunun diseksiyon sırasında korunması, bu sonuçlarda belirleyici olmuştur. Septumun sağladığı ek vasküler destek sayesinde hem venöz drenaj hem de nörovasküler bütünlük korunmuş, bu da NAC canlılığını olumlu yönde etkilemiştir.

Dehisens oranlarının görece yüksek bulunmasının ise gigantomastili memelerde sık gözlenen yağ dokusu fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yağ dokusunun düşük perfüzyon kapasitesi ciltte iyileşme sorunlarına yol açabilmektedir. Bununla birlikte, olgularımızda cilt nekrozu veya total NAC nekrozu gözlenmemiştir.

Sonuç

Gigantomasti olgularında, SN–NAC mesafesi 35 cm'nin üzerinde olan ve 1000 gramdan fazla doku eksizyonu gerektiren hastalarda süperomedial pedikül tekniği güvenle uygulanabilmektedir. Özellikle Würinger septumunun, dermisin ve perforatörlerin korunması gibi doğru cerrahi prensiplerin titizlikle uygulanması, dolaşımı destekleyerek komplikasyon oranlarını azaltmaktadır. Bu sayede serbest NAC greftine gerek duyulmadan, fonksiyonel bütünlüğün korunduğu ve estetik açıdan tatmin edici sonuçların elde edildiği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gigantomasti, superomedial pedikül, NAC nekrozu, meme küçültme, Wise patern

Bulgular

Parametre	Değer
Toplam hasta sayısı	82
Toplam meme sayısı	136
NAC nekrozu (parsiyel)	3
Nekroz yüzdesi	%2.2
Dehisensli meme sayısı	18
Dehisens yüzdesi	%13.24
Ortalama yaş	41.65
Ortalama NAC uzunluğu	35.84
Ortalama yeni NAC	22.19
Ortalama eksize edilen doku (gram)	1062.04
NAC uzunluğu (min)	30
NAC uzunluğu (max)	42
Yeni NAC (min)	20
Yeni NAC (max)	28
Eksize edilen doku (min)	570
Eksize edilen doku (max)	2320
Hematom gelişen meme sayısı	1
Hematom yüzdesi	%0.74

P-271

Gövde Estetiği Ameliyatlarında Cerrahi Pozisyonun Üst Ekstremitede Nöropraksiye Etkisi

Nazmi Borazan, Utku Ulubey, Elif Koçak,
Zeynep Deniz Akdeniz Doğan, Mehmet Bayramiçli
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş: Uzamış cerrahi sürelerin, uzun süreli pozisyonlama ve lokal basıya bağlı olarak postoperatif periferik nöropati riskini artırabileceği bildirilmektedir. Semmes-Weinstein Monofilament Testi (SWMT), periferik sinirlerde duyusal fonksiyon değişikliklerini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan standart bir yöntemdir.

Yöntem: Bu tek merkezli prospektif çalışmaya 36 kadın hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya gövde estetiği operasyonu yapılan ve cerrahi sırasında supin pozisyonda ve omuzlar 90° abduksiyonda opere edilen hastalar dahil edildi. Preoperatif ve postoperatif 24. saatte, her iki elin 10 parmak pulpasından (R1–R5, L1–L5) aynı değerlendirici tarafından SWMT ölçümleri gerçekleştirilmiştir. Ayrıca hastaların demografik verileri, BMI değerleri, ek hastalıkları, sigara kullanımı, ilaç öyküleri ve operasyon süreleri kaydedilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, preop–postop karşılaştırmalarda Wilcoxon işaretli sıra testi, operasyon süresi ile değişim arasındaki ilişki için ise Spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

Bulgular: Wilcoxon testi sonucunda, preoperatif ve postoperatif SWMT değerleri arasında hiçbir parmakta istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm $p > 0.05$). Spearman korelasyon analizinde de operasyon süresi ile preop–postop SWMT değişimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda hastaların operasyon tiplerine göre dağılımı şu şekildeydi: Redüksiyon mammoplasti (n=15), Abdominoplasti (n=9), Augmentasyon mammoplasti (n=6), Meme protezi revizyonu(n=2), F to M hastada mastektomi (n=1), Belt lipektomi (n=1), Uyluk germe (n=1) ve Mastopeksi (n=1).Çalışmamızda, uzayan operasyon süresinin SWMT ile ölçülen duyusal fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Bu bulgu, supin ve omuz 90° abduksiyon pozisyonunun postoperatif nöropati riski açısından güvenli bir cerrahi pozisyonlama yöntemi olduğunu desteklemektedir. Literatürde de benzer şekilde bu pozisyonun güvenilirliği vurgulanmıştır. Bulgular, daha geniş örneklemler üzerinde yapılacak ileri araştırmalarla desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi pozisyonlama, Nöropraksi, Semmes-Weinstein monofilament testi (SWMT)

SWMT



P-272

2023–2025 Yılları Arasında Klinik Flep Tercihlerinin Yapay Zekâ (ChatGPT) Önerileri ile Karşılaştırılması

Fatma Kilvan Cansı, Dilara Sabur, Abdullah Yavuz, Deniz Arjen Baran, Haydar Perdeci, Muhammed Demirok, Mehmet Göktuğ Esmer, Ragıp Ruhat Balık, Cem Yılmaz, Mustafa Mert Okumuş, Hikmet Can Doğruel, Merdan Serin

istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş

Flep cerrahisi, plastik ve rekonstrüktif cerrahinin temel taşlarından biridir. Aynı endikasyon için farklı cerrahlar değişik flep tercih edebilmekte. Son yıllarda yapay zekâ tabanlı sistemler, özellikle klinik karar destek süreçlerinde giderek daha fazla gündeme gelmiştir. Bu çalışmada, kliniğimizde Ocak 2023– Temmuz 2025 yılları arasında yapılan flep tercihleri, ChatGPT adlı yapay zekâ sistemi tarafından önerilen fleplerle karşılaştırılarak klinik karar alma süreçleriyle uyum düzeyi değerlendirildi.

Araç ve Yöntem

Retrospektif olarak 210 hasta dosyası incelendi. Ameliyat notlarının 'teşhis ve endikasyon' bölümlerinden klinikte seçilen flepler belirlendi. Aynı vakalar anatomik bölge, defekt tipi ve endikasyon göz önünde bulundurularak ChatGPT'ye sunuldu ve yapay zekânın önerdiği flepler kaydedildi. Klinik ve ChatGPT tercihleri iki düzeyde karşılaştırıldı: (1) spesifik flep düzeyi (ör. TDAP, Abbe, nazolabial, bilobed, sural vb.), (2) genel düzeyi (lokal/regional flepler, perforatör/pediküllü flepler, dudak spesifik flepler, el rekonstrüksiyonu flepleri). Veriler IBM SPSS-27 ile analiz edildi

Sonuçlar

Toplam 210 vaka incelendi; 190'ı değerlendirmeye alındı. Tam uyum 37 vaka (%19,5), genel düzeyi uyum ise 160 vaka (%84,2) olarak saptandı. ChatGPT' nin hasta fotoğrafı üzerinde yaptığı bütün cerrahi çizimler seçtiği flep ile uygunsuz bulunmuştur.

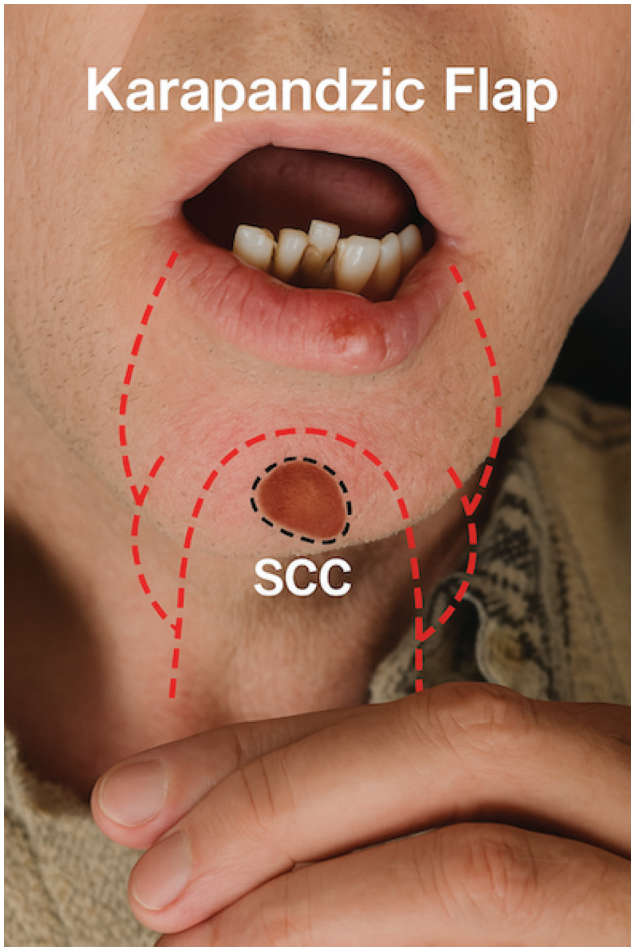
Tartışma

Çalışmamızda tam flep adı düzeyinde düşük uyum saptanmasının en önemli nedeni, klinik kayıtların çoğunda 'lokal flep ile onarım' gibi genel tanımlamaların kullanılmasıdır. Ancak genel düzeyde yapılan analiz, cerrahi karar algoritmaları açısından daha anlamlı bir bakış açısı sağlamış ve %84,2 oranında uyum göstermiştir. Özellikle aksilla HS için TDAP, dudak defektlerinde Abbe veya Karapandzic, burun rekonstrüksiyonlarında nazolabial/bilobed/dorsal nazal, yanak defektlerinde servikofasiyal ve el defektlerinde cross-finger flep gibi önerilerin hem ChatGPT hem de literatürde güncel olarak öne çıktığı gözlenmiştir.

Sonuç

ChatGPT'nin flep tercihleri ile kliniğimizin gerçek uygulamaları arasında spesifik düzeyde sınırlı, genel düzeyinde ise anlamlı uyum saptanmıştır. Klinik kayıtların daha detaylı tutulması ve daha geniş veri setleriyle yapılacak analizler, yapay zekâ tabanlı sistemlerin rekonstrüktif cerrahi pratiğinde karar desteği sağlayabileceğini göstermektedir. Ancak cerrahi çizim için yapay zekanın kullanımının henüz uygun olmadığı aşikardır.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, chatgpt, flep seçimi



Alt dudakta 3*2 cm scc olan hastanın chatgpt tarafından önerilen karapanzic flep için yaptığı çizimin uygun olmadığını görüyoruz

Tablo 1. Klinik ve ChatGPT flep tercihleri karşılaştırması

flep türü	klinik	chatgpt
Lokal / Genel	164	123
nazolabial	16	8
servikofasial	1	18
abbe	2	9
cross-finger	1	12
bilobe	4	0
dorsal nazal	2	7
sural	3	7
medial plantar	2	2
TDAP	1	0

GHATGPT ÇİZİMİ

P-273

Damak Yarığı Cerrahisinde Furlow ve Von Langenbeck Tekniklerinin Karşılaştırılması

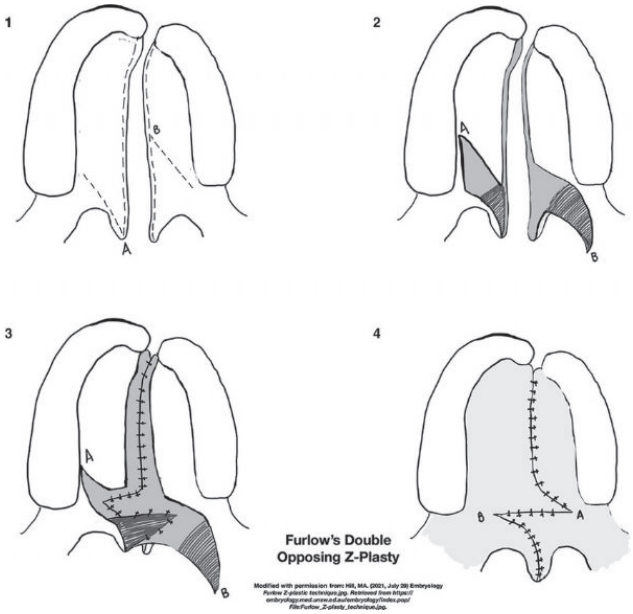
Azime Sinop Uğuz, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Harun Güleç, Ramazan Erkin Ünlü
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik Cerrahi

Bu çalışma, yarık damak cerrahisinde kullanılan Furlow çift Z-plasti ve von Langenbeck iki-flap tekniklerini karşılaştırmaktadır. Literatür taraması ve klinik veriler ışığında; Furlow tekniği, yumuşak damağın uzatılması ve velofaringeal kasların yeniden düzenlenmesi sayesinde konuşma fonksiyonu ve velofaringeal kapanma başarısında anlamlı üstünlük sağlamaktadır. Von Langenbeck yöntemi ise daha basit ve hızlı uygulanabilmekte, dar yarıklarda etkili olmakta, ancak velofaringeal yetersizlik riski daha yüksektir.

Her iki teknikte de fistül oranları benzer olsa da, geniş yarıklarda Furlow'da risk hafifçe artabilir. Cerrahi teknik seçimi; yarık genişliği, hastanın yaşı, cerrahın deneyimi ve multidisipliner ekip değerlendirmesi ile kişiselleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Furlow, palatoplasti, damak, Von Langenbeck, velofaringeal yetersizlik

Furlow Palatoplasti



• Yumuşak damak uzunluğunu artırmak ve kasları yeniden düzenlemek suretiyle konuşma fonksiyonunda daha iyi başarı sağlar • Erken (3–6 ay) yaşta uygulandığında yüz gelişmini bozmayıp konuşma başarısını ve fonksiyonlarını artırabilir

Von Langenbek ve Furlow Karşılaştırması

Özellik / Kriter	Furlow Çift Z-Plasti	Von Langenbeck
Temel Amaç	Yumuşak damağı uzatma, kasları yeniden düzenleme	Damakta sağlam kapatma sağlama
Konuşma Fonksiyonu	Yüksek başarı	Daha düşük başarı
Velofaringeal Kapanma	Daha iyi	Daha zayıf
Fistül Riski	Genelde düşük, geniş yarıklarda hafif artabilir	Düşük-orta
Cerrahi Zorluk	Daha karmaşık, deneyim gerektirir	Daha basit ve hızlı
Uygun Olduğu Yarık Tipleri	Dar/incomplete yarıklar, konuşma odaklı vakalar	Dar/geniş yarıklar, teknik kolaylığı aranan vakalar
Ameliyat Süresi	Daha uzun	Daha kısa

P-274

Hem ekstansör hem de fleksör tendondan köken alan sirküler Tenosinovyal Dev Hücreli Tümör: Bir olgu sunumu

Mehmet Şengül, Aydan Ayşe Köse, Simay Erşahin, Harun Ünersoy, Can Akın, Erkan Yanıkoğlu
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi

Tenosinovyal Dev Hücreli Tümör (TGCT),dev hücreli tümörlerin en sık görülen şeklidir ve ganglion kistinden sonra el bölgesinin ikinci en sık görülen yumuşak doku tümörüdür. Sıklıkla büyük kemiklerin epizinden köken almaktadır. Ağrı, hassasiyet, şişlik, hareket kısıtlılığı ile seyreden bir kliniğe sahiptir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI), hem tanı hem de tedavi planlaması için tercih edilen tanı aracıdır. En sık kullanılan tedavi cerrahi rezeksiyondur. 69 yaş kadın hasta, nondominat sol el D2 distal interfarangial eklem seviyesinde 3 yıldır olan ve zamanla büyüme eğiliminde olan lezyon ile tarafımıza başvurudu. Lezyon hem volar hem dorsal yüzde mevcuttu. Şişlik kendiliğinden, yavaş ilerleyen ve ağrısızdı. Klinik muayenede, sol işaret parmağının dorsal yüzeyinde orta falanksın distal kısmından distal falanksın proksimal yarısına kadar uzanan 2,5 cm x 2 cm'lik sert bir şişlik görüldü. Şişlik klinik olarak incelendiğinde kemiğe tutunmadığı ve mobil olduğu görüldü. MRI'de dev hücreli tendon kılıfı tümörü düşündüren bulgular saptandı. Hastaya cerrahi total rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu TGCT ile uyumlu sonuçlandı. Bizim vakamız, elde tek bir parmakta aynı anda hem fleksör hem de ekstensör tendon kılıflarından kaynaklanan sirküler yerleşimli TGCT açısından literatürde nadir bildirilen bir örnektir. Yaptığımız literatür taramasında, bu yerleşim paternine sahip başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle sunulan vaka, klinik yaklaşım ve cerrahi strateji açısından literatüre katkı sağlayacak niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Rezeksiyon, Sirküler dev hücreli tendon tümörü, Tendon kılıfı, Yumuşak doku tümörü

Şekil 1



Lezyonun MRI ve intraoperatif görüntüsü

P-277

D5 PIP Seviyesinde Ven Onarımı Yapılamamasına Rağmen Yaşayan Nadir Bir Replantasyon Olgusu: Alternatif Venöz Drenaj Yolları Üzerine Tartışma

Muhammed Mustafa Demirok, Mustafa Mert Okumuş

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

PIP seviyesinden avülsiyon tipi tek parmak dijital amputasyon, replantasyon için genellikle kontrendike kabul edilmektedir. Özellikle ileri yaş, komorbiditeler ve yüksek enerjili yırtıcı travmalar bu kararı destekler. Ancak toplumumuzda hastaların uzuv bütünlüğüne verdiği önem doğrultusunda, replantasyon birçok durumda denenmektedir. Bu bildiride, venöz onarım yapılmaksızın replante edilen ve başarılı doku canlılığı sağlanan bir PIP düzeyi amputasyon olgusu sunulmakta; bunun nasıl mümkün olduğunun arkasında yatan alternatif venöz drenaj mekanizmaları literatürle birlikte kapsamlı olarak tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

75 yaşında erkek hasta, torna makinesine parmağının dolanması sonucu dominant sağ el 5. parmağında PIP seviyesi düzeyinde yalnızca FDP tendonunun intakt olduğu avülsiyon tipi amputasyonla başvurmuştur.

Komorbiditeleri: koroner arter bypass öyküsü, aritmi, osteoartrit, hipertansiyon, lomber disk hernisi, hiperkolesterolemi ve BPH.

Medikal tedavileri: Plavix (klopidogrel), Beloc (metoprolol), Lipitor (atorvastatin), Lercadip (lerkanidipin), Cardura (doksazosin), Avodart (dutasterid), Vastarel (trimetazidin).

İlk 1,5 saat lokal anestezi altında bilateral bundle eksplorasyonu, kemik fiksasyonu, ekstensör tendon onarımı yapılarak arter onarımına geçildi.

Hastanın lomber disk hernisi sebebiyle sabit duramaması sonucu arter onarımı yarıda bırakılarak genel anestezi uygulandı.

2,5 saat genel anestezi sürecinde hızlıca ulnar digital arter ve bilateral sinir onarımı yapıldı. Arteryel dolaşımın görülmesi üzerine ven onarımına geçildi.

Volarde 1, dorsalde 3 adet uygun kalibreli ven defalarca denenmesine rağmen dilate edilemedi, onarım sağlanamadı. Bu aşamada vakit kaybedilen hastanın vitallerinde bozulma olması sonucu ven grefti uygulanamadan operasyonun sonlandırılmasına karar verildi.

Postoperatif Süreç

Refill pozitif, hızlı. Ağır venöz konjesyon bulguları mevcut olan hastaya replantasyonun başarısız olmasının kaçınılmaz olduğu düşünülerek transfüzyon ihtiyacı doğurmaması adına sülük veya kanatma uygulanmamıştır. 4. gün taburcu edilmiştir. Postop 2. haftada yapılan kanatma testinde şaşırtıcı bir şekilde arteriyel karakterde açık renkli kanama izlenmiştir. 4. haftada dorsalde 0.5x1.5 cm'lik cilt nekrozu dışında dolaşımın tamamen normale döndüğü görüldü. 6. haftada K-teli çıkarıldı. PIP ve DIP artrodezi sebebiyle FDP fonksiyonu kısıtlı olup MKP eklemde 45° fleksiyon ve 10° ekstansiyon aktif hareket kapasitesi mevcut. Duyusal fonksiyon sınırlı da olsa korunmuştur (Tinel pozitif, iki nokta diskriminasyon ulnar 8–10 mm, radial >11 mm).

Tartışma

Bu vaka, PIP seviyesinde venöz onarım yapılamamasına rağmen parmak canlılığının sürdürülebildiği nadir bir olgudur. Literatürde bu kadar proksimal seviyede, ven onarımı olmadan yaşadığı belgelenmiş vaka bulunamamıştır. Bu nedenle vaka, hem fizyolojik mekanizmaların anlaşılması hem de cerrahi karar süreçleri açısından öğretici ve özgün bir değere sahiptir.

Bu durumun altında yatan muhtemel fizyopatolojik mekanizmalar:

Kemik iliği sinüzoidleri üzerinden medüller venöz drenaj: K-teliyle oluşturulan kemik tünelinin, amputasyon hattındaki proksimal ve orta falanks medüller boşluklarını birleştirerek venöz sinüzoidal ağı pasif drenaj için kullanmış olması en güçlü olasılık olarak değerlendirilmektedir. Bu mekanizma, çok sayıda literatür örneğiyle desteklenmiştir.

Subdermal venöz pleksus ve paratenon çevresi mikrovenüller

Transkutanöz sızıntı mekanizması

Lenfatik sistemin dolaylı sıvı drenajı

DAPT (ikili antiplatelet tedavi): Mikrotrombozu engelleyerek zayıf yolların açık kalmasını desteklemiş olabilir.

Sonuç

Bu olgu, replantasyon sırasında bir asistanın karşılaştığı teknik zorluklar, yaptığı hatalar ve karar verme süreçleri açısından öğretici nitelik taşımaktadır. Venöz onarımın gerçekleştirilemediği, ileri yaş ve sistemik komorbiditelerin eşlik ettiği, avülsiyon tipi ve proksimal seviyedeki dijital amputasyon olgularında dahi replantasyonun başarılı olabileceği bu vaka ile ortaya konmuştur. Özellikle kemik iliği aracılığıyla sağlandığı düşünülen alternatif venöz drenaj mekanizmasının fizyopatolojik geçerliliği, literatürdeki benzer örneklerle desteklenmiş olup; bu yaklaşımın gelecekte dijital replantasyon algoritmalarında potansiyel bir seçenek olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dijital replantasyon, Medüller drenaj, Mikrocerrahi, Mikrovenöz dolaşım

P-278

GUSTİLO TİP 3b KRURİS DEFEKTİ OLAN BİR OLGUDA LOKAL FLEPLER KULLANILARAK YAPILAN EKSTREMİTE KORUYUCU CERRAHİ

Suat Gezer, Yavuz Tuluy

Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi,Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Alt ekstremite rekonstrüksiyonu yaralanmanın ciddiyetine göre diğer bölge rekonstrüksiyonlarına göre genellikle daha zordur. Bunun nedeni ise mevcut skarların lokal flep seçeneklerini sınırlandırması, serbest flep planlanan hastalarda eşlik eden vasküler yaralanmaların alıcı damar sıkıntısı oluşturması, travma bölgesinin dışına çıkmak için daha uzun bir pedikül ihtiyacının olması ve venöz yetmezlik sorunlarıdır. Yaralanan segmentin uzun ve geniş olması, hastanın ağır sigara içicisi olması rekonstrüksiyon sürecini daha da zora sokmaktadır.

Burada Gustilo tip 3b alt ekstremite yaralanması olan ve amputasyon önerilen bir olgumuzda uyguladığımız ekstremite kurtarıcı rekonstrüksiyon basamakları ve sonuçlarımızı paylaşmayı amaçlıyoruz.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası sonrası sağ ayak, sol ayak bileği, sol tibia proksimal 1/3'te Gustilo tip 3b, sol fibulada, sağ dirsek ekleminde multiple fraktürleri nedeniyle ortopedi tarafından opere edilerek yoğun bakımda takip ediliyor. Postop 1. ayda sol kruris anteriorde 4x5 cm lik enfekte görünümlü kemik ve plak ekspoze doku defekti izlenmesi üzerine debridman ve vakum yardımlı kapamayı (VAC)takiben medial sural arter perforatör flep ile defekt onarımı yapılıyor. Takiplerde akıntısının devam etmesi üzerine plak ve vidaların çıkarılarak eksternal fiksatör ile takibi planlandı. MSAP flep pedikülü korunarak insizyonlar yapıldı ve flep tekrar aynı şekilde inset edildi. Ancak yara kültüründe üreme olan ve pürülan akıntısı başlayan hastada yara dehisensi gelişti. Yaklaştırma sütürleri ile cildin kontrakte olmasının önüne geçilmeye çalışıldı. Tibia proksimalinde nekrotik kemik fragmanları olması ve antibiyoterapiye ve yumuşak doku debridmanlarına rağmen enfeksiyon- parametrelerinde gerileme olmaması üzerine kemik ve yumuşak doku debridmanı amacıyla tekrar operasyona alındı. Cilt defekti açık bırakılarak VAC pansumanı ile takip edildi. Eksternal fiksatör giriş yerlerinde akıntı olması üzerine fiksatörler çıkarılarak atel ile takip edildi. Takiplerde enfeksiyon parametrelerinin gerilemesi, akıntının azalması ve kültür negatif olması üzerine hastaya pediküllü revers anterolateral uyluk (ALT) flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Postop 3.günde venöz yetmezlik başlaması üzerine dikişler alınarak cilt gevşetildi. Medikal sülük uygulaması yapıldı. Ancak bu süreçte hasta yakınlarından hastanın sigara kullandığı ve kullanımının arttığı bildirildi. Revers ALT flebi postop 1.haftasından total nekroz olması üzerine debride edilerek pansuman ile takip edildi. Bu dönemde ortopedi ile hasta değerlendirilerek amputasyon önerildi. Ancak hasta ve yakınlarının kabul etmemesi üzerine yara bakımına devam edildi. Hastaya skarlarından dolayı inferior bazlı geniş bir random flep planlandı. Flebin defekt alanını örten distal kısmında parsiyel nekroz izlendi. Hastanın anterior tibial arter yaralanması, travma zonunun geniş olması ve sigara kullanımı nedeniyle serbest flep uygulamasından kaçınıldı. Bu süreçte tibiada tekrar kemik nekrozları görülmesi üzerine kemik debridmanı yapılarak çapraz bacak flebi planlandı. Her iki bacak Çapraz bacak flebi postop 4.haftada ayrılarak defekt onarımı tamamlandı (Resim A-F). Takiplerde lateralde yer alan granüle cilt defekti sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hasta fizik tedaviye yönlendirilerek yükbindirme egzersizlerine başlandı.

Tartışma:

Alt ekstremite rekonstrüksiyonunda, defektin lokalizasyonu, büyüklüğü, çevre yumuşak dokuların durumu ve hastanın genel durumu tedavi planını oluşturmada belirleyici faktörlerdir. Özellikle kruris bölgesinde kemik yapıların ekspoze ve vasküler yaralanmanın olduğu, ileri derece yumuşak doku hasarı olan yaralanmalarda rekonstrüksiyon daha da güçleşmektedir. Rekonstrüksiyon merdiveni göz önüne alındığında primer onarımdan serbest flebe doğru basamaklar takip edilir.

Literatürde serbest flepler, geniş ve karmaşık defektlerde sıklıkla tercih edilmektedir. Ancak serbest fleplerin uygulanabilmesi için damar anastomozu için travma zonundan çıkmak ve uygun alıcı damarların ortaya konulması, yara yerinin granüle olması ve hasta uyumunun tam olması gerekir. Aksi takdirde flep nekrozu kaçınılmazdır. Bu olgumuzda hasta uyumunun kötü olması, travma zonunun geniş olması nedeniyle serbest flep uygulanmayarak sırasıyla pediküllü MSAP, revers ALT, inferior bazlı random flep ve son olarak çapraz bacak flebi yapılarak ekstremite amputasyondan kurtarılmıştır.

Çapraz bacak flebi günümüzde serbest fleplerin yaygınlaşmasıyla daha az tercih edilse de enfekte ve vasküler olarak kompromize olgularda hala geçerli ve etkili bir seçenektir. Ayrıca bu olguda rekonstrüksiyonda birçok flep seçeneğinin akılda tutulması ve gerektiği yerde planlamanın ve sabırlı takiplerin önemini ortaya koymaktadır.

Sonuç:

Serbest flep seçeneğinin uygun olmadığı veya riskli olduğu durumlarda lokal flep seçenekleri ve çapraz bacak flebi alt ekstremite kruris defektlerinde ekstremiteyi amputasyondan kurtarabilmektedir. Bu nedenle lokal flep seçenekleri ve çapraz bacak flebi ciddi düzeyde travmatize alt ekstremite rekonstrüksiyonunda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alt Ekstremite Rekonstrüksiyonu, Çapraz Bacak Flebi, Reverse ALT Flebi, Random Bazlı Rotasyon Flebi, Medial Sural Arter Perforatör Flep

Alt ekstremite rekonstürksiyonu perop görüntüler



RESİM A:Reverse ALT flep preop görüntü RESİM B:Reverse ALT flep post op görüntü RESİM C:Rotasyon flebi post op görüntü RESİM D:Agresif debridman post op görüntü RESİM E:Çapraz bacak flebi post op görüntü RESİM F:Çapraz bacak flebi post op 12.Hafta görüntü

P-279

Masif Lokalize Lenfödem: Obez Olmayan Bir Hastada Dev Kasık Kitle Olgusu

Uzay Cambaz[1], Okan Mustafa Gürsoy[2], Tahsin Oguz Acartürk[3]

[1]Pittsburgh Üniversitesi, Plastik Cerrahi, Pittsburgh, ABD
[2]Istanbul Üniversitesi, Istanbul Tip Fakültesi, Istanbul, Türkiye
[3]Pittsburgh Üniversitesi, Plastik Cerrahi, Pittsburgh, ABD; Dr. TOA Klinik, Izmir, Türkiye

Giriş :

Masif Lokalize Lenfödem (MLL), çoğunlukla morbid obez hastalarda, özellikle medial uyluk bölgesinde görülen, selim ancak ilerleyici ve ileri aşamalarında işlevsel sorunlara yol açabilen nadir bir lenfatik bozukluktur. Bu olguda, literatürde daha önce bildirilmemiş, obez olmayan bir hastada, ameliyat sonrası kasık bölgesinde gelişen nadir bir dev boyutlu MLL vakasını sunuyoruz.

Materyal-Metod:

32 yaşındaki erkek hasta, sağ kasık bölgesinde yaklaşık 10 yıl içinde giderek büyüyen ve inguinal bölgeden dize kadar uzanan dev boyutlardaki (60×50×40 cm) yumuşak doku kitlesine bağlı olarak gelişen ileri düzeyde hareket kısıtlılığı, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk ve yaşam kalitesinde belirgin düşüş şikayetleriyle değerlendirildi. Özgeçmişinde, çocukluk çağında sol uyluk bölgesinde şişlik ve şilotoraksa bağlı torakotomi mevcuttu. Hasta, MLL açısından değerlendirilmeden 10 sene önce infertilite yüzünden, sağ kasık kesisi ile testis biyopsisi ve sperm toplama işlemi geçirmişti. Bu işlemden sonra progresif olarak sağ kasıkta kitle oluşumu ve zaman içinde büyüme görülmeye başlanmıştı. Kitle, ilk başta konservatif fizyoterapi ve bandaj tedavisi ile tedavi edilmiş ancak daha sonra bu tedaviye yanıt vermemişti. Kasık kesisinden 10 sene sonra ise dev boyutlara ulaşmıştı. Kitle hastanın günlük yaşamını ve hayata katılmasını büyük ölçüde etkiliyordu. Ayrıca bir kaç kez de hastaneye yatmasını gerektiren enfeksiyon ve sellulit atakları geçirmişti.

Hastaya dev boyutlu bir MLL olarak tanı konularak cerrahi planlandı. Operasyonda, sağ testis ve spermatik kord korunarak, yaklaşık 20 kg ağırlığındaki dev kitle sap bölgesinden eliptik cerrahi eksizyonla tek parça halinde çıkarıldı. Diseksiyon sırasında aktif lenfatik kaçağı olan iki adet 7 mm çapında ektazik lenf kanalı saptandı ve bunlar lenf kaçağını engellemek amacıyla imbrikasyon tekniğiyle onarılarak kapatıldı. Rezeksiyon tabanında oluşan defekt önceden planlandığı şekilde primer olarak kapatıldı.

Bulgular:

Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Dört yıllık takip sürecinde nüks ya da lenfatik kaçak izlenmedi. Operasyon sonrası hastanın mobilitesinde belirgin artış ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlandı.

Sonuç :

Bu olgu, MLL'nin yalnızca morbid obezite ile ilişkili olmadığını; konjenital lenfatik displazi ve geçirilmiş cerrahiler gibi iatrojenik faktörlerin de hastalığın gelişiminde rol oynayabileceğini göstermektedir. MLL'nin geç değerlendirilmesi ve tedavisi, deride ülserasyon, enfeksiyon ve hatta %13 oranında anjiyosarkom gelişimi riski taşır. Bu nedenle, hastaların erken değerlendirilmesi ve cerrahi tedavilerinin erken planlanması; hem fonksiyonel iyileşme sağlanması hem de yaklaşık %9 mortalite oranına sahip anjiyosarkomların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anjiyosarkom, Lenfatik obstrüksiyon, Masif lokalize lenfödem, Primer kapama, Sekonder lenfödem

P-280

Patellaya Nafiz Üçüncü Derece Yanıklarda Dacron Greft İle Patellar Rekonstrüksiyon ve Prelamine TFL Fasyası İle Kimerik Prefabrike VL- ALT Flep İle Yumuşak Doku Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Batuhan Dağlı, Şahin Atakan Bayır

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Ankara

22 Yaş erkek hasta altı ay önce sol bacağının üzerine sanayi tipi ısıtıcı devrilmesi sonucu sol dizinde üçüncü derece yanık gelişmesiyle tarafımızca tedavi açısından kabul edilmiştir. Kliniğimiz bünyesindeki yanık merkezine başvuran hastaya yapılan seri debridmanlar sonrasında yanığın patellaya nafiz olduğu gözlenmiştir. Uzun dönem VAC pansuman ile takip edilen hastada istenilen yara iyileşmesi ve granülasyon elde edilememiş ve patella viabilitesi zayıf gözüktüğü için Ortopedi ve Travmatoloji bölümü ile ortak görüş olarak patellektomi yapılmasına karar verilmiştir. Hastanın yumuşak doku defektinin onarımı için ALT Flep, patellektomi sonrası eklem rekonstrüksiyonu amacıyla Dacron greft ve patellar kemiğin fonksiyonel rekonstrüksiyonu amacıyla da VL kası kullanılmıştır.

Operasyon esnasında patella tur motor ile tanjansiyel olarak eksize edilmiş ancak viabl kanlanma gözlenememesi üzerine komplet rezeksiyona karar verilmiştir. Rezeksiyon sonrası ALT Flep preoperatif Doppler USG ile tespit edilmiş olan perforatörlerin çevresindeki uygun çizime göre eleve edilmiş, patellar rekonstrüksiyon prelaminasyonunda Dacron Grefte ek olarak Kimerik VL kas flebi perforatörü disseke edilmiş ve Patellar Tendon Rekonstrüksiyonu için TFL Fasyası kullanılmıştır. Flep donör sahası deri grefti ile onarılmış ve bacak uzun bacak ateline alınmıştır. Hastanın postoperatif takibinde 2. günden itibaren flep distalinde başlayan venöz konjesyon ponksiyon ve topikal heparin uygulamasına rağmen süturasyon hattından 1 cm proksimale doğru nekroza sebep olmuştur. Konservatif yaklaşım sonucu flep sörveyi pozitif seyretmiş hasta taburculuğu sonrası ambulasyon için FTR bölümüne yönlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Patella Rekonstrüksiyonu, Kimerik Prelamine VL-ALT Flep, Üçüncü Derece Yanık, Dacron Greft

VL- ALT Flep



Nekrotik patella ve diz çevresi yumuşak doku dekfetiyle beraber planlanmış olan VL ALT flep çizimini gösteren görsel

P-282

Fleksör Zone 2 Seviyesinden Amputasyon Sonrası Replantasyonlarda Kısa Dönem Estetik Ve Fonksiyonel Sonuç Değerlendirilmesi

Tuğçe Ata, Hasan Murat Ergani, Burak Yaşar, Tibet Kaan Yolsal, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

GİRİŞ

Parmak amputasyonları, hastaların yaşam kalitesinde belirgin düşüşe neden olan aynı zamanda estetik görünümün de önemli ölçüde etkilendiği durumlar arasında yer almaktadır.

Parmak replantasyonlarında amaç hastanın fonksiyonellik kaybını engellemek, hastanın el kullanımı ve kavrama becerilerini optimize etmek ve estetik kaygıları minimale indirmektir.

Bu bağlamda fleksör zone 2 ve distali amputasyonlarında kısa dönem estetik ve fonksiyonel sonuçların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, tedavi protokollerinin geliştirilmesi ve hastaların ihtiyaçlarına daha uygun yaklaşımların belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.Bu çalışma kliniğimizde 2024 haziran 2025 ağustos ayları içerisinde fleksör zone 2 seviyesinden amputasyon sonrası replantasyon yapılan 10 hastanın kısa dönem sonuçlarının estetik ve fonksiyonnel değerlendirmesini incelemektedir.

YÖNTEM

Bu çalışma, 2024 haziran 2025 temmuz yılları içerisinde Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde fleksör zone 2 seviyesinden amputasyon sonrası replantasyon yapılan 10 hastayı retrospektif olarak inceledik.Çalışmaya sadece başarılı sonuç alınan hastalar dahil edilmiştir.Hastaların parmak hareket açıklığı (fleksiyon ve ekstansiyon), kavrama gücü ve el fonksiyonları, QuickDASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Estetik açıdan değerlendirme ise hastaların kendilerinin, yara izi, parmak şekli ve genel görünümünü değerlendirilmiş

BULGULAR

10 hastanın 6 tanesi sağ elinin parmaklarından 4 tanesi sol elinin parmaklarından biri ampute olmuştu. Tüm hastaların dominant eli sağ eldi. En çok yaralanan parmak D3 ve D5di. Kesici alet ve makine kazaları en çok amputasyon sebebiydi. Malunion için 2 hastaya ek operasyon gerçekleştirildi.Enfeksiyon gelişen 2 hasta lokal antibiyotiklerle tedavi edildi.1 hastaya debridman işlemi gerçekleştirildi.QuickDASH skorlamasında en düşük 2 en yüksek 45.9 ve ortalama 20 olarak saptanmıştır.

TARTIŞMA

Fleksör zone 2 replantasyonları, el fonksiyonunun geri kazanımı açısından zorlu ve kompleks cerrahi müdahalelerden biridir.Çalışmamızda değerlendirilen 10 hastada, ameliyat sonrası kısa dönemde elde edilen fonksiyonel ve estetik sonuçlar tatmin edici bulunmuştur

Komplikasyon gelişmeyen hastalar gelişen hastalara oranla fonksiyonel ve estetik açıdan daha tatmin edici sonuçlara ulaşmışlardır.Çalışmamızın retrospektif olması, hasta sayısının sınırlı olması ve estetik değerlendirmenin subjektifliği çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Anahtar Kelimeler: Amputasyon, El Cerrahisi, Replantasyon

HASTA SONUÇLARI



Bulgular

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Parmak	Yaralanma Sebebi	Yaralanan El	QuickDASH
1	22	Erkek	D4	makine kazası	sağ	2
2	27	Kadın	D5	makine kazası	sol	25
3	35	Erkek	D3	Kesici alet	sağ	13,6
4	38	Kadın	D3	Kesici alet	sağ	45,9
5	51	Erkek	D4	makine kazası	sol	15,9
6	42	Kadın	D5	Kesici alet	sol	22,7
7	41	Erkek	D2	Ezilme	sol	9,2
8	55	Kadın	D4	Makine kazası	sağ	38,34
9	60	Erkek	D3	Kesici alet	sol	11,4
10	62	Kadın	D2	Kesici allet	sağ	15,9

P-283

Proksimal Falanks Fraktürlerinin Cerrahi Sonuçlarının Retrospektif Analizi

Haluk Göktuğ Altınok, Burak Yaşar, Hasan Murat Ergani, Harun Güleç, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Falanks kırıkları, el travmaları arasında sık görülen yaralanmalardır. Bu kırıklara sıklıkla tendon, damar ve sinir yaralanmaları da eşlik eder. Özellikle proksimal falanks fraktürleri çoğu zaman cerrahi tedavi gerektirir. Tedavide açık redüksiyon internal fiksasyon (ARİF), perkütan pinleme ve vida uygulamaları gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu çalışmada, proksimal falanks fraktürlerinde uygulanan

cerrahi yöntemlerin postoperatif fonksiyonel sonuçlara etkisi incelenmiştir.

Materyal ve Metod

Ocak 2023 – Ocak 2025 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen 47 proksimal falanks fraktürü retrospektif olarak değerlendirildi. Multiple kırığı bulunan, tendon yaralanması eşlik eden ve pediatrik yaş grubundaki olgular çalışma dışında bırakıldı.

Hasta grubu:

23 kadın, 24 erkek.

Erkeklerin 17'si (%71), kadınların 5'i (%22) aktif sigara kullanıcısıydı.

Erkeklerin 12'si (%50), kadınların 16'sı (%70) fizik tedaviye düzenli devam etmişti.

Cerrahi Yöntemler:

26 olguda perkütan K-teli,

14 olguda plak-vida,

7 olguda yalnız vida uygulandı.

Kırık lokalizasyonu:

21 olguda 5. parmak,

15 olguda 4. parmak,

7 olguda 3. parmak,

4 olguda 2. parmak.

Fonksiyonel değerlendirmede QuickDASH skorları ve eklem hareket açıklığını ölçmek için Total Active Motion (TAM) kullanıldı. Bulgular cinsiyet, sigara kullanımı, fizik tedavi uyumu, cerrahi yöntem ve fraktür lokalizasyonu açısından değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde Student t-testi, ANOVA ve çok değişkenli regresyon kullanıldı.

Bulgular-

*Ortalama değerler: QuickDASH 28.4 ± 15.9, TAM 225.4° ± 31.2°.

*Sigara kullananlarda QuickDASH benzer olmakla birlikte ($p=0.278$), TAM anlamlı düşük bulundu ($p=0.003$).

*Fizik tedaviye uyumlu hastalarda hem QuickDASH ($p=0.021$) hem TAM ($p=0.034$) daha pozitifti.

*Kadınlarda QuickDASH erkeklere göre daha düşük bulundu; anlamlılık sınırında idi ($p\approx0.048$).

*Cerrahi yöntemler arasında QuickDASH ve TAM açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.1$).

*Parmak dağılımı: En sık kırık 5. parmakta görüldü (21/47). 2. parmak kırıklarında QuickDASH daha yüksek, TAM daha düşük eğilim gösterdi, fakat vaka sayısı düşük olduğu için anlamlı bulunmadı.

*Regresyon analizinde sigara, hem QuickDASH hem TAM için bağımsız en olumsuz belirleyici faktör olarak öne çıktı ($p<0.01$).

-Tartışma

Bu çalışmada, proksimal falanks fraktürlerinde sigara kullanımının iyileşme sürecini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Sigara kullanan olgularda eklem hareket açıklığı anlamlı derecede düşüktür. Bu sonuç, sigaranın kemik ve yumuşak doku iyileşmesini olumsuz etkilediğini bildiren literatür ile uyumludur.

Fizik tedaviye uyum, tek değişkenli analizlerde fonksiyonel sonuçları olumlu yönde etkilemiştir. Ancak çok değişkenli analizlerde sigara ve cinsiyetin etkisi dikkate alındığında bağımsız katkısı azalmıştır. Bu bulgu, rehabilitasyonun önemini korumakla birlikte, sigaranın olumsuz etkilerinin tek başına fizik tedavi ile tam olarak telafi edilemeyeceğini düşündürmektedir.

Kadın hastalarda QuickDASH skorlarının daha iyi olmasının, fizik tedaviye daha yüksek uyum oranı ve sigara kullanım oranının düşük olması ile ilişkili olabileceği öngörülmektedir.

Ayrıca, 2. parmak kırıklarında fonksiyonel kaybın daha belirgin olması dikkat çekici bir bulgudur; ancak vaka sayısı sınırlı olduğundan bu konuda kesin bir sonuca varılamamaktadır.

Sonuç-

*Sigara kullanımı, fonksiyonel skorlar ve eklem hareket açıklığını olumsuz etkilemiştir.

*Fizik tedaviye düzenli uyum, sonuçları olumlu yönde etkilemiş ancak sigara kadar güçlü bir belirleyici olmamıştır.

*Cerrahi teknikler arasında fonksiyonel sonuçlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuç olarak, proksimal falanks fraktürlerinde başarılı fonksiyonel sonuçlara ulaşmak için tedavi sürecinde sigaranın bırakılması ve fizik tedaviye düzenli uyumun sağlanması kritik öneme sahiptir. Cerrahi yöntem seçimi ise fonksiyonel sonuçlar açısından belirleyici bir konumda değildir.

Anahtar Kelimeler: falanks, fraktür, postoperatif

P-284

Amniyotik Band Sendromuna Z-Plasti ile Yaklaşım

Aslı Odabaşı, Servan Dağ, Süleyman Rezan Güler, Berk Tahhan, Serkan Erbatur

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

Giriş

Amniyotik Band Sendromu (ABS), amniyondan yoksun plasenta, amniotik zar eklerinin fetusa adezyonu veya dolanması ile oluşan, fetal deformasyon, malformasyon ve amputasyonlarla karakterize konjenital bir anomalidir [1]. Sporadik olarak görülür, insidansı yaklaşık 1/20.000'dir. Anomalilerin çeşitliliği nedeniyle "amniyon rüptür sekansı", "amniyon adhezyon malformasyon sendromu", "konstrüktif bant sendromu" ve "fetal amputasyon" gibi çeşitli isimlerle de adlandırılmaktadır [1].Ekstremite konstriksiyonları sık gelişir; distal kısım deformitesinden total amputasyona kadar değişen klinik tablolar görülebilir [1].

Gereç – Yöntem

ABS oluşumu genellikle postkonsepsiyonel 8–18. haftalar arasında gerçekleşir [1]. Gebeliğin 45. gününden önce ortaya çıkarsa; çeşitli skalp defektleri, fasiyal yarıklar görülebilirken, 45. günden sonra ekstremite konstrüksiyonları, amputasyon ve sindaktili gelişebilir [1]. Amniyotik bandlar, gelişmekte olan kol, el, falanks, ayak bileği veya diğer kısımları sararak turnike etkisi gösterebilir [1]. Basit ve yüzeyel olanlar cerrahi gerektirmezken, derin ve dolaşımı etkileyen olgularda konstrüktif ring eksize edilmelidir [2]. Bandın çevresinin yarısından azının tek seferde serbestlenmesi, distalde iskemi riskini azaltmak açısından önerilmektedir [1], [3].

ABS'nin sınıflandırılması (Petterson) şu şekildedir:

- Tip I: Ciltte oyuk şeklinde basit konstrüktif bant
- Tip II: Konstrüktif bant distalinde lenfödem (eşlik edebilir veya etmeyebilir); deformite vardır
- Tip III: Konstrüktif bant ile birlikte distal kısımların füzyonu (akrosindaktili)
- Tip IV: İntrauterin otoamputasyonlar [1]

Olgu

1 yaşındaki erkek hasta, sol kol distali ve sağ cruris proksimalinde amniyotik band bulunması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Eşlik edebilecek anomalilerin

değerlendirilmesi ve anestezi hazırlığı için pediatri konsültasyonu istendi. Hastada ek anomali saptanmadı. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Konstriktif bandlar eksize edildi ve kontür/asimetri düzensizliklerinin giderilmesi amacıyla Z-plasti tekniği kullanılarak rekonstrüksiyon yapıldı. Postoperatif süreçte hasta 2 gün serviste takip edildi. Günlük pansumanlar ve ekstremite elevasyonu uygulandı. Profilaktik sefazolin tedavisi başlandı. Dren 2. günde çekildi. Sol ayakta minimal ödem dışında komplikasyon gözlenmedi. Parmak ve flep dolaşımı iyiydi. Z-plasti ile band serbestlenmiş olup, postoperatif dönemde sorun izlenmedi.

Tartışma – Sonuç

Z-plasti tekniği, amniyotik band sendromlu hastalarda estetik ve fonksiyonel iyileşme konusunda önemli katkılar sunmaktadır [1]. Cerrahi tedavinin başarısı; bant derinliği, lokalizasyonu, distal lenfödem ve dolaşım sorunlarının varlığı gibi faktörlere bağlıdır [2]. Vakaların %80'ine başka el anomalileri de eşlik edebileceği için hastalar sistematik olarak değerlendirilmelidir [1].Band eksizyonu sırasında ekstremite dolaşımına zarar verilmemesi için tek seferde çevrenin yarısından azının serbestlenmesi önerilmektedir [3]. Diseksiyon dikkatli yapılmalı ve gerektiğinde Z-plasti ile kontür düzensizlikleri düzeltilerek skar bandı oluşumu önlenmelidir [1].Cerrahi sonrası enfeksiyon, hematom, dehissans ve skar gibi komplikasyonlar görülebilir. Fonksiyonel sınırlamalarla karşılaşabilecek hastalar için fizik tedavi ve rehabilitasyon süreci sürdürülmelidir [1].

Kaynakça

1. Demir A., Söylemez F., Sönmez A., Keleş M. K., Aydoğdu İ. O. (2010). Konstrüktif ring sendromu için Z plasti: Olgu sunumu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı.
2. FerrerMarquez F., Peiró J. L., Tonni G., Ruano R. (2024). Fetoscopic release of amniotic bands based on the evidence — a systematic review. Prenat Diagn, 44(10):12311241. doi:10.1002/pd.6636
3. Keswani S. G., Johnson M. P., Adzick N. S., Hori S., Howell L. J., Wilson R. D., Hedrick H., Flake A. W., Crombleholme T. M. (2003). In utero limb salvage: fetoscopic release of amniotic bands for threatened limb amputation. J Pediatr Surg, 38(6):848851. doi:10.1016/S00223468(03)00109X

Anahtar Kelimeler: Amniyotik band, Flep, Skar, Z-plasti

Amniyotik band ile başvuran hasta



Amniyotik bandı olan olgumuzun preop ve post-operatif 3.haftadaki takibi

P-285

Metakarp Fraktürlerinde Plak-Vida ve K Teli İle Onarımlarının Erken ve Geç Postop Dönem Karşılaştırmaları

Merve Demirelli[1], Burak Yaşar[2], Hasan Murat Ergani[3], Harun Güleç[4], Ramazan Erkin Ünlü[5]

Giriş

Metakarp kırıkları, elin fonksiyonelliğini doğrudan etkileyen yaygın travmalardır. Metakarp kemikleri, elin işlevselliği açısından kritik öneme sahip olup, bu bölgedeki kırıklar günlük yaşam aktivitelerini ciddi şekilde etkileyebilir. Cerrahi tedavi yöntemlerinden olan plak-vida ile açık redüksiyon ve K-teli ile açık/ kapalı redüksiyon, en sık tercih edilen sabitleme teknikleridir. Bu çalışmada, her iki yöntemin kısa ve uzun vadeli klinik sonuçlarının karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem

Kliniğimizde metakarp fraktürü olup redüksiyon / onarım yapılan 50 hasta retrospektif olarak yaş, cinsiyet, yaralanma şekli, hangi el ve metakarpın yaralandığı, ek yaralanmasının olup olmama durumları,yapılan redüksiyon/onarım cerrahisinin sonuçları, hastanede yatış süresi, yaralanan parmaklardaki komplikasyonlar, eklem hareket açıklığı, duyu ve fizik tedavi takibi açısından değerlendirilmiştir.

Bu tanımlayıcı çalışmada 04.05.2025 – 11.07.2025 tarihleri arasında metakarp fraktürü redüksiyon /onarımı yapılan 50 hasta (48 erkek, 2 kadın) çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalar ameliyat sonrası 3 aylık takip süresi boyunca gözden geçirildi.Çalışmamızda postop dönemde yapılan muayenelerde aktif hareket cinsinden ifade edilen parmak ve el hareketliliği, kavrama hareketi, enfektif bulgular,eklem hareket açıklıkları,parmak ve elde motor fonksiyonları, kontraktür olma durumu,quick dash skoru ve kozmetik sonuçlar değerlendirildi. K telleri ile onarım yapılan hastaların k telleri postop 6-8 hafta civarında çekilmiştir.

Bulgular

Hastaların yaş ortalamaları 42 idi (16-76).34 hastanın yaralanmasının yumruk atma sonucu olduğu, 10 hastanın ağır cisimle ezilme,2 hastanın testere kesisi ve 4 hastanın da trafik kazası sonucu yaralandığı bilgilerine ulaşıldı. Yaralanmaları 18 hastanın sol elinde yer alırken 32 hastanın sağ elinde yer almaktaydı. Hastalarda doku defekti mevcut değildir. Hastalarının 6 sında ek metakarp ve proksimal falanks yaralanmaları mevcut iken 2 sinde tendon hasarı mevcuttu. Hastaların 13 tanesinde 1.metakarp, 5 tanesinde 2.metakarp, 5 tanesinde 3.metakarp, 11 tanesinde 4.metakarp, 16 tanesinde de 5.metakarp fraktür onarımı yapılmıştır. Postop takiplerinde hastane yatışı ortalama 2 gün (1 -5 gün) idi. 1 hastanın multifraktürlerinin olması sebepli tam kemik redüksiyonu sağlanamamıştır ve tekrar operasyon için hazırlanmıştır. Plak vida ile onarımı yapılan 2 hastanın 6 ay sonra fraktür onarım hattında plak vidanın palpe edilmesi ve hastanın ağrı hissetmesi sebepli plak vida çıkarılması operasyonu yapılmıştır. Postop dönemde k teli ile opere olan 4 hastada skar kontraktürlerinin olduğu görüldü.1 hasta için ek operasyon planlanıldı, 3 hasta fizik tedavi ile takip edildi, takip sonrası motor muayenesinin doğal olduğu görüldü. Postop komplikasyon olarak 11 hastada motor muayenede kısıtlılık olduğu görüldü. Bu hastaların fizik tedavi takiplerine düzenli gitmedikleri öğrenildi. Quick dash skoru plak vida ile onarım yapılan hastalarda 10.1, k teli ile onarım yapılan hastalarda 14.2 olarak değerlendirilmiştir.

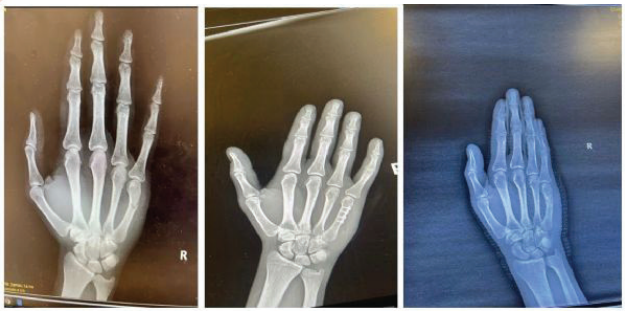
Sonuç

Her iki yöntem de metakarp kırıklarının cerrahi yönetiminde etkin seçeneklerdir. Cerrahi onarımı

hastanın yaralanma şekli, ek fraktürlerinin olup olmama durumu, ek travmaları, kırık tipi, iyileşme sürecine uyum, enfektif durum,yaş,cinsiyet vs gibi durumlar ön planda düşünülerek karar verilmelidir. Ancak plak-vida sabitleme, anatomik redüksiyonun daha kesin sağlanabilmesi ve erken mobilizasyon imkânı sunmasıyla, fonksiyonel iyileşmeye olumlu katkı sağlamaktadır. K-teli ile onarım daha az invazif, kısa operasyon süresi ve maliyet açısından avantajlı olsa da, enfeksiyon, immobilizasyon süresinin uzunluğu, eklem kontraktürü, sosyal hayatı kısıtlaması gibi dezavantajlar taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metakarp kırığı, internal fiksasyon, plak vida, K-teli, cerrahi tedavi, el fonksiyonu

sağ el 5 metakarp fraktürü onarımı ve sonrasında plak-vida çıkarılması



a. Sağ el 5.metakarp fraktürü preop b. Sağ el 5.metakarp fraktürü plak vida onarım postop 1.gün c. Sağ el 5.metakarp fraktürü plak vida çıkarılması onarım sonrası 6.ay

Yaralanan metakarplere göre hasta sayıları

Metakarp	Hasta Sayıları
1 metakarp	13
2 metakarp	5
3 metakarp	5
4 metakarp	11
5 metakarp	16

P-286

İleri Evre Alt Ekstremite Lenfödeminde Liposuction Destekli Eksizyonel Cerrahi

Uzay Cambaz[1], Okan Mustafa Gürsoy[2], Tahsin Oguz Acartürk[3]

[1]Pittsburgh Üniversitesi, Plastik Cerrahi, Pittsburgh, ABD
[2]Istanbul Üniversitesi, Istanbul Tip Fakültesi, Istanbul, Türkiye
[3]Pittsburgh Üniversitesi, Plastik Cerrahi, Pittsburgh, ABD; Dr. TOA Klinik, Izmir, Türkiye

Giriş:

Lenfödem, genellikle ekstremiteleri etkileyen, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. İleri evre olgularda konservatif tedaviler yetersiz kalmakta ve cerrahi müdahale gerekmektedir. Bu çalışmada, ileri evre yumuşak doku ağırlıklı lenfödem olgularında uygulanan, liposuction destekli eksizyonel bir cerrahi teknik sunulmaktadır. Amaç; genel hacmin azaltılması, cilt fazlalığının giderilmesi, işlevsel kazanım ve postoperatif komplikasyonların azaltılmasıdır.

Materyal-Metod:

Çalışmaya ileri evre alt ekstremite lenfödemi tanısıyla başvuran ve konservatif tedaviye dirençli ileri evre 9 (7 hasta tek taraflı, 2 hasta çift taraflı ameliyat) hasta dahil edildi. Tüm hastaların öyküsünde onkolojik cerrahi ve radyoterapi mevcuttu. Ortalama hasta yaşı 58 idi. Cerrahi öncesi, standart anatomik noktalardan ekstremite çevre ölçümleri alındı. Operasyon, tanımlı dört anatomik bölgeye ardışık tümesan liposuction uygulaması ve sonrasında orta mediyal hattan eksizyon şeklinde planlandı. Cilt ve cilt altı dokuların yeniden şekillendirilmesi ile primer kapama sağlandı. Bazı olgularda dren yerleştirildi. Postoperatif dönemde 4 hafta kompresyon, 8 hafta fizik tedavi ve basınçlı çoraba geçiş postoperatif 3. ayda olacak şekilde uygulandı. Çift taraflı vakalarda daha büyük taraftan başlanarak iki ekstremitenin ameliyatı arasında 6 ay beklenildi.

Toplamda 11 ekstremite opere edildi. Liposuction sonrası ortalama çıkarılan doku miktarı, liposuction hacim ve deri alanı olarak kaydedildi. Birinci yıl sonunda standart anatomik noktalardan ölçümler alındı ve karşılaştırıldı.

Bulgular:

2 hastada minör yara ayrışması gözlendi. Seroma ve enfeksiyon bildirilmedi. Tüm hastalarda subjektif ve fonksiyonel yaşam kalitesinde anlamlı bir artış sağlandı. Ortalama ekstremite çevresi azalımı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. 1 yıl ve üzeri takiplerde nüks gözlenmedi. Uzun dönemde hiçbir hastada enfeksiyon görülmedi. Ameliyat sonrası yalnızca bacak hacminde değil, genel vücut ağırlığında da azalma gözlendi. Ayrıca ameliyat edilmeyen üst uyluk ve diğer bacakta da ağırlık hissinde subjektif bir azalma ve çevresinde kalınlık azalması bildirildi. Tüm hastalarda subjektif ve fonksiyonel olarak yaşam kalitesinde anlamlı artış bildirildi.

Sonuç:

Liposuction destekli eksizyonel cerrahi, ileri evre fakat yumuşak dokuların baskın olduğu lenfödem hastalarında, Charles ve Homans prosedürlerine göre daha düşük morbiditeli, estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin edici bir alternatif sunmaktadır. Bunu yanı sıra sadece liposuction olan vakalarda görülen derinin toparlamaması, seroma veya doku nekrozu gibi komplikasyonların da ortadan kaldırılması için önemli bir seçenektir. Liposuction ile sağlanan doku incelmesi, flep hareketliliğini artırarak daha güvenli bir rezeksiyona olanak tanır. Seçilmiş hasta grubunda, bu kombine yaklaşım komplikasyon oranlarını azaltmakta ve hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremite, eksizyonel cerrahi, lenfödem, liposuction

P-287

Önkol fleksör zon 5 kesileri; acil serviste bütünsel yaklaşım

Yasin Canbaz, Eda Kübra Koç, Serhat Burak Örenel, Cemil Öztürk, Şura Koç, Perçin Karakol

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş

Fleksör zon 5 yaralanmaları; damar, sinir, kas ve tendon hasarını içerebilen, kompleks, sık karşılaşılan ve fonksiyonel kayıplara yol açabilen yumuşak doku travmalarıdır. Özellikle zon 5, fleksör tendonların karpal tünelin proksimaline uzandığı ve nörovasküler yapıların da yer aldığı bir anatomik bölgedir. Median sinir, ulnar ve radyal sinir/arter gibi yapılar bu bölgede seyreder ve zon 5 yaralanmaları sıklıkla çoklu yapı hasarlarıyla birliktelik

gösterir. Bu nedenle zon 5 yaralanmaları tanı, tedavi ve rehabilitasyon açısından multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bu tip yaralanmalarda cerrahinin başarısı zarar görmüş yapıları bir bütün olarak ele almaya, cerrahi zamanlamaya, cerrahi tekniğe ve post-operatif bakım sürecini özenle yönetmeye bağlıdır. Önkolun fleksör yüzünde bulunan nörovasküler yapıların önemi düşünüldüğünde; fleksör zon 5 yaralanmalarının acil servis şartlarında doğru tanı alması ayrıca önem taşır ve hastaya bu yapıların akut onarım şansını tanıyabilmek ilk değerlendirmenin doğruluğuna bağlıdır. Çalışmamızda Mayıs 2025 ve Ağustos 2025 tarihleri arasında acil servisimize başvurmuş fleksör zon 5 yaralanmalarını retrospektif olarak inceleyerek bu tip kesilerde acil tedavi protokolü geliştirmenin önemi vurgulamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Mayıs 2025 – Ağustos 2025 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen fleksör zon 5 yaralanmaları retrospektif olarak incelendi ve çalışmaya 111 hasta dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, yaralanmanın etyolojisi, zarar gören ve onarılan anatomik yapılar, dren ve atel kullanımı, ameliyat süresi, hastane yatış süresi, uygulanan postoperatif medikal tedavi analiz edildi. Dışlama kriterleri; önkol ve karpal kemik fraktürü bulunması, acil servise başvuru anında alkollü olma veya bilinç düzeyinde değişiklik nedeniyle muayenenin suboptimal olması, hastanın elektif koşullarda opere edilmesine karar verilmesi ve operasyon başlangıcı ile acil servis başvurusu arasında 12 saatten fazla süre bulunması şeklinde belirlendi.

Bulgular

Hastaların yaşları 9 ile 52 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 29,8 olarak hesaplandı. 93 erkek hasta(%81,6) ve 21 (%18,4) kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Travma etiyolojisi incelendiğinde, 65 hastada cam kesisi (%58,6), 12 hastada spiral kesisi (%10,8), 10 hastada diğer iş makineleri ile kesi (%9,0), 11 hastada bıçak kesisi (%9,9), 3 hastada demir kesisi (%2,7) ve 10 hastada diğer nedenler (%9,0) nedeniyle yaralanma meydana geldiği tespit edildi.

111 hastada yapılan çalışmada zarar görmüş yapılar incelendiğinde; tendon kesileri özelinde, hastaların 57'sinde FDS (%51,4), 51'inde FCR (%45,9), 48'inde FCU (%43,2), 30'unda PL (%27,0), 24'ünde FDP (%21,6), 24'ünde FPL (%21,6), 3'ünde BR tendonu (%2,7), 3'ünde ERCL (%2,7) ve 3'ünde ERCB (%2,7) kesisi saptandı. Sinir yaralanmaları incelendiğinde, toplam 111 hastanın 27'sinde median sinir (%24,3), 9'unda ulnar sinir (%8,1), 3'ünde AIN siniri (%2,7), 3'ünde muskulokutanöz sinir (%2,7) ve 3'ünde radial sinir radyokutanöz dalı (%2,7) hasarı tespit edildi. Arter yaralanmaları incelendiğinde, 15 hastada ulnar arter (%13,5) ve 9 hastada radial arter (%8,1) hasarı saptandı. PL tendonu da dahil olmak üzere kesik görülen tüm tendon, damar ve sinir yapıları onarıldı.

Cerrahi süreler 30 dakika ile 6 saat 30 dakika arasında değişmekte olup, ortalama cerrahi süre 1 saat 55 dakika olarak hesaplandı. Operasyon sonunda 81 hastada (%72,9) dren konulduğu, 27 hastada (%24,3) ise dren konulmadığı tespit edildi. Opere edilen hastaların tamamında onarılan yapılara göre fleksör atel veya istirahat atel uygulandı ve atel süresi 3-4 hafta olarak tutuldu. Postoperatif medikal tedavi; arter onarımı yapılan hastalarda antikoagülan tedavi, sinir onarımı yapılan 6 yaş üzeri hastalarda B12, analjezik, antibiyoterapi ve tetanoz profilaksisi olarak planlandı. Hastaların yatış süreleri 1 ile 4 gün arasında değişmekte olup, ortalama yatış süresi 1,86 gün olarak hesaplandı.

Sonuç

Çalışmamız, fleksör zon 5 yaralanmalarının çoğunlukla genç, erkek ve cam kesisi kaynaklı olduğunu ortaya koymuştur. En sık yaralanan tendon FDS olup bunu FCR, FCU ve FDP takip etmiştir. Tendon yaralanmalarına sıklıkla sinir ve damar hasarı eşlik etmektedir. En sık görülen sinir yaralanması median sinir hasarı olarak belirlenmiştir. Ulnar arterin radyal artere göre daha sık yaralandığı görülmüştür. Dren kullanımı sıklıkla (%78,9) gereklidir. İlk muayenede motor defisiti olan hastalarda eşlik eden nörovasküler yaralanmaların olabileceği akıldan çıkartılmamalıdır. Travma sonrası ilk 12 saatte nörorafi yapılan hastaların sinir iyileşmeleri umut vadedicidir. Bulgular, cerrahi planlama ve postoperatif yönetim açısından yol gösterici niteliktedir. Fleksör zon 5 kesilerinin akut onarımı; el motor fonksiyonunun korunması ve nörovasküler yapıların iyileşmesi açısından önemlidir. Bu çalışmanın bulguları, zon V yaralanmalarına yönelik hasta yönetim protokollerinin güncellenmesine katkı sunmakta ve ileriye dönük fonksiyonel sonuç odaklı çalışmalara zemin oluşturmaktadır.

Kaynakça

Leddy JP, Packer JW. Flexor tendon injuries: anatomy, biomechanics, and repair techniques. J Hand Surg Am. 2009;34(3):529-538.

Strickland JW. Development of flexor tendon surgery: twenty-five years of progress. J Hand Surg Am. 2000;25(2):214-235.

Gelberman RH, Eaton RG, Urbaniak JR, et al. Flexor tendon injuries in zone V: repair and rehabilitation. Hand Clin. 1985;1(3):467-475.

Lee SK, Wolfe SW. Peripheral nerve injury and repair. J Am Acad Orthop Surg. 2000;8(4):243-252.

Al-Qattan MM. Management of flexor tendon injuries in the hand. Orthop Clin North Am. 2000;31(2):243-254.

Tang JB. Tendon injuries in the hand: diagnosis and management. Muscle Nerve. 2008;37(5):544-554.

Matsui Y, Yamaguchi T, Murakami M, et al. Acute flexor tendon injuries: timing of repair and outcomes. J Hand Surg Am. 2012;37(3):484-490.

Wheeler DL, Reintjes SL, Gutow AP. Acute tendon injuries: principles of management and outcomes. Clin Plast Surg. 2016;43(1):13-21.

Tsuge K. Management of flexor tendon injuries. Clin Orthop Relat Res. 1989;(243):22-32.

Matsen FA 3rd, Krugmire RB Jr. Vascular injuries of the upper extremity. Orthop Clin North Am. 1982;13(1):153-165.

Anahtar Kelimeler: Önkol fleksör zon 5 kesileri, acil serviste el yaralanmaları, tendon yaralanmaları, nörovasküler yaralanmalar

P-288
İzole Metakarp Fraktürleri

Eşref Kaan Bulut, Yasin Canbaz, Perçin Karakol, Agit Sulhan, Mustafa Sana, Mehmet Demir

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Giriş

Metakarpal kemikler, elin kavrama, ince motor hareketler ve kuvvet aktarımı gibi temel işlevlerinde kritik öneme sahiptir. Bu kemiklerin kırıkları, tüm el kırıkları arasında önemli bir paya sahiptir ve çoğunlukla doğrudan travma, boks yaralanmaları veya yüksek enerjili kazalar sonucu oluşur. Olguların yaklaşık %30'unda cerrahi tedavi gereklidir; instabil, rotasyonel deformiteli veya açısal kayması belirgin kırıklarda konservatif yöntemler yetersiz kalır.

Cerrahi tedavide en sık kullanılan yöntemler Kirschner teli (K-teli) ile perkütan fiksasyon ve plak–vida osteosentezidir. K-teli minimal invazivliği, düşük maliyeti ve kısa süresiyle öne çıkarken, enfeksiyon riski ve uzun immobilizasyon dezavantajdır. Plak–vida ise rijit stabilite sağlayarak erken mobilizasyon imkânı tanır, ancak yumuşak doku diseksiyonu ve implant irritasyonu gibi sorunlara yol açabilir. Bu çalışma, izole metakarpal kırıkları nedeniyle cerrahi tedavi gören olguların demografik ve klinik özelliklerini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2023 – Ağustos 2025 arasında kliniğimizde cerrahi tedavi uygulanan izole metakarpal kırıklı olgular retrospektif olarak incelendi. Dahil edilme kriterleri: izole metakarpal kırığı, K-teli veya plak–vida ile cerrahi tedavi, en az 1 ay takip. Hariç tutulanlar: çoklu metakarp kırıkları, tendon-sinir-damar yaralanması olanlar, yetersiz takip verisi. Hastaların demografisi, travma mekanizması, kırık lokalizasyonu, dominant el, anestezi tipi, cerrahi yöntem ve kaynama süreleri kaydedildi.

Bulgular

Toplam 25 hasta incelendi. Yaş ortalaması 32,8 yıl (19–69), %96 erkek, %4 kadın.

Travma mekanizması: Duvara yumruk %40, düşme %32, motorlu taşıt %24, diğer %4

Kırık lokalizasyonu: D5 %64, D1 %20, D3 %8, D2 %4, D4 %4

Dominant el: Sağ %88, sol %12

Cerrahi Yöntem: K-teli %76, plak–vida %24

Anestezi: Rejyonel %92, lokal %4, genel %4

Ortalama kaynama süresi: 5,8 hafta (4–8)

Tartışma

Metakarpal kırıkları özellikle genç ve aktif bireylerde sık görülür. Çalışmamızda en sık D5 kırıkları saptandı ve düşük enerjili direkt travmaların önde geldiği görüldü. Bu, küçük parmağın anatomik konumu ve biyomekanik zayıflığıyla uyumludur.

K-teli fiksasyonu, basit ve ekstraartiküler kırıklarda yaygın olarak kullanılırken; plak–vida daha çok instabil, deplase veya eklem yüzünü tutan kırıklarda tercih edildi. Ortalama kaynama süresinin literatürle benzer bulunması, farklı yöntemlerin fonksiyonel iyileşmeye benzer katkılar sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte, retrospektif tasarım, sınırlı hasta sayısı ve tek merkez verisi çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

Sonuç

İzole metakarpal kırıklarında hem K-teli hem de plak–vida ile yüksek kaynama oranları elde edilmiştir. K-teli, basit kırıklarda düşük maliyetli ve etkili bir yöntem olarak öne çıkarken, plak–vida instabil ve eklem içi kırıklarda erken mobilizasyon avantajı sağlamaktadır. Tedavi seçiminde kırık tipi kadar, hastanın mesleği, dominant eli ve sosyal ihtiyaçları da dikkate alınmalıdır. Daha geniş örneklemli, prospektif çalışmalar, cerrahi yöntemlerin uzun dönem sonuçlarını karşılaştırmada yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Metakarpal kırık, Kirschner teli, plak–vida, el cerrahisi, el travmaları

P-289

Kite Flep İle Onarım Sonrasında Donör Saha Morbiditesinin Değerlendirilmesi (Sıcak-Soğuk / 2 Nokta / Ekstensör Lag)

Beyza Akbulut, Hasan Murat Ergani, Burak Yaşar, Tibet Kaan Yolsal, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ

Başparmak yaralanmaları, özellikle distal uçla ilgili olanlar, başparmağın ince ve kaba kavrama, opozisyon ve ince motor konusundaki temel rolleri nedeniyle el fonksiyonunu önemli ölçüde tehlikeye atar. Baş parmağın yumuşak doku defektleri; çevre dokunun yetersizliği nedeniyle sıklıkla rekonstrüksiyonu zor defektlerdir. Lokal cilt flepleri iyi tanımlanmış olmasına ve yaygın kullanılmalarına karşın tendon, kemik veya eklemlerin ekspoze olduğu kompleks defektlerin onarımı söz konusu olduğunda daha seçkin rekonstrüktif teknikler ön plana çıkmaktadır.

Modifiye birinci dorsal metakarpal arter flebi (FDMAF, ''uçurtma flebi'', kite flep), ince, esnek, duyusu olan bu yüzden de baş parmağın duyu ve kontur restorasyonunda kullanışlı bir fleptir.

Geleneksel cilt flepleri çift aşamalı operasyonlar gerektirebilmeleri, zor diseksiyonları, önemli ölçüde donör saha morbiditeleri ya da sınırlı rotasyon ve mobilite kabiliyetleri nedeniyle dezavantajlı olabilmektedir. Öte yandan kite flebi bu dezavantajları taşımaz; uygun boyutta cilt adası sağlarken, başparmağın tek aşamalı rekonstrüksiyonuna mikrocerrahiye ihtiyaç duymaksızın olanak sağlar. Bu pozitif özelliklerine rağmen kite flebin donör saha morbiditesi pek çok çalışmada raporlanmıştır.

Bu çalışmada kliniğimizde Nisan 2023- Haziran 2025 arası yapılan toplam 15 kite flebin donör saha morbiditeleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE YÖNTEMLER

Bu çalışmada Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde Nisan 2023-Haziran 2025 arası sağ veya sol el başparmak doku defekti kite flep ile onarılan 15 hasta ve postoperatif izlemleri üzerinden veri analizi yapılmıştır.

FDMA' ya dayalı heterodijital ada flebleri, işaret parmağının dorsal yüzeyinden kaldırılmış ve defekt bölgesine transfer edilmiştir. Donör sahalar, tam kalınlıkta deri grefti kullanılarak rekonstrükte edilmiştir.

Donör saha morbiditeleri sıcak soğuk, 2 nokta diskriminasyon ve ekstensör lag açısından değerlendirilmiştir. Postoperatif izlemlerinde dolaşım bozukluğu gelişen ek operasyon gerektiren vakalar çalışmanın dışında bırakılmıştır.

Hasta memnuniyeti, yaralı elin görünümü ve aktif hareket açıklığı (ROM) değerlendirilmiştir. Hassasiyet, 2 nokta ayrımı (2-PD) testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Kliniğimizde yapılan çalışmada kite flep ile rekonstrükte edilen 15 hasta analiz edildi. Hastaların 3'ü kadın 12'si erkekti. Hastalardan 9'unun sol eli 6'sının sağ eli rekonstrükte edildi. Hastaların tamamında yaralanma şekli iş kazasına bağlı crush tipi yaralanmaydı. Hastaların tamamında fpl tendonu ve ip eklem hareketi korunmuştu, 1 hastada epl kesisi mevcuttu. Hastaların tamamında distal falanks fraktürü ya da kemik defekti mevcuttu. Hastaların erken dönem postop izlemlerinde hiçbir hastada enfeksiyon, greft lizisi görülmedi. 3 hastada ön koldan alınan greft donör saha lizisine, 2 tanesinde minimal flep nekrozuna rastlandı. Geç dönem komplikasyon olarak 1 hastada pansuman sebepli kontakt dermatit bulguları gözlendi, 1 hastada eklem kontraktürü gözlendi.

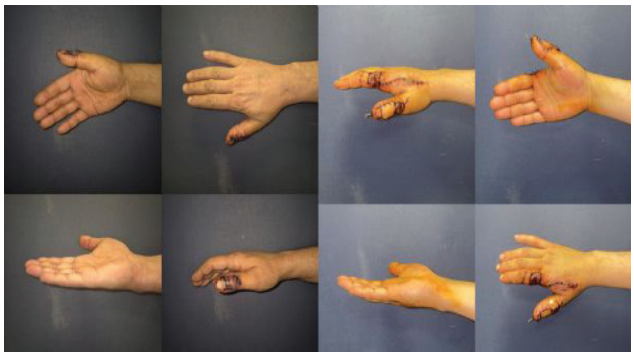
Tüm vakalarda el dorsumunda lineer skar ve donör sahada cilt grefti ile onarım bölgesi mevcuttu. Eşlik eden epl kesisinin olduğu 1 vaka hariç ROM (Range of Motion) ve ekstensör lag tüm vakalarda tamdı. Flep sensitivitesi tüm fleplerde mevcuttu. Tüm hastalar Michigan Hand Outcomes Questionnaire (MHQ)'e göre el fonksiyonlarından memnundu. Yaralı elin görünüşü adına ortalama kozmetik sonuç 7/10 olarak hesaplandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kite flep dikkatli bir diseksiyon ile yapıldığında harvest edilmesi kolay bir fleptir. Minimal donör saha morbiditesi ile güvenilir, dayanıklı ve duyulu bir kapama sağlar. Abdominal ve kasık flebleri ile karşılaştırıldığında kite flep tek aşamalı bir prosedür olması, eklem donukluğuna neden olacak herhangi bir pozisyonda beklemesine gerek olmaması ile avantajlı bir fleptir. Minimal donör saha morbiditesi ile baş parmağın el işlevindeki önemini de düşünecek olursak baş parmak ve dorsumun defektlerinin onarılmasında oldukça avantajlı bir yöntemdir. Ek tendon kemik eklem yaralanmaları durumunda postoperatif dönemde donör saha morbiditesi değişkenlik gösterebilmekte olup, diğer lokal ve ada flepleri ile karşılaştırılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Baş parmak rekonstrüksiyonu, Donör saha morbiditesi, Modifiye birinci dorsal metakarpal arter flebi

Sağ el 1. Parmak doku defekti Kite flep ile rekonstrükte edilen hastanın preop ve postop fotoğrafları



P-291

Parmak ucu Tamai zon 2 defektlerinin innerve homodigital ada flepleri ile onarımı ve sonuçlarının değerlendirilmesi

Mahir Ekinci, Hüseyin Görkem Kazaz, Semih Güner, Dağhan Dağdelen

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi

Dijital arter perforatör flepleri parmak ucu defektlerinin rekonstruksiyonunda aksına, pedikülüne, innervasyonuna göre tasnif edilip etiyolojisine ve defektin mahiyetine göre birçok farklı varyasyonda kullanılabilen fleplerdir. Bu çalışmamızda altı hastanın parmak ucu defektlerinin homodigital ada flebi ile rekonstrüksiyonunu ve rekonstrükte edilen parmak ucundaki dokunma duyusunu değerlendirdik. Tüm hastalarda defektin etiyolojisi travmaydı. Tüm hastalarda travma kaynaklı Tamai zon 2 seviyesinde amputasyon gerçekleşmişti. Travma sonrası erken dönemde yaklaşım beş hastada amputatın replantasyona uygun görülmemesi üzerine kompozit greft olarak adapte edilmesi ve bir hastada replantasyon idi. Poliklinik takiplerinde kompozit greft ile defektin onarıldığı hastalarda kompozit greftlerinin lizise gittiği ve replantasyon operasyonu olan hastanın replante parmağının nekroze gittiği görüldü. İlk travma ile rekonstruksiyon arasındaki süre ortalama 36,5 (min. 27 maks 43) gün idi. Hasta grubumuzdaki tüm hastalarda travmatik parmaklar ikinci ve üçüncü parmaklar idi. Hastaların ortalama 18,3 paket/ yıl (min.0 maks. 35) kronik sigara içicisi olduğu görüldü. Hasta grubundaki hiçbir hastanın ek hastalığı olmadığı görüldü. Defektin aksına uygun olarak planlanan çizimlerde fleplerin dördü radial dijital arter pedikülü, ikisi ise ulnar dijital arter pedikülü üzerinden eleve edildi. Tüm hastalarda eleve edilen flebe dijitla sinirin dorsal dalı innervasyonun sağlanması amacı ile dijital sinirden ayrıldığı noktadan dahil edilerek travma alanında bulunan distal dijital sinir güdüğüne 8/0 ethilon dikiş ile koapte edildi. Homodigital flep donör alan beş hastada primer, bir hastada ise tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Tüm hastaların postoperatif takiplerinde fleplerin viabl olduğu görüldü. Hastaların postoperatif altıncı aylarında poliklinik şartlarında homodigital ada flebi ile onarım yapılan parmak ucunda duyuları değerlendirildi. Duyu değerlendirmesi için kullandığımız iki parametre mevcut idi; iki nokta diskriminasyonu testi ve Semmes- Weinstein monofilaman testi. Hastalar iki nokta diskriminasyonunda ortalama 4,5 (min 3 maks 6) mm'de iki noktayı diskrimine edebildi. Semmes- Weinstein monofilaman testinde ise ortalama 2,4 (min 0,4 maks 4) gr monofilamanı hissedebildi. İnnerve homodigital ada flebi parmak ucu rekonstrüksiyonunda serbest fleplerin uygun olmadığı durumlarda ideal rekonstrüksiyon seçeneklerinden biridir ve konvansiyonel flep seçeneklerinden innerve olarak planlanması hasebiyle öne çıkmaktadır. İnnerve homodigital ada flebinin parmak ucu rekonstruksiyonunda defektin kapatılması, duyu fonksiyonun ikamesi için kullanılabileceği sonucuna ulaştık.

Anahtar Kelimeler: homodigital, innerve, parmak ucu

Postoperatif 6. ayda Semmes- Weinstein monofilaman testi ve iki nokta diskriminasyonu ile duyu değerlendirilmesi

Yaş/ Cinsiyet	Onarım Yöntemi	Etiyoloji	Ek Hastalık	Travmatik parmak	Semmes-Weinstein sonucu	İki nokta diskriminasyonu sonucu
19/ E	Homodigital ada flebi	Travma	Yok	Sağ D3	2 gr mor monofilaman	4 mm
52/ K	Homodigital ada flebi	Travma	Yok	Sağ D2	4 gr kırmızı monofilaman	6 mm
29/ E	Homodigital ada flebi	Travma	Yok	Sağ D5	2 gr mor monofilaman	4 mm
30/ E	Homodigital ada flebi	Travma	Yok	Sol D2	2 gr mor monofilaman	4 mm
45/ E	Homodigital ada flebi	Travma	Yok	Sol D3	0,4 gr mavi monofilaman	3 mm
50/ E	Homodigital ada flebi	Travma	Yok	Sol D2	4 gr kırmızı monofilaman	6 mm

P-292

Karpal Tünel Sendromunun Dijital Epidemiyolojisinin Araştırılması: 15 Yıllık Küresel Trend Analizi ve Demografik Göstergelerle İlişkisi

Osman Görkem Muratoğlu[1], Özlem Özgür[2], Ecem Esma Yeğin[3], Mehmet Emre Yeğin[2]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, İstanbul

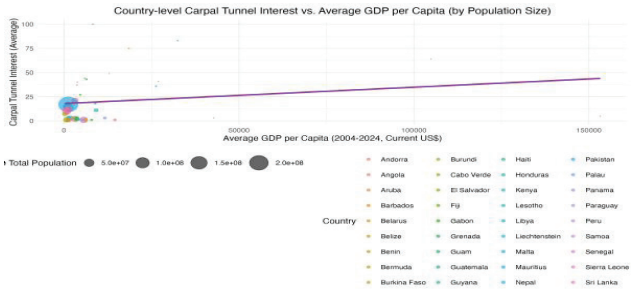
Giriş: Karpal Tünel Sendromu (KTS), mesleki, metabolik ve demografik faktörlerin bir araya gelmesiyle şekillenen en yaygın periferik nöropatilerden biridir. Dijital çağda, toplumun sağlık sorunlarına olan ilgisi çevrimiçi arama davranışları aracılığıyla takip edilebilir. Bu çalışma, KTS'ye yönelik küresel arama ilgisinin zaman içindeki gelişimini incelemekte ve 2004'ten 2024'e kadar ülkeler genelindeki temel demografik ve sosyoekonomik göstergelerle ilişkisini araştırmaktadır.

Yöntemler: Google Trendler verilerini kullanarak KTS için küresel arama eğilimlerini analiz ettik ve bunların ortanca yaş (Birleşmiş Milletler verileri), kişi başına düşen GSYİH ve nüfus büyüklüğü (Dünya Bankası verileri) ile ilişkileri incelenmiştir. Zaman serisi örüntüleri ARIMA modelleri kullanılarak değerlendirildi ve ülkeler arası ilişkileri değerlendirmek için korelasyon analizleri yapıldı.

Sonuçlar: Çalışma süresince küresel nüfus artışına rağmen, KTS'ye yönelik genel arama ilgisi nispeten sabit kaldı. Ortanca yaş (r = 0,37) ve kişi başına GSYİH (r = 0,19) arasında orta düzeyde pozitif korelasyonlar gözlemlenmiştir. Bu da, daha yaşlı ve ekonomik olarak daha gelişmiş nüfusların CTS'deki dijital sağlık bilgileriyle daha fazla etkileşimde bulunabileceğini göstermektedir. Sonuç: CTS'ye yönelik çevrimiçi ilginin yalnızca epidemiyolojik yükünden değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve sosyoekonomik kalkınma gibi daha geniş faktörlerden de etkilendiği görülmektedir. Bu bulgular, dijital arama trendlerinin halk sağlığı izleme ve farkındalığı için tamamlayıcı araçlar olarak potansiyel değerini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: demografik analiz, epidemiyoloji, karpal tünel sendrom

Şekil 1



Dünya bankası ve Birleşmiş Milletler verilerine göre ülke bazında KTS aramaları

P-293

Başparmak Rekonstrüksiyonunda Birinci Dorsal Metakarpal Arter Flebi: Uygulanabilir Bir Cerrahi Teknik

Bilgen Can, Mustafa Kaan Hükmen, Emrah Işıktekin

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Balıkesir

Giriş: Kite flebi, güvenli olması, öngörülebilir anatomisi ve kolay diseksiyonu nedeniyle başparmağın dorsal ve volar rekonstrüksiyonu için sık kullanılır. Proksimal başparmağın dorsal tarafından alınan aksiyel bir fleptir. Birinci dorsal metakarpal arter (FDMA) 2. Parmağın falanksı üzerinde radial arterden ayrılan bir daldır. İlk olarak 1950 yılında Hilgenfeldt tarafından ada flebi olarak tanımlanmıştır. Daha sonra Foucher ve Braun, flepe radyal sinirin terminal dalını ekleyerek bunu nörovasküler ada flep olarak tanımladılar.

Uygun teknikle alındığı takdirde, FDMA flebi güvenlidir. Ayrıca, duyusal innervasyon sağlaması da önemli bir özelliktir. Bu yazıda, FDMA flebi ile başparmak rekonstrüksiyonu yapılan altı hasta sunulmaktadır. Bu vaka sonuçlarını sunarken, FDMA flebi cerrahi tekniğini ilgili literatürle birlikte incelemeyi amaçlıyoruz.

Materyal ve Yöntem: 2014 ile 2017 yılları arasında FDMA flebi ile başparmak rekonstrüksiyonu yapılan altı hastanın yaşı, etiyolojisi, ameliyat süresi ve postoperatif flep nekrozu değerlendirildi. Tüm hastalar yazılı bilgilendirilmiş onam formu imzaladı. İlgili anatomi: FDMA, radyal arterin bir dalıdır. İşaret parmağının dorsal yüzünü proksimal interfalangeal (PIP) eklemine kadar besler. Arter, ikinci metakarpal kemiğin radyal kısmı ile birinci interosseöz kasın ulnar başı arasındaki olukta yer alır. Flep tasarımı ve cerrahi teknik: Flepin proksimal ve distal sınırları sırasıyla metakarpofalangeal (MCP) ve PIP eklemlerinden oluşturulmuştur. Flep elevasyonu distalden proksimale ve ulnar taraftan radyal tarafa doğru gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Ortalama hasta yaşı 46,8 idi. Beş hasta travma nedeniyle ameliyat edildi ve kalan hasta başparmağının ucundaki ağrılı yara izi nedeniyle ameliyat edildi. Ameliyat tüm hastalarda elektif koşullarda gerçekleştirildi. Beş travma hastasında ortalama ameliyat süresi 1,4 gündü. Hiçbir hastada flep nekrozu gözlenmedi. Bir hastada ameliyat sonrası 2. saatte venöz yetmezlik gelişti ve flepi iğne ile kanattık. Ameliyat sonrası 3. günde flep rengi düzeldi ve kapiller dolum normale döndü. Bir hastada arteriyel yetmezlik gelişti, bu durum ameliyat sonrası 3 saate kadar devam etti ve distal sütürler çıkarıldıktan sonra normale döndü.

Tartışma: Başparmak rekonstrüksiyonu, el fonksiyonu açısından çok önemlidir. İyi bir rekonstrüksiyon için başparmağın uzunluğu, duyusunun geri kazanılması, dayanıklı cilt ve hareketli eklemler sağlanmalıdır. Eklem, kemik veya tendonların açıkta olduğu komplike başparmak yaralanmalarında lokal doku yetersizliği, homodigital flep uygulamalarının önündeki en büyük engeldir. 25 mm'den büyük defektlerde, palmar ilerletme flep (Vilain flep) önerilmez. Benzer şekilde, 20 mm'den büyük defektlerde Moberg flep önerilmez. Çapraz parmak flebi iki aşamalı bir ameliyat olduğundan ve bu nedenle uzun süreli immobilizasyon gerektirdiğinden ilk seçenek olarak düşünülmez. Dördüncü ve beşinci parmakların ulnar tarafından alınan Litter flebi iyi bir alternatif olmakla birlikte, bu flebin diseksiyonu zordur. Daha geniş doku defektleri için radyal önkol veya ayak başparmağı transferi diğer alternatiflerdir. Checcucci ve arkadaşları ise reverse flep planlayarak flep morbiditesini artırmıştır; geniş ve dairesel defektlerde ikinci bir metakarpal arter flep ile birlikte kombine flep olarak kullanıldığında başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Donör bölgede flep kontraktürünü önlemek için, proksimal bölgedeki MCP eklemi ve distal bölgedeki

PIP eklemi flepin sınırlarını oluşturur. Ek olarak, FDMA ikinci parmağın dorsal tarafını bu seviyeye kadar besler ve bu seviyenin distalindeki PIP eklemine kadar ikinci metakarpal palmar arterin dorsal dalı tarafından beslenir. Flep PIP ekleminin ötesine uzanırsa, flepin kanlanması random olur. Ancak El-Khatib, genişletilmiş FDMA flep cerrahisi geçiren beş hastada flepin tamamen viable olduğu bildirmiştir. Subdermal ağın vaskülarizasyonun zengin olduğunu ve flebin rastgele bölgelerine kan akışı sağlayabileceğini savunmuştur. FDMA, birinci interosseöz kas ile ikinci metakarpal kemiğin radyal şaftı arasındaki osteomüsküler olukta yer aldığından, metakarpal kemik periosteumu ve birinci interosseöz kasın fasya dokusunun flepe dahil edilmesi önemlidir. Arterin. Flep pedikülü 7–9 cm uzunluğundadır; bu nedenle uzaması ve rotasyonu oldukça fazladır. Foucher ve Braun, çalışmalarında amputasyonla kısaltılmış başparmakları dahil etmişler ve normal uzunluktaki başparmaklardaki distal defektler hakkında yorum yapmamışlardır. Ratcliffe ve arkadaşları, normal uzunlukta başparmakları olan beş hastada FDMA flebi kullanmış ve flep nekrozu olmadığını bildirmiştir. FDMA flebin normal uzunlukta başparmaklar için güvenle kullanılabileceğini öne sürmüşlerdir. Buna karşın, Ege ve arkadaşları, FDMA flepinin interfalangeal eklem üzerindeki defektlerde daha başarılı olduğunu ve interfalangeal eklem distalindeki defektlerde sıkılık gelişebileceğini bildirmiştir. Bu çalışmada, normal uzunlukta bir başparmağın rekonstrüksiyonu için FDMA flep ile tedavi edilen bir hastada arteriyel yetmezlik gelişmiştir. Distal sütürlerin alınmasıyla post-op 3. saatte flep dolaşımı normale döndü. Normal uzunluktaki başparmaklarda distal defektler için bu flepin dikkatli bir şekilde uygulanmasını ve yakın takip edilmesini öneriyoruz. Flep kaldırmada önemli bir teknik nokta, flep içine yüzeyel damarların dahil edilmesi ve tünelizasyon sırasında flep gerginliği ve basıncının önlenmesidir, aksi takdirde postoperatif dönemde venöz konjesyon gelişebilir. Arteriyel dolaşım hasar görse bile, flep zengin venöz ağdan yeterli kan akışını alabilir. MCP eklem seviyesinde subkutan doku çok ince olduğundan, vasküler yapılar hasar görebilir. Bu nedenle, bu bölgede dikkatli olunmalı ve ekstansör kılıfın bir kısmı ve interosseöz kas fasyası flebe dahil edilmelidir. Deneyimlerimize göre, bir hastada, muhtemelen diseksiyon sırasında yüzeyel vasküler yapıların flebe dahil edilmemesi veya tünelizasyon sırasında oluşan basınç nedeniyle venöz konjesyon gelişmiştir. Hasta postoperatif dönemde yakından takip edilmiş ve flebi iğne ile kanatarak venöz dolaşım sağlanmıştır, ancak bu hastanın hastanede kalış süresi daha uzun olmuştur. Kite flapın bir diğer önemli özelliği, duyusal innervasyon sağlamasıdır. Başparmağın duyusal innervasyonu, başparmak rekonstrüksiyonunun amaçlarından biridir. Moberg'in belirttiği gibi, iki nokta ayrımı, kavrama tutuşu için 6 mm'nin altında ve güç tutuşu için 6-15 mm arasında olmalıdır. FDMA flebi ile tedavi edilen hastalarda, iki nokta ayrımı 15 mm olarak bildirilmiştir. Ada flepleriyle ilgili bir diğer endişe, 'dual lokasyon fenomeni' ve kortikal reoryantasyondur. Kortikal reoryantasyon, beynin flep alanından gelen uyaranı ikinci parmaktan değil başparmaktan gelen uyaran olarak tanımasıdır. Bu süreç biraz zaman alır, ancak 2 yıl içinde tamamlanır. Bu çalışmada, FDMA flepinin cerrahi tekniğini tartışmayı amaçladık ve bir sonraki çalışmamızda postoperatif dönem ve takibi inceleyeceğiz.

Sonuç: Ortalama hasta yaşı 46,8 idi. Beş hasta travma nedeniyle ameliyat edildi ve bir hasta başparmağının ucundaki ağrılı skar nedeniyle ameliyat edildi. Beş travma hastasının ortalama ameliyat süresi 1,4 gündü. Ağrılı skarı olan hasta travmayı 15 yıl önce geçirmişti. Flep nekrozu gözlenmedi. Ortalama postoperatif takip süresi 1,6 yıldı. FDMA flebi, FDMA anatomisi iyi biliniyor ve uygun teknik kullanılıyorsa, başparmak rekonstrüksiyonu için güvenli ve pratik bir çözümdür.

Anahtar Kelimeler: baş parmak, flep, rekonstrüksiyon

P-294

Flep ile El Rekonstrüksyonu Hastalarında İşlevsellik Değerlendirmesi

Murat Seven, Egehan Güngörmez, Larasu Yıldıran, Ahmet Kerem Kadıkıran

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ

El yaralanmaları sonrası oluşan yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu, fonksiyonun korunması ve estetik sonuçların sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bölgedeki flep seçiminde, dokunun kalitesi kadar eldeki işlevselliğin devamı da temel hedefler arasındadır. Özellikle serbest fleplerin uygulanamadığı ya da daha kısa cerrahi süre gerektiren durumlarda lokal veya bölgesel flepler önemli bir alternatif oluşturmaktadır. Tenar flep, çapraz parmak flebi ve posterior interosseous arter (PIA) perforatör flep, V-Y ilerletme flebi gibi teknikler, seçilmiş olgularda etkili ve güvenilir çözümler sunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde flep ile el rekonstrüksiyonu uygulanan hastalarda kullanılan farklı flep tiplerinin, etiyolojiye göre dağılımını, cerrahi tekniklerini ve postoperatif işlevsellik sonuçlarını değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD

Uygulanan cerrahi teknikler şu şekilde sınıflandırılmıştır: %8 Tenar flep (n=2), %16 çapraz parmak flebi (n=4), %16 PIA perforatör flep (n=4), %40 V-Y (Atasoy) ilerletme flebi (n=10), %20 diğer flepler (n=5).

Operasyon sonrası fleplerin canlılık durumu, donör saha morbiditesi, fonksiyonel değerlendirme parametreleri (el kavrama gücü, pinch testi, 2 nokta diskriminasyonu) ve postoperatif mobilizasyon süreci takip edilmiştir. 1 hastada postoperatif dönemde flep kaybı izlenmiştir.

TARTIŞMA

V-Y (Atasoy) ilerletme flebi, özellikle tam/kısmi uç (pulp) defektlerinde, duyulu ve iyi vaskülarize volar dokunun distal ilerletilmesine olanak sağlar; tırnak yatağı hizasında transvers/oblik amputasyonlarda estetik ve fonksiyonel olarak tatmin edici sonuçlar sunar. Olası sorunlar arasında uçta soğuk hassasiyeti, kısmi cilt kenarı epitelizasyon gecikmesi ve nadiren 'hook-nail' deformitesi sayılabilir; uygun tasarım (triangular volar flap), gerginlikten kaçınma ve erken, kontrollü mobilizasyon bu riskleri azaltır.

El rekonstrüksiyonunda lokal ve bölgesel flepler, serbest fleplerle kıyaslandığında daha kısa cerrahi sürelere sahip olmaları ve teknik olarak daha az donanım gerektirmeleri açısından avantajlıdır.

Tenar flep, özellikle D2 uç defektlerinde, sağlam tenar bölgeden iyi vaskülarize dokunun transferini sağlar. Ancak flep rotasyon açısı ve fleksör eklem kısıtlılığı gibi komplikasyonlar gelişebilir.

Çapraz parmak flebi ise en sık D3 ve D4 defektlerinde kullanılmakta olup, genellikle ikinci seans gerektirmektedir. Komşu parmak üzerinden sağlandığı için duyu rehabilitasyonu ve post-op mobilizasyon dikkatle planlanmalıdır.

PIA perforatör flebi ise daha nadir uygulansa da, el dorsumundaki orta boyutlu defektlerde sağlam ve ince doku transferi sağlamaktadır. Ancak diseksiyon tekniği ileri anatomik bilgi gerektirir.

Flep seçimini etkileyen en önemli faktörler arasında defektin yeri ve büyüklüğü, hasta yaşı, vasküler durum, eşlik eden komorbiditeler ve önceki cerrahiler yer almaktadır.

SONUÇ

Distal pulpa defektlerinde V-Y (Atasoy) ilerletme flebi, kısa operasyon süresi ve duyulu örtü sağlamasıyla, doğru endikasyonda ilk seçenekler arasında yer almalıdır.

Lokal ve bölgesel flepler, özellikle küçük-orta boyutlu el defektlerinde güvenli ve fonksiyonel seçenekler sunmaktadır.

Tenar ve çapraz parmak flepleri, özellikle parmak defektlerinde yüksek başarı oranı ile kullanılmaktadır.

PIA perforatör flep ise el dorsumundaki defektlerde estetik ve işlevsel sonuçlar açısından etkili bir alternatiftir.

Uygun hasta seçimi ve cerrahi planlama ile postoperatif mobilizasyonun erken dönemde başlatılması, el fonksiyonlarının korunmasında kilit rol oynamaktadır.

KAYNAKÇA

1. Elliot D, Giesen T. Local flaps: Classification and methods of raising. In: Green's Operative Hand Surgery. 7th ed. Elsevier; 2017: 107-138.

2. Chang J, Jones N. Reconstruction of soft-tissue defects of the hand. J Hand Surg Am. 2004;29(4): 759-770.

3. Saint-Cyr M, Gupta A, Wong C, et al. The posterior interosseous artery flap: Clinical experience and anatomic study with a review of the literature. Plast Reconstr Surg. 2009;123(6): 202-210.

4. Foucher G, Braun JB. A new island flap transfer from the dorsum of the index to the thumb. Plast Reconstr Surg. 1979;63(3): 344-349.

Anahtar Kelimeler: PIA, V-Y, tenar

P-297

Kas Üstünden Kas Altına Geçiş Mastopeksi Implant Ameliyatlarinda Inferior Bazlı De-epitelize Deri Flebi Kullanımı: Bottom-out Komplikasyonuna Karşı Güçlü Bir Yöntem

Erman Ak

Istanbul Muayenehane

Kas üstü (subglandular) pozisyonda yerleştirilmiş meme implantlarında zamanla görülebilen en sık komplikasyonlardan biri "bottom-out" deformitesidir. Bu deformitede implant alt polde kontrolsüz şekilde yer değiştirerek estetik ve fonksiyonel sorunlara yol açar. Bu çalışmada, bottom-out gelişmiş olgularda uyguladığım ve başarılı sonuçlar elde ettiğim, kas altı (submuscular) pozisyona geçişle kombine edilen özel bir mastopeksi tekniğini sunuyorum.

Bu teknikte, alt poldeki fazla deri de-epitelize edilerek inferior bazlı bir flep hazırlanmakta ve bu flep pektoral kasa dikilmektedir. Böylece hem alt polde ilave yumuşak doku desteği sağlanmakta, hem de implantın yeniden inferior migrasyonu engellenmektedir. Aynı seansta yapılan kas altı geçiş, implantın daha doğal bir projeksiyon kazanmasını sağlarken, alt polde oluşturulan destekleyici yapı sayesinde uzun dönem stabilite artmaktadır.

Sunumda, 5 dakikalik profesyonel cekim ile cizim ve detayli ameliyat videosu bulunmaktadir. Bu yöntem, özellikle revizyon cerrahilerinde bottom-out deformitesiyle mücadelede etkili ve güvenilir bir alternatif olarak değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mastopeksi implant, revizyon, Inferior bazli de-epitelize flap

P-299

Abdominoplasti Hastalarında Postoperatif Komplikasyon Yönetimi

Fatih Alp Öztürk, Ahmet Özdemir, Sabri Çanlı, Serhat Köse, Melih Furkan Türkmenoğlu, Ahmet Berk Ekinci

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

Abdominoplasti sadece kozmetik amaçlı olmayıp yaşam kalitesini arttırması nedenli yaygın gerçekleştirilen cerrahi işlemlerden birisidir. Abdominoplasti gibi vücut şekillendirme prosedürlerinin artan sayısı büyük kilo kaybı ve bariatrik cerrahi sonrası sarkmalar ile ilişkilidir. Abdominoplasti sonrası minör ve majör komplikasyonların kapsamlı bir şekilde bilinmesi, özellikle obezite sonrası belirgin kilo verme veya daha önce bariatrik cerrahi geçirmiş hastalarda, hasta yönetimini geliştirmek için son derece önemlidir. Hasta güvenliğine yönelik olarak abdominoplasti operasyonunu gerçekleştirirken risk faktörlerinin ve hasta bazlı komorbiditelerin değerlendirilmesi, cerrahın ameliyat için daha uygun adayları düzgün bir şekilde taramasına; ayrıca komplikasyon riski daha yüksek olanlarda ek tavsiyelerde bulunmasına olanak tanır. Bu çalışmada kliniğimizde abdominoplasti operasyonu yapılan hastalarda gelişen komplikasyonlar ve sonuçlar değerlendirilmektedir.

Materyal-Metod: Dokuz Eylül Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bölümünde, 2016-2024 yılları arasında abdominoplasti geçiren 107 ardışık hastanın retrospektif incelemesi yapıldı. Çalışmaya klasik, sirkümferansiyel ve mini abdominoplasti yapılan hastaların yaşı, cinsiyeti, sigara kullanım öyküsü, gebelik öyküsü, kilo alıp verme öyküsü, VASER yardımlı liposuction veya konvansiyonel liposuction kullanılıp kullanılmadığı dahil edildi. Postoperatif komplikasyonlar olarak seroma, umblikusta duyu kaybı ve umblikus ve flep nekrozu, enfeksiyon, yara iyileşme sorunları açısından hastalar değerlendirildi. Eş zamanlı fıtık onarımı yapılan hastalar, Fleur-de-Lis abdominoplastiler ve revizyon abdominoplasti vakaları dahil edilmedi.

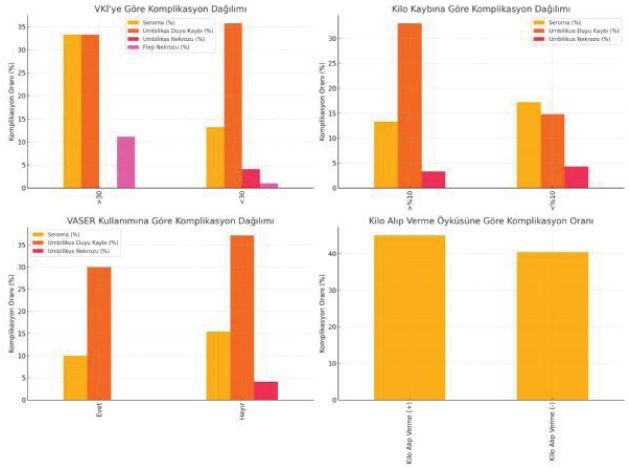
Sonuç: 101'i kadın 6'sı erkek toplam 107 hasta arasında incelenen parametreler sonucunda hastaların 103'ünde klasik, 3'ünde sirkumferansiyel, 1'inde ise mini abdominoplasti operasyonları gerçekleştirilmiş olduğu saptandı. Bu operasyonlar sırasında hastaların %54,4'üne disseksiyon alanı dışında ek olarak konvansiyonel liposuction uygulanmış olup, %45,6 hastaya disseksiyon alanı dışında liposuction uygulanmamıştır. Yine hastaların %9,3'üne VASER yardımlı Liposuction uygulanmıştır. Postoperatif dönemde hastaların %14,9'unda (16 hasta) erken dönemde seroma gelişirken tüm hastalar poliklinik şartlarında takip veya haftalık maximum 285cc, ortalama 70 cc aspirasyonlarla takip edilmiştir. 1 hasta dışında haftalık kontroller sonucu 4 haftadan uzun süren seroma izlenmezken, hiçbir hasta bu nedenle reopere edilmemiş, hiçbirinde geç seroma veya seroma zemininde enfeksiyon gelişmemiştir. Seroma gelişen popülasyona bakıldığında, literatürle uyumlu olacak şekilde %56,25 hastanın daha önceden %10dan fazla kilo alıp verme öyküsü mevcut olarak saptanmıştır. Aynı popülasyonda seroma gelişen hastaların %81,25'inde daha önce gebelik öyküsü olduğu saptanmıştır. Postoperatif dönemde umblikus duyu kaybı sorgulanmış ve %35,5'ünde duyu kaybı saptanmış, %64,5'ünde ise anlamlı duyu kaybı saptanmamıştır. Hastaların postoperatif 1. yıl kontrolünde 2 hasta haricinde umblikusta kalıcı duyu kaybı saptanmamakla birlikte anestezi,disestezi tarifleyen hasta da saptanmamıştır.

Postoperatif dönemde umblikus ve flep nekrozu sorgulanmış, hastaların %3,2'sinde umblikusta parsiyel nekroz geliştiği, %1,8'inde ise flep distal ve santralinde flepte kısmi nekroz ve yara dehissansı saptanmıştır.

Umblikusta nekroz nedenli reopere edilen hasta saptanmamakla birlikte flep nekrozu ve buna sekonder kısmi dehissans gelişen 1 hastada resütürasyon dışında ek operasyon ihtiyacı olmamıştır. Parsiyel nekroz ve minimal dehissans gelişen hastalarda günlük uygun pansuman ve sık aralıklarla yaktan takip ile total iyileşme sağlandı. Yalnızca 1 hastada (sirkumferansiyel abdominoplasti yapılan) reoperasyon ve debridman ile primer sütürasyon ihtiyacı doğdu. VKİ 30 üstü hastalar 9 kişiyi içermekteydi. Bu hastalarda komplikasyon oranı değerlendirildiğinde 3 hastada (%33) seroma, 3 hastada (%33) umblikusta duyu kaybı saptanırken hiçbir hastada umblikusta nekroz saptanmadı. 1 hastada flep distalinde kısmi nekroz geliştiği saptandı. VKİ 30 altı hastalar 98 kişiyi içermekteydi. Bu hastalarda komplikasyon oranı değerlendirildiğinde 13 hastada (%13,2) seroma, 35 hastada (%35,7) umblikusta duyu kaybı, 4 hastada (%4,1) umblikusta nekroz saptandı. %10 dan fazla kilo kaybı olan hastalar 60 kişiyi içermekteydi. Bu hastalarda komplikasyon oranı değerlendirildiğinde 8 hastada (13,3) seroma, 20 hastada (%33) umblikusta duyu kaybı, 2 hastada (3,3) umblikusta nekroz saptandı. %10 dan az kilo kaybı olan hastalar 47 kişiyi içermekteydi. Bu hastalarda komplikasyon oranı değerlendirildiğinde 8 hastada (%17,2) seroma, 17 hastada (%14,8) umblikusta duyu kaybı, 2 hastada (%4,3) umblikusta nekroz saptandı. VASER kullanılan hastalar 10 kişiyi içermekteydi. Bu hastalarda komplikasyon oranı değerlendirildiğinde 1 hastada (%10) seroma, 3 hastada (%30) umblikusta duyu kaybı saptanırken; hiçbir hastada umblikusta nekroz saptanmadı. VASER kullanılmayan hastalar 97 kişiyi içermekteydi. Bu hastalarda komplikasyon oranı değerlendirildiğinde 15 hastada (%15,4) seroma, 36 hastada (%37,1) umblikusta duyu kaybı, 4 hastada (%4,1) umblikusta nekroz saptandı.

Tartışma: Abdominoplasti önemli oranda komplikasyonlarla ilişkilendirilir; ancak günümüzde hasta güvenliği ve estetik hedefler arasındaki terazinin dengesizleştiği maalesef bir gerçektir. Obezite, seroma dahil olmak üzere genel ve minör komplikasyon riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuş bir faktördür. 3 Sigara kullanımının postoperatif dönemdeki olumsuz sonuçları da yine literatürde kanıtlanmıştır.

Postoperatif komplikasyonlardan seromanın VKİ >30 olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterildi. Seroma oluşumundan sorumlu yaygın olarak kabul gören patofizyolojik mekanizmalar; ölü boşluk ve lenfatik bozulmadır. 4 Bir çalışma, %10'dan fazla kilo alıp verme öyküsü olan hastalarda vücut şekillendirme prosedürlerinin yaklaşık beşte birinde bulunan operatif hipoterminin, seroma oluşumu, kan kaybı ve transfüzyon ihtiyacı riskini anlamlı şekilde arttırdığını göstermişti. 2 Hastaların önceden ısıtılması ve ameliyathane ortam sıcaklığının yükseltilmesiyle normoterminin daha iyi korunması muhtemelen hasta sonuçlarını iyileştirir ve ameliyat sonrası komplikasyonları azaltır. 2 Umblikusta hipoestezi ve duyu değişiklikleri açısından literatüre baktığımızda erken dönemde %81 olan oranların 18 ay sonunda %25-30lara gerilediği saptanmıştır. 6 Kliniğimiz açısından bakıldığında çalışmaya alınan hastaların tamamı en az postoperatif 8. Ayında idi. Hiçbirinde disestezi saptanmazken uzun dönemde kalıcı hipoestezi oranımız 2 hasta ile sınırlı olarak kaydedilmiştir ve literatürle uyumlu olarak hipoestezi oranımız ise %30larda saptanmıştır. Subjektif değerlendirilmesi ve objektif testlerin yapılamaması düşünüldüğünde bu oranın yanıltıcı olabileceğini belirtmek isteriz. VASER liposuction sonrasında seroma gelişimi literatürde yaklaşık %21 olarak belirtilmiş fakat abdominoplasti hastalarında VASER kullanımı sonrasında komplikasyonlarla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. 7 Kliniğimizde abdominoplasti operasyonunda seroma gelişimi VASER sonrasında %10 olarak saptanmıştır. Uyluk, kol vb bölgeler dışında abdominoplasti hastalarında istisnasız dren kullanılmasının aradaki 2 katlık oranı açıklayabileceğini düşünmekteyiz. Fakat abominoplasti dışında vücut şekillendirme için VASER kullanılan vakalarda flep elevasyonu olmayışına karşın seroma oranının fazlalığı yoğun VASER liposuction uygulanan alanlarda dren kullanılması durumunda bu komplikasyondan kaçınılabileceğini düşündürmektedir. Bunun dışında kliniğimizde de rutin olarak uygulanan ve literatürle uyumlu olarak umblikus altında suprapubik



P-300

Redüksiyon mamoplasti sonrası postoperatif hemoglobin düşüşünün eksize doku ağırlığı, ameliyat süresi ve hasta özellikleriyle ilişkisi

Muhammed Furkan Bulut

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

Meme küçültme cerrahisi (redüksiyon mamoplasti), makromastiye bağlı fiziksel ve fonksiyonel şikâyetleri azaltmak ve hastaların yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanan sık tercih edilen bir plastik cerrahi prosedürüdür. Cerrahi sırasında ortaya çıkan kan kaybı, hastanın postoperatif dönemini doğrudan etkileyebilir. Bu nedenle preoperatif ve postoperatif hemoglobin (Hb) düzeyleri arasındaki fark, operasyonun fizyolojik etkilerini değerlendirmek açısından önemlidir. Ancak bu Hb farkını etkileyebilecek faktörler hakkında literatürde çelişkili bulgular mevcuttur. Bu çalışmada, superomedial pediküllü meme küçültme ameliyatı geçiren hastalarda Hb düzeyindeki değişimin; eksize edilen meme dokusu miktarı, operasyon süresi ve hasta özellikleri (yaş, ek hastalık varlığı, sigara kullanımı) ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çalışmaya retrospektif olarak dahil edilen 40 kadın hastanın verileri analiz edilmiştir. Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisindeki hemoglobin değerleri kaydedilmiş, aradaki fark "Hb farkı" olarak tanımlanmıştır. Operasyon süresi, ameliyatın başlangıcından son sütura kadar geçen süre olarak saat cinsinden hesaplanmış; eksize edilen meme dokusu miktarı ise her iki memeden çıkarılan toplam gramaj olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, hastaların yaşı, sigara kullanımı (paket/yıl olarak), ve sistemik hastalık öyküsü (hipertansiyon, diyabet, tiroid hastalıkları, anemi gibi) veri setine dahil edilmiştir.

İstatistiksel analizde, Hb farkı ile yaş, operasyon süresi ve çıkarılan doku ağırlığı arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sigara kullanımı ve ek hastalık

varlığına göre Hb farkları ise iki grup karşılaştırmalarıyla analiz edilmiştir. Normallik varsayımı sağlanan durumlarda Student's t-testi, sağlanmadığında Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

Çalışmada yer alan hastaların yaş ortalaması 42.7±11.6 yıl (dağılım 20–67), operasyon süresi ortalaması 3.3±0.6 saat, eksize edilen doku miktarı ortalama 1388±552 gram olarak hesaplandı. Preoperatif hemoglobin ortalaması 12.9±1.2 g/dL, postoperatif ortalama Hb ise 10.66±1.1 g/dL olarak bulundu. Buna göre Hb farkı ortalama 2.25±0.82 g/dL olarak hesaplandı. Hiçbir hastada postop Hb düzeyinin 8 g/dL'nin altına inmediği, kan transfüzyonu ihtiyacı oluşmadığı kaydedildi.

Hb farkı ile operasyon süresi, eksize edilen doku miktarı ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla $p=0.72$, $p=0.76$, $p=0.25$). Ayrıca, sigara kullanan hastalarla kullanmayanlar arasında Hb düşüşü açısından fark gözlenmedi (2.49±0.98 g/dL vs 2.20±0.79 g/dL, $p=0.49$). Benzer şekilde, ek hastalığı olan ve olmayan hastalar arasında da Hb farkı açısından anlamlı bir fark saptanmadı (2.34±0.78 g/dL vs 2.15±0.87 g/dL, $p=0.48$).

Bulgular, meme küçültme cerrahisi sonrası hemoglobin düşüşünün genellikle ortalama 2–2.5 g/dL düzeyinde olduğunu ve ciddi hematolojik komplikasyonlara yol açmadığını göstermektedir. Çıkarılan doku miktarının artması ya da operasyon süresinin uzaması, bu çalışmada Hb farkını belirgin şekilde etkilememiştir. Literatürde ise özellikle 3 kg üzeri rezeksiyon yapılan vakalarda hemoglobin düşüşünün daha belirgin olabileceği belirtilmiştir. Ancak çalışmamızdaki doku miktarlarının çoğu bu sınırın altındadır ve modern cerrahi tekniklerin (adrenalinli infiltrasyon, dikkatli hemostaz vb.) kullanılması bu ilişkiyi zayıflatmış olabilir.

Sigara kullanımı ve ek hastalıkların Hb farkına etkisi de anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu, sigaranın akut kan kaybından çok yara iyileşmesi gibi uzun dönem sonuçları etkilediğini düşündürmektedir. Aynı şekilde, diyabet ve hipertansiyon gibi ek sistemik hastalıkların da iyi planlanmış cerrahilerde akut hematolojik komplikasyonlar açısından belirleyici olmadığı görülmektedir. Ancak bu hastalarda postoperatif dönemde dikkatli izlem gerekliliği devam etmektedir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı örneklem büyüklüğüdür. Küçük örneklem hacmi, istatistiksel analizlerde anlamlılığı etkileyebilir ve bazı ilişkilerin saptanmasını engelleyebilir. Ayrıca veriler tek bir merkezde, tek cerrah grubunun uyguladığı tekniklerle elde edilmiştir; bu da bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir.

Sonuç olarak, meme küçültme cerrahisi sonrası Hb düzeyinde beklenen düşüş çoğu hasta için klinik açıdan tolere edilebilir seviyelerdedir. Eksize edilen doku miktarı, ameliyat süresi, yaş, sigara ve ek hastalık gibi değişkenler, Hb farkı üzerinde anlamlı bir etki göstermemektedir. Ancak, çok büyük doku çıkarımı planlanan hastalarda preoperatif demir düzeylerinin optimize edilmesi ve postoperatif dönemde yakın hematolojik takip önerilmektedir. Daha büyük örneklemle yapılacak prospektif çalışmalar, hemoglobin düşüşünü öngören risk faktörlerinin daha net tanımlanmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemoglobin, mamoplasti, redüksiyon

P-302

Augmentasyon Mamoplasti Hastalarında Dren Kullanımının Postoperatif Ağrı Üzerine Etkisi

Ayhan Sönmez, Onur Hasret Yurtsever,
Alperen Can Kökten, Gülnur İnce
Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ

Meme protezi, estetik veya rekonstrüktif amaçlarla meme volümünü artırmak veya yeniden oluşturmak için kullanılan silikon ya da salin içeren medikal implantlardır. Günümüzde en sık kullanım alanları estetik meme büyütme (augmentasyon mamoplasti), meme dikleştirme (mastopeksi) ve meme kanseri sonrası rekonstrüksiyondur. Estetik meme büyütme, kişisel memnuniyetin artırılması, vücut algısının güçlendirilmesi ve özgüven gelişimi gibi psikososyal faydalar sunarken; rekonstrüktif cerrahide protezler, mastektomi sonrası meme bütünlüğünün yeniden sağlanmasında önemli rol oynar.

Augmentasyon mamoplasti ameliyatları genellikle minimal invaziv yöntemlerle ve subglandüler, subfasyal ya da subpektoral düzlemlere protez yerleştirilerek gerçekleştirilir. Ancak cerrahi sonrası dönemde ağrı, ödem, hematom ve seroma gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonların önlenmesi amacıyla bazı cerrahlar operasyon sırasında dren kullanmayı tercih eder.

Drenler, cerrahi sahada biriken sıvıların dışarı atılmasını sağlayarak hematom ve seroma oluşumunu önlemeyi hedefler. Bununla birlikte, drenlerin lokal dokuda irritasyona neden olması, hareketle ağrı uyarması gibi istenmeyen etkileri olabilir. Bu nedenle dren kullanımının, özellikle postoperatif ağrı üzerindeki etkisi klinik olarak önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, estetik amaçla meme protezi uygulanan hastalarda dren kullanımı ile postoperatif dönemde hissedilen ağrı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak; 1. gün, 1. hafta ve 1. ay VAS (Visual Analog Scale) skorlarını karşılaştırarak dren kullanımının hasta konforuna etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

2024-2025 yılları arasında kliniğimizde estetik amaçla bilateral meme protezi yerleştirilen 29 kadın hasta prospektif olarak incelendi.Hastalar,dren kullanılanlar (grup 1 n=6) ve dren kullanılmayanlar (grup 2, n=23) olarak iki gruba ayrıldı.Tüm hastalara ya subpektoral ya da subfasyal planda silikon jel dolgulu meme protezi yerleştirildi. Operasyon sonrası ağrı düzeyleri postoperatif 1.gün,1. Hafta ve 1.ayda (VAS 0-10) ile değerlendirildi.Drenler ortalama 3 gün sonra çekildi.

Ek olarak yaş, BMI,protez hacmi, cerrahi plan, postoperatif drenlerden gelen sıvı miktarları gibi potansiyel etkileyici faktörler de kaydedildi.

İstatiksel analiz JAMOVİ programı kullanılarak yapıldı.VAS skorları arasındaki farkların değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi ve tekrarlayan ölçümlerde Friedman testi uygulandı. '$p<0.05$' istatiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Ortalama yaş 32.7±7.03 yıl, ortalama BMI 21.63±1.84 kg/m2, ortalama protez hacmi 351.897±45.78 cc idi.Dren konulan ve konulmayan hastalar arasında yaş, BMI, protez hacmi açısından anlamlı fark yoktu.($p>0.05$)

Postoperatif 1.gün VAS skorları drenli grupta hem sağ hem sol meme için ayrı ayrı değerlendirildiğinde drenli grupta anlamlı şekilde daha yüksekti.Ancak 1.hafta ve 1.ayda gruplar arasında anlamlı bir fark izlenmedi.

Cerrahi plan açısından değerlendirildiğinde subpektoral protez yerleştirilen hastalarda dren kullanımı ile ağrı skorları daha yüksek izlendi.Zamana bağlı ölçümler arasında postoperatif 1.günde ağrının en yüksek seviyede seyrettiği ve 1.ayda anlamlı şekilde azaldığı gözlendi.

Dren yerleştirilen 1 hastada postoperatif hematom gelişirken kalan 28 hastada herhangi bir majör komplikasyon izlenmedi.Dren kullanılan hastalarla dren kullanılmayan hastalar arasında postoperatif hematom gelişmesi yönünden anlamlı bir fark bulunamadı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, dren konulan hastalarda erken postoperatif dönemde ağrının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Dren, lokal doku irritasyonu ve hareketle oluşan çekilme hissi nedeniyle ağrıyı artırabilir. Literatürde drenlerin enfeksiyon riskini azaltabileceği, ancak hasta konforunu olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir.

Meme augmentasyonunda dren kullanımının seroma riskini azaltmasına rağmen, ağrı skorlarında artışa neden olduğu bildirilmiştir.[1] Bununla birlikte, bazı çalışmalarda drenlerin ağrıya etkisinin önemsiz olduğu ifade edilmiştir. Bu fark; cerrahi teknik, plan, hastanın ağrı eşiği ve postoperatif bakım protokollerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda ağrı farkı özellikle ilk günler belirgindir.Bu da drenlerin en fazla rahatsızlık verdiği dönemi temsil etmektedir. 1.hafta ve 1.ayda farkın ortadan kalkması, drenlerin kısa süreli etkili olduğunu düşündürmektedir.

SONUÇ

Meme protezi konulan hastalarda dren kullanımı, erken postoperatif dönemde ağrı düzeyini anlamlı olarak artırmaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, komplikasyon riski düşük hastalarda dren kullanımından kaçınılması hasta konforunu artırabilir. Ancak dren yerleştirilip yerleştirilmeyeceği kararı, intraoperatif bulgulara ve cerrahın deneyimine göre bireyselleştirilmelidir. Augmentasyon Mamoplasti hastalarında dren kullanılan hastaların sayısının artırılması ile birlikte daha büyük örneklemli, daha güvenilir prospektif çalışmalar elde edilebilirken; dren kullanımının hem ağrıya hem de komplikasyonlara etkisi daha net ortaya konulabilir.

Anahtar Kelimeler: Augmentasyon Mamoplasti, Cerrahi Dren, Görsel Analog Skala (VAS), Postoperatif ağrı, Silikon implant, Subfasyal ve Subpektoral plan

Istatistik

	DREN VAR (n= 6)	DREN YOK (n= 23)	P	TEST
SAĞ1	8 (1.5)	5 (2)	**0.003**	Mann-Whitney U
SOL1	8 (0.75)	5 (2)	**0.007**	Mann-Whitney U
SAĞ7	2 (0.75)	3 (1)	0.845	Mann-Whitney U
SOL7	2 (0.75)	2 (1)	0.954	Mann-Whitney U
SAĞ30	1 (0)	1 (1)	0.428	Mann-Whitney U
SOL30	1 (0)	1 (1)	0.428	Mann-Whitney U
GENEL	7 (0.75)	8 (1.5)	0.235	Mann-Whitney U

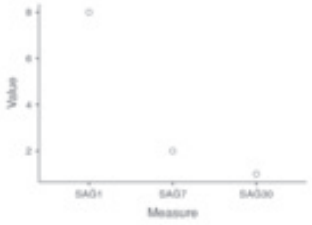
	SUBFASYAL (n= 6)	SUBPEKTORAL (n= 23)	P	TEST
SAĞ1	3.5 (1)	6 (2.5)	**0.023**	Mann-Whitney U
SOL1	3.5 (1)	6 (3)	**0.035**	Mann-Whitney U
SAĞ7	1 (1.5)	3 (1)	0.095	Mann-Whitney U
SOL7	1 (1.5)	2 (1)	0.086	Mann-Whitney U
SAĞ30	0.5 (1)	1 (1)	0.358	Mann-Whitney U
SOL30	0.5 (1)	1 (1)	0.428	Mann-Whitney U
GENEL	8 (1.5)	7 (1)	0.497	Mann-Whitney U

Zamana bağlı sağ memede vas (n= 29)

	Median	P	TEST
SAĞ1, SAĞ7, SAĞ30	8.00, 2.00, 1.00	0.002	Friedman

Pairwise Comparisons (Durbin-Conover)

	P
SAĞ1 - SAĞ7	<.001
SAĞ1 - SAĞ30	<.001
SAĞ7 - SAĞ30	<.001

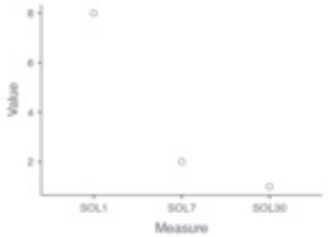


Zamana bağlı sol memede vas (n= 29)

	Median	P	TEST
SOL1, SOL7, SOL30	8.00, 2.00, 1.00	0.002	Friedman

Pairwise Comparisons (Durbin-Conover)

	P
SOL1 - SOL7	<.001
SOL1 - SOL30	<.001
SOL7 - SOL30	<.001



İzin verilen boyut kaynaklı kalite düşük-

P-303

Abdominoplasti Ameliyatı Sonrası Hastaların Bel Ağrısı ve Beden Algısındaki Değişimi

Serhat Katı, Atakan Sofu

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

Giriş:

Abdominoplasti, estetik ve rekonstrüktif amaçlarla gerçekleştirilen, karın ön duvarındaki deri, yağ dokusu ve gevşemiş kasların yeniden şekillendirilmesini içeren cerrahi bir işlemdir. Özellikle fazla kilo kaybı sonrasında ya da gebelik sonrası dönemde karın duvarında meydana gelen sarkma, gevşeme ve şekil bozukluklarının giderilmesinde yaygın olarak tercih edilmektedir. Bu operasyon, yalnızca

kozmetik görünümü iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda bazı fonksiyonel kazanımlar da sağlayabilmektedir.

Bu çalışmada, son 5 yılda kliniğimizde yapılan 100 abdominoplasti operasyonu sonrası bel ağrısındaki değişim ile beden algısında meydana gelen dönüşümün değerlendirilmesi amaçlanmakta; estetik cerrahinin fonksiyonel ve psikososyal boyutları birlikte ele alınmaktadır.

Yöntem ve Metod:

Bu kesitsel tanımlayıcı çalışma, abdominoplasti operasyonu geçirmiş 100 gönüllü kadın hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler, çevrim içi olarak yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu; demografik bilgiler (yaş, cinsiyet), ameliyat öncesi ve sonrası bel ağrısı düzeyi, karın bölgesine yönelik beden memnuniyeti, fiziksel çekicilik algısı, kıyafet seçimi davranışları, sosyal yaşamda aktiflik düzeyi, vücut algısı değişimi, kendine güven düzeyi ve genel ameliyat memnuniyetini değerlendiren kapalı uçlu sorulardan oluşmuştur.

Bel ağrısı değerlendirmesi, katılımcıların ameliyat öncesinde bel ağrısı yaşayıp yaşamadıkları ve ameliyat sonrasında bu ağrıda bir değişiklik hissedip hissetmedikleri şeklinde iki aşamalı olarak yapılmıştır. Beden algısı ve memnuniyet düzeyi, 0 (hiç memnun değilim) ile 10 (tamamen memnunum) arasında derecelendirilen niteliksel sorularla değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya katılan 100 abdominoplasti hastasının 96'sı kadın 4'ü erkekti. Katılımcıların %42'si ameliyat öncesi dönemde bel ağrısı yaşadığını ifade etmiştir. Bu bireylerin yaklaşık yarısı ameliyat sonrası bel ağrısında azalma olduğunu belirtmiştir. Az sayıda hasta ise bel ağrısında artış yaşadığını bildirirken, bir kısmı değişiklik olmadığını ifade etmiştir.

Ameliyat öncesi karın bölgesine yönelik memnuniyet düzeyleri düşük olup, katılımcıların büyük çoğunluğu 0–3 aralığında puan vermiştir. Buna karşın, ameliyat sonrası memnuniyet düzeylerinde belirgin bir artış görülmüş, katılımcıların önemli bir kısmı 7–10 aralığında puanlar bildirmiştir.

Fiziksel çekicilik algısında da olumlu yönde değişim saptanmıştır. Hastaların yüzde 59'u ameliyat öncesinde kendilerini fiziksel olarak çekici bulmadıklarını belirtirken, ameliyat sonrası dönemde hastaların yüzde 83'ü kendilerini daha güzel ve çekici hissettiklerini ifade etmiştir. Benzer şekilde, hastaların yüzde 65'i ameliyat sonrası kıyafet tercihlerinde daha cesur hale geldiklerini ve karın bölgelerini saklama gereksinimi duymadıklarını belirtmiştir.

Sosyal yaşama katılımda da artış gözlemlenmiştir. Hastaların yarısı, ameliyat sonrası dönemde daha aktif bir sosyal yaşam sürdürdüğünü ve dışa dönüklüğünün arttığını belirtmiştir. Ayrıca, hastaların yüzde 93'ü ameliyat sonrası beden algılarında olumlu değişim yaşadıklarını ve yüzde 90'ı kendilerine olan güvenlerinde artış olduğunu bildirmiştir.

Genel memnuniyet düzeyine bakıldığında, hastaların yüzde 64'ü ameliyattan "çok memnun" olduklarını ifade ederken, yüzde 29'u "kısmen memnun" ve yüzde 7'si ise "memnun değilim" şeklinde geri bildirimde bulunmuştur.

Tartışma:

Bu çalışma, abdominoplasti ameliyatının yalnızca estetik bir müdahale olmanın ötesinde, hastaların fiziksel konforu, beden algısı ve psiko-sosyal yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini çok boyutlu olarak incelemektedir. Bulgular, hastaların önemli bir kısmının ameliyat öncesinde bel ağrısı yaşadığını ve operasyon sonrası bu ağrının azaldığını ifade ettiklerini göstermektedir. Bu durum, karın duvarındaki gevşekliklerin giderilmesi ve postüral dengeye katkı sağlayan anatomik değişikliklerin, bel bölgesine binen yükü azaltabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, özellikle rektus diyastazisinin giderilmesinin bel ağrısını azaltabileceği yönünde benzer bulgulara sıkça rastlanmaktadır (Swanson, 2020; Tadiparthi et al., 2019).

Beden algısı ve memnuniyet düzeyindeki değişim ise, estetik cerrahinin ruhsal iyilik haline olan katkısını destekler niteliktedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu ameliyat sonrası kendilerini daha çekici hissettiklerini, kıyafet tercihinde daha cesur davrandıklarını ve sosyal yaşamda daha aktif olduklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar, abdominoplastinin özgüven artışına katkı sağladığını ve bireylerin toplumsal etkileşimlerinde olumlu değişimlere neden olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, yapılan birçok çalışmada estetik cerrahi geçiren bireylerin beden memnuniyeti, sosyal katılım ve psikolojik iyilik hallerinde anlamlı artışlar gözlemlenmiştir (Sarwer et al., 2005; Klassen et al., 2016).

Ancak çalışmanın bazı sınırlılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Veriler özbildirim yoluyla toplanmıştır ve bu durum subjektif yanlılık oluşturabilir.

Sonuç:

Bu çalışma, abdominoplasti operasyonunun yalnızca estetik görünümde iyileşme sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda bireylerin fiziksel rahatsızlıklarını (özellikle bel ağrısı) hafifletebildiğini ve psiko-sosyal yaşam kalitesini anlamlı şekilde artırabildiğini ortaya koymuştur. Hastaların bir kısmı ameliyat sonrası dönemde bel ağrılarında azalma olduğunu, hastaların çoğunluğu beden algılarında olumlu bir değişim yaşadıklarını ve kendilerine olan güvenlerinin arttığını ifade etmiştir. Ayrıca sosyal yaşantıda daha aktif hale geldiklerini ve kıyafet seçiminde daha özgür hissettiklerini belirtmeleri, operasyonun bireyin yaşam tarzına olan etkisini göstermektedir.

Gelecekte yapılacak çalışmaların daha büyük örneklemlerle, karşılaştırmalı gruplar (örneğin ameliyat olmayan bireylerle) üzerinden yürütülmesi ve objektif ölçümlerle desteklenmesi, bulguların genellenebilirliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Abdominoplasti, Bel ağrısı, Beden algısı

P-305

Superomedial Pediküllü Redüksiyon Mamoplastide Superior Perforatörün Doppler Ultrasonografi ile Tespiti: Vasküler Güvenlik Açısından Retrospektif Bir Değerlendirme

Mert Ersan, Hilal Aybüke Yıldız

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

Amaç:

Superomedial pedikül, redüksiyon mamoplasti cerrahisinde hem estetik hem de dolaşım güvenliği açısından avantaj sunan bir tekniktir. Bu çalışmanın amacı, preoperatif Doppler ultrasonografi ile superior perforatörün tespit edilerek medial pediküle dahil edildiği superomedial pedikül planlamasının güvenilirliğini ve klinik sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem:

Bu retrospektif çalışmaya, Nisan 2023 – Nisan 2025 tarihleri arasında Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Hastanesi'nde bilateral superomedial pedikül tekniğiyle redüksiyon mamoplasti uygulanan 22 kadın hasta dahil edildi. Tüm hastalarda preoperatif dönemde taşınabilir el tipi Doppler ultrasonografi cihazı (Clarius L20, Kanada) kullanılarak superior perforatör tespit edildi. Tespit edilen perforatör, pedikül planlamasına dahil edilerek bireyselleştirilmiş

superomedial pedikül oluşturuldu. Tüm hastalar, superomedial pedikül kullanılarak Ters-T paterniyle opere edildi. Ortalama takip süresi 1,2 yıldı.

Bulgular:

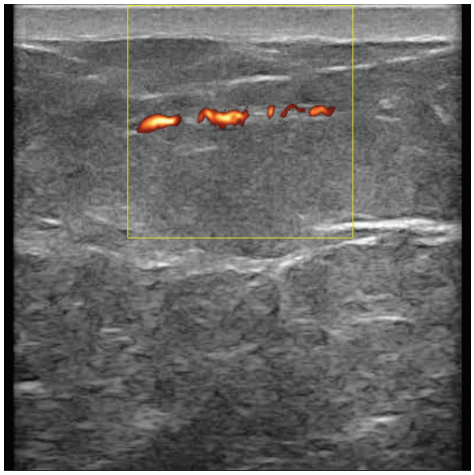
Superior perforatörler tüm hastalarda başarıyla tespit edildi (ortalama süre: 3,0 ± 0,4 dk). Ortalama operasyon süresi 138 ± 16 dakika, eksize edilen doku miktarı sağ memede 512 g, sol memede 503 g idi. Hiçbir hastada parsiyel ya da total meme başı-areola kompleksi nekrozu görülmedi. Dört hastada T insizyon bölgesinde dehisans, üç hastada geçici areolar hipoestezi, bir hastada hipertrofik skar gelişti. Dehisans vakalarının tamamı aktif sigara içicisi hastalarda görüldü. Tüm hastalarda estetik sonuçlar fizik muayene ve fotoğraflama ile değerlendirildi.

Sonuç:

Doppler ultrasonografi ile superior perforatörün tespiti, superomedial pedikül planlamasını bireyselleştirmekte ve vasküler güvenliği artırmaktadır. Bu yaklaşım, komplikasyon oranlarını azaltarak redüksiyon mamoplasti cerrahisinde uygulanabilir, bireyselleştirilmiş ve güvenilir bir yöntem sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doppler Ultrasonografi, Redüksiyon Mamoplasti, Superior Perforatör, Superomedial Pedikül, Cerrahi Sonuçlar

Superior perforatörün ultrason görüntüsü



Demografik, Cerrahi ve Postoperatif Veriler

Değişken	Değer
Yaş (ortalama ± SS, yıl)	39 ± 7.2
Vücut kitle indeksi (ortalama ± SS, kg/m²)	30.8 ± 3.1
Tip 2 diyabetli hasta sayısı (%)	2 (%9.1)
Aktif sigara içicisi hasta sayısı (%)	3 (%13.6)
Takip süresi (min–maks, ay)	6–24
Superior perforatör tespit süresi (ortalama ± SS, dakika)	3.0 ± 0.4
Eksize edilen doku (sağ meme, ortalama ± SS, g)	512 ± 205
Eksize edilen doku (sol meme, ortalama ± SS, g)	503 ± 198
Operasyon süresi (ortalama ± SS, dakika)	138 ± 16
Meme başı-areola kompleksi nekrozu	0
Hematom, seroma, enfeksiyon	0
Minör komplikasyonlar	Dehisans: 4 (%18.1), Hipertrofik skar: 1 (%4.5), Areolar hipoestezi: 3 (%13.6)

P-306

Primer Pedikülü Bilinmeyen Sekonder Meme Küçültme Cerrahisi Öncesi BT Anjiyografi ile Pedikülün Belirlenmesi: Olgu Sunumu

Mert Ersan, Cihan Dural

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Amaç:

Primer meme küçültme cerrahilerinde kullanılan pedikül tipinin bilinmediği sekonder cerrahi olgularında, cerrahi güvenliği artırmak ve komplikasyon risklerini azaltmak amacıyla, literatürde serbest meme başı grefti kullanılması, dezepitelizasyonla random patternli inferior kama rezeksiyon yapılması, modifiye santral mound tekniği ve BT anjiyografi kullanılarak dominant vasküler pedikülün belirlenmesi önerilmektedir. Bu çalışma, sekonder meme küçültme ameliyatlarında pedikülün tespiti ve vasküler yapıların saptanması konusunda BT anjiografinin kullanılmasını göstermektedir.

Olgu:

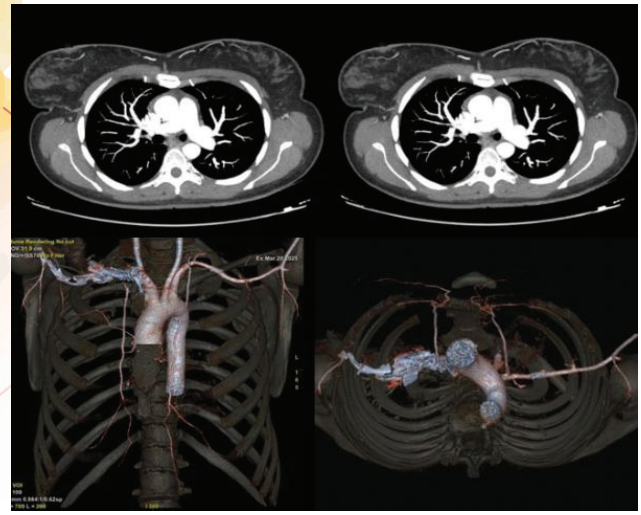
36 yaşında kadın hasta, 15 yıl önce bilateral meme küçültme ameliyatı geçirmiş olup, memelerinin yeniden büyümesi ve sarkması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta, estetik ve fonksiyonel açıdan memelerinin mümkün olduğunca küçültülmesini ve sarkmanın giderilmesini talep etmekteydi. Önceki ameliyatın detaylarının bilinmemesi nedeniyle, kullanılan pedikül tipi hakkında bilgi edinilemedi. Bu nedenle, meme başı-areola kompleksi (NAC) dolaşımını riske atmamak, cerrahi sırasında vasküler yapıların zarar görmesini engellemek ve hastanın talebi doğrultusunda mümkün olan en fazla dokuyu çıkarabilmek amacıyla preoperatif BT anjiyografi uygulandı. Görüntüleme sonuçlarında, bilateral olarak süperomedial vasküler dominantlığın olduğu saptandı. Bu bulgular doğrultusunda, hastaya bilateral süperomedial pedikül tekniği kullanılarak sekonder meme küçültme cerrahisi gerçekleştirildi. Bu yöntemle sağ memeden 417 gram sol memeden 356 gram lipoglandüler meme dokusu eksize edildi. Cerrahi sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi; Meme başı-areola kompleksinin canlılığı tam olarak korundu ve iyileşme süreci sorunsuz geçti.

Sonuç:

Bu olgu sunumu, sekonder meme küçültme cerrahilerinde ve pedikül tipinin bilinmediği durumlarda, BT anjiyografinin pedikülü belirlemede etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu göstermektedir. Preoperatif olarak dominant vasküler yapıların saptanması sayesinde, NAC'nin dolaşımı ve canlılığı korunmaktadır. Primer pedikülü bilinmeyen sekonder vakalarında BT anjiografi, standart cerrrahi planlama sürecine entegre edilebilecek güvenilir bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: BT anjiyografi, Meme cerrahisi güvenliği, Pedikül vaskülaritesi, Preoperatif değerlendirme, Sekonder meme küçültme

BT anjiografi görüntüleri



P-307
Büyütme Mammoplastisi Sonrası Görülen Galaktore: Bir olgu sunumu

Can Akın, Simay Erşahin, Gülsen Özşahin, Mehmet Şengül, Mehmet Harun Ünersoy, Erkan Yanıkoğlu, Aydan Ayşe Köse

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

Giriş: Büyütme mammoplasti dünya çapında plastik cerrahlar tarafından yapılan en sık ikinci estetik ameliyattır. Sıklığı göz önüne alındığında, olası risk ve komplikasyonların kapsamlıca anlaşılması önemlidir. Büyütme mammoplastisi hipoplazik memesi olan kadınlar tarafından sıklıkça tercih edilmektedir ve meme implantları subglandüler veya subpektoral plana yerleştirilmektedir. Yüksek başarı oranına rağmen, enfeksiyon, seroma, hematom, kapsül kontraktürü, asimetri, implantın hissedilmesi ve implant rüptürü gibi çeşitli postoperatif komplikasyonlar görülebilmektedir.

Galaktore büyütme mammoplasti sonrası görülebilen nadir bir komplikasyondur ve gebelik veya emzire olmadığı halde memede süt üretimi ve memeden süt salgılanması durumu olarak tanımlanmıştır. Galaktorenin etyolojisi hiperprolaktinemi, meme veya meme başı stimülasyonu, farmakolojik ilaç yan etkileri, hipotalamo-hipofizer aks hastalıkları olarak sıralanabilir. Klinik olarak galaktore bilateral, multiduktal, süt benzeri salgı olarak kendini gösterir ve patolojik meme başı akıntısından dikkatlice ayırt edilmelidir. Çünkü patolojik meme başı akıntısı altta yatan bir meme malignitesine işaret ediyor olabilir. Ayrıca galaktore, erken teşhis edilip tedavi edilmediği takdirde klinik tablo galaktosele ilerleyebilir ve hatta dirençli olgularda protez çıkarılmasını gerektirebilir.

Galaktorenin tanısı drene olan sıvıdan örnekleme yapılması, ultrason gibi görüntüleme yöntemleri, ve enfeksiyon ve endokrin hastalıkları için laboratuvar tetkikleri ile konulabilir. Meme balı akıntısından alınan örnekte Sudan IV boyama yapılması yağdan zengin içeriği göstererek galaktore tanısını destekleyebilir. Vakaların önemli bir kısmında normal olsa bile serum prolaktin (PRL) değeri tanıda ve tedavi izleminde önemli bir parametredir.

Galaktorenin yönetim stratejisi büyütme mammoplastisi insizyon yerine göre değişmekle beraber inframammarian yaklaşım uygulanmış hastalarsa serum PRL seviyesi önemlidir. Normal PRL seviyesi olan hastalar düşük risk grubunda olup klinik gözlem ve rutin PRL takibi önerilmektedir. (1) Buna karşın yüksek PRL seviyesi görülen hastalar orta risk grubunda olup bu hastalarda dopamin agonisti ile tedavi ve hipofiz bezi görüntülemesi önerilmektedir. Bir algoritmada serum PRL seviyesi 100 ng/mL altında ise günde 5 mg bromokriptin başlanması ve bir hafta sonra hastanın yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir. (2)

Olgu: Vakamızda yakın zamanda gebelik veya emzirme öyküsü bulunmayan ve PRL düzeyini yükseltecek bir ilaç kullanım öyküsü olmayan hastaya büyütme mammoplasti uygulanmış ve subglandular plana bilateral 330 cc anatomik şekilli silikon meme protezi yerleştirilmiştir (Contour Profile Gel, CPG; Mentor®, Johnson & Johnson, USA).

Postoperatif erken dönem komplikasyon gelişmeyen hasta ikinci gün oral antibiyoterapi ile taburcu edilmiştir. Postoperatif altıncı günde hastanın bilateral meme başlarından süt benzeri akıntısı ve memelerde dolgunluk hissi gelişmiştir. Fizik muayenede galaktore olduğu doğrulanmış ve IV antibiyoterapi başlanmıştır. Laboratuvar analizinde c-reaktif protein 9.5 mg/L, prolaktin 187 ng/mL olarak raporlanmış ve hiperprolaktinemi teşhis edilmiştir. Hastaya detaylı hormon paneli çalışılarak endokrin hastalıklarına konsülte edilmiştir.

Postoperatif sekizinci günde kabergolin tedavisi haftada iki kez oral 0.5 mg tablet şeklinde başlanmıştır. İkinci dozun ardından meme başı akıntısı ve memelerdeki dolgunluk tamamen gerilmeiş ve tekrarlamamıştır. Kabergolin 6 doz (3 hafta) devam ettikten sonra yapılan takiplerinde PRL: 15.7 ng/mL olarak raporlanmıştır. İleri takiplerinde spontan olarak gerileyen minimal seroma oluşumu haricinde bir problem gelişmemiştir.

Hiperprolaktinemide kullanılan dopamin agonistleri arasında bromokriptin ve kabergolin birincil tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır. İkisi de oral formda reçete edilip gastrointestinal semptomlar gibi benzer yan etki profillerine sahiptir. Buna karşın kabergolin daha nadir yan etki oluşturmakta ve haftada iki kez alınması gerektiğinden dolayı hastalar tarafından daha iyi tolere edilebilmektedir. Vakamızda da kabergolin tedavisi ile tamamen gerileyen ve galaktosel gibi bir komplikasyon gelişmeden tedavi edilmiş olan bir postoperatif galaktore olgusu sunulmaktadır.

Sonuç: Galaktorenin, endokrin hastalıkları ve ilaç kullanımı ile ilişkisi iyi tanımlanmış olsa da büyütme mammoplasti sonrası görülme sıklığı halen çok nadirdir. Bu çalışmada subglandular implant yerleştirilmesi sonrası görülen ve kabergolin tedavisi ile bir haftada hızlıca iyileşme gösteren bir postoperatif galaktore olgusunu ve literatürün kapsamlı bir incelemesini sunmaktayız.

1. Goble M, Cereceda-Monteoliva N, Cavale N. Persistent lactation in bilateral breast implant augmentation: A case report and review of the literature. JPRAS Open. 2024;40:124-129. doi:10.1016/j.jpra.2024.02.006

2. Ascenço ASK, Graf R, Maluf Junior I, Balbinot P, Freitas R da S. Galactorrhea: how to address this unusual complication after augmentation mammoplasty. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Sugery. 2016;31(2):143-147. doi:10.5935/2177-1235.2016rbcp0024

Anahtar Kelimeler: Büyütme mammoplasti, Galaktore, Kabergolin, Estetik Cerrahi

Postoperatif 6. Gün Galaktore



Süt benzeri meme başı akıntısı (sol üstte), Anatomik meme implantı sonrası postoperatif görünüm (sağ üst, sol alt, sağ alt)

P-308

Grade III Jinekomastinin Tedavisinde VAPT-S Tekniği

Ömer Saraç, Şeyda Güray

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

Giriş

Jinekomasti, erkeklerde memenin tek ya da çift taraflı, iyi huylu ve geri dönüşümlü büyümesidir. Sıklıkla, glandüler doku içermeyen ve sadece areola altında yağ birikimi ile karakterize olan psödojinekomasti ile karıştırılmaktadır. Literatürde, erkek meme büyümesinin şiddetini değerlendirmek amacıyla çeşitli sınıflama sistemleri tanımlanmıştır (1, 2). Bu sistemler, cerrahların hastaya uygun cerrahi yaklaşımı belirlemesinde rehberlik eder. 1973 yılında tanımlanan Simon sınıflaması, deri fazlalığı ve meme hacmini niteliksel olarak değerlendirmeye odaklanır (1). Günümüzde ileri düzey jinekomasti tedavisinde dört temel yaklaşım mevcuttur:

1. Serbest meme başı grefti ile uygulanan basit mastektomi; uzun yatay bir iz ve greft görünümünde meme başı bırakır (19, 20).

2. Tek dermal pedikül ya da vertikal bipedikül tekniği ile meme başının yeniden konumlandırıldığı modifiye meme küçültme cerrahisi. Bu yöntemde görünür bir göğüs izi olsa da, meme başı–areola kompleksinin vasküler bütünlüğü korunur (13, 21, 22).

3. İlk aşamada ultrason destekli liposuction ve çoğu zaman ikinci bir operasyon ile fazla derinin çıkarılması (5).

4. Subkutan mastektomi ve periareolar deri eksizyonunun kombine edildiği tek aşamalı işlem. Bu teknikte izler yalnızca areola çevresi ile sınırlı kalır (7, 13, 18, 19, 21-24).

Bizim geliştirdiğimiz teknikle, hastanın sorunu tek seansta çözülmekte ve klasik meme küçültme tekniklerinde görülen kötü skar görünümünden kaçınılmaktadır. Bu sayede hastanın günlük yaşama dönüş süresi daha konforlu ve hızlı olmakta, yukarıda sayılan yöntemlere kıyasla daha avantajlı olduğu düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

2024 yılında, tamamı aynı cerrah tarafından olmak üzere toplam 3 hasta opere edilmiştir. Tüm hastalara aynı cerrahi işlem uygulanmıştır. Olguların tamamı, Simon sınıflamasına göre Grade III jinekomastiye sahipti ve deri fazlalığı ile birlikte kadın memesine benzer şekilde sarkık meme görünümüne sahipti. Hastalar 20–30 yaş aralığında, sistemik hastalığı bulunmayan ve düzenli ilaç kullanmayan bireylerden oluşmaktaydı. Ancak masif kilo kaybı sonrası gelişen jinekomasti olgularında, serbest meme başı greftlemesi ile birlikte basit mastektomi uygulanmakta olup bu hasta grubu çalışmaya dâhil edilmemiştir.

İleri düzey jinekomasti olgularında tercih ettiğimiz yöntem, tek seanslık; VASER liposuction, pull-through tekniği ile deri koruyucu mastektomi ve cilt redraping'i amacıyla cerrahi ağ uygulamasından oluşan VAPT-S tekniğidir.

Cerrahi İşaretleme ve Teknik

İşaretlemeler hasta ayakta pozisyondayken yapılmış, inframammary fold'lar (IMF), liposuction sınırları ve cilt insizyonu belirlenmiştir. Her meme için tek bir insizyon planlanmıştır (8–10 mm), bu insizyon IMF hattından 1 cm yukarıda ve meme başı hattından 1 cm lateralde yer almaktadır. Lokal anestezik ve epinefrin (1:200.000) içeren tumescent solüsyon subkutan, yüzeyel ve derin yağ dokusuna enjekte edilmiştir. VASER® liposuction'a başlamadan önce 10–15 dakikalık bekleme süresi uygulanmıştır.

VASER® cihazı, jinekomastiye neden olan glandüler dokuyu hedef alacak şekilde, %80 güçte "V modu"nda çalıştırılmıştır. Uygulama süresi, meme dokusunun büyüklüğüne ve içeriğine göre değişkenlik göstermiştir. Liposuction iki düzlemde yapılmıştır: Derin planda, pektoralis fasyası üzerinde ve meme bezinin altından, 4 mm çapında 3 delikli kanül kullanılmıştır. Yüzeyel planda ise, meme dokusunu cilt ve subkutan yağ dokusundan ayırmak için 2 mm çapında bir kanül tercih edilmiştir. İşlem sonunda glandüler doku, cilt ve kas bağlantılarından neredeyse tamamen ayrılmış, yalnızca areola ile bağlantısı korunmuştur. Gerekirse, karşı memeden geçiş tünellemesi (cross-tunneling) yapılmıştır.

Kalan cilt altı yapıların düzgünlüğü ve rezidüel glandüler dokular manuel palpasyonla değerlendirilmiştir. Kalan glandüler dokular hemostat yardımıyla tutulup aynı insizyondan çekilerek çıkarılmıştır. Küçük bir retraktör yardımıyla dokular bistüri ile eksize edilmiştir. Hemostaz sağlandıktan sonra çıkarılan doku patolojik incelemeye gönderilmiştir. Eksizyon sonrası alanın düzgünlüğü palpasyon ve pinch testi ile yeniden değerlendirilmiş; gerekirse ince kanül ile ek liposuction yapılmıştır.

Glandüler dokular tamamen çıkarıldıktan sonra, yardımcı cerrah subklavikular bölgeye elini yerleştirip alt kadranda birikmiş meme dokusunu yukarı doğru çekmiş, meme altı dokuların tamamen boşaldığından emin olunmuştur. Bu pozisyondayken, 4-0 prolene sütürler ile inferior kadranlardan başlayarak, cerrahi ağ (surgical net) kıkırdak perikondriyumuna sabitlenmiştir. Bu esnada kaburgaların palpe edilmesi ve sütürlerin plevrayı geçmemesine özen gösterilmiştir. Süperior bölgede hâlâ deri fazlalığı mevcutsa, spinal iğne yardımıyla kalan deri klavikula

fasyasına asılmıştır. Bu aşamada, üstteki dokuların ciltle bağlantısı liposuction kanülü yardımıyla ayrılmalıdır. Cerrahi ağ sütürlerinin giriş-çıkış noktaları çok yakın yerleştirilmemeli, düğüm cilt yüzeyinde belirgin kalacak şekilde atılmamalıdır. Postoperatif dönemde oluşabilecek ödem, ciltte strangülasyon ve nekroza yol açabileceğinden, bu hususlara dikkat edilmelidir. Deri, dört kadran boyunca eşit şekilde gerginleştirilmiştir.

Tüm olgularda dren yerleştirilmiştir. Drenler 3–4 gün süreyle tutulmuş, son 24 saatte gelen sıvı miktarı 50 mL'nin altına düştüğünde çıkarılmıştır. İşlem sonunda kompresyon bandajı uygulanmış ve hastalara 2 ay süreyle elastik kompresyon giysisi kullanmaları önerilmiştir.

Cerrahi ağ sütürleri postoperatif 3. günde alınmıştır. Bu aşamadan itibaren hasta, cilt yapışmasını kolaylaştırmak için 4 kadrana düzenli masaj uygulamaya başlamıştır. Pansumanlar günlük olarak değiştirilmiş, özellikle nekrotik alanların gelişimi takip edilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada yaşları genç ve orta yaş grubunda olan 3 hasta yer almaktadır. Hastaların tamamı, nadir görülen Grade III jinekomasti ve buna eşlik eden deri fazlalığına sahip olgulardır. Bu hasta grubu, özellikle yaz aylarında sosyal çevrelerinde kadınsı görünüm nedeniyle ciddi psikososyal etkiler yaşamaktadır; genellikle üst vücudu açık etkinliklerden kaçınmakta, bu da yaşam kalitesini ciddi biçimde düşürmektedir.

Geliştirdiğimiz teknik ise, meme başı–areola kompleksinin nörovasküler bütünlüğünü koruyarak duyu kaybı, hipopigmentasyon ve yama etkisi riskini azaltmaktadır. Areola projeksiyonu korunmakta ve skar görünümünün düzeltilmesi için ek bir iyileşme süresi gerekmemektedir. Cordova'nın çalışmasında (28), Grade III jinekomasti ve ciddi ptozisi olan tüm hastalarda, kötü skar yerleşimine bağlı olarak revizyon cerrahisi gerektiği bildirilmiştir.

Pedikül teknikleriyle karşılaştırıldığında, bizim yaklaşımımızda diseksiyon miktarı anlamlı şekilde azalmış ve operasyon süresi kısalmıştır. Meme başı duyusu açısından, çalışmamızda hiçbir hastada duyunun korunduğu gözlenmemiştir. Oysa Cannistra'nın çalışmasında (29), superior-inferior dermal pedikül tekniği ile duyunun %10 oranında korunduğu belirtilmiştir. Bu durum, yöntemimizi sigara içen hastalar açısından daha uygun kılmakta, çünkü serbest meme başı transferi sıklıkla greft nekrozu ile sonuçlanmaktadır. Geniş liposuction uygulaması sayesinde, lenfatik ve vasküler yapıların bütünlüğü korunmuş, hematom ve seroma riski azaltılmıştır (30). Serbest meme başı transferi içeren klasik jinekomasti cerrahilerinde, mastektomiye eşlik eden geniş süprapektoral diseksiyon vasküler ve lenfatik komplikasyon riskini artırmaktadır. Bizim olgularımızda bu tür komplikasyonlara rastlanmamıştır. Örneğin; Varma ve Henderson'un çalışmasında %6, Colombo–Benkmann'ın çalışmasında ise %11 oranında hematom bildirilmiştir (31, 32).

Bu çalışmanın temel sınırlılığı; postoperatif dönemde periareolar bölgede deri yığılması gelişmesi durumunda, hastanın düzenli olarak manuel masaj uygulamak zorunda olmasıdır. Ayrıca hasta sayısının literatürde karşılaştırılan çalışmalara göre az olması da bir diğer kısıtlayıcı unsurdur. Postoperatif masaj uygulamasının etkisini değerlendiren daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Grade 3 jinekomasti, Surgical net, Vaser liposuction

P-309

Parry-Romberg Sendromunda Üç Aşamalı Otolog Yağ Enjeksiyonu: Olgu Sunumu

Dilara Sabur, Fatma Kilvan Cansı, Alpin Ege Büyüklü, Cem Yılmaz, Merdan Serin

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Parry-Romberg sendromu (PRS), progresif hemifasyal atrofi olarak da bilinen nadir bir hastalıktır (1,3). Yüzün bir yarısında cilt, cilt altı yağ dokusu, kas, kemik ve kartilaj yapılarında yavaş ilerleyen, belirgin volüm kaybına neden olan tek taraflı atrofiyle karakterizedir (2,3). Genellikle trigeminal sinirin bir ya da birden fazla dermatomunu tutar ve oftalmolojik veya nörolojik bulgularla birlikte seyredebilir (2,3). Vakaların büyük çoğunluğunda belirtiler yaşamın ilk iki dekadında ortaya çıkmakla birlikte, 60'lı yaşlarda başlayan geç olgular da tanımlanmıştır (4). Tipik olarak 2 ila 20 yıl süren progresif bir seyir gösterir ve zamanla durağan bir evreye ulaşır (4).

Etiyopatogenezi henüz tam olarak açıklanamamıştır; ancak otoimmünite, travma, enfeksiyonlar ve otonom sinir sistemi disfonksiyonu gibi çeşitli hipotezler öne sürülmüştür (4). PRS kadınlarda daha sık görülür ve hastalığın erken yaşta başlaması daha ağır seyretmesiyle ilişkilidir (3). Tanı esas olarak klinik değerlendirme ile konur. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG), yumuşak doku tutulumu ile kemik yapıların korunup korunmadığını ayırt etmek ve cerrahi planlama yapmak açısından yol gösterici niteliktedir (5). Yüzde gözle görülür deformiteye yol açması, hastaları sosyal ve psikolojik açıdan etkilemektedir (3).

Hastalığın ilerleyici fazının sona ermesiyle birlikte yüz simetrisinin yeniden sağlanması amacıyla çeşitli rekonstrüktif yöntemler uygulanabilir. Hafif ve orta düzeyde doku kaybı olan olgularda seri otolog yağ enjeksiyonu (lipofilling) ile başarılı sonuçlar elde edilebilirken, ileri derecedeki vakalarda serbest doku transferi halen öncelikli yöntem olarak öne çıkmaktadır (1,6). Alloplastik implantlar bazı durumlarda tercih edilse de, komplikasyon riski ve sınırlı entegrasyon kapasitesi nedeniyle diğer yöntemlere kıyasla daha düşük başarı oranlarına sahiptir (6). Otolog yağ enjeksiyonu ise tekrarlanabilirliği, düşük komplikasyon oranı, biyouyumlu olması ve kolay uygulanabilirliği sayesinde özellikle orta dereceli yumuşak doku kayıplarında etkili bir rekonstrüktif seçenektir (6).

Olgu: 35 yaşında kadın hasta, yüzünün sol yarısında ilerleyici asimetri ve doku incelmesi şikâyetiyle Ekim 2022'de plastik cerrahi kliniğimize başvurdu. Anamneze göre 2020 yılında başlayan sol hemifasiyal atrofi varlığı tespit edildi. Önceki yıllarda da hafif düzeyde var olan asimetrinin son yıllarda belirginleştiği öğrenildi. Özgeçmişinde kronik hastalık, ilaç, alerji ya da sigara öyküsü bulunmamakta idi.

Fizik muayenede sol frontal, temporal ve malar bölgede belirgin cilt altı doku kaybı ve asimetri gözlendi. Maksillofasiyal BT ve yüz MR incelemelerinde, sol masseter ve sternokleidomastoid kası ile parotis ve submandibular bez hacimlerinin sağa göre azalmış olduğu, cilt ve cilt altı yağ dokusunun sol tarafta hipoplazik izlendiği; kemik yapıların ise normal sınırlarda olduğu saptandı. Nöroloji konsültasyonunda sol çene kaslarında ve dilde atrofi izlendi. Klinik ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde hastaya Parry-Romberg sendromu tanısı konuldu.

Bu bulgular doğrultusunda ilk yağ enjeksiyonu Kasım 2022'de gerçekleştirildi. Abdominal bölgeden elde edilen lipoaspiratlar filtrasyona tabi tutulduktan sonra toplam 35 cc otolog yağ grefti frontal, temporal, infraorbital, malar ve nazolabial bölgelere enjekte edildi. İkinci seans Şubat 2023'te aynı teknikle gerçekleştirildi; bu seansta toplam 40 cc yağ grefti aynı bölgelerin yanı sıra mental

bölgeye de uygulandı. Planlanan Nisan 2024 seansı, hasta kaynaklı nedenlerle ertelenerek Haziran 2025'te gerçekleştirildi. Üçüncü ve son seansta 100 cc lipoaspirat elde edilip filtrelendikten sonra toplam 25 cc yağ grefti sol orta yüz, temporal ve frontal bölgelere enjekte edildi. Tüm işlemler genel anestezi altında, aynı cerrahi ekip tarafından uygulandı. Komplikasyon gelişmedi. Postoperatif takiplerde yüz konturunda belirgin düzelme, asimetride azalma ve hasta memnuniyetinde artış gözlendi.

Tartışma: Parry-Romberg sendromu (PRS), nadir görülen bir progresif fasiyal distrofidir ve genellikle trigeminal dermatom tutulumuna; migren, nöbet veya trigeminal ağrı gibi nörolojik semptomlara eşlik eder(2,4). Bu vakada nörolojik belirtiler minimal düzeydeydi; hastanın esas başvuru nedeni ise yüz konturunda ilerleyici asimetriydi. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında otolog yağ enjeksiyonu, serbest flepler, alloplastik implantlar ve dermal dolgu maddeleri yer almaktadır. Yapılan çalışmalara göre, orta düzeydeki yumuşak doku defektlerinde otolog yağ enjeksiyonu düşük komplikasyon oranları ile avantajlıdır. Alloplastik implantlar simetri sağlasa da entegrasyon ve enfeksiyon riskleri nedeniyle sınırlı kalabilir (6). Şiddetli olgularda serbest flep ile rekontrüksiyonun daha kalıcı bir çözüm olduğu düşünülmektedir (6).

Rodby ve arkadaşlarının 147 PRS olgusunu içeren sistematik derlemesinde, otolog yağ greftinin flep bazlı rekonstrüksiyona kıyasla daha kısa operasyon süresi (%50 olguda bildirilmiş), daha düşük donör saha morbiditesi (%52 olguda bildirilmiş) ve daha az komplikasyon (%33 olguda bildirilmiş) gibi avantajlar sağladığı belirtilmiştir.

Hekimlerin %96'sı ve hastaların %87'si sonuçlardan memnuniyet bildirmiştir. Ancak olguların %66'sında yağ greftinin öngörülemeyen oranda rezorbe olduğu saptanmış; bu nedenle %20–50 oranında daha fazla enjeksiyon ve çok seanslı planlama önerilmiştir (7). Bizim olgumuzda da üç seanslık uygulama ile komplikasyonsuz, kontrollü hacim artışı sağlanmış ve bu sonuçlar ilgili literatürle paralellik göstermiştir.

Teknik minimal invazif bir yöntem gibi algılansa da; yağ greftinin alınması için donör sahaya liposuction yapılması, lipoaspiratın filtrasyonu ve çoklu enjeksiyon gibi cerrahi adımlar içerir. Bu nedenle, otolog yağ enjeksiyonu sadece estetik bir uygulama değil; PRS gibi sendromlarda rekonstrüktif cerrahi müdahale olarak tanımlanmalıdır.

Sonuç: Parry-Romberg sendromu gibi ilerleyici distrofi sendromlarında yüz konturunun yeniden yapılandırılması, yalnızca estetik bir hedef değildir; fonksiyonel ve psikososyal açıdan da önem taşır. Otolog yağ enjeksiyonu, bu bağlamda biyouyumlu, güvenli ve tekrarlanabilir bir tedavi seçeneği sunar. Bu üç seanslık vakada, komplikasyonsuz seyir ve belirgin kontur kazanımı, otolog yağ enjeksiyonunun yalnızca destekleyici bir yöntem değil, doğrudan primer rekonstrüksiyon yöntemi olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Kaynakça:

1. Schultz KP, et al. Parry Romberg Syndrome. Clin Plast Surg. 2019 Apr;46(2):231-237. doi: 10.1016/j.cps.2018.11.007. Epub 2019 Jan 9. PMID: 30851754.

2. Shah SS, Chhabra M. Parry-Romberg Syndrome. 2022 Nov 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 34662020.

3. Arif T, et al. Parry-Romberg syndrome: a mini review. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat. 2020 Dec;29(4):193-199. PMID: 33348939.

4. Tolkachjov SN, et al. Progressive hemifacial atrophy: a review. Orphanet J Rare Dis. 2015 Apr 1;10:39. doi: 10.1186/s13023-015-0250-9. PMID: 25881068.

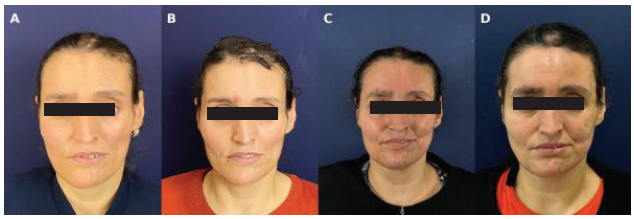
5. Ahmed S, et al. Parry Romberg syndrome: Imaging features in 4 consecutive cases and review of literature. J Clin Neurosci. 2020 Jun;76:249-253. doi: 10.1016/j.jocn.2020.04.024. Epub 2020 Apr 18. PMID: 32317188.

6. Roddi R, et al. Clinical evaluation of techniques used in the surgical treatment of progressive hemifacial atrophy. J Craniomaxillofac Surg. 1994 Feb;22(1):23-32. doi: 10.1016/s1010-5182(05)80292-6. PMID: 8175994.

7. Rodby KA, et al. Evaluating Autologous Lipofilling for Parry-Romberg Syndrome-Associated Defects: A Systematic Literature Review and Case Report. Cleft Palate Craniofac J. 2016 May;53(3):339-50. doi: 10.1597/14-232. Epub 2015 Aug 21. PMID: 26295800.

Anahtar Kelimeler: Fasiyal Volüm Kaybı, Hemifasyal Atrofi, Otolog Yağ Enjeksiyonu, Parry-Romberg Sendromu, Yumuşak Doku Augmentasyonu

Yüz Konturunun Zaman İçinde Değişimi (A–D)



Uygulama seanslarına göre yüz konturundaki değişim. A- Kasım 2022, 1. seans pre-operatif görünüm B- Şubat 2023, 2. seans pre-operatif görünüm C- Haziran 2025, 3. seans pre-operatif görünüm D- Haziran 2025, 3. seans post-operatif 1. hafta görünüm

P-310

Cilt Eksizyonu Yapılmadan Düzeltilen Simon 3 Jinekomasti Olguları: 20 Vakalık Serinin Değerlendirilmesi

Eray Işık, Burak Özkan, Burak Ergün Tatar

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

Giriş

Jinekomasti, erkeklerde glandüler meme dokusunun benign proliferasyonu ile karakterize, estetik ve psikososyal sorunlara yol açabilen bir durumdur. Cerrahi yaklaşım hastanın meme büyüklüğüne, glandüler/yağ oranına ve cilt elastikiyetine göre belirlenir.

Bu kapsamda Simon sınıflaması, jinekomasti olgularının cerrahi yönetimini yönlendiren en yaygın sistemlerden biridir [1]:

- Grade 1: Hafif meme büyümesi, fazla deri yok
- Grade 2A: Orta dereceli meme büyümesi, fazla deri yok
- Grade 2B: Orta dereceli meme büyümesi, cilt fazlalığı hafif
- Grade 3: Belirgin meme büyümesi ve belirgin cilt sarkması

Bu çalışmada yer alan tüm olgular, Simon 3 altında sınıflandırılmıştır. Bu hastalarda glandüler hipertrofiye ek olarak anlamlı meme ptozisi ve deri redundansı mevcuttu.

Simon 3 olgularında klasik liposuction teknikleri yetersiz kalabilir. Açık subareolar eksizyon ise areolada belirgin skar riski taşır. Bu çalışmada, areolaya kesi yapılmaksızın liposuction ile kombine edilen Struycken punch destekli gland eksizyonu ile minimal izli bir yaklaşım uygulanmıştır.

Yöntem

2024–2025 yılları arasında kliniğimizde, Simon 3 jinekomasti tanısı konan 20 hastaya aynı cerrah tarafından aşağıda belirtilen teknik uygulanmıştır.

Preoperatif Değerlendirme:

- Tüm olgular Simon sınıflamasına göre Grade 3 olarak sınıflandırıldı.
- Hormonal, hepatik ve endokrin nedenler dışlandı.
- Vücut kitle indeksi ortalaması: 27.3 kg/m² (24.8–31.6 arası)

Cerrahi Teknik:

a. Liposuction Evresi:

- Sağ memede sağ üst lateral ve sağ alt lateral, sol memede sol üst lateral ve sol alt lateral bölgelerden toplam dört insizyonla girildi.
- Tumescent solüsyon uygulaması sonrası 4 mm çok delikli kanüllerle derin ve yüzeyel liposuction yapıldı.
- Yağ dokusu ve gland çevresi gevşetilerek mobilize edildi.

b. Gland Eksizyonu (Punch Destekli):

- Palpasyonla tespit edilen glandüler dokular, aynı insizyonlardan girilerek Struycken nazal punch ile parça parça çıkarıldı.
- Rezidüel glandüler doku palpasyonu sonrası hidrodiseksiyon uygulandı.
- 2 mm'lik ince kanül ile doku aspirasyonu tamamlandı.
- Hiçbir hastada periareolar insizyon açılmadı.

c. Kompresyon Uygulaması:

- Postoperatif dönemde tüm hastalarda iki kat kompresyon giysisi kullanıldı:
- Alt kat: torasik bölgeyi saran elastik korse
- Üst kat: transvers yönde baskı yapan jinekomasti bandı
- Korse postoperatif ilk 4 gün boyunca hiç çıkarılmadan kullanıldı.
- İki katmanlı kompresyon uygulaması minimum 2 hafta sürdürüldü.
- Toplam korse kullanımı önerilen süre: 4 hafta

Bulgular

Hiçbir hastada hematom veya kaşık deformitesi gelişmemiştir. Cilt fazlalığının kontrakte olmasına bağlı deride katlantı efekti erken dönemde tariflenmiş olsa da takiplerde gerilemiştir. kontur düzensizliği izlenmemiştir. Nipple areola hissizliği 2 hastada tek taraflı olarak tarfi edilmiştir. Ortalama işe dönüş süresi 5.4 gün olmuştur.

Sonuç

Simon 3 jinekomasti hastalarında, periareolar insizyon yapılmaksızın gerçekleştirilen Struycken punch destekli gland eksizyonu ile kombine liposuction yöntemi; izsiz, simetrik ve doğal meme konturu sağlamakta, düşük komplikasyon oranı ile yüksek hasta memnuniyeti sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Jinekomasti düzeltilmesi, Struycken Punch Eksizyonu, Yüksek dereceli glandüler redüksiyon

Ön görünüm (pre-op vs post-op)



Yukarıda çalışmamızda yer alan 20 hastadan biri olan Simon Grade 3 jinekomasti tanılı bir olgunun ameliyat öncesi ve sonrası görselleri sunulmuştur. Struycken punch destekli gland eksizyonu ve liposuction yöntemi ile gerçekleştirilen cerrahi sonrası belirgin meme kontur düzleşmesi, simetri ve cilt adaptasyonu elde edilmiştir.

P-313

Annelik estetiği ve kombine vücut şekillendirmeye yaklaşım

Ugur Horoz

özel klinik- istanbul

Son yıllarda abdominoplasti, sıklıkla meme cerrahileri, liposuction ve istek/ ihtiyaca göre kol ve uyluk germe gibi diğer estetik girişimlerle kombine edilerek uygulanmakta ve bu yaklaşımlar "mommy makeover" konseptiyle yaygınlaşmaktadır. Bu kombinasyonlar, tek bir iyileşme süreci, maliyet etkinliği ve bütüncül vücut kontur düzeltmeleri gibi avantajlar sunsa da; özellikle venöz tromboembolizm (VTE), genel iyileşme bozuklukları, homeostazisin etkilenmesi gibi riskli durumlar açısından dikkatli hasta seçimi ve uygun profilaksi uygulamaları gerektirmektedir. Literatür, iyi planlanmış kombinasyon cerrahilerinin, izole prosedürlere kıyasla sistemik komplikasyon oranlarında anlamlı bir artış yaratmadığını, ancak cerrahın deneyimi, ameliyat süresi ve hasta faktörlerinin belirleyici olduğunu vurgulamaktadır. Sıklıkla bu işlemler birden fazla bölgeyi kapsadığı için, kol germe, uyluk germe ve Brezilya popo estetiği (BBL) gibi ek prosedürlerle genişletilmekte ve çoğu zaman bu ameliyatları 2–3 seansta tamamlamak genel iyileşme ve minimum risk açısından anlamlı olmaktadır. Ayrıca son yıllarda ileri teknoloji destekli simülasyon sistemleri, hastaların gerçekçi olmayan beklentiler geliştirmemesi adına dikkatle kullanılmalı; cerrah-hasta iletişimi titizlikle sağlanmalıdır. Tüm veriler değerlendirildiğinde, özellikle annelik estetiği ya da masif kilo kaybı sonrası abdominoplastinin meme cerrahileri, kol-uyluk germe ve popo estetiği gibi diğer vücut şekillendirme prosedürleriyle birlikte uygulanmasının uygun hasta seçimi ve titiz cerrahi yaklaşımla uygun seanslara yayılarak tüm durumların dengesini sağlıklı sınırlarda koruyarak yapılmasında güvenli ve etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda özellikle annelik estetiği konseptinde doğum ve emzirme dönemi sonrası vücut şekillendirme operasyonlarına yaklaşımı her yönüyle ele almaya çalışacağız.

Anahtar Kelimeler: annelik estetiği, vücut şekillendirme, kombine cerrahi

P-316
Cup Ear Hastalarında Cerrahi Deneyimlerimiz

Berk Tahhan, Baran İşliyen, Mustafa Köse, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giriş:

Cup ear veya lop ear olarak da bilinen dar kulak, doğuştan gelen bir kulak anomalisidir. Gebeliğin 3- 4. aylarında üst heliksin antiheliks üzerine yayılma sürecindeki problemlerle ilişkilidir(1). Helikal kenarın üst kısmının aşağı doğru morfolojik katlanması olan bu durum, skafada, superior krusta ve triangüler fossada eksikliklere neden olur. Cup ear yenidoğan döneminde splint ile kalıplanarak düzeltilebilir. Tanzer dar kulağı 3 ana tip ve 2 alt tip (tip I, IIA, IIB ve III) olarak sınıflandırmıştır; bunlar hafif helikal deformiteden mikrotiayı andıran daha ciddi formlara kadar geniş bir malformasyon spektrumunu içerir(2). Genel olarak birçok cerrah, hastalara ilkokula başlamadan önce 3 ila 5 yaşları arasında operasyon önermektedir. 6 yaş cup ear düzeltilmesi için en uygun zamanlamadır.

Gereç Yöntem

Retrospektif yapılan çalışmada 01.12.2021-30.06.2025 tarihleri arasında cup ear deformitesi olan 6 hasta değerlendirilmiştir. Hastane arşiv kayıtlarından yaş, cinsiyet ve ameliyat teknikleri gibi veriler elde edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen 6 hastanın 3'ü erkek 3'ü kadındı. Hastaların yaşları 6 ile 9 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 7 yaş olarak hesaplandı. Hastaların malformasyonları Tanzerin sınıflandırılmasına göre sınıflandırılmıştır. Görseldeki hasta Tanzer Tip IIA sınıfındadır. Hastaların hepsi genel anestezi altında opere edildi. Hastaların ortalama yatış süresi 1 gündü. Bir hastada sütur açılması nedeniyle yaklaşık 2 ay sonra açılan sütur tekrarlanarak revizyon yapıldı. Postop süreçte hastalara ilk 1 ay tüm gün 2. ay ise sadece gece bandajı kullanılması önerildi.

Tartışma:

Cup ear, kulak vertikal yüksekliğinin azalması ve düşük kulak pozisyonu ile karakterizedir. Kulak deformitesinin fiziksel sonuçları önemsiz olsa da, hasta üzerindeki estetik ve psikolojik etkileri olabilir. Bu nedenle, otoplasti ile malformasyonların düzeltilmesi kritik öneme sahiptir. Tanzer bu deformiteyi 3 ana tip ve 2 alt tip (tip I, IIA, IIB ve III) olarak sınıflandırmıştır(2). Tip I, skafa ve süperior krus eksikliğinin bir sonucu olarak süperior helikal bir kapak içerir. Tip II, superior aşağı katlanma, eksik bir antiheliks ve skafa kaybı ile karakterizedir. Tip III kulaklarda ise kulak kepçesi, mikrotiaya benzer şekilde kapsamlı rekonstrüksiyon gerektiren neredeyse tübüler bir formdadır (2). Kulak derisi ve kıkırdağının eksikliği, kıkırdak iskeletin yeniden yapılandırılmasında kilit noktadır. Son yıllarda, konkal kıkırdak greftleri ve yuvarlanmış konka-kıkırdak flepleri gibi bir dizi prosedür, heliksi stabil tutmak ve kıkırdak iskeleti yeniden inşa etmek için kullanılmıştır. Aurikulanın onarımı için uygun yumuşak dokuya ihtiyaç duyulması nedeniyle, superior auriküler arter tabanlı kondrokutan flebi, krus heliksin V-Y ilerletilmesi, karşı normal kulaktan alınan kompozit greft ve iki flama şeklinde kenar flebi gibi girişimler yapılmış ancak skafa ve heliks restorasyonunda yetersizlik ve donör bölgede skar gelişmesi gibi bazı kusurlar da gözlenmiştir(3).

Cup ear tedavisi cilt zarfının genişletilmesini, kıkırdağın yeniden şekillendirilmesini ve helikal çöküşün önlenmesini içerir. Orta dereceli malformasyonlarda cilt zarfının genişletilmesini gerektirebilir. Anterior helikal V-Y ilerletme, kutanöz elongasyon ve kabul edilebilir yara izi ile yeterli kıkırdak erişimi sağlar. Lokal Z plasti, gergin ön yapıları etkili bir şekilde serbest bırakır ve helikal kenarın daha da yükselmesini sağlar. Daha ciddi deformiteler genellikle kostal kıkırdak ile tam otolog rekonstrüksiyon gerektirir. Ek kıkırdak gerekiyorsa, konkal yapıdan, protuberant heliksten veya kostal kıkırdaktan otojen bir greft alınabilir. Kontralateral kulaktan kama şeklinde bir kompozit greftin yerleştirilmesiyle birlikte, radyal insizyon aynı zamanda sadece deformasyona uğramış kulağa ek yükseklik ve boyut sağlamakla kalmaz, aynı zamanda kulaklar arasında simetri de sağlar. Dikey boyut sağlamak için, antihelikal kıkırdak fossa triangularis içine transpoze edilebilir. Kulak iskeleti titizlikle oluşturulduktan sonra, örtmek için uygun miktarda yüksek kaliteli cilt dokusu bulunmalıdır.

Sonuç:

Malforme kulağın düzeltilmesi rekonstrüktif cerrahi alanındaki en karmaşık ve tartışmalı konulardan biri olmaya devam etmektedir. Kulak deformitesinin fizyolojik etkileri ihmal edilebilir olsa da, hasta üzerindeki estetik ve psikolojik etkisi genellikle ciddidir. Karmaşık ve çeşitli yapıda olan dış kulağın estetik olarak düzeltilmesi, ayrı anatomik unsurlarının kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerektirir. Kulak deformitelerinin çok çeşitli olması nedeniyle, çok sayıda düzeltici teknik mevcuttur. Son yıllarda, kulak kıkırdağını bükmek, dikmek, kesmek, yeniden konumlandırmak veya greftlemek için yüzlerce manevra kullanılmıştır. Kulak deformitesinin cerrahi olarak düzeltilmesine, birkaç farklı tekniğin gerekebileceğini kabul ederek düşünceli ve rasyonel bir şekilde yaklaşıldığında, dış kulağın düzeltilmesi hasta memnuniyetinin ötesine geçerek hem biçim hem de simetri açısından sonucu en üst düzeye çıkarabilir.

1. Duan W, Liu Y. Correction of Tanzer Type IIB Constricted Ears via Z-shaped Double V-Y Advancement Flaps. Ann Plast Surg. 2019 Mar;82(3):284-288. doi: 10.1097/SAP.0000000000001750. PMID: 30633011.

2. Tanzer RC. The constricted (cup and lop) ear. Plast Reconstr Surg 1975;55(04):406–415.

3. Zhu J, Xiao Y, Sun M, Wang Y, Lü C, Xue C. Reconstruction of constricted ears by combing bilateral cartilage flaps bridging with V-Y advancement flap. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2023 Feb;77:162-166. doi: 10.1016/j.bjps.2022.11.052. Epub 2022 Nov 24. PMID: 36571961.

Anahtar Kelimeler: Cup ear, loop ear, kulak

cup ear



P-317

Sosyal Medyanın Güzellik Algısı ve Estetik Ameliyatları Üzerindeki Etkisi

Özgür Agdoğan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Tekirdağ

Giriş:

Kadın ve erkeklerin görünüşleri hakkında günden güne artan kaygıları estetik cerrahiye ilgiyi arttırmaktadır. Düşük benlik algısı ve beden imajında bozukluk; kişinin ruh sağlığını, ilişkileri ve çalışma performansını etkilemektedir; kişide yetersizlik ve güvensizlik yaratır. Estetik cerrahinin; fiziksel yararlarının ötesinde, özgüven ve mutluluğun artışıyla yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir. Estetik cerrahinin psiko-sexuel dinamikler üzerinde pozitif sonuçları vardır. Kadınların vücut beğenileri arttıkça depresyon ve endişe düzeylerinin azaldığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Çalışmanın amacı; sosyal medya kullanımı ile bireylerin güzellik ve estetik algısı arasındaki ilişkiyi incelemektir. İnsanların estetik ameliyatlara hangi kanallar yoluyla başvurduklarını açığa çıkarmak; karar vermede sosyal medyanın etkisini araştırmaktır. Bir diğer amacımız sosyal medyanın toplumsal güzellik ve estetik algısının şekillendirmesinde yeri, estetik ameliyatlara talepteki etkinliği ve karar vermedeki rolü ile toplumsal farkındalık yaratmaktı. Doğru ve yeterli bilgi edinmede yeterli olup olmadığı konusunda toplumu aydınlatmaktır. Topluma yanıltıcı bilgi vermenin önüne geçmeyi amaçladık.

Materyal-Metod:

18-60 yaş aralığındaki kadın ve erkek bireylere hazırladığımız sorular yönetildi. Efektif olarak 181 hastaya ulaşıldı. Güzellik ve estetik ameliyat taleplerinde sosyal medyanın rolü, kaygılar, sosyal medya paylaşımları, sosyal medyaya duyulan güven, sosyal medyanın doğru ve yeterli bilgi edinmedeki katkısı, sosyal medya dışındaki iletişim kanallarının ne kadar etkin olduğu irdelendi. Sosyal medyanın bu karar vermedeki rolü araştırıldı. Sorularımızı dijital kanal aracılığı ile ve yüz yüze sorduk. Toplanan veriler yorumlandı ve istatistiksel olarak değerlendirildi. Sorulan sorular; güzellik ve estetik kaygılarınızda sizce sosyal medyanın rolü var mıdır?, sosyal medya güzellik ve estetik kaygılarınızı artırıyor mu?, estetik cerrah seçimi ve estetik uygulama talebinizde sosyal medya paylaşımları etkili oluyor mu?, güzellik ve estetik paylaşımlarında sosyal medyanın güven ve doğru bilgi verdiğini düşünüyor musunuz?, güzellik ve estetik paylaşımlarında sosyal medyanın doğru ve yeterli bilgi verdiğini düşünüyor musunuz?, güzellik ve estetik taleplerinize ulaşmada daha çok sosyal medya mı etkili sosyal medya dışındaki kanallar mı?, sosyal medya dışında güzellik ve estetik taleplerinize hangi kanallar yoluyla ulaşırsınız? olarak belirlendi.

Bulgular:

Ankete katılanların %72,93'ü kadındır. Ankete katılanların %27,07'si erkektir. Ankete katılan kadınların yaş ortalaması yaklaşık 32,18'dir. Ankete katılan erkeklerin yaş ortalaması yaklaşık 28,73'tür.

Resim 1' de tüm sorulara verilen cevaplar ve dağılım yüzdeleri belirtilmiştir.

Tartışma:

Güzellik ve estetik kaygılarınızda kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu sosyal medyanın rolü olduğunu düşünmektedir ve oranları benzerlik göstermektedir. Sosyal medyanın güzellik ve estetik kaygılarını artırdığını düşünenler arasında kadınlar arasında evet yanıtı daha fazla verilirken; erkeklerde bu oran daha çok hayır yanıtı şeklinde olmuştur. Estetik cerrah seçimi ve estetik uygulama talebinizde sosyal medya paylaşımları kadınlarda daha fazla etkili olurken; erkeklerde bu oran daha az etkili olduğu görülmektedir. Kadın ve erkekler güzellik ve estetik paylaşımlarında sosyal medyanın güven verdiğini çoğunlukla düşünmüyor. Bu oranın kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu güzellik ve estetik paylaşımlarında sosyal medyanın doğru ve yeterli bilgi verdiğini düşünmüyor olmakla beraber bu oran kadınlarda daha fazladır.

Güzellik ve estetik taleplerinize ulaşmada daha çok sosyal medya mı etkili sosyal medya dışındaki kanallar mı sorusunda kadınların büyük çoğunluğu ve erkeklerin çoğunluğu sosyal medya cevabı vermiştir. Fakat kadınlar erkeklere göre sosyal medyanın daha fazla etkili olduğunu düşünmektedir. Sosyal medya dışında güzellik ve estetik taleplerine insanların çoğunluğu çevre yoluyla ulaştıklarını belirtmişlerdir. İlk dört sırayı sırasıyla çevre, internet, doktor ve arkadaş aracılığı ile verilen cevaplar almıştır.

Güzellik söylemi; moda, güzellik ölçütleri, kozmetik ürünleri ve giyim ürünleri reklamları, estetik cerrahi endüstrisi ve benzeri güzellik endüstrilerinin pazarlama stratejileri ile kadınlara ulaştırılmakta; bu süreçte aktif olarak medya kullanılmaktadır. Medyanın çoğunlukla sosyal ağlara ve sosyal medya platformlarına doğru geçişi, diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık ve güzellik konularında da temel arzu, hedef ve endişelerin ifade mekanı olması sonucunu doğurmuştur. İnsanlar sahip oldukları değil, sahip olmak istedikleri güzellik ve sağlık imajlarına kavuşmak istemektedirler. Sosyal medya bir anda sıradan bir kişiyi adeta sahneye çıkarmakta ve onu paylaşımları ölçüsünde yıldızlaştırmaktadır. Yaygınlaşan ve kabul gören dönemin beden ve estetik algısı ile bireyler ötekilerden onay, beğeni, takdir almak uğruna bedenini kusursuzlaştırma yoluna gitmektedirler.

Sonuç:

Sonuç olarak; güzellik ve estetik kaygılarında sosyal medyanın rolü olduğu; estetik cerrah seçimi ve estetik uygulama talebinde sosyal medya paylaşımların etkili olduğu görülmüştür. Fakat kadın ve erkekler güzellik ve estetik paylaşımlarında sosyal medyanın güven ve doğru bilgi vermediğini düşünmektedirler. Güzellik ve estetik taleplerinize ulaşmada sosyal medyanın sosyal medya dışındaki kanallardan daha etkin olduğunu düşünmektedirler. Bu tablo sosyal medyanın insanların tercihlerinde, karar vermelerinde ne kadar önemli ve etkin olduğu sonucuna varmamızı sağlamıştır.

Kaynaklar:

1.Mironica A, Popescu C, George D, et al. (July 29, 2024) Social Media Influence on Body Image and Cosmetic Surgery Considerations: A Systematic Review. Cureus 16(7): e65626. DOI 10.7759/cureus.65626.

2.Dimitrov D, Kroumpouzos G. Beauty perception: A historical and contemporary review. Clinics in Dermatology (2023) 41, 33–40.

3.Türk GD, Bayrakcı S. Sosyal Medya ve Toplumda Değişen Estetik İşlem Yaptırma Algısı. AJIT-e: Bilişim Teknolojileri Online Dergisi 2019 Fall/Güz – Cilt/Vol: 10 Sayı/Issue: 39.

4.Özer P, Güzel Ş. Sosyal Görünüş Kaygısı Ve Sosyal Medya Bağımlılığının Estetik İşlem Yaptırma Algısı İle İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Yıl: 2023, Cilt: 14, Sayı: 40, 1412-1432.

5.Çakır H. Sosyal Medyada Bedensel Dış Görünüm Söyleminin Kadın Bedenini İnşası: Sosyolojik Bir Değerlendirme. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi (KMUEFAD) – Cilt/Volume 3, Sayı/Issue 2, 2020.

6.Seetan K, Yassin RY, Khamees A, Alzaqh M, Muhanna SIJ, Ananzeh G, Jubran MAA. The Effect of Social Media on the Decision to Have Aesthetics or Cosmetic Procedure: A Case-Control Study. Aesth Plast Surg (2025) 49:1469–1477.

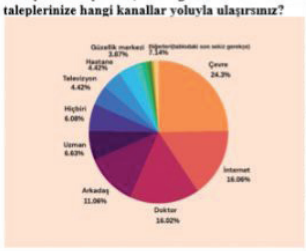
7.Barone M, Cogliandro A, Persichetti P. In Constant Search of ''Like'': How Technology and Social Media Influence the Perception of our Body. Aesth Plast Surg (2022) 46 (Suppl 1):S170–S171.

8.Huang J, Guo J. Letter on ''From Posts to Perceptions: Sentiment and Psychological Analysis of Aesthetic Enhancements on Social Media''. Aesth Plast Surg. doi. org/10.1007/s00266-025-04992-9.

Anahtar Kelimeler: güzellik, estetik, sosyal medya

Resim 1.

		Kadın (%72,93) Yaş ort.: 32,18		Erkek (%27,07) Yaş ort.: 28,73	
		Evet	Hayır	Evet	Hayır
1.Güzellik ve estetik kaygılarınızda sizce sosyal medyanın rolü var mıdır?		%72,73	%27,27	%71,43	%28,57
2.Sosyal medya güzellik ve estetik kaygılarınızı artırıyor mu?		%57,58	%42,42	%46,94	%53,06
3.Estetik cerrah seçimi ve estetik uygulama talebinizde sosyal medya paylaşımları etkili oluyor mu?		%65,15	%34,85	%46,94	%53,06
4.Güzellik ve estetik paylaşımlarında sosyal medyanın güven verdiğini düşünüyor musunuz?		%15,15	%84,85	%24,49	%75,51
5.Güzellik ve estetik paylaşımlarında sosyal medyanın doğru ve yeterli bilgi verdiğini düşünüyor musunuz?		%13,64	%86,36	%26,53	%73,47
6.Güzellik ve estetik taleplerinize ulaşmada daha çok sosyal medya mı etkili sosyal medya dışındaki kanallar mı?		sosyal medya	sosyal medya dışındaki kanallar	sosyal medya	sosyal medya dışındaki kanallar
		80,5	19,5	61,8	38,2
7.Sosyal medya dışında güzellik ve estetik taleplerinize hangi kanallar yoluyla ulaşırsınız?	1	çevre aracılığıyla			%24,3
	2	internet aracılığıyla			%16,06
	3	doktor aracılığıyla			%16,02
	4	arkadaş aracılığıyla			%11,6
	5	uzman aracılığıyla			%6,63
	6	hiçbir kaynak olmadan			%6,08
	7	televizyon aracılığıyla			%4,42
	8	hastane aracılığıyla			%4,42
	9	güzellik merkezi aracılığıyla			%3,87
	10	ünlüler aracılığıyla			%1,66
	11	estetik tecrübeleri ile			%1,65
	12	akraba aracılığıyla			%1,1
	13	dergi aracılığıyla			%0,55
	14	bireysel olarak			%0,55
	15	estetik yaptırmış biri aracılığıyla			%0,55
	16	Yüz yüze araştırma yoluyla			%0,55
	17	Makale aracılığı ile			%0,55



Tüm sorulara verilen cevaplar ve dağılım yüzdeleri.

P-320

S-Curve Lift Abdominoplasti: Pubik Elevasyon ve Bel Hattı Belirginleştirilmesi için Dual Scarpa Fasyası İlerletme Tekniği

Oğuz Çörtük[1], Alpay Duran[2], Sinem Eroğlu[1]

[1]Özel Muayenehane,Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul
[2]İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Abdominoplasti teknikleri ilk kez 1960'lı yıllarda tanımlanmış olmakla birlikte, geçen yıllar içerisinde daha güvenli ve estetik sonuçlar elde etmek amacıyla sürekli evrim geçirmiştir. Başlangıçta yalnızca deri flebinin düzenlenmesi ve rektus diyastazisinin onarımıyla sınırlı olan cerrahi, zamanla liposuction ve sınırlı diseksiyon yöntemleri ile desteklenmeye başlamıştır. Scarpa fasyası, abdominoplastide yalnızca anatomik bir sınır değil, aynı zamanda komplikasyonların azaltılması, ölü boşluğun elimine edilmesi ve daha estetik bir karın konturu sağlanmasında cerraha önemli avantajlar sunan kritik bir yapıdır. (1-5) Bu çalışmada klasik lipoabdominoplasti sırasında pubik bölgenin sarkmasını düzeltmek amacıyla superior yönde ilerletilen inferior tabanlı scarpa flebi ile bel hattını belirginleştiren bilateral inferomedial yönlü süperolateral scarpa fleplerinin, ultrasonik (UAL) (Lipo Saver, LHbiomed, Korea) ve güç (PAL) (MicroAire, Charlottesville, USA) destekli liposakşın sonrası klasik lipoabdominoplasti uygulamalarında kullanımı sunulmaktadır. Ameliyat sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar düzenli olarak kaydedilmiş, takip süresince gözlemlenmiştir. Bu yazıda cerrahi tekniğin ayrıntıları aktarılmakta, avantajları ve komplikasyonlar eşliğinde tartışılmaktadır.

Metod

Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun biçimde yürütülmüş ve tüm hastalardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Mayıs 2023 ile Ocak 2024 tarihleri arasında kliniğimizde S-Curve Lift Abdominoplasti uygulanan 74 ardışık hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; estetik amaçlı abdominoplasti planlanmış, en az altı aylık postoperatif takip süresi bulunan ve cerrahiye engel oluşturabilecek medikal sorunu olmayan olgulardan oluşmaktaydı. Mikrosirkülasyonu etkileyen hastalıkları bulunanlar, oral kontraseptif kullananlar, herediter kanama-pıhtılaşma bozukluğu olanlar ve revizyon abdominoplasti geçirenler çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm hastaların demografik verileri, vücut kitle indeksi (BMI) ve gelişen komplikasyonlar kaydedilmiştir. Cerrahi öncesinde her olguya abdominal konturun hazırlanması amacıyla UAL ve PAL kombinasyonu uygulanmıştır.

Cerrahi Teknik

Ameliyat öncesi planlama ayakta yapılmış, inferior insizyon hattı vulvanın yaklaşık yedi santimetre superiorundan işaretlenmiştir. Eksizyonun üst sınırı cilt fazlalığının palpasyonu ile preop belirlenmiş ancak nihayi eksizyon sınırı operasyon esnasında belirlenmiştir. Tüm ameliyatlar genel anestezi altında, supin pozisyonda gerçekleştirilmiş; süper-wet solüsyon infiltrasyonunu takiben UAL ve PAL ile derin, yüzeyel liposuction uygulanmıştır. Diseksiyon, orta hat boyunca ksifoid proses seviyesine kadar ilerletilmiş, subkostal sınır geçilmemiştir. Tüm olgularda rektus diyastazisi tek kat plikasyon ile onarılmıştır. Pubik bölgeden hazırlanan Scarpa fasyası flebi umblikusun inferiorunda rektus fasyasına tespit edilmiş, ayrıca abdominoplasti flebinin süperolateralinden hazırlanan scarpa flepleri inferomedial yönde ilerletilerek pubik scarpa fasyasına ve orta hatta rektus fasyasına sütüre edilmiştir. Böylece abdominal duvar, fasyal planda kapatılarak hem ölü boşluk ortadan kaldırılmış hem de pubik elevasyon ve bel hattında karakteristik bir "S-curve" etkisi sağlanmıştır. (Fig. 1) Kanama kontrolünü takiben iki hemovac dren yerleştirilmiş, flep derin ve yüzeyel subkutanöz ile intradermal sütürlerle, hasta 30–45° fleksiyon pozisyonundayken kapatılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 74 hasta (71 kadın, 3 erkek) en az altı, en fazla on sekiz ay süreyle takip edilmiştir. Ortalama yaş 37,9 yıl, ortalama BMI ise 28,4 kg/m² idi. Tüm olgulara ameliyat öncesinde UAL ve PAL kombinasyonu ile liposuction uygulanmış ve deri altı yağ dokusu inceltilerek kontur belirginleştirilmiştir. Komplikasyonlar arasında bir hastada minör yara açılması, iki hastada seroma, bir hastada yağ nekrozu gelişmiştir. Yara açılması lokal bakım ile, seromalar üçer gün arayla yapılan üç aspirasyon seansı ile tedavi edilmiştir. Pubik bölge insizyon hattında gelişen yağ nekrozu ise VAC tedavisi ve oral antibiyotik tedavisi sonrası lokal anestezi altında debridman ve primer onarım ile kapatılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Orta hatta yapılan plikasyon karın ön–arka boyutlarını düzeltmede etkili olsa da bel konturunu belirginleştirmede yetersiz kalmaktadır. Bu noktada scarpa fasyasının ve/veya derin yağ dokusunun korunmasının komplikasyon oranlarını azaltabileceği yönünde pek çok çalışma mevcuttur. (1-5) Scarpa fasyasının korunmasının seroma ve cilt nekrozunu

azaltması, liposuction'un daha güvenle yapılmasına olanak tanıması, ödemi sınırlaması ve flep kalınlığındaki düzensizlikleri önlemesi gibi avantajları olduğu bildirilmiştir. (6,7) Friedman ve arkadaşları, Scarpa fasyasının üzerinde diseksiyon yapılırsa karın duvarının lenfatik drenajının% 17'sine kadarının korunduğunu öne sürdüler. (8) Bununla birlikte, Scarpa fasyasının altında yer alan ve Subscarpal Lipo-Aponeurotic System (SLAS) olarak tanımlanan yeni anatomik tabaka, abdominoplasti cerrahisine farklı bir bakış açısı kazandırmıştır. (9) İnferior ve süperolateral tabanlı scarpa fleplerinin kolayca ilerletilebilmesi, bu tekniği hemen hemen tüm abdominoplasti tiplerinde uygulanabilir hale getirmektedir. Bu tekniğin anatomik fasyal sistemi kısmen korunurken abdominal lenfatiklerin devamlılığı da desteklediğini öngörmekteyiz. Tekniğin pubik bölgeyi yükseltmesi, ölü boşluğu ortadan kaldırarak seroma ve hematom riskini azaltması ve flep kenarlarındaki gerginliği hafifletmesi önemli avantajlarındandır. Özellikle düşük BMI'ye sahip hastaların bu teknikten daha fazla yarar gördüğünü düşünmekteyiz. İnce subscarpal ve subkutanöz yağ dokusu sayesinde fasyal kontur daha görünür hale gelmekte, lifting etkisi daha belirgin olmaktadır. Böylece karın konturunda hem fonksiyonel hem de estetik açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmektedir.

Kaynaklar

1. Espinosa-de-los-Monteros A, de la Torre J, Rosenberg LZ, et al. Abdominoplasty with total abdominal liposuction for pa- tients with massive weight loss. Aesthetic Plast Surg. 2006;30: 42–46.

2. Saldanha OR, De Souza Pinto EB, Mattos WN Jr, Lucon RL, Magalhaes F, Bello EM. Lipoabdominoplasty without under- mining. Aesthet Surg J. 2001;21:518–526.

3. Saldanha OR, De Souza Pinto EB, Mattos WN, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. Aes- thetic Plast Surg. 2003;27:322–327.

4.Le Louarn C. Partial subfascial abdominoplasty: Our technique apropos of 36 cases. Ann Chir Plast Esthet. 1992;37:547–552.

5.LeLouarnC.Partialsubfascialabdominoplasty. AestheticPlast Surg. 1996;20:123–127.

6.Costa-Ferreira A, Rebelo M, Vásconez LO, Amarante J. Scarpa fascia preservation during abdominoplasty: a pro- spective study. Plast Reconstr Surg. 2010;125(4):1232-1239.

7. Fang RC, Lin SJ, Mustoe TA. Abdominoplasty flap elevation in a more superficial plane: decreasing the need for drains. Plast Reconstr Surg. 2010;125(2):677-682.

8. Friedman T, Coon D, Kanbour-Shakir A, Michaels J 5th, Rubin JP. Defining the lymphatic system of the anterior abdominal wall: an anatomical study. Plast Reconstr Surg. 2015;135(4):1027-1032.

9. Yoram W, Weissman O, Dima H at al.. Biplanar Lipoabdominoplasty: Introducing the Subscarpal Lipo Aponeurotic System. Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open 10(1):p e4000,2022.

Anahtar Kelimeler: Scarpa, Flep, Abdominoplasti, Stroma, S-Curve, Pubis

Figure 1

a-İnferior pubik scarpa flebinin inferoumblikal bölgeye ilerletilmesi b-Superolateral scarpa fleplerinin inferomediale ilerletilmesi c-Inferior ve superolateral scarpa fleplerinin kas fasyasına tespiti d-Scarpa fleplerinin adaptasyonu sonrası kalan ölü alan

P-322

Estetik Cerrahi Karar Süreçlerinde Sosyal Medyanın ve Dismorfik Eğilimin Rolü

Fatma Kilvan Cansı, Dilara Sabur, Abdullah Yavuz, Deniz Arjen Baran, Haydar Perdeci, Muhammed Mustafa Demirok, Mehmet Göktuğ Esmer, Ragıp Ruhat Balık, Cem Yılmaz, Mustafa Mert Okumuş, Hikmet Can Doğruel, Merdan Serin

istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Amaç:

Bu çalışmada estetik cerrahi hastalarının sosyal medya kullanım alışkanlıklarının cerrahi karar sürecine etkileri araştırılmış, cinsiyet, yaş ve eğitim durumu ile ilişkileri istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem:

Eylül 2024 ve Temmuz 2025 tarihleri arasında kliniğimizde estetik operasyon geçiren sonrasında kontrole gelen toplam 174 hastaya sosyodemografik veriler, sosyal medya kullanımını ve dismorfik eğilimi ile bilgileri sorgulamayı amaçlayan 16 soruluk anket uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS-27 programı ile analiz edilmiş

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 35,7 ± 12,6 olup, %71,3'ü kadın ve %28,7'si erkektir. En sık kullanılan platform Instagram (%50,6), ardından Facebook (%23) gelmiştir. Cinsiyet ile sosyal medya etkisi arasında anlamlı ilişki bulundu ($p = 0,029$); kadınlarda etkilenme oranı daha yüksektir. Yaş ile sosyal medya etkisi arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$); genç hastalar daha fazla etkilenmiştir. Eğitim durumu ile sosyal medya kullanım süresi ilişkili bulundu ($p = 0,028$); lise mezunları daha uzun süre sosyal medya kullanmaktadır. Genel olarak sosyal medya içerikleri karar sürecine en sık "az" (%52,9) düzeyde etki etmiştir.

Sonuç:

Sosyal medya estetik cerrahi karar süreçlerinde özellikle genç ve kadın hastalarda daha etkili bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça kullanım süresi azalmakta, yaş ilerledikçe sosyal medya etkisi zayıflamaktadır. Klinik uygulamada sosyal medya kaynaklı beklentilerin değerlendirilmesi hasta memnuniyeti açısından önemlidir.

Kaynaklar:

1. Mironica A. Social media's emphasis on visual aesthetics fosters body dissatisfaction… Systematic Review; 2024.

2. Alduosari M. Social media shapes cosmetic surgery intentions among Kuwaiti youth; Frontiers in Digital Health 2025.

3. Veras EM. Influence of Social Media Filters on Plastic Surgery… Cureus 2025.

4. USA insights: Over 50% influenced by social media in cosmetic surgery choices, Instagram leads.

5. Body Dysmorphic Disorder and "Snapchat Dysmorphia": Filtered selfies drive unrealistic expectations, BDD prevalence highlighted.

6. Effects of COVID-era social media & photo editing on cosmetic desires: statistically significant influence.

Anahtar Kelimeler: estetik cerrahi, sosyal medya, dismorfik eğilim

Sosyal Medya Kullanım Özellikleri ve Demografik Veriler

değişken	n sayı veya ortalama
Yaş (yıl)	35,7 ± 12,6
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	124 (%71,3) / 50 (%28,7)
En sık kullanılan platform	Instagram (%50,6)
Facebook kullanımı	40 (%23,0)
X (Twitter) kullanımı	28 (%16,1)
TikTok kullanımı	3 (%1,7)
Günlük kullanım süresi 1-2 saat	76 (%43,7)
Estetik içerik etkisi - Az	92 (%52,9)
Filtre etkisi - Orta	84 (%48,3)

anketi cevaplayan hastalrın verilerinin tablosu

P-323

Infrasonik Liposuction ile Vücut Şekillendirme ve Yağ Grefti ile Gluteoplasti

Mehmet Ali Çoban[1], Çağrı Berk Çimen[1], Abdulkadir Sezgin[1], Emin Sır[2]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Serbest Hekim, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah, İzmir

Giriş

Vücut şekillendirme cerrahisi, son yıllarda teknolojik gelişmeler ve cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler sayesinde önemli bir dönüşüm geçirmiştir. High definition liposuction (HDL), yalnızca yağ dokusunun uzaklaştırılmasını değil, aynı zamanda altta yatan kas anatomisinin belirginleştirilmesini hedefleyen gelişmiş bir liposuction yöntemidir. İnfrasonik cihazlar ve özel kanül sistemlerinin kullanılmasıyla, daha iyi kontur ve üç boyutlu estetik görünüm elde edilebilmektedir.

İnce bel ve geniş popo geçişten bugüne kadınların doğurganlığını vurgulayan en önemli anatomik göstergelerden biri olmuştur. Gebelik ve emzirmede bipedal stabilite ve zengin yağ asitlerinin infant beyninin gelişmesi için yararlı olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmada kliniğimizde yapılan infrasonik vücut şekillendirme ve yağ grefti ile gluteoplasti hastalarımızın sonuçlarının gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışma, kliniğimizde 2019-2023 tarihleri arasında bu operasyonu geçiren toplam 247 hastayı kapsamaktadır. Bu hastalara yüksek volüm liposuction ve elde edilen yağ ile aynı seansta yapılan gluteal şekillendirme işlemi yapılmıştır. Tüm hastalardan operasyon öncesinde bilgilendirilmiş onam alınmış ve standart preoperatif laboratuvar tetkikleri yapılmıştır. Demografik veriler (yaş, cinsiyet, boy, kilo, VKİ), operasyon süreleri, uygulanan bölgeler ve kullanılan teknik parametreler kaydedilmiştir.

Operasyon Tekniği

Ameliyat öncesi hasta ayakta iken ayrıntılı anatomik işaretleme yapıldı. Orta hat çizildikten sonra rektus lateralleri belirlendi ve çizildi. Kosta ve inferiordanki alanlar işaretlendikten sonra umblikal bölge belirginleştirildi. Bel bölgesinde asistan yardımıyla üst gluteal kıvrım çizgisi çizildi ve yağ enjeksiyonu yapılacak lateral trokanterik bölgeler hasta supin pozisyonda iken bacakları açılarak belirlendi.

Operasyon

Hastalar supin pozisyonda kollar açık olarak ameliyata alındı. Karın 10 bölge ve 7 delik olacak şekilde yaklaşık 3000 cc tümesan mayi verildi. 5 numaralı 10 delikli kanül yardımıyla derin plandan yağ aspiratı alındı ve kavanozda toplandı. Gluteal şekillendirme için yeteri kadar yağ alındıktan sonra her bölgeye yaklaşık 1-2 dakika ultrasonik cihaz ile lipoemülsifikasyon uygulandı ve ultrasonik cihaz ile lipoemülsifikasyon sonrası yağ dokuları toplanmadı ve atıldı. Hastanın pozisyonu değiştirilmeden önce her iki trokanterik bölgeye yaklaşık 180 cc yağ enjeksiyonu yapıldı ve hasta prone pozisyona alındı. Kavanozda kalan yağlar eşit olacak şekilde her iki gluteal bölgeye enjekte edildi (ortalama 900-1800 cc). Daha sonra bel bölgesine liposuction uygulandı. İnsizyonlar onarılmadı ve dren yerleştirilmedi. Kuyruk sokumu bölgesine agresif liposuction yapılan vakalarda o bölgeye baskılı pansuman yapılarak korse giydirildi ve operasyona son verildi. Hastalar odasına alınır alınmaz yüz üstü yatırıldı (ortalama 6 hafta) ve ilk 6 saatte hastalar yürütüldü. Postoperatif 2. Gün hastanın korsesi çıkartılarak banyo yaptırıldı ve yeni korse giydirilerek taburcu edildi.

Bulgular

Toplam [247] hasta [240] kadın, [7] erkek çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş [36.9] yıl, ortalama VKİ [30.7] kg/m² idi. Ortalama aspirasyon hacmi [6.8] litre, ortalama enjeksiyon miktarı [1112] cc operasyon süresi ortalama [2.5] saat, takip süresi [12] ay olarak belirlendi. Operasyon sonrası 2 hastada gluteal bölgede yağ enjeksiyonu yapılan alanlarda nekroz gelişti. Hasta pansuman ile toparlandı. 6 hastada erken dönemde yağ nekrozu gelişti ve bunlar stab insizyon ile boşaltıldı. 11 hasta glueal şekillenmenin ve büyümenin yeterli olmadığını belirterek ikinci kere ameliyat talep etti. Hastalar yaklaşık 3-4 kilo aldıktan ve ortalama 12 ay sonrası tekrar ameliyat edildi.

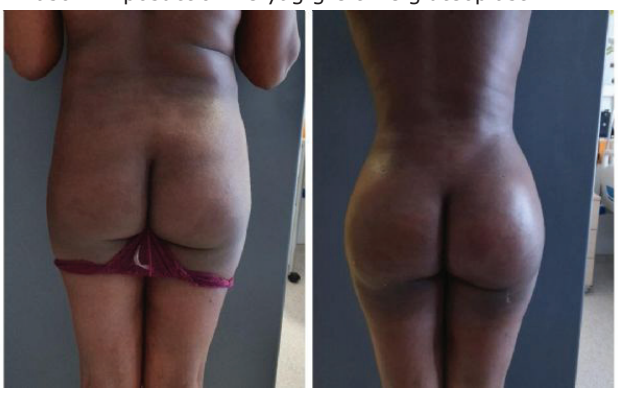
Sonuç

Kendi merkezimizde uyguladığımız infrasonik liposuction ve yağ grefti ile gluteal şekillendirme operasyonları, uygun hasta seçimi ve doğru cerrahi teknikle yüksek estetik memnuniyet sağlamaktadır. Vücut kontürlerini belirginleştirme amacıyla yapılan bu özel liposuction yaklaşımı, vücut şekillendirme cerrahisinde güvenilir ve etkili bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

Bu sonuçlar, infrasonik liposuctionın modern estetik cerrahi pratiğinde giderek daha önemli bir yer edindiğini göstermektedir. Gelecekte daha geniş hasta serileri ve uzun dönem takiplerle, tekniğin kalıcılığı ve hasta memnuniyetine etkisi üzerine daha ayrıntılı veriler elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: High-definition liposuction, Liposculpture, Ultrasonik cihaz ile lipoemülsifikasyon, Vücut şekillendirme cerrahisi, Yağ grefti

İnfrasonik liposuction ve yağ grefti ile gluteoplasti



İnfrasonik liposuction ve yağ grefti ile gluteoplasti postoperatif 14. gün

P-326

Gerilim Azaltıcı Bantların Mastopeksi–Augmentasyon Cerrahisinde Yara Açılması ve Protez Ekspozisyonu Üzerine Etkisi

Uğur Çelik[1], Fatih Çınar[2]
[1]ugur celik muayenehanesi; istanbul
[2]fatih cinar muayenehanesi; istanbul

Amaç: Meme dikleştirme ve protez yerleştirme ameliyatları sonrası yara açılması ve protez ekspozisyonu, hasta memnuniyetini olumsuz etkileyen ciddi komplikasyonlardır. Bu çalışmanın amacı, ameliyat sırasında kullanılan gerilim azaltıcı bantların yara açılması ve meme protezi ekspozisyonu üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntemler: Ocak 2021 – Aralık 2023 arasında kliniğimizde gerçekleştirilen 44 primer mastopeksi–augmentasyon olgusu retrospektif olarak incelendi. Olgular, iki gruba ayrıldı: gerilim azaltıcı bant kullanılan grup (n=22) ve standart kapatma yapılan kontrol grubu (n=22). Tüm olgular demografik özellikler, cerrahi süre, protez hacmi, yara açılması, enfeksiyon ve protez ekspozisyonu açısından karşılaştırıldı. Ortalama takip süresi 18 aydı.

Bulgular: Bant kullanılan grupta yara açılması oranı %3,2 iken, kontrol grubunda %14,5 olarak saptandı (p=0,018). Protez ekspozisyonu, bant grubunda yalnızca 1 olguda (%1,6) görülürken, kontrol grubunda 6 olguda (%9,7) gözlendi (p=0,042). Enfeksiyon oranlarında anlamlı farklılık izlenmedi (p>0,05). Hasta memnuniyet skorları (FACE-Q Breast Satisfaction) bant grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulundu (ortalama 82,4 vs. 73,1; p=0,021).

Sonuç: Gerilim azaltıcı bantların mastopeksi–augmentasyon cerrahilerinde kullanımı, yara açılması ve protez ekspozisyonu oranlarını belirgin biçimde azaltmaktadır. Bu yöntem, özellikle yüksek riskli olgularda (ince cilt, büyük protez hacmi, sigara öyküsü) güvenli ve etkili bir destekleyici önlem olarak önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme dikleştirme, protez, yara açılması

P-327

Medial Kantal Bölge Defektlerinde Tek Aşamalı Optimize Alın Flebi: Düşük Rotasyon Açısının Avantajları

Fatih Çınar
fatih cinar muayenehanesi

Amaç:

Medial kantal bölge defektlerinin rekonstrüksiyonu estetik ve fonksiyonel açıdan zorluklar barındırmaktadır. Geleneksel alın flepleri genellikle geniş rotasyon açıları gerektirir ve bu da donör alanda gerginlik, kaş asimetrisi ve kontur düzensizliklerine yol açabilir. Bu çalışmanın amacı, düşük rotasyon açısıyla optimize edilmiş tek aşamalı alın flebinin güvenliğini, estetik sonuçlarını ve komplikasyon oranlarını değerlendirmektir.

Yöntem:

2020–2024 yılları arasında medial kantal bölge defekti nedeniyle optimize alın flebi ile rekonstrüksiyon yapılan 32 hasta retrospektif olarak incelendi. Flep tasarımında düşük rotasyon açısı (<= 30°) kullanıldı. Hastalar komplikasyonlar, vasküler güvenilirlik, kontur uyumu ve estetik memnuniyet açısından değerlendirildi. Estetik sonuçlar hem cerrah hem de hasta tarafından 5'li Likert skoru ve FACE-Q anketi ile ölçüldü.

Bulgular:

Tüm olgularda flep tamamen yaşadı (%100). Ortalama defekt boyutu 1,8 cm idi. Erken dönemde yalnızca 2 hastada minör epidermolizis (%6,2) görüldü, ileri komplikasyon (nekroz, hematom, flep kaybı) gelişmedi. Donör alanda belirgin kaş çekilmesi veya frontal kontur bozukluğu izlenmedi. Estetik sonuçlar cerrah değerlendirmesinde ortalama 4,6/5, hasta memnuniyetinde ise 91/100 olarak kaydedildi.

Sonuç:

Düşük rotasyon açısıyla optimize edilen alın flebi, medial kantal bölge defektlerinin tek aşamalı rekonstrüksiyonunda güvenli, öngörülebilir ve estetik açıdan üstün bir yöntemdir. Bu yaklaşım, klasik alın fleplerine kıyasla daha az donör saha morbiditesi, daha iyi kontur uyumu ve yüksek hasta memnuniyeti sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: alın flebi, düşük rotasyon açısı, rekonstrüksiyon

P-328

Selülit: Etiyopatogenez, Anatomik Temeller ve Güncel Tedavi Yaklaşımları

Hasan Büyükdoğan, Alpay Duran
Özel Muayenehane, İstanbul

Amaç:

Selülit, kadınların yaklaşık %80–90'ını etkileyen, yaşam kalitesi üzerinde estetik ve psikososyal etkiler yaratan kronik bir durumdur. Bu bildirinin amacı, selülitin sebeplerini, anatomik zeminini ve güncel tedavi modellerini özetleyerek plastik cerrahi pratiğinde yol gösterici bir bakış açısı sunmaktır.

Yöntem:

Son 15 yıl içerisinde yayımlanmış klinik ve deneysel çalışmalar sistematik biçimde gözden geçirilmiştir. Selülitin patofizyolojisi, histolojik bulguları, anatomik özellikleri ve tedavi sonuçlarını raporlayan yayınlar değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Selülit oluşumunda temel mekanizmalar arasında fibröz septaların kısalması ve cildi aşağıya çekmesi, subkutan yağ lobüllerinin dermise doğru protrüzyonu, mikrosirkülasyon bozuklukları ve hormonal faktörler yer almaktadır. Kadınlarda vertikal septa dizilimi, erkeklerdeki oblik organizasyona kıyasla selülit gelişimini kolaylaştırmaktadır. Tedavi yaklaşımları üç ana grupta öne çıkmaktadır:

Non-invaziv Yöntemler: radyofrekans, lazer, akustik dalga tedavileri, enjeksiyon ajanları. Minimal invaziv teknikler: subsizyon, fibröz septa serbestleştirici cihazlar, enzimatik tedaviler (ör. kollajenaz). Cerrahi seçenekler: liposuction modifikasyonları ve kombine girişimler.

Sonuç:

Selülit, basit bir estetik problemden öte, kompleks bir anatomi ve patofizyolojiye dayanan kronik bir durumdur. Selülit, multifaktöriyel patogenezi nedeniyle tek başına bir yöntemle kalıcı olarak çözülememektedir. Tedavi, bireyselleştirilmiş yaklaşımlarla, anatomik düzeydeki değişikliklerin hedeflenmesi üzerine kurulmalıdır. Hasta memnuniyeti en çok fibröz septa hedefleyen tedavilerde raporlanmıştır. Anatomik düzeydeki değişikliklerin hedeflenmesi ve multimodal yaklaşımların entegrasyonu, plastik cerrahi pratiğinde daha tatmin edici ve uzun süreli sonuçlar sağlayacaktır.

Kaynakça

1- Sadick, Neil. "Treatment for cellulite." International journal of women's dermatology 5.1 (2019): 68-72.

2- Avram, Mathew M. "Cellulite: a review of its physiology and treatment." Journal of Cosmetic and Laser Therapy 6.4 (2004): 181-185.

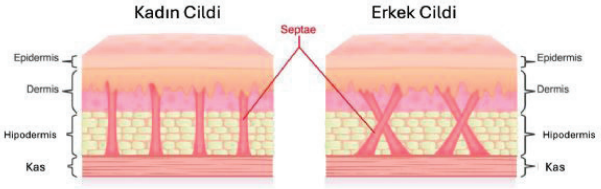
3- Khan, Misbah H., et al. "Treatment of cellulite: part I. Pathophysiology." Journal of the American Academy of Dermatology 62.3 (2010): 361-370.

4- Khan, Misbah H., et al. "Treatment of cellulite: Part II. Advances and controversies." Journal of the American Academy of Dermatology 62.3 (2010): 373-384.

5- Menon, Ambika, et al. "A Clinical Guide to the Treatment of Cellulite and Comprehensive Review of the Etiology, Pathophysiology, and Utility of Intervention." Aesthetic Plastic Surgery 48.10 (2024): 1985-1992.

Anahtar Kelimeler: dermis, fibröz septa, lokal anestezi, selülit, subkutan anatomi

Figür 1



P-329

SeluLIFT: Selülit Tedavisinde Hedefli Doğrulanabilir Subsizyon ve Poli-L-Laktik Asit Kombinasyonunun Klinik Etkinliği

Hasan Büyükdoğan

Dr. Hasan Büyükdoğan Muaynehanesi, İstanbul

Amaç:

Selülit, estetik kaygılar ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratan, multifaktöriyel patogeneze sahip kronik bir durumdur. Bu çalışmanın amacı, selülit tedavisinde hedefli doğrulanabilir subsizyon tekniği ile poli-L-laktik asit (PLLA) enjeksiyonlarının kombine kullanımının klinik etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem:

Toplam 17 kadın hasta, selülit görünümünden şikâyetçi olmaları üzerine kombine tedaviye alındı. Öncelikle fibröz septaların serbestleştirilmesi amacıyla hedefli doğrulanabilir subsizyon uygulandı. 14 hastaya subsizyon ardından dermal neokolajenogenez ve doku hacimlenmesini artırmak amacıyla poli-L-laktik asit enjeksiyonları yapıldı. 3 hastaya sadece subsizyon uygulandı, 1 hastaya ilaveten yağ greftlemesi işlemi yapıldı. Hastalar tedavi öncesi ve tedaviden 1 ay sonra BODY-Q Cellulite Scale ile değerlendirildi.

Bulgular:

Tüm hastalarda selülit görünümünde belirgin düzelme kaydedildi. Ortalama BODY-Q Cellulite Scale skorları anlamlı şekilde arttı ($p<0.05$). Hasta memnuniyet oranı yüksek olup, komplikasyonlar geçici ve hafif düzeydeydi (ekimoz, ödem). Hiçbir olguda ciddi yan etki rapor edilmedi. Kombinasyon tedavisinin, tek başına subsizyon tedavisine kıyasla daha tatmin edici sonuçlar sağladığı gözlendi.

Sonuç:

Hedefli doğrulanabilir subsizyon ile poli-L-laktik asit enjeksiyonlarının kombine kullanımı, selülit tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu yaklaşım, hem mekanik hem biyolojik mekanizmaları hedefleyerek hasta memnuniyetini artırmakta ve uzun dönem sonuçlarda umut vadetmektedir. Daha geniş hasta serileri ile randomize kontrollü çalışmaların yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: BODY-Q, dermis, poli-L-laktik asit, selülit, subkutan, subsizyon

Figür 1



P-331

Post-bariatrik abdominoplasti hastalarında seroma insidansı

Rana Kapukaya[1], Gazi Kutalmış Yaprak[2], Ensari Yavuz[2], Ömer Kokaçya[2], İhtişam Zafer Cengiz[3], Halil İbrahim İnal[1], Asena Ayça Özdemir[4], Selim Polat[5]

[1]Sbü Adana Tıp Fakültesi Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi
[3]Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi
[4]Mersin Üniversitesi Tıp Eğitimi Departmanı
[5]Sbü Adana Tıp Fakültesi Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları Bölümü

Giriş: Abdominoplasti, bariatrik cerrahi sonrası en sık uygulanan vücut şekillendirme prosedürüdür. Post-bariatrik hastalarda komplikasyonlar, değişmiş vücut kompozisyonu ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle farklılık göstermektedir. Bu çalışmada postoperatif komplikasyonlar ve risk faktörleri incelenmiş, özellikle liposuction hacminin ve psikiyatrik komorbiditelerin etkileri araştırılmıştır.

Yöntemler: 2018–2023 yılları arasında abdominoplasti uygulanan hastalar üzerinde retrospektif kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Değerlendirilen değişkenler arasında yaş, cinsiyet, BMI, cerrahi rezeksiyon ağırlığı, liposuction hacmi, rektus diastazisi onarımı, psikiyatrik komorbiditeler, sigara kullanımı ve postoperatif komplikasyonlar yer almıştır.

Bulgular: Toplam 124 hasta (91 kadın, 33 erkek; ort. yaş 38,99 yıl) incelenmiştir. Bariatrik cerrahi öyküsü olan hastalarda (n=62) psikiyatrik komorbiditeler ve rektus diastazisi onarımı daha yüksek oranda görülmüştür. Bariatrik olmayan hastalarda (n=62) ise rezeksiyon ağırlığı daha fazla, liposuction hacmi daha yüksek ve seroma insidansı daha sık bulunmuştur. Seroma riski liposuction

hacmi (p=0,002), BMI (p<0,05) ve sigara kullanımı (p<0,05) ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Psikiyatrik komorbiditeler, uzamış yara iyileşmesi ile korelasyon göstermiştir.

Sonuç: Bariatrik cerrahi sonrası vücut şekillendirme operasyonlarındaki komplikasyon oranları; BMI, komorbiditeler ve cerrahi tekniklerden etkilenmektedir. Daha yüksek komplikasyon oranlarına rağmen, post-bariatrik hastalarda seroma insidansı daha düşük saptanmıştır. Bu durum, daha az liposuction hacmi ve değişmiş cilt altı doku kompozisyonu ile açıklanabilir. Optimal sonuçlar için kapsamlı preoperatif değerlendirme gereklidir.

Anahtar Kelimeler: abdominoplasti, bariatrik cerrahi, komplikasyonlar, risk faktörleri, seroma, liposuction

P-332

Direkt Lip Lifte Dönüş: Yenilenen Endikasyonlar ve Avantajlar

Özlem Özgür, Aslı Datlı

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

Arka plan: Yüz estetiğinde en sık başvurulan uygulamalardan biri olan yapay dudak dolguları, minimal invaziv bir yöntem olması sebebiyle hastalar tarafından tercih edilse de sonuçları geçicidir. Öte yandan, cerrahi dudak kaldırma yöntemi kalıcı sonuçlar için ve cerraha dudak konturunu düzeltebilme özgürlüğünü verdiği için seçilebilir.

Amaç: Bu çalışma, cerrahi dudak kaldırma tekniklerinden subnazal (bull-horn) Teknik ve direkt lip lift tekniklerinin endikasyonları, avantaj ve dezavantajlarını ve sonuçlarını karşılaştırmayı amaçlamıştır.

Metod: Kliniğimizde son üç yılda yapılan, direkt veya bull-horn lip lift ameliyatı geçiren hastaların preop ve postop fotoğraflandırmaları yapılmıştır. Hasta memnuniyeti araştırılmış ve uzun dönem sonuçlar takip edilmiştir.

Sonuçlar: Subnazal lip lift tekniğiyle ulaşılamayan dudak köşelerine ve Cupid's bow üzerine hakimiyeti açısından, direkt lip lift tekniğinde dudak şekli cerrah tarafından daha özgürce düzeltilebilmektedir. Bu durum, hasta memnuniyetini arttıran sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır. Direkt lip lift, dudak gençleştirilmesi ve transgender ameliyatlarında tercih edilebilir bir tekniktir. Ayrıca, bull-horn teknikle memnuniyet elde edilemeyen hastalarda revizyon cerrahisi planlanırken tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: dudak dolgusu, dudak işlemleri, dudak kaldırma, lip lift, minimal invaziv

Postop 1. hafta



P-333

Derin Plan Yüz Germe Ameliyatlarında Kinezyo Bant Uygulamasının Skar Kalitesi Üzerine Etkisi: 50 Olguluk Klinik Deneyim

Fatih Çınar[1], Uğur Çelik[2]

[1]fatih cinar muayenehanesi
[2]ugur celik muayenehanesi

Amaç

Derin plan yüz germe ameliyatları, özellikle preauriküler ve retroauriküler bölgelerde yapılan insizyonların görünürlüğü nedeniyle yüksek estetik hassasiyet gerektiren girişimlerdir. Bu çalışmada, ameliyat sonrası dönemde insizyon hattına uygulanan kinezyo bantlarının skar kalitesi üzerindeki etkileri incelenmiş, sonuçlar hem klinik parametreler hem de hasta geri bildirimleri ile değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 2020–2024 yılları arasında derin plan yüz germe operasyonu geçiren toplam 50 hasta dahil edildi. Tüm hastalarda standart derin plan tekniği uygulanarak SMAS–platysma kompleksi derininde disseksiyon yapıldı ve retaining ligamentler serbestleştirildi. Hastalar rastgele iki gruba ayrıldı: ilk grupta insizyon hattına postoperatif birinci günden itibaren üç hafta süreyle kinezyo bant uygulandı (n=25), ikinci grupta ise herhangi bir bant kullanılmadı (n=25). Ortalama 18 aylık takip süresince skar kalitesi Vancouver Scar Scale (VSS) ve Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS) ile değerlendirildi. Ayrıca cerrahların ve hastaların genel memnuniyet skorları kaydedildi.

Bulgular

Kinezyo bant uygulanan grupta erken dönemde ödem ve eritem daha düşük seyretti, hipertrofik skar oranı ise kontrol grubuna göre belirgin ölçüde daha azdı. On ikinci ayda yapılan değerlendirmelerde, VSS skorları bant kullanılan grupta ortalama 1.3 iken, bant kullanılmayan grupta 2.9 olarak bulundu (p=0.02). POSAS ile yapılan hasta memnuniyet skorları ise sırasıyla 8.5 ve 7.0 olarak kaydedildi (p<0.05). Özellikle preauriküler ve tragal bölgelerde renk uyumu, skar genişliği ve kontur açısından kinezyo bant uygulanan grupta daha iyi sonuçlar elde edildi.

Sonuç

Derin plan yüz germe ameliyatlarında insizyon hattına uygulanan kinezyo bantları, skar kalitesini belirgin ölçüde iyileştirmekte ve hasta memnuniyetini artırmaktadır. Yüksek estetik beklenti taşıyan yüz bölgesinde cerrahlar için güvenilir, etkin ve basit bir yöntem olarak önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: derin plan, yüz germe, skar kalitesi

P-334

Redüksiyon Mamoplasti Sonrası T Hattı Nekrozunu Etkileyen Faktörler

Tahir Aziz Eser, Bilgen Can, Emrah Işıktekin
Balıkesir Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Amaç

Redüksiyon mamoplasti; makromastiye bağlı sırt ağrısı, omuz çökmesi ve intertrigo gibi fiziksel şikâyetleri gidermede etkili bir yöntemdir. En sık kullanılan Wise pattern insizyonu, fazla deri dokusuna kolay müdahale imkânı sağlasa da T hattında yara iyileşme sorunlarıyla ilişkilidir. Bu çalışmada, gecikmiş yara iyileşmesine neden olduğu bilinen faktörlerin T hattı üzerine özgün etkileri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2020 – Ağustos 2021 arasında Wise pattern tekniği ile redüksiyon mamoplasti uygulanan 56 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı, ek hastalıklar ve rezeksiyon hacminin T hattı dehissansı ile ilişkisi analiz edildi. Kombine etkiler çok değişkenli lojistik regresyon ile incelendi.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 44,3 yıl, ortalama VKİ 26,0 kg/m² idi. %55,4'ü sigara kullanmaktaydı, %13'ünde ek hastalık mevcuttu. T hattı dehissansı oranı %28,6 bulundu. Sigara kullanımı ve artmış VKİ anlamlı risk faktörleri idi (P=0,018 ve P=0,022). Sigara öyküsü T hattı dehissansı riskini 8,5 kat artırmaktaydı. Yaş, rezeksiyon hacmi ve komorbiditeler ile anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç

Redüksiyon mamoplasti sonrası T hattında dehissans gelişiminde en önemli risk faktörleri sigara kullanımı ve yüksek VKİ'dir. T hattı dehissansı sadece gecikmiş yara iyileşmesi olarak değil, flep perfüzyon sorunu olarak değerlendirilmelidir. Yüksek riskli hastalarda preoperatif önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mamoplasti, Sigara, T hattı, Vücut kitle indeksi, Wise pattern, Yara iyileşmesi

P-335

Meme küçültme ameliyatı sonrası histopatolojik bulguların incelenmesi

İhtişam Zafer Cengiz[1], Nisa Nur Çelik[2], Rana Kapukaya[2]
[1]Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, PLASTİK Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
[2]Sbü Adana Tıp Fakültesi Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Servisi

Giriş:

Meme küçültme ameliyatı, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahide en yaygın prosedürlerden biridir. Hem semptomatik rahatlama sağlamak hem de yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanır. Meme dokusundan elde edilen örneklerin histopatolojik incelemesi, semptomu olmayan hastalarda proliferatif değişikliklerin, atipik hiperplazilerin ve gizli meme kanserinin erken evrede tespit edilmesini sağlar. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde son 7 yılda meme küçültme operasyonu yapılan hastaların histopatolojik tanılarını ve ilişkili risk faktörlerini değerlendirmektir.

Materyal-Metod:

Ekim 2018 – Temmuz 2025 tarihleri arasında, meme küçültme ameliyatı yapılmış, 168 kadın hastaya ait data retrospektif olarak incelendi. Yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), ailede meme kanseri öyküsü ve operasyon tekniği kaydedildi. Operasyon sonrası çıkarılan meme dokuları histopatolojik olarak incelendi; proliferatif değişiklikler, atipik hiperplazi, karsinoma in situ ve invaziv meme kanseri varlığı değerlendirildi.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 42 ± 11 yıl, VKİ ortalaması 29.4 ± 4.7 kg/m² idi. Aile öyküsü pozitif hasta sayısı 14 (%8,3) olarak saptandı. Histopatolojik incelemede: normal meme dokusu 102 (%60,7), proliferatif değişiklikler 44 (%26,2), atipik hiperplazi 12 (%7,1), gizli karsinoma in situ 8 (%4,8) ve invaziv meme kanseri 2 (%1,2) olarak bulundu. Gizli meme kanseri saptanan hastaların tümü 50 yaş üstü ve aile öyküsü pozitifti.

Sonuç:

Meme küçültme ameliyatı, semptomatik ve estetik fayda sağlamanın ötesinde, yüksek risk grubundaki hastalarda erken tanı olanağı sunmaktadır. Özellikle 50 yaş üstü ve aile öyküsü pozitif hastalarda patolojik inceleme, gizli meme kanserinin tespitinde kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: meme küçültme, atipik hiperplazi, carcinoma insutu

P-336

Transgender Kadınlarda Meme Büyütme Tecrübelerim

Mehmet Fatih Okyay
Mehmet Fatih Okyay Muayenehanesi, 07230, Güzeloba, 2408/10 Antalya/Türkiye

Giriş:

Transgender bireylerin cinsiyet uyum sürecinde medikal ve cerrahi tedaviler önemli bir yer tutmaktadır. Bu süreçte trans kadınlar için meme büyütme ameliyatı (augmentasyon mammoplasti), hem fiziksel görünümle cinsiyet kimliği arasındaki uyumu sağlamak hem de kişinin psikososyal refahını artırmak amacıyla sıkça tercih edilen bir prosedürdür. Bu bildiri, trans kadınlarda meme büyütme operasyonlarına dair cerrahi yöntemler, hasta beklentileri, ameliyat sonrası deneyimler ve psikolojik etkiler üzerine bir derleme sunmaktadır.

Yöntem:

Bu sunumda, meme büyütme ameliyatı geçiren trans kadınların deneyimlerine odaklanılarak literatür taraması ve vaka analizleri incelenmiştir. Bildiri, implant seçimi (silikon, salin), yerleştirme teknikleri (kas altı, kas üstü), potansiyel riskler ve komplikasyonlar (kapsüler kontraktür, enfeksiyon) gibi cerrahi detayları kapsamaktadır. Ayrıca, hormonal tedavinin meme gelişimine etkisi ve ameliyat öncesi danışmanlığın önemi de ele alınacaktır.

Bulgular:

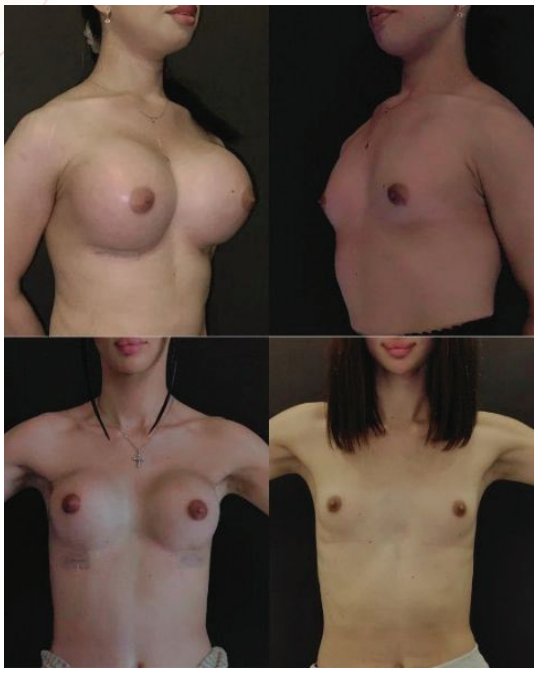
Meme büyütme ameliyatı, trans kadınların vücut uyumsuzluğu (gender dysphoria) semptomlarını azaltmada ve yaşam kalitelerini artırmada oldukça etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Sunumda, operasyon sonrası yaşanan olumlu psikolojik değişimler (özgüven artışı, sosyal anksiyetenin azalması) ve estetik memnuniyet düzeyleri paylaşılacaktır. Aynı zamanda, cerrahi kararların bireysel beklentilere göre nasıl şekillendiği ve olası komplikasyonlarla başa çıkma stratejileri de tartışılacaktır.

Sonuç:

Trans kadınlarda meme büyütme operasyonu, sadece fiziksel bir dönüşüm değil, aynı zamanda bireyin cinsiyet kimliğiyle barışık ve bütüncül bir yaşam sürmesi için kritik bir adımdır. Bu cerrahi prosedürün başarısı, doğru cerrahi yaklaşımın yanı sıra, hasta beklentilerinin iyi anlaşılması ve kapsamlı psikososyal desteğin sağlanmasına bağlıdır. Bu bildiri, trans kadınlara yönelik meme büyütme operasyonlarının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: dual plan, kas altı, meme büyütme, silikon implant, subfasiyal, transgender

Resim 1



Boyut seçimi ve yönetimi hasta taleplerine bağlı olarak zorlayıcı olabilmektedir.

Tablo 1

Subfasiyal	405	Ergo2	Hematom
Subfasiyal	965	Ergo1	Yok
Subfasiyal	525	Ergo2	Yok
Subfasiyal	345	Ergo2	Yok
Subfasiyal	405	Ergo2	Hematom
Subfasiyal	425	Ergo2	Yok
Subfasiyal	425	Ergo2	Yok
Subfasiyal	550	Ergo2	Yok
Subfasiyal	475	Ergo1	Hematom
Subfasiyal	405	Ergo2	Yok
Subfasiyal	525	Ergo2	Yok
Subfasiyal	860	Ergo2	Yok
Subfasiyal	700	Ergo2	Hematoma ikincil protez kaybı (tek taraf)
Subfasiyal	700	Ergo1	Yok
Subfasiyal	375	Ergo1	Yok

Protez yerleştirilen cerrahi plan, implant tipi, implant boyutları ve komplikasyon durumu.

P-337

Mandibula Subkondil Kırığı Cerrahisinde İki Ekstraoral Yaklaşım: Modifiye Risdon ve Preauriküler İnsizyon Teknikleriyle Yapılan 37 Olgunun Analizi

Ayhan Sönmez, Umut Tuncel, Murat Gümüş, Cihan Aykaç, İsmail Bülbüloğlu, Onur Hasret Yurtsever

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

Giriş

Maksillofasiyal kırıklar, acil servise başvuran ve Plastik Cerrahi birimlerine yönlendirilen hastalar arasında önemli bir yer tutar. Bu kırıklar yüz bölgesinde izole veya çoklu olarak görülebilir. Çiğneme, solunum, görme ile konuşma gibi hayati fonksiyonları olumsuz etkileyebilir; aynı zamanda estetik problemlere de yol açabilir. Tedavi sürecinde hem fonksiyonel hem estetik gerekliliklerin göz önünde bulundurulması şarttır; aksi halde kalıcı deformiteler ve işlev kayıpları ortaya çıkabilir. Maksillofasiyal travmalarda nazal kemik kırıkları en yaygınken, mandibula kırıkları ikinci sıradadır. Mandibula kırıkları arasında özellikle subkondil kırıklar sık görülür ve tedavisi zordur. Cerrahi müdahalede anatomik zorluklar ve sinir yaralanmaları önemli komplikasyonlar arasındadır. Bu çalışmada, kliniğimizde mandibula subkondil kırıklarının tedavisinde uyguladığımız iki farklı ekstraoral yaklaşım olan modifiye Risdon ve preauriküler insizyon tekniklerinin cerrahi etkinliği, komplikasyon oranları ve estetik sonuçları değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot

Bu prospektif çalışma,etik kurul onayı alınmasını takiben 2022–2025 yılları arasında Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde tedavi gören 37 hastayı kapsamaktadır. Subkondil kırık tanısı konulan 33 hastaya modifiye Risdon insizyonu, 4 hastaya ise preauriküler insizyon ile cerrahi müdahale uygulanmıştır. Postoperatif dönemde hastalar 6. ayda klinik muayene ve üç boyutlu bilgisayarlı tomografi (BT) ile kontrol edilmiştir. Skar görünümü, duyusal defisit, oklüzyon durumu ve radyolojik iyileşme kriterleri esas alınarak değerlendirme yapılmıştır.

İstatistiksel analizlerde SPSS 22.0 yazılımı kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için Shapiro-Wilk testi ile normallik analizi yapılmış, uygun durumlarda t-testi ve Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Kategorik veriler ki-kare testi ile değerlendirilmiş, $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Cerrahi Teknik

Modifiye Risdon İnsizyonu ile Cerrahi Yaklaşım: Tüm hastalar nazal entübasyon ile genel anestezi altında opere edildi. Cerrahi öncesi lokal anestezi uygulandı. Modifiye Risdon insizyonu, gonyal bölgeden mandibulanın alt sınırı boyunca 3-4 cm'lik cilt insizyonu ile başlatıldı(1). Subkutan yağ dokusu, masseterik fasya ve masseter kası aynı düzlemde künt uçlu makasla diseke edilerek mandibula angulusa ulaşıldı; marjinal mandibular sinir korunmasına özen gösterildi. Subperiostal diseksiyonla kondil seviyesine kadar ilerlenip fraktür hattı açığa çıkarıldı ve kondil tendonları serbestleştirildi. Angulusun alt parçasına 13 mm'lik vida ile traksiyon teli bağlanarak mandibula aşağı doğru çekildi ve kırık hattı redükte edildi. Redüksiyon sonrası, kırık proksimal ve distalinden bikortikal olarak 4 aralıklı titanyum mini plak ve 9 mm vidalarla fiksasyon yapıldı. Oklüzyon intraoral kontrol edildi, kondil-ramus açısı anatomik pozisyonda doğrulandı. Fraktür hattına hemovac dren yerleştirildi, traksiyon teli ve vida çıkarıldı. Kas, subkutan doku ve cilt sütüre edilip dren tespit edilerek yara bakımı yapıldı ve operasyon sonlandırıldı.

Preauriküler İnsizyon ile Cerrahi Yaklaşım: Kulak tragusu önünden başlayan 3–4 cm'lik insizyon cilt boyunca preauriküler bölgeden başlatıldı. Subkutan diseksiyonla superfisyal temporalis fasya planına ulaşıldı. Fasiyal sinir ve dalları göz önüne alınarak anteriora doğru dikkatli bir disseksiyon yapıldı. Parotis bezi dikkatle geçilerek, condylar process ortaya kondu. Kırık hattı direkt görüş altına alınarak redükte edildi. Stabilizasyon, mini plak ve 5-7-9 mm titanyum vidalarla gerçekleştirildi. Oklüzyon durumu intraoral olarak kontrol edildi. Gerekli olgularda dren yerleştirilerek insizyon katmanlı olarak sütüre edildi.

Bulgular

Toplam 37 mandibula subkondil kırığı çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, etyoloji, kırık özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir. Hastaların Modifiye Risdon insizyonu uygulanan 33 hastada; kalıcı sinir hasarı, maloklüzyon, enfeksiyon, hematom, hipertrofik skar ya da malunion izlenmemiştir.

Preauriküler insizyon uygulanan 4 hastada cerrahi komplikasyon gözlenmemiştir. Estetik olarak iz memnuniyeti özellikle kadın hastalarda daha yüksektir.

Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı komplikasyon farkı saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tartışma

Farklı merkezlerde yapılan çalışmalar, subkondil kırıkların etiyoloji, cinsiyet dağılımı, yaş aralığı ve kemik yerleşiminin ülkelerin sosyoekonomik yapısı, coğrafi konumu ve kültürel faktörlere bağlı olarak değiştiğini göstermektedir (2). Maksillofasiyal travmalar, özellikle üretken yaş grubunu etkileyerek hem bireysel hem toplumsal düzeyde iş gücü kaybı ve sosyoekonomik yük yaratır; bu nedenle hastaların en kısa sürede günlük yaşamlarına dönmesi hedeflenmelidir (3).

Literatürde mandibulada en sık kondil kırıklarının görüldüğü belirtilmiştir (4,5,6). Tedavi seçenekleri arasında açık ve kapalı redüksiyon bulunmakta olup, kapalı redüksiyon genellikle izole ve deplase olmayan kırıklarda tercih edilmektedir (7). Çalışmamızda tüm olgular açık redüksiyonla tedavi edilmiştir ve 6 aylık takipte ek cerrahi gereksinimi olmamıştır.

Preauriküler insizyon subkondil bölgeyi iyi görüntülerken, Risdon insizyonu daha basit ve öğrenilmesi kolaydır (6). Ayrıca preauriküler insizyonda fasiyal sinir hasarı riski daha yüksektir; ancak çalışmamızda her iki yöntemle de sinir yaralanması görülmemiştir. İntraoral yaklaşımlar skar avantajı sağlasa da, cerrahi zorlukları nedeniyle ekstraoral modifiye Risdon insizyonu tercih edilmektedir. Bu yöntemde marjinal mandibular sinir hasarı riski düşüktür ve redüksiyon-fiksasyon direkt görüş altında yapılabilir.

Cerrahi sonrası malunion, nonunion, avasküler nekroz, ankiloz, sinir hasarı, parotis hasarı ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar literatürde bildirilse de, hastalarımızda bu komplikasyonlar görülmemiştir. Bu da yöntemin güvenilirliğini destekler (8). Sinir hasarının genellikle 6 hafta içinde iyileştiği ve cerrahi komplikasyonların en ciddisinin kalıcı sinir hasarı ile hipertrofik skar olduğu belirtilmiştir (9,10). Çalışmamızda kalıcı nöropraksi veya hipertrofik skar tespit edilmemiştir.

Sonuç

Modifiye Risdon ve preauriküler insizyon teknikleri, mandibula subkondil kırıklarının cerrahi tedavisinde kullanılan iki ekstraoral yaklaşımdır. Redüksiyon yöntemi ve insizyon tipi avantaj ve dezavantajlarına göre değerlendirilmelidir. Modifiye Risdon insizyonunu; kolay öğrenilmesi, cerrahi süresini kısaltması, komplikasyon oranının az olması, sağladığı yeterli görüş alanı sayesinde kırığın redüksiyon ve fiksasyonuna izin vermesi nedeniyle kliniğimizde tercih etmekteyiz.

Kaynaklar

1. Risdon F. Ankylosis of the Temporomaxillary Joint. J Am Dent Assoc 1934.

2. Bataineh AB. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the north of Jordan. Oral Surg 1998.

3. Mabrouk A, et al. Incidence, etiology, and patterns of maxillofacial fractures in ain-shams university, cairo, Egypt: a 4-year retrospective study. Craniomaxillofac Trauma Reconstr 2014.

4. Girotto JA, et al. Long-term physical impairment and functional outcomes after complex facial fractures. Plast Reconstr Surg 2001.

5. Erol B, et al. Maxillofacial fractures. analysis demographic distribution treatment 2901patients (25-year experience). J CranioMaxillofacial Surg 2004.

6. Nam SM, et al. The application of the Risdon approach for mandibular condyle fractures. BMC Surg 2013.

7. Tapan M, et al. Mandibular subkondiler kırıklarda tedavi yaklaşımları ile komplikasyonlar arasındaki ilişki. SDÜ Tıp Dergisi 2023.

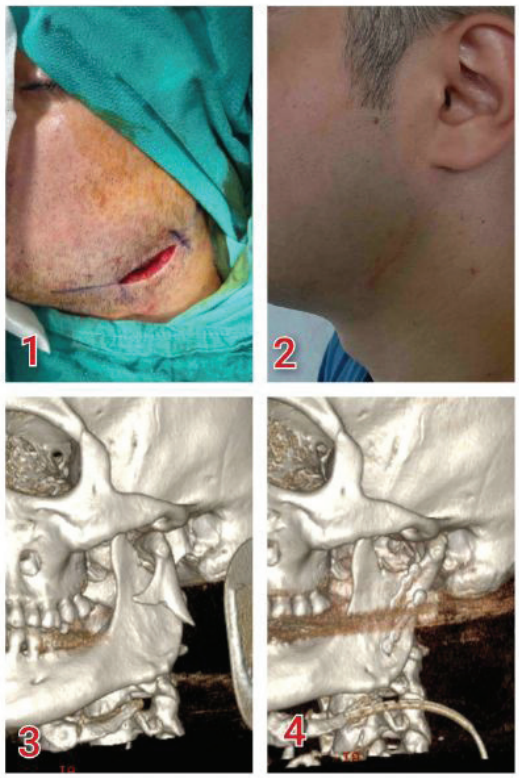
8. Nowair IM, etal. Journal cranio-maxillo-facial surgery: official publication European Association Cranio-Maxillo-Facial Surgery 2022.

9. Nikolic Z S, et al. Modified Risdon approach using periangular incision in surgical treatment of subcondylar mandibular fractures. Srp Arh Celok Lek 2016.

10. Iida S, et al. Retrospective analysis of 1502 patients with facial fractures. Int J Oral Maxillofac Surg 2001.

Anahtar Kelimeler: Maksillofasiyal travma, Mandibula subkondil kırığı, modifiye Risdon insizyonu

Modifiye Risdon İnsizyonu



1-Modifiye Risdon insizyonu 2-postop 6 ay sonrası skar görünümü 3-Preop üç boyutlu mandibula subkondil fraktür görüntüsü 4-Postop üç boyutlu mandibula subkondil fraktür görüntüsü

Hasta Verilerinin Dağılımı

Yaş	Ortalama±SS	37,59 ± 16,49
Cinsiyet	Erkek	33 (%89,2)
	Kadın	4 (%10,8)
Etiyoloji	Düşme	7 (%18,9)
	Darp	19 (%51,4)
	Trafik kazası	9 (%24,3)
	İş kazası	1 (%2,7)
	Spor yaralanmaları	1 (%2,7)
	Diğer yaralanmalar	0 (%0,0)
Ek Travma	Var	2 (%5,4)
	Yok	35 (%94,6)
Subkondil Kırıkları	İzole	13 (%35,1)
	Subkondil ve eşlik eden diğer bölge Mandibula kırığı	16 (%43,2)
	Subkondil ve eşlik eden diğer yüz kırıkları	8 (%21,6)
Subkondil Kırık Tarafı	Sağ	18 (%48,6)
	Sol	16 (%43,2)
	Bilateral	3 (%8,1)

P-338

Acil servise başvuran pediatrik maksillofasiyal fraktür olgularinin retrospektif değerlendirilmesi

Bilgehan Bakırel, Dicle Yaşar Aksöyler, Hossein Azizi

İstanbul Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi

Amaç:

Çocukluk çağındaki maksillofasiyal travmalar, sadece fiziksel yaralanmalara yol açmakla kalmaz; aynı zamanda estetik görünüm, beslenme, konuşma gibi temel fonksiyonları ve çocuğun psikososyal gelişimini de olumsuz etkileyebilir. Yüz bölgesindeki yaralanmalar, özellikle büyüme çağında kemik gelişimini etkileyebileceği gibi, çocuğun özgüveni ve sosyal ilişkileri üzerinde de uzun vadeli etkiler yaratabilir. Bu bağlamda, çalışmamızın amacı, hastanemiz acil servisine başvuran pediatrik maksillofasiyal travma olgularının demografik dağılımlarını, travma nedenlerini, uygulanan tedavi yaklaşımlarını, eşlik eden diğer sistemik yaralanmaları ve gelişen komplikasyon oranlarını geriye dönük olarak analiz ederek, bu alandaki klinik yaklaşımların geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

Gereç-Yöntem:

Bu retrospektif çalışmada, Ocak 2020 ile Haziran 2024 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine başvuran ve maksillofasiyal travma tanısı alan 116 pediatrik hasta değerlendirilmiştir. Dahil edilen hastaların yaşları 0-18 yaş aralığında değişmekte olup, tüm olguların kayıtları hasta dosyaları ve dijital arşiv sistemleri üzerinden taranmıştır. Veriler; yaş, cinsiyet, travma etiyolojisi (düşme, darp, trafik kazası vb.), hastaneye başvuru şekli (ambulans, kendi imkânlarıyla vb.), uygulanan tedavi yöntemi (konservatif takip veya açık redüksiyon ve internal fiksasyon [ARİF]), travma ile operasyon arasındaki süre, kırık lokalizasyonları (maksilla, mandibula, zigoma vb.), eşlik eden sistemik yaralanmalar (kraniyal, torasik, abdominal vb.) ve takip sürecinde gelişen komplikasyonlar açısından değerlendirildi. İstatistiksel analizler ile belirli değişkenler arasındaki ilişkiler de incelendi.

Bulgular:

Toplam 116 hastanın 82'si erkek (%70,7), 34'ü kız (%29,3) olarak kaydedildi. Erkek çocuklarda maksillofasiyal travmanın belirgin şekilde daha sık olduğu gözlendi. En yaygın travma nedeni düşme olup, tüm olguların %70,6'sını oluşturdu. Özellikle okul öncesi yaş grubunda oyun esnasında düşme en sık sebep olarak öne çıkarken, daha büyük yaş gruplarında darp ve spor kazaları gibi nedenlerin oranı artmaktaydı. Travma nedenleri arasında ikinci sırada darp vakaları yer almakta olup, bu durum çocuk istismarı ya da akran zorbalığı açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken olguları da içermektedir.

Tedavi açısından, 97 hastaya (%83,6) konservatif yaklaşım yeterli görülmüşken, 19 hasta (%16,4) cerrahi tedavi amacıyla ARİF prosedürüne alınmıştır. Cerrahi uygulanan hastalarda, kırık yerleşimi genellikle mandibula (33%), orbita duvar fraktürleri (36%) veya zigomatik komplekste olup, instabil kırık yapıları nedeniyle açık redüksiyon gerekli görülmüştür. Operasyon geçiren hastalarda travma ile cerrahi müdahale arasındaki ortalama süre 14,8 gün olarak hesaplandı.

Komplikasyon gelişimi toplam 17 hastada (%14,6) kaydedildi. En sık gözlenen komplikasyonlar arasında plak çıkartılması gereksinimi, temporomandibular eklem fonksiyonlarında kısıtlılık (ağız açıklığında azalma), infraorbital hipoestezi, mandibula üzeri ciltte hipoestezi, posttravmatik ağrı, ciltte morlukların uzun süre devam etmesi bulunmaktaydı. Cerrahi gerektiren hastalarda komplikasyon oranının, konservatif tedavi görenlere kıyasla hafifçe yüksek olduğu gözlemlendi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadı. Travma ile operasyon arasındaki sürenin komplikasyon gelişimi üzerindeki etkisi incelendiğinde, negatif yönlü bir korelasyon saptandı (r = -0,17). Travma ile operasyon arasında geçen sürenin komplikasyon gelişimi açısından eşik değeri ise 6 gün olarak saptandı. Bu durum, cerrahinin daha geç yapılmasının komplikasyon riskini bir miktar azaltabileceği hipotezini gündeme getirmektedir; ancak bu ilişkinin klinik anlamlılığını belirlemek için daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç:

Pediatrik maksillofasiyal travmalar, en sık düşme sonucu oluşmakta ve erkek çocuklarda daha yüksek oranda görülmektedir. Çoğu olgu basit takip ve konservatif yöntemlerle başarılı şekilde tedavi edilebilmekte, ciddi cerrahi girişim gerektiren vakalar toplamın beşte birinden azını oluşturmaktadır.Erken tanı, uygun tedavi planlaması ve multidisipliner yaklaşım bu hastaların iyileşme sürecinde kritik rol oynamaktadır. Komplikasyon gelişimi birçok faktörün etkileşimiyle şekillenmekte olup, cerrahi müdahalenin zamanlaması tek başına belirleyici değildir. Özellikle çocuk yaş grubunda hem fiziksel hem de duygusal iyileşmenin desteklenmesi için takip sürecinin bütüncül bir yaklaşımla yönetilmesi gerekmektedir. Gelecekte yapılacak olan prospektif ve çok merkezli çalışmalar, bu alandaki tedavi algoritmalarının netleştirilmesi açısından değerli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Maksillofasiyal travma, Pediatrik yaralanma, Kırık tedavisi

Tablo 3: Kırık Türleri

Kırık Yeri	Sıklığı (n)	Yüzde (%)
Orbita	50	35.4 %
Mandibular	45	31.9 %
Maksilla	21	14.9 %
Nazal	14	10 %
Frontal sinus vs.	11	7.8 %
Toplam	141	100 %

*Her hasta birden fazla kırık tipine sahip olabileceğinden, tabloya her kırık tipi ayrı ayrı sayılarak dahil edilmiştir.

P-339

Orbita Taban Fraktürüne eşlik eden diğer fraktürler

Seyit Ahmet Korur, Hasan Murat Ergani, Burak Yaşar, Tibet Kaan Yolsal, Ramazan Erkin Ünlü

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,Ankara

GİRİŞ

Orbita Taban Fraktürleri,Plastik cerrahi'nin maksillofasiyal sık görülen acillerinden biri olup oldukça sık görülen bir durumdur.Yaralanmanın en sık nedenleri arasında trafik kazaları,darp düşme gibi nedenler yer almaktadır.Genellikle Erkeklerde daha sık görülmekte olup hastanın çift görmesi acil cerrahi endikasyon oluşturmaktadır.(1-3) Bu hastalar izole orbita taban fraktürü olabileceği gibi etyolojiye göre kompleks fraktürleride içerebilmektedir. Eğer hastalar ameliyat olmazsa oftalmolojik hasar veya kalıcı diplopi gelişebilmektedir. (4-5-13)

MATERYAL METOT

Bu çalışma tasarım olarak retrospektif bir çalışma olup; çalışmamızda 2024-2025 Temmuz Ayında Bilkent Şehir Hastanesi aciline başvuran maksillofasiyal travması olan hastalardan acil cerrahi girişim gerektiren orbita taban fraktürü hastaları ve ek travmaları incelenip verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) programı kullanılarak yapıldı. sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma olarak, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için Ki-kare testi, sürekli değişkenler için Student's t-testi veya uygun olduğunda Mann-Whitney U testi kullanıldı. $p< 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamızda orbita taban fraktürü nedeniyle değerlendirilen toplam 43 hasta incelendi. Hastaların yaş ortalaması 33,8 ± 18,3 (min: 8, maks: 75) yıl olarak bulundu. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde hastaların %86,0'ı erkek (n=37), %14,0'ı kadın (n=6) olarak görüldü

Etyolojik nedenler arasında en sık trafik kazası (%60,4, n=26) tespit edilirken, darp (%23,2, n=10) ve düşme (%16,4, n=7) diğer nedenler olarak görüldü.

Hastaların %67,4'ünde (n=29) operasyon esnasında mesh kullanımı gerekli görülürken, %32,6'sında (n=14) mesh kullanımına ihtiyaç duyulmadı.

Orbita taban fraktürüne eşlik eden diğer patolojiler incelendiğinde en sık görülen zigomatikomaksiller fraktürler %20,9 (n=9) olup ardından orbita lateral duvar fraktürleri %9,3 (n=4) izlemektedir. Mandibula fraktürü %9,3 (n=4) Zigoma fraktürü: %7,0 (n=3) tetrapod fraktürü: %7,0 (n=3) ve en az Nazo-ethmoid duvar fraktürü: %4,7 (n=2) ve mandibula parasimfizis fraktürü: %4,7 (n=2) görülmüştür.

TARTIŞMA

Çalışmada 43 Hasta incelenmiş olup hastaların %86 sı Erkek %14 ü kadın hastadan oluşmaktadır ki daha önce yapılan çalışmalar da bu oranı destekleyici niteliktedir.(1-2-7-8)

Orbita taban fraktürlernin oluşmasının altında yatan en sık etken çalışmada %60 trafik kazası görülürken diğer çalışmalarda darp en sık etken olarak görülmektedir.(5-8)

Hastaların %67,4 subsilier insizyon sonrası orbita tabanına mesh yerleştirildi.Diğer hastalara mesh konulmamasındaki sebep ise defektin küçük olması nedenli konulmadı.

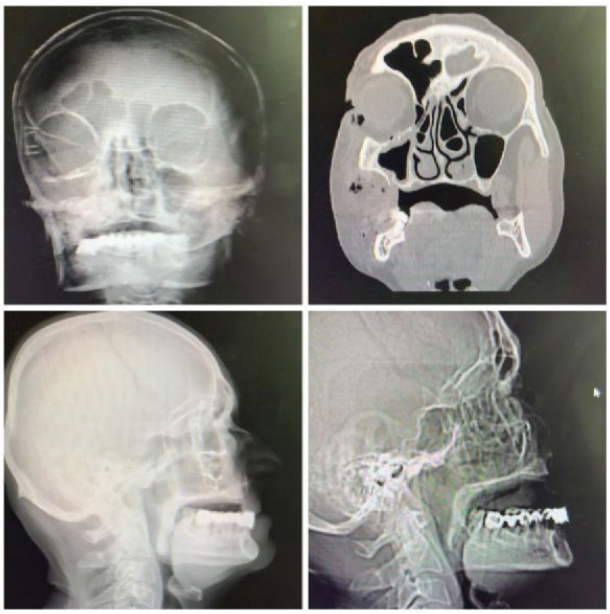
Çalışmamızda orbita taban fraktürüne en sık eşlik eden fraktürler ZGM Butress fraktürleri olup %20,9 yapılan diğer çalışmalar literatüru destekler nitelikte bulunmuştur.(8) Nazoethmoid fraktür ve simfizis fraktürü en az birliktelik görülen ikili olup %2, yine diğer çalışmalar ile uyumlu olarak görülmüştür.(%1)

SONUÇ

Maksillofasiyal travmalar, plastik cerrahide multi disipliner bir yaklaşım gerektiren sorun olup detaylı muayene anamnez ile yaklaşılması gereken bir durumdur. Orbita taban fraktürü olan hastaların diğer fraktürler ile birliktelik gösterebileceği akılda tutulmalı ve ona göre aksiyon planı çizilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Orbita Taban Fraktürü, Maksillofasiyal Travma, Maksillofasiyal Fraktür

Orbita Taban Fraktürü+Mandibula Fraktürü



Orbita Taban Fraktürüne eşlik eden Mandibula Fraktürünün mesh+ plak/vida ile onarımı

ORBİTA TABAN FRAKTÜRLERİ

ERKEK	37	%86
KADIN	6	%14
TRAFİK KAZASI	26	%60,4
DARP	10	%23,2
DÜŞME	7	%16,4
MESH VAR	29	%67,4
MESH YOK	14	%32,6
ZİGOMATİKOMAKSİLLER BUTRESS	9	%20,9
ORBİTA LATERAL	4	%9,3
MANDİBULA	6	%14
ZİGOMATİK ARK	3	%7
TETRAPOD	3	%7
NAZOETHMOİD	2	%4,7
MAKSİLLA	2	%4,7
LE FORT 2	1	%2,3
FRAKTÜR YOK	13	%30,2

CİNSİYET ETYOLOJİ MESH KULLANIMI DİĞER FRAKTÜRLER

P-340

Orbita Blow-Out Fraktürlerinin Yaş, Cinsiyet ve Etiyolojik Dağılımı: 81 Hastalık Retrospektif Bir İnceleme

Murat Seven, Burak Tunahan Ekincikli, Doğu Papatya, Emre Doğruyol, Bayım Cheche

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Orbita blow-out fraktürleri, genellikle künt periorbital travmaların ardından, orbitanın anatomik olarak daha zayıf ve ince yapıya sahip olan duvarlarının kırılmasıyla ortaya çıkan, fonksiyonel ve estetik açıdan ciddi sonuçlar doğurabilen maksillofasiyal yaralanmalardır. Bu tür kırıklar sıklıkla enoftalmi, diplopi ve infraorbital sinir dağılım alanında hipoestezi gibi önemli oftalmolojik ve nörolojik komplikasyonlarla birlikte seyretmektedir. Orbital blow-out fraktürlerin oluşumunda rol oynayan etiyolojik faktörler; hastaların yaş grubu, cinsiyeti ve sosyal çevresi gibi demografik özelliklere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bu bağlamda sunulan çalışmada, 2020–2025 yılları arasında orbita blow-out fraktürü tanısı alarak takip ve tedavi edilen olguların; yaş, cinsiyet ve travmaya neden olan mekanizmalar açısından dağılımları retrospektif yöntemle analiz edilmiştir. [1] [2]

Gereç-Yöntem:

Bu retrospektif çalışma kapsamında, 2020 ile 2025 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği'nde orbita blow-out fraktürü tanısıyla takip ve tedavi edilen toplam 81 olgu değerlendirmeye alınmıştır. İncelenen hastalar, yaşlarına göre dört ayrı demografik gruba ayrılmıştır: sıfır–12 yaş arası bireyler "çocuk" grubunu, 13–40 yaş arası bireyler "genç erişkin" grubunu, 41–65 yaş arası bireyler "orta yaş" grubunu ve 65 yaş üzeri bireyler ise "ileri yaş" grubunu oluşturmuştur. Her yaş grubundaki bireylerin cinsiyet dağılımları ile birlikte, travmatik orbita fraktürlerine neden olan etiyolojik faktörler — darp, düşme, trafik kazası ve diğer nedenler (örneğin spor travmaları veya iş kazaları) — ayrı ayrı analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan veriler, ilgili hasta dosyalarının geriye dönük taranması yoluyla elde edilmiş ve analiz edilmiştir. [3]

Bulgular:

Hasta grubunun %yedi,dört'ü (n=altı) çocuk, %54,üç'ü (n=44) genç erişkin, %27,iki'si (n=22) orta yaş, %11,bir'i (n=dokuz) ileri yaş grubundadır. Genel cinsiyet dağılımında 52 hasta erkek (%64,iki), 29 hasta kadındır (%35,sekiz).

sıfır–12 yaş grubundaki altı hastanın üç'ü düşme (%50), bir'i darp (%16,yedi), bir'i trafik kazası (%16,yedi) ve bir'i diğer nedenlere bağlıdır (%16,yedi).

13–40 yaş grubundaki 44 hastanın 20'si darp (%45,beş), 14'ü trafik kazası (%31,sekiz), sekiz'i düşme (%18,iki) ve iki'si diğer nedenlerle ilişkiliydi (%dört,beş).

41–65 yaş grubundaki 22 hastanın sekiz'i darp (%36,dört), altı'sı trafik kazası (%27,üç), altı'sı düşme (%27,üç), iki'si diğer nedenliydi (%dokuz).

65 yaş üzeri dokuz hastada ise beş düşme (%55,altı), bir darp (%11,bir), bir trafik kazası (%11,bir) ve iki diğer neden (%22,iki) mevcuttur.

Genel olarak en sık görülen travma nedeni darptı (n=30, %37,sıfır), bunu trafik kazası (n=22, %27,iki) ve düşme (n=22, %27,iki) izledi. Diğer nedenler (spor travması, iş kazası vb.) yedi hastada gözlendi (%sekiz,altı).

Tartışma:

Elde edilen veriler, orbita blow-out fraktürlerinin genç erişkin erkeklerde en sık darp sonucu oluştuğunu göstermektedir. Bu yaş grubunda interpersonal şiddetin önemli bir risk faktörü olduğu dikkat çekmektedir. Trafik kazaları ise hem genç erişkin hem de orta yaş grubunda belirgin bir ikinci sırada yer almaktadır. Çocuk ve ileri yaş grubunda düşmeler en sık neden olarak karşımıza çıkmakta, bu da yaşa bağlı denge ve koordinasyon eksikliklerinin orbital yaralanmalar üzerindeki etkisini göstermektedir. Cinsiyet dağılımı erkeklerde bariz bir yüksekliğe işaret etmektedir ve bu durum riskli davranışlar, mesleki maruziyet ve fiziksel çatışma eğilimleri ile ilişkili olabilir.

Sonuç:

Orbita blow-out fraktürlerinin etiyolojik dağılımı incelendiğinde, travma nedenlerinin yaş gruplarına ve cinsiyet değişkenine göre belirgin farklılıklar gösterdiği dikkat çekmektedir. Özellikle genç erişkin erkek bireylerde interpersonal şiddet sonucu meydana gelen darp vakaları en sık karşılaşılan etiyolojik faktör olarak öne çıkmaktadır. Buna karşın, çocukluk çağındaki hastalarda ve ileri yaş grubundaki bireylerde, motor koordinasyon eksikliği, denge problemleri ve çevresel risk faktörlerine bağlı olarak gelişen düşme kaynaklı yaralanmalar daha baskın bir etiyolojik unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Trafik kazaları ise hem genç erişkin hem de orta yaş grubu dahil olmak üzere tüm erişkin yaş kategorilerinde yaygın ve ciddi bir travma sebebi olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen bu bulgular, travmatik orbital yaralanmaların önlenmesine yönelik olarak yaş ve cinsiyete özgü risk faktörlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamakta; bu doğrultuda toplumsal farkındalığın artırılması ve ilgili hedef gruplara yönelik koruyucu, proaktif sağlık stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemli katkılar sunmaktadır.

Kaynakça

1- Burnstine MA. Clinical recommendations for repair of isolated orbital floor fractures: an evidence-based analysis. Ophthalmology. 2002;109(yedi):1207–10.

2- Hegazy AM, Hegazy AA. Orbital blow-out fractures: an updated review of the literature. J Craniofac Surg. 2021;32(üç):e240–e244.

3- Shin JW, Lim JS, Yoo G, Byeon JH. An analysis of pure blowout fractures and associated ocular symptoms. J Craniofac Surg. 2013;24(üç):703–yedi.

4- Gerbino G, Roccia F, Bianchi FA, Zavattero E. Surgical management of orbital fractures: epidemiological analysis and review of the literature. J Craniofac Surg. 2009;20(dört):1010–altı.

5- Strong EB. Orbital fractures: pathophysiology and management. Facial Plast Surg Clin North Am. 2020;28(dört):413–21.

Anahtar Kelimeler: Blow-out, fraktür, yaş grubu

P-341
İzole Nazal Fraktürlü Hastalarda Tampon ve Atel Uygulanması ile Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ali Haydar Cinbaş, Bilal Çakır, Serkan Erbatur
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi,Diyarbakır

Giriş

Nazal kemik fraktürleri, maksillofasiyal kırıkların yaklaşık %40' ını oluşturmakta olup, yüz travmalarında en sık görülen kemik kırığıdır [1]. İzole nazal fraktür, septum ve çevre fasiyal yapılar etkilenmeden yalnızca nazal kemiklerin kırılması ile karakterizedir. Türkiye'de yüz travması vakalarının %30-50' sinde nazal kemik kırığı saptanmakta ve erkek hastalar kadınlara oranla 2 kat daha fazla etkilenmektedir [2]. Tedavi edilmezse burunda estetik deformite, kronik burun tıkanıklığı ve solunum fonksiyonlarında bozulma gelişebilir. Bu nedenle plastik cerrahide amaç, hem estetik hem fonksiyonel açıdan optimum sonuçlar elde etmektir. Kapalı redüksiyon sonrası intranazal tampon ve eksternal atel uygulaması, kırık stabilizasyonu ve ödem kontrolü için standart konservatif tedavi yöntemleri arasındadır. Ancak tedavi sonrası uzun dönem fonksiyonel ve estetik sonuçların değerlendirilmesi sınırlı çalışmada incelenmiştir [3].

Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya 23.07.2020-30.05.2024 yılları arasında kliniğimizde izole nazal fraktür tanısı ile başvuran ve konservatif tedavi uygulanan 30 hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaş 30 yaş (15-58), erkek hastalar %70 (n=21), kadın hastalar %30 (n=9) olarak saptanmıştır. Maksillofasiyal kırık veya orbital kırık bulunan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

Cerrahi teknik olarak, lokal anestezi altında kapalı redüksiyon uygulanmıştır. Freer elevator ile bilateral internal manipülasyon sağlanmış, kemik segmentleri palpasyon ve görsel değerlendirme ile hizalanmıştır. İşlem sonrası her iki burun pasajına silikon bazlı nazal tampon yerleştirilmiş, eksternal olarak termoplastik burun ateli uygulanmıştır. Tamponlar ateller ise ortalama 7 gün süreyle korunmuştur. İlk 48 saat boyunca hastalara soğuk uygulama, analjezik ve antibiyotik profilaksisi verilmiştir.

Hastalar postoperatif 1. hafta, 1. ay ve 3. ayda klinik ve fonksiyonel olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme parametreleri şunlardır:

Estetik memnuniyet (0-10 görsel analog skala), Fonksiyonel solunum durumu NOSE skala (Nasal Obstruction Symptom Evaluation),

Komplikasyonlar (septal hematom, kanama, enfeksiyon, yeniden deplasman).

Bulgular ve Tartışma

Nazal fraktür tanısı; klinik muayene, nazal palpasyon, burun içi endoskopik değerlendirme ve gerektiğinde nazal grafi veya yüz BT ile doğrulandı [1,2]. Kırıkların etiyolojik dağılımı şu şekildedir: %40 darp, %35 düşme, %15 trafik kazası ve %10 spor yaralanmaları [2]. Bu nedenle hastalar en az 6 ay boyunca fonksiyonel ve estetik olarak takip edilmiştir. Çalışmamızda estetik memnuniyet skoru ortalama 8.2/10, NOSE skoru ortalama 13.4 olarak bulunmuştur. Revizyon gerektiren estetik deformite oranı literatürde bildirilen %3-7 aralığında seyretmektedir [4,5]. En sık görülen komplikasyonlar; geçici epistaksis %11, mukozal irritasyon %17 ve tek vakada septal hematom %2 olarak kaydedilmiştir. Bu komplikasyonların düşük oranda olması, uygulanan tampon ve atelin etkin stabilizasyon sağladığını göstermektedir. Literatürde tampon ve atel kullanımının kırık stabilitesini arttırdığı ve fonksiyonel sonuçları iyileştirdiği rapor edilmiştir [6]. Plastik cerrahide başarılı sonuç için doğru teknik uygulama, uygun hasta seçimi ve erken dönemde komplikasyonların kontrolü önem taşır. Özellikle septal hematom gelişimi erken müdahale gerektirir; aksi takdirde kalıcı deformiteler oluşabilir.

Sonuç

İzole nazal fraktürlerde kapalı redüksiyon sonrası intranazal tampon ve eksternal atel uygulaması, minimal invaziv ve maliyet etkin bir tedavi seçeneğidir. Çalışmamız, hem estetik hem fonksiyonel açıdan yüksek hasta memnuniyeti sağlamış ve komplikasyon oranlarının düşük olduğunu göstermiştir. Plastik cerrahların tedavi protokolünde tampon ve atel uygulamasının standartlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca düzenli takip ile komplikasyonların erken tanısı ve tedavisi sağlanarak, hastaların uzun dönem yaşam kalitesi arttırılabilir.

Kaynaklar

1. Mondin V, Rinaldo A, Ferlito A. Management of nasal bone fractures. Am J Otolaryngol. 2005;26(3):181–185.

2. Kim YH, Rhee SC, Cho BC. Retrospective analysis of 236 nasal bone fractures. J Craniofac Surg. 2004;15(4):614–619.

3. Lee JY, Kim YH. Comparison of nasal packing and splinting after closed reduction of nasal bone fractures. Ann Plast Surg. 2012;69(5):479–482.

4. Han K, Kim M, Jung S, et al. Long-term outcome of nasal bone fracture reduction using silicone nasal packing. J Craniofac Surg. 2013;24(5):1706–1708.

5. Bater MC, Vasan N, Parmar S. External nasal splinting post nasal bone manipulation: Does it affect outcome? J Laryngol Otol. 2020;134(10):849–853.

6. Yoo JH, Park SK. Nasal bone fracture treatment outcomes according to surgical technique and splinting. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019;7(8):e2400.

Anahtar Kelimeler: nazal fraktür, nazal tampon, eksternal atel

tomografi görüntüleri



P-342

Subsilier insizyon sonrası oluşan skleral show yönetiminde triamsinolon asetonid uygulaması:

Mahmut Can Karatoprak, Feryal Tunç, Muhammed Altuğ, Serkan Erbatur

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

Giriş:

Maksillofasyal travmalar, yüz ve çene bölgesinde meydana gelen kemik kırıkları ve yumuşak doku hasarları ile karakterize olan ve cerrahi müdahale gerektiren önemli klinik durumlardır. Bu travmalar, hem estetik hem de fonksiyonel açıdan büyük öneme sahiptir ve tedavisi için doğru cerrahi yaklaşımın seçilmesi gerekmektedir. Orbital duvar ve zigomatikomaksiller bölgedeki kırıklar, yüz travmalarının sık görülen patolojilerinden olup, tedavi edilmediğinde ciddi fonksiyonel ve kozmetik problemlere yol açabilir. Bu tür kırıkların cerrahi onarımında, hem cerrahın yeterli görüş sağlaması hem de minimal doku hasarıyla iyileşme sürecinin hızlandırılması hedeflenir.

Subsilier insizyon, orbital bölge ve alt göz kapağı etrafındaki travmalar için tercih edilen minimal invaziv bir cerrahi tekniktir. İlk kez 1944 yılında Converse tarafından tanımlanan bu yaklaşım, alt göz kapağında yapılan küçük bir kesi ile cerrahi alana erişim sağlar (1). Subsilier insizyonun en önemli avantajı, postoperatif izlerin minimuma indirilmesi ve geniş cerrahi görüş sağlanarak kırıkların doğru şekilde redükte edilmesidir. Bununla birlikte, diğer cerrahi yaklaşımlar olan subtarsal ve transkonjonktival insizyonlara göre bazı potansiyel komplikasyonları mevcuttur. Alt göz kapağı malpozisyonu, subsilier insizyon sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir.

Yapılan çalışmalarda, alt göz kapağı malpozisyonunun oranının %6,3 ile %25 arasında değişebileceği bildirilmiştir (2). Bu komplikasyon, estetik kaygıları artırmanın yanı sıra oküler rahatsızlıklar da oluşturabilir, örneğin göz kuruluğu, fotofobi ve lagoftalmi gibi belirtiler görülebilir. Subsilier insizyon sonrası malpozisyon tedavisinde cerrahi yöntemler sıklıkla kullanılmakla birlikte, non-invaziv tedavi seçenekleri de giderek daha fazla ilgi görmektedir (3).

Olgu:

Dicle Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalında 01.01.2024-01.01.2025 tarihleri arasında maksillofasiyal travma nedeniyle opere edilen ve subsilier insizyon açılan 85 hasta retrospektif olarak tarandı.85 hastanın 5'ine alt göz kapağı malpozisyonu nedeniyle poliklinik takiplerinde skar hattına steroid enjeksiyonu yapıldı.1 hastaya 4 seans diğer hastalara 3 seans her seans arası 3 hafta olacak şekilde %2 lidokain ile 20 mg/mL konsantrasyona kadar seyreltilmiş 12 mg triamsinolon asetonid enjeksiyonu yapıldı ve masaj ile takip edildi.Hastaların skleral showu veya alt göz kapağı malpozisyonunun herhangi bir cerrahi işlem gerektirmeden düzeldiği gözlendi.

Tartışma:

Triamsinolon, kortikosteroidler grubunun bir üyesi olarak, anti-inflamatuar, anti-alerjik ve immunosupresif özellikler gösterir. Bu ilaç prostaglandin, sitokinler ve histamin gibi inflamatuar mediatörlerin üretimini baskılar, böylece iltihabı azaltır ve iyileşme sürecini hızlandırır. Yara iyileşmesindeki aşırı skar oluşumunun ve kontraktürlerin engellenmesine yardımcı olur, bu da alt göz kapağı malpozisyonu gibi estetik problemleri önleyebilir. Birçok klinik gözlemde, triamsinolon enjeksiyonlarının alt göz kapağındaki gerilimi azalttığı ve göz kapağının düzgün bir şekilde yeniden pozisyonlandığı rapor edilmiştir (4).Steroid topikal veya intralezyonel olarak uygulanabilir.Biz intralezyonel uygulamayı tercih ettik.Ancak bu uygulama sırasında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır: cilt incelmesi, vasküler yaralanmalar veya deri rengi değişiklikleri gibi yan etkiler, özellikle topikal uygulamalarda ortaya çıkabilir. Ayrıca kas içine yapılmamasına özellikle dikkat edilmelidir. Böyle bir durumda kas atrofisi gelişmesi kaçınılmaz olacaktır.

Sonuç:

Sonuç olarak maksillofasiyal travma operasyonlarında kullanılan subsilier yaklaşımda gerek plakların yabancı cisim etkisi oluşturması gerek travmaya sekonder alt göz kapağında yara iyileşmesinin bozulması sonucu alt göz kapağı malpozisyonu,skleral show veya ektropion gelişebilecek komplikasyonlar arasındandır.Bu gibi durumlarda ikinci bir cerrahi tedavi yerine triamsinolon kullanımı cerrahiye alternatif konservatif bir tedavi yöntemi olarak akılda tutulması önemlidir.

Referanslar:

1- Converse, J. M. (1944). The use of the lower eyelid incision in facial surgery.

2- Smith, A. B., & Johnson, C. D. (2015). Lower eyelid malposition after blepharoplasty: A review of incidence and risk factors. Journal of Oculoplastic Surgery, 21(3), 145–150.

3- Smith, J., & Lee, T. (2019). Management of lower eyelid malposition: Surgical and non-surgical options. Aesthetic Plastic Surgery, 43(5), 1023–1029.

4- Park, H. J., Son, K. M., Choi, W. Y., Cheon, J. S., & Yang, J. Y. (2016). Use of triamcinolone acetonide to treat lower eyelid malposition after the subciliary approach. Archives of Craniofacial Surgery, 17(2), 63 67.

Anahtar Kelimeler: Skleral show, Subsilier, Triamsinolon asetonid

Skleral show yönetiminde triamsinolon asetonid uygulaması



1-Skleral showu mevcut olan hastanın uygulama öncesi karşıdan görüntüsü 2-Skleral showu mevcut olan hastanın uygulama öncesi anterolateralden görüntüsü 3-Skleral showu mevcut olan hastanın uygulama sonrası karşıdan görüntüsü 4-Skleral showu mevcut olan hastanın uygulama sonrası anterolateralden görüntüsü *** Hasta fotoğrafları için hastadan yazılı ve sözlü olarak tüm izinler alınmıştır.

P-343

Mandibula Fraktürlerinde Risdon İnsizyon Kullanılarak Fiksasyon Sağlanması

Bilal Çakır, Ali Haydar Cinbaş, Serkan Erbatur

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

Giriş: Kraniyofasiyal bölge vücudun en sık yaralanan bölümlerinden biridir ve yüz bölgesindeki kemik yapısından dolayı mandibula kırıkları yüz yaralanmalarında sık görülür (1). Mandibular kırıklar, yüz kemikleri kırıkları arasında ikinci sırada yer almakta olup, son yıllarda vaka sayısında önemli bir artış görülmektedir (2). Mandibula kırıkları en sık travmaya bağlı görülür ve bu kırıklar ile trafik kazaları, düşme, darp, spor aktiviteleri ilişkilidir (1). Mandibula kırıkları en sık kondilde(%36) daha sonra sırasıyla korpusta (%21) ve angulusta (%20) görülür (1). Mandibula angulusunda genellikle kırık görülmesi için predispozan faktörler; üçüncü azı dişlerinin (yirmilik dişler) varlığı, diş taşıyan bölgeden daha ince bir kesit alanına sahip olması ve mekanik olarak oluşan açının bir 'kaldıraç' alanı olması olarak sayılabilir (3). Mandibula kırıklarının tüm başarılı tedavileri, stabil koşullar altında doğru anatomik pozisyonda fiksasyona bağlıdır. Mandibular angulus kırıkları, diğer birçok yüz veya mandibular kırıkla birlikte meydana gelebilir. Angulus kırıkları diğer mandibular kırıklarla birlikte meydana geldiğinde, en sık görülen ikincil kırık bölgesi kontralateral parasimfiz bölgesidir (4). Bilateral mandibular angulus kırığı nadirdir, ancak meydana geldiğinde ön segment posteriora doğru hareket ederek hava yollarını tehlikeye atabileceğinden dikkat gerektirir (4). Mandibular fraktürler için muayene inspeksiyon ile başlar. Ödem, ekimoz, mandibula alt sınırında palpasyonda hassasiyet, angulus kırığının bir işareti olabilir (2). Mandibular angulustaki kırıklar, infeior alveolar sinirin etkilenmesine bağlı hipoesteziye neden olabilir (3). Angulus kırığı tedavisi, mandibula kırıkları arasında en yüksek komplikasyon oranlarına sahiptir; tedavi konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır (5). Yetişkinlerde mandibular angulus kırıklarının tedavisi için Champy osteosentez hattı boyunca plaklama da dahil olmak üzere çeşitli teknikler önerilmiştir. Genel olarak, kırık bölgeye ulaşmak için transoral veya transfasiyal (ağız dışı) yaklaşım kullanılır (5). Transoral yaklaşım için, ramus boyunca yukarı doğru ve birinci molar dişin önünden geçen bir kesi kullanır (5). Kapatmayı kolaylaştırmak için kesi gingivobukkal bileşkenin yaklaşık 5mm altından yapılır (5). Bu kesi, angulus fraktürleri için mandibulanın lateral ve superior kısmına tam erişim sağlar (5). Alt sınıra erişim gerektiğinde, submandibular(risdon) yaklaşım gereklidir (6). Sinir, alt sınırın 1-2 cm altına kadar uzanabilir, bu nedenle yaralanmasını önlemek için planlanan kesi mandibula alt sınırın en az 2 cm altında olmalıdır (6). Bu yaklaşım, mandibulanın alt sınırı boyunca 4 cm'lik bir kesi gerektirir (6). Platisma kası kesilerek masseter kası ortaya çıkarılır (6). Bu kas, mandibulanın baziler sınırındaki insersiyon noktasından kesilir (6). Masseter aponevrozunun altından geçen fasiyal sinirin marjinal mandibular dalı veya bukkal dalından kaçınılmasına dikkat edilir (6). Fraktür hattı ortaya konduktan sonra subperiostal disseksiyon yapılarak fx hattı serbestlenir (6). Kırık daha sonra anatomik olarak redükte edilir ve plak uygulaması yapılır. Materyal-Metod: Kliniğimize 2024 Ocak-2025 Haziran tarihleri arasında başvuran mandibula corpus-angulus fraktürleri mevcut olan 19-32 yaş aralığında erkek cinsiyette 5 farklı maksillofasyal travma hastasına archbar uygulaması yapıldı ve risdon insizyonu (mandibula angulusun alt sınırının 2 cm inferiorun yaklaşık 3 cmlik kesi) kullanılarak yapılan diseksiyon sonrası titanyum plak yardımıyla redüksiyon ve fiksasyon sağlandı. İki hasta darp, bir hasta araç içi trafik kazası, bir hasta yüksekten düşme ve bir hasta da hayvan tepmesi nedeniyle tarafımıza başvurdu.Hastaların yalnızca ikisinde izole angulus-corpus fraktürü mevcuttu. Diğer hastalarda angulus fraktürüne eşlik eden kontralateral mandibula ya da maksillofasyal kırık mevcuttu.Hastaların hiçbirinde postoperatif fasiyal sinir arazı-paralizisi görülmedi. Tüm hastalara pre operatif ve post operatif takiplerde sefazolin ve klindamisin order edildi. Hastaların postoperatif pansumanları günlük steril şekilde yapıldı ve hastaların çene bölgesine elastik bandaj uygulaması yapıldı. 1 hastada risdon insizyon bölgesinde postoperatif 2.günde hematom olması üzerine insizyon sütürları açılarak hematom boşaltıldı. Kanama kontrolü sağlandıktan sonra mini-vac dren yerleştirilerek tekrar sütürasyon sağlandı. Hastaların hepsinde skar izi kabul edilebilir düzeydeydi ve hiçbirinde hipertrofik skarla iyileşme görülmedi.

Tartışma-Sonuç: Mandibula angulus kırıklarında transoral yaklaşım yetersiz olup özellikle mandibula alt sınıra erişimde risdon insizyonunu gerekli kılmaktadır. Klinik olarak angulus fraktürlerinde alt sınıra erişimin transoral yaklaşımla yetersiz olması sebebiyle angulus ve superior corpus fraktürlerinde fraktür hattına tamamen ortaya koymak amacıyla risdon insizyonu kullanmaktayız. Bu yaklaşım alt sınıra mükemmel erişim sağlar, ancak yüz sinirine zarar verme ve skar riski taşır. Fasiyal sinirin marjinal mandibular dalı fasiyal arter ve venin arkasında, %19 ila %53 oranında mandibula alt sınırın altında seyreder ve cerrahi sırasında korumak için uygun planda disseksiyonu gerekli kılar. Uygun disseksiyon ve planda risdon insizyonu mandibular angulus fraktürleri fiksasyonunda iyi bir seçenektir ve güvenle kullanılabilir.

Referanslar:

1. Olson R.A., Fonseca R.J., Zeitler D.L., Osbon D.B.:Fractures of mandible. A review of 580 cases. J. Oral Maxillofac Surg 40: 23-28. 1982.
2. Ellis E., Moos K.F., El-Atar A.: Ten years of mandibuler fractures: An analysis of 2137 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 59: 120-129. 1985.
3. Al-Moraissi EA, Ellis E III. What method for management of unilateral mandibular angle fractures has the lowest rate of postoperative complications? A systematic review and meta-analysis. J Oral Maxillofac Surg 2014;72:2197–2211
4. Cillo JE Jr, Ellis E III. Management of bilateral mandibular angle fractures with combined rigid and nonrigid fixation. J Oral Maxillofac Surg 2014;72:106–111
5. Aleysson PO, Abuabara A, Passeri LA. Analysis of 115 mandibular angle Fractures. J Oral Maxillofac Surg 2008;66:73–6.
6. Ellis E. Management of fractures through the mandibular angle. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2009;21:163–74.

Anahtar Kelimeler: Alfabetik sıraya göre ve virgüllerle ayrılmış hali:, Angulus, Mandibula, Risdon

Mandibula Fraktürlerinde Risdon İnsizyonu Yaklaşımı



P-346

Osseoz genioplastide modifikasyonlar ve geç dönem sonuçları

Eren Tuncer[1], Mehmet Zeki Güzel[2]

[1]İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi
[2]Serbest Hekim,Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi

Osseoz genioplastinin, özellikle ortognatik cerrahi ile kombinasyonunda yaşanan ve genel kabul gören bazı sakıncalarını azaltmaya yönelik yapılan modifikasyonların etkilerini ortaya koymak

2004-2024 yılları arasında tek başına veya ortognatik cerrahi ile kombine edilmiş üç yüz (300) den fazla osseoz genioplasti işleminde yapılmış modifikasyonlar retrospektif olarak değerlendirildi. Cerrahi endikasyona göre ossseoz genioplastinin ameliyat sürecindeki sırası, osteotomi tipi, ilerletme miktarı, sarkıtma miktarı, kemik grefti ile destekleme, pogonial askı gibi yapılan işlemlerin sonuca etkileri analiz edildi.

Uzun dönem sonuçlarına göre; geliştirilen modifikasyonların, kombine olgularda alt dudak uyuşukluğunun olmaması veya duyu kalitesine olumlu katkıları yanında fonksiyonel ve estetik sonuçları da tatmin edici idi.

Anahtar Kelimeler: Osseöz genioplasti, ortognatik cerrahi, osteotomi modifikasyonu, mandibula estetiği, alt dudak parestezisi

Osseoz preop perop ve postop fotoğrafları



P-347

Periorbital Ve Frontal Kırıkların Tedavilerinin Değerlendirilmesi

Güven Ozan Kaplan

Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Maksillofasiyal yaralanmalar plastik cerrahi acillerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Frontal ve periorbital bölge kırıkları genelde oftalmoloji ve nöroşirurjinin de değerlendirmesini gerektiren kapsamlı yaralanmalar olabilmektedir. Bu yaralanmalar çok ciddi komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle özenli bir tanı ve tedavi sürecini gerektirmektedir. Çalışmanın amacı yeni hizmete giren bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunda bu kırıklara uygulanan tedavinin değerlendirilmesidir.

Yöntem-Gereçler: Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda 2023 Aralık- 2025 Temmuz ayları arasında orbita ve frontal fraktür nedeniyle tanı ve tedavileri gerçekleştirilen hastalar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 32 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 16'sı cerrahi olarak tedavi edilirken 16'sı konservatif olarak izlendi. Bu hastaların 5'i kadın 11'i ise erkekti. Hastaların yaş ortalaması 28,4'tü. Konservatif olarak takip edilen 16 hastanın 12'sinde cerrahi tedavi gerektirmeyen minimal orbita taban fraktürü mevcutken 4'ünde non-deplase frontal fraktürü mevcuttu. Cerrahi tedavi edilen 16 hastanın 11'inde orbita taban fraktürü onarımı titanyum mesh ile gerçekleştirildi. Bu hastaların 4'ünde diplopi, 1'inde kas entrapmanı, 6'sında ise geniş fraktür alanı nedeniyle enoftalmusu önlemek amacıyla cerrahi gerçekleştirildi. Frontal kırığı olan 3 hastada minimal subdural hematom mevcuttu ve konservatif olarak izlendi. Frontal kırığı olan 5 hastanın 3'ünde bikoronal insizyon yoluyla açık redüksiyon+internal fiksasyon, 1'inde açık redüksiyon+ internal fiksasyona ek olarak sinüs obliterasyonu ve 1 hastada da kaş üstü insiyonu yoluyla açık redüksiyon ve internal fiksasyon gerçekleştirildi.

Frontal kırığı olan 2 hastada yapılan göz muayenesinde görme keskinliğinin azaldığı görüldü. Oksipital lob hasarı ve sfenoid kemik fraktürü olmayan bu hastalarda travmatik optik nöropati düşünüldü ve yüksek doz steroid tedavisi uygulandı. Hastaların 6. ay değerlendirmelerinde görme keskinliğinin arttığı ancak normal seviyeye ulaşmadığı görüldü.

Orbita taban kırığı nedeniyle opere edilen hastalarda postoperatif 1. ayda hiçbir hastada diplopi ve enoftalmus yoktu. Transkonjonktival insizyon yapılan 1 hastada 4.ayda devam eden entropion nedeniyle entropion onarımı gerçekleştirildi.Sonuç: Orbita kırıkları ve frontal kırıklar intrakranial kanama, görme kaybı gibi çok ciddi durumlara yol açabilen yaralanmalardır. Bu nedenle bu kırıklar tedavi edilirken kan entrapmanı, intrakranial kanama varlığı ve görme kaybı gibi ciddi durumlarla karşılaşılabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: frontal kırık, orbita fraktürü, görme kaybı, travmatik optik nöropati

P-348

İleri Evre Pitozisli Hastalarda Frontal Askılama Yöntemleri

Joshgun Gasımov, Nuh Evin

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Giriş

Blefaropitozis, üst göz kapağının normalden aşağı yerleşmesiyle karakterize olup ileri evrelerde görme alanını daraltarak hem fonksiyonel hem de estetik sorunlara yol açar. Şiddetine göre hafif (1–2 mm), orta (3–4 mm) ve ağır (>4 mm) pitozis olarak sınıflandırılır. Başlangıç yaşına göre konjenital veya edinsel tipleri bulunur. Konjenital olguların yaklaşık %75'i tek taraflıdır.1

Etyolojik olarak pitozis; miyojenik, nörojenik, aponevrotik, mekanik veya travmatik nedenlerden kaynaklanabilir. İleri evre pitozis genellikle levator palpebrae superioris kas fonksiyonunun <4 mm olduğu durumları ifade eder.

Cerrahi tedavide özellikle konjenital ve ileri evre pitozis olgularında frontal askılama altın standart yöntemdir. Bu teknikte üst göz kapağı alın kasına çeşitli materyaller ile asılmaktadır.

Kullanılan materyaller arasında otojen fasya lata uzun dönem başarısı ve düşük nüks oranı ile altın standart kabul edilmektedir. Bunun yanında palmaris longus tendonu, silikon, ePTFE ve diğer sentetik materyaller de geçici ya da kalıcı çözüm sağlayabilmektedir.

Biz çalışmamızın amacı ileri evre pitozis hastalarında uyguladığımız frontal askılama cerrahisi sonuçlarımızı sunmaktır.

Hastalar ve yöntem

2018-2024 yılları arasında ileri evre pitozis nedeniyle frontal askılama cerrahisi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hafif ve orta pitozise sahip hastalar ve pediatrik hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Askı materyali olarak otolog palmaris longus tendonu kullanıldı. Teknik olarak Fox pentagonal tekniği kullanıldı. Pitotik kapak silier sınırda yapılan kesiler ile tendon kapaktan geçirildi. Tendon greftinin orbikülaris kasına daha derin, tarsa daha yüzeysel yerleştirilmesine özen gösterildi. Ardından 2 tanesi kaş üzerinde kesi yapılarak tendon uçları kaş seviyesine, ardından merkezi olarak alın bölgesine taşındı. Ardından hasta oturtularak göz kapak ağırlığı ve yer çekimi kuvvetleri aktifken geçici sütürle kapak yüksekliği belirlendi. Alın kası hareketleriyle ideal göz kapak konumu elde edildiği noktada frontal kasa tendon grefti sütüre edildi. Cilt kesileri primer onarıldı. Cerrahi sonrası hasta yakın takip edildi, lubrikan damla ve jel kullanımı önerildi. Hastaların göz kapak konturu ve estetik memnuniyetleri 5 puanlı Likert ölçeği kullanılarak değerlendirildi (1=memnun değil; 2=kararsız; 3=orta; 4=iyi; ve 5=tamamen memnun).

Bulgular

9 hasta erkek, 5 hasta kadındı. 12 hasta bilateral, 2 hasta ise tek taraflı pitoza sahipti. Hastaların yaşları 29 ve 58 yaş arasındaydı. Hastalarda normal sınırlara yakın kapak açıklığı elde edildi. Kapaklarda deformite, göz kırpma hareketlerinde kısıtlılık, kapak kıvrımlarında kontur bozukluğu, lagoftalmi, korneada kuruluk ve keratit gözlenmedi. Hastaların tamamı sonuçtan memnundu (ort. Likert skoru=5)

Tartışma ve Sonuç

Frontal askılama cerrahisi ilk kez 1909'da Payr tarafından tanımlanmış, 1922'de Wright tarafından otojen fasya lata kullanılarak modifiye edilmiştir. 2 3 Crawford ise bu tekniği değiştirerek üç yaş üzerindeki çocuklarda uygulanmasını önermiştir. 4 Küçük yaşlarda fasya lata alınmasının güçlüğü ve geniş yara izi oluşturması önemli dezavantajlar olarak bildirilmektedir. Bununla birlikte, Leibovitch ve arkadaşları üç yaş altı çocuklarda gerçekleştirdikleri fasya lata ile frontal askılama serisinde fonksiyonel olarak tatmin edici sonuçlara ulaştıklarını bildirmiştir 5

Pitozis cerrahisinde Müller kası rezeksiyonu, levator rezeksiyonu/aponevroz ilerletmesi ve frontal askılama olmak üzere üç temel yaklaşım bulunmaktadır. Hafif olgularda Müller kası ve levator rezeksiyonu tercih edilirken, ileri evre ve levator fonksiyonunun yetersiz olduğu durumlarda frontal askılama en uygun yöntem olarak öne çıkmaktadır. Cerrahi başarıyı hasta seçimi, etiyoloji ve materyal tercihi belirlemekte olup, özellikle konjenital pitozisli çocuklarda otojen fasya lata ve silikon materyaller ile yüksek başarı oranları rapor edilmiştir. 5 6

Erişkinlerde ve nörojenik pitozis olgularında başarı oranları daha değişkendir. Özellikle üçüncü kranial sinir felcine bağlı olgularda materyalden bağımsız olarak başarı daha düşüktür. Silikon askılarda zamanla gevşemeye bağlı kademeli kapak düşüklüğü görülebilir. Ayrıca yabancı cisim reaksiyonları, enfeksiyon ve granülom oluşumu sentetik materyallerin bilinen dezavantajlarıdır Araştırmacılar otojen fasya latanın daha üstün kozmetik sonuçlar, düşük nüks oranı ve uzun süreli etki sağladığını; bu nedenle altın standart materyal olarak kabul edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır 5 7 Bununla birlikte, uygun olgularda palmaris longus gibi alternatif otojen materyaller de başarılı sonuçlar sunabilmektedir. Nitekim 2–7 yaş arası 14 çocuk ve 15 göz kapağı üzerinde yapılan bir seride, palmaris longus askısının ortalama 7,5 yıllık takipte yeterli elevasyon sağladığı ve nüks/komplikasyon bildirilmediği rapor edilmiştir 8

Frontal askılama cerrahisinde lokal anestezi altında oturur pozisyonda yapılan intraoperatif ölçümler, postoperatif kapak yüksekliği ve konturun daha öngörülebilir biçimde ayarlanmasına katkı sağlamaktadır. Bu yaklaşım, hastanın uyanıkken kapak açma hareketi sırasında askı gerginliğinin optimize edilmesine olanak vererek aşırı düzeltme, lagoftalmus ve asimetri riskini azaltmaktadır. Ayrıca genel anesteziden kaçınma imkânı, özellikle erişkin ve ek hastalığı bulunan bireylerde cerrahi güvenliği artırmakta ve hasta işbirliği ile birlikte cerrahi başarının yükselmesine yardımcı olmaktadır.

Frontal askılama cerrahisinde kullanılan Fox pentagonal teknik, basit yapısı ve az materyal gereksinimi sayesinde cerrahi süreci hızlandıran pratik bir yöntemdir. Literatürde, bu tekniğin diğer geometrik yöntemlerle karşılaştırıldığında fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar açısından benzer başarı sunduğu; modifiye uygulamalarda, özellikle palmaris longus tendonu ile uzun dönem stabilite ve düşük rekürrens sağlandığı bildirilmektedir. Ayrıca, blefarofimozis sendromu gibi kompleks olgularda PTFE sling ile yapılan modifikasyonların estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin edici sonuçlar verdiği ve suprabrow tek kesi avantajıyla kozmetik olarak üstünlük sağladığı vurgulanmaktadır.

Referanslar

1. Kostick D, Bartley G. Upper eyelid malpositions: congenital ptosis. Principles and practice of ophthalmology. 2000;1(2):3460-8.

2. Payr E. Plastik mittels freier Faszientransplantation bei Ptosis. Dtsch Med Wochenschr. 1909;35:822.

3. Wright W. The use of living sutures in the treatment of ptosis. Arch Ophthalmol. 1922;51:99-102.

4. Saunders RA, Grice CM. Early correction of severe congenital ptosis. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1991. p. 271-273.

5. Wong C, Fan D, Ng J, Goh T, Lam D. Long-term results of autogenous palmaris longus frontalis sling in children with congenital ptosis. Eye. 2005;19(5):546-548.

6. Leibovitch I, Leibovitch L, Dray J-P. Long-term results of frontalis suspension using autogenous fascia lata for congenital ptosis in children under 3 years of age. American journal of ophthalmology. 2003;136(5):866-871.

7. Crawford JS. Repair of ptosis using frontalis muscle and fascia lata. Transactions-American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology. 1956;60(5):672-678.

8. Martin TJ, Yeatts RP. Abnormalities of eyelid position and function. Copyright© 2000 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New …; 2000:0031-0042.

Anahtar Kelimeler: Pitozis, Pitozis onarımı, Frontal askılama cerrahisi

P-349

Panoramik grafilerde hayalet görüntü varlığının araştırılması

Tarkan Kozan, Orhan Zorluel, Uğurşan Uğur, Recep Okan Üstün, Alper Sarı

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi- Mersin

Giriş

Panoramik radyografi, maksillofasiyel bölgenin genel yapısını tek bir görüntüde değerlendirme imkânı sunan, düşük maliyetli, erişilebilirliği yüksek ve nispeten düşük radyasyon içeren bir görüntüleme yöntemidir. Özellikle plastik cerrahi pratiğinde; travma, rekonstrüktif cerrahi

sonrası takip, implant planlaması ve postoperatif değerlendirmelerde sıklıkla kullanılmaktadır.

Ancak bu tekniğin önemli dezavantajlarından biri, bazı yapıların konumları ve yoğunluklarına bağlı olarak oluşan artefaktlardır. Bunlardan en dikkat çekeni hayalet görüntü olarak adlandırılan yansımalardır. Hayalet görüntüler, radyografide görüntülenen metalik veya yoğun yapıların, ışın kaynağına olan uzaklıklarına göre orijinal konumlarından karşıt tarafta, genellikle daha büyük, daha belirsiz ve daha yukarı seviyede oluşan ikincil görüntüleridir. Bu oluşum, yorumlamayı zorlaştırarak yanlış tanılara ve gereksiz ileri tetkiklere neden olabilir.

Bu çalışma, panoramik radyografilerde hayalet görüntülerin sıklığını, kaynaklarını ve klinik pratikteki etkilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışmada, 2021 Ocak – 2025 Temmuz tarihleri arasında hastanemizde çekilen, cerrahi sonrası implant veya osteosentez materyali uygulanmış 74 hastaya ait panoramik radyografi değerlendirildi. İmplant varlığı dışlama kriteri olarak alınmadı.

Her görüntüde hayalet görüntü varlığı, kaynağı (osteosentez plakları, vidalar, küpe, piercing, tanımlanamayan metalik objeler vb.), dil-hava boşluğu artefaktı ve genel radyografik kalite (yeterli/yetersiz) analiz edildi. Değerlendirme, iki bağımsız gözlemci tarafından standart formlar üzerinden gerçekleştirildi.

İstatistiksel analizlerde, kategorik değişkenler için ki-kare testi (χ^2), sürekli değişkenler arası ilişkiler için Pearson korelasyonu (r) ve etkileyen faktörleri belirlemek için çoklu regresyon analizi kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Toplam 74 panoramik radyografinin %72,9'unda (n=54) en az bir adet hayalet görüntü tespit edildi. Hayalet görüntü oluşumuna en sık neden olan yapılar sırasıyla:

• Osteosentez plakları (%18,5),

• Tanımlanamayan/kombine metalik yansımalar (%16,7),

• Vida-plak kombinasyonları (%14,8) olarak belirlendi. Ayrıca dil-hava boşluğu artefaktı 28 olguda (%37,8) gözlendi. Bu artefakt, genellikle dilin damaktan uzak durduğu olgularda, radyografide üst kesimlerde yatay radyolüsent bantlar şeklinde izlenmekteydi.

Radyografik kalite ile artefakt sıklığı arasında da anlamlı ilişki bulundu. Görüntü kalitesi yetersiz olan grupta hayalet görüntü görülme oranı belirgin olarak yüksekti ($\chi^2 = 6.41$, $p = 0.012$).

Regresyon analizleri, hayalet görüntü oluşumunu etkileyen başlıca faktörlerin metalik materyal varlığı ($\beta = 0.47$, $p < 0.001$) ve görüntü kalitesi düşüklüğü ($\beta = 0.31$, $p = 0.004$) olduğunu gösterdi.

Dil-hava artefaktı ile pozisyonlama hataları arasında da anlamlı bir ilişki saptandı ($p = 0.026$). Ek olarak, hayalet görüntü sayısı ile kullanılan metalik yapıların yoğunluğu (örneğin birden fazla plak/vida kombinasyonu) arasında pozitif korelasyon mevcuttu ($r = 0.42$, $p = 0.008$).

Tartışma

Panoramik radyografiler, maksillofasiyel iskeletin hızlı ve geniş kapsamlı değerlendirilmesine olanak tanıyan vazgeçilmez bir görüntüleme yöntemidir. Ancak bu yönteme özgü artefaktların varlığı, görüntülerin doğru yorumlanmasını zorlaştırabilir.

Literatürde hayalet görüntü oluşumunun en sık nedenleri arasında metalik objeler ve baş pozisyonlama hataları yer almaktadır. (1)Ramos ve arkadaşları (2016), hayalet görüntülerin çoğunun bu iki faktöre bağlı olduğunu raporlamıştır. (2)Venkatraman ve arkadaşları (2011) ise mandibular plakların karşı hemimandibulada hayalet yansımalar oluşturduğunu ve bu durumun anatomik yapıların yanlış yorumlanmasına neden olabileceğini belirtmiştir. (3)Kaplan ve Katı (2024), %81,16 oranında pozisyonlama hatasına bağlı hayalet görüntü saptarken,(4) Sarı ve arkadaşları (2008) hayalet görüntülerin klinik kararlarda yanlış yönlendirmelere yol açabileceğini vurgulamıştır.

Sonuç

Bu çalışma, panoramik radyografilerde hayalet görüntü oluşumunun oldukça yaygın (%72,9) olduğunu ve en sık osteosentez plakları, vida-plak kombinasyonları ve tanımlanamayan metalik yapılarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Regresyon analizleri, hayalet görüntü oluşumunun başlıca belirleyicileri olarak metalik materyal varlığı ve görüntü kalitesi düşüklüğünü işaret etmiştir.

Dil-hava artefaktı da pozisyonlama hatalarıyla doğrudan ilişkilidir ve bu durumun önüne geçmek için hasta hazırlığına ve çekim öncesi eğitime önem verilmelidir.

Hayalet görüntü ve diğer artefaktların farkında olunması, plastik cerrahların radyolojik değerlendirmelerini daha doğru yapmalarına ve gereksiz ileri tetkiklerden kaçınmalarına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hayalet görüntü, panoramik radyografi, artefakt, implant, osteosentez materyali, dil hava boşluğu, plastik cerrahi

Kaynakça

1- Ramos BC, Maia ML, Godoy L, Haiter-Neto F. Ghost images in panoramic radiographs: Identification and interpretation. Imaging Sci Dent. 2016;46:63–68.

2- Venkatraman S, Pavithran P, Mupparapu M. Ghost images in panoramic radiographs – A case report. Dentomaxillofac Radiol. 2011;40:397–399.

3- Kaplan B, Katı E. Panoramik Radyografilerde Ghost Image Oluşumu. Dicle Diş Hekimliği Dergisi. 2024;25(3):73–78.

4-Sarı A, Yener T, Çelik H, Koçer U. Hayalet Görüntülerin Tanıdaki Önemi. Türk PRS Dergisi. 2008;16(2):74–78.

Anahtar Kelimeler: Hayalet görüntü, panoramik radyografi, implant, artefakt

P-351

Ortognatik Cerrahiyi Tamamlayıcı Sekonder Estetik Cerrahi Girişimler ve Tedavinin Bireyselleştirilmesi

Etkin Boynuyogun

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

GİRİŞ

Ortognatik cerrahinin planlanması ve uygulanmasında fonksiyon, oklüzyon ve hava yolu ile birlikte, yüzdeki estetik ve harmoninin sağlanması da önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda cerrahi planlamada, oklüzyon ile birlikte önemli bir diğer hedef, yüzdeki dengeyi, uyumu ve simetriyi de iyileştirmektir. Ayrıca, hastalar açısından da yalnızca fonksiyonel iyileşmeler değil, aynı zamanda yüz estetiğindeki kazanımlar da cerrahinin başarısında önemli bir rol oynamaktadır. Maksilla için Le Fort I osteotomisi ve mandibula için sagittal split ramus osteotomisi, günümüzde ortognatik cerrahide en sık kullanılan temel cerrahi yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Maksillomandibular hareketler, yüzün yumuşak dokularına dengeli bir destek sağlasa da iskelet yapısında gerçekleştirilen değişiklikler, yumuşak dokulardaki hacim eksikliğini ortaya çıkarabilir veya mevcut eksiklikleri daha da belirginleştirebilir. Bu

nedenle, cerrahi planlama sürecinde yumuşak dokuların da dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte, ortognatik cerrahide maksillayı mobilize etmek için sıklıkla kullanılan Le Fort I osteotomisi sonucunda burun görünümü, mandibulayı hareketlendirmek için kullanılan sagittal split ramus osteotomisi sonucunda da çene ucu önemli oranda etkilenmektedir. Bu nedenle gerek ameliyat öncesinde gerek ameliyat sonrasında nazal morfolojide ve çene ucu görünümünde oluşabilecek problemler ve rinoplasti ve/veya genioplasti ihtiyacı dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve sekonder prosedürlerin genel ortognatik tedavi planının bir parçası haline gelmesi ve olası cerrahi yaklaşımların ortognatik cerrahi geçirecek hastalarla ameliyat öncesinde beraber tartışılması gerekmektedir.

Yağ enjeksiyonları

Otolog yağ grefti, kolayca bulunabilmesi, ucuz olması, biyolojik olarak uyumlu olması ve minimal invaziv bir prosedürle elde edilebilmesi nedeniyle yumuşak doku rekonstrüksiyonu için kullanılan ve uzun süreli sonuçlar veren yararlı bir tekniktir. Yağ enjeksiyonunun hacim verici etkisi yumuşaktır ve özellikle periorbital ve zigomatik bölgede daha genç bir görünüm yaratır. Ameliyat öncesinde hasta dik pozisyonda muayene edilmeli ve planlanan düzeltme alanını vurgulamak için hacim eksikliği olan cilt bölgesine işaretlemeler yapılmalıdır. Özellikle paranazal, anterior ve lateral yanak kompartmanlarına yağ enjeksiyonları ile, orta yüz projeksiyonu arttırılarak daha güzel profil görünümü sağlanabilir. Yüze hacim kazandıran bu enjeksiyonlar ile, alt göz kapağından yüzün alt bölümüne kadar olan orta yüz bölgesi projeksiyonunda artış ve burun-orta yüz-malar kompartmanlar arası daha düzgün ve yumuşak bir geçiş sağlanabilir. Yine perioral bölgeye yapılacak enjeksiyonlar ile, dudak simetrisi ve projeksiyonu adına önemli kazanımlar elde edilebilmektedir.

Rinoplasti

Ortognatik cerrahi ile yeniden konumlandırılan üst ve alt çene ile birlikte bir diğer önemli element nazal profildir. Nitekim nazal anatomi, büyük oranda maksiller ve daha az oranda mandibular hareketlerden etkilenmektedir. Ortognatik cerrahi öncesi klinik muayenede nazal morfoloji ve deformiteler tespit edildikten sonra, hasta ile beraber olası rinoplasti ihtiyacına karar verilmelidir. Rinoplasti, ortognatik cerrahi ile eş zamanlı yapılabilmekle birlikte, aşamalı olarak da yapılabilmektedir. Eş zamanlı yapıldığı takdirde, nazomaksiller yapının geniş bir alanda ortaya konması ve tek anestezi işlemi ile prosedürlerin tamamlanması avantajları ortaya çıkmaktadır. Ancak erken dönemde solunum problemlerine neden olması da, hasta konforu açısından dezavantaj olarak değerlendirilmektedir. Aşamalı yapıldığı takdirde ise, sonuçlar daha öngörülebilir olup, intraoperatif entübasyon tüpünün yerinin değiştirilmesi gerekmemektedir. Nazal morfoloji, yüzün tam merkezinde bulunması sebebiyle, güzel bir profil sağlamak amacıyla ortognatik cerrahi hastalarında mutlaka değerlendirilmeli ve bu değerlendirmede, özellikle maksillanın hareket vektörü ve miktarı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Genioplasti

Çene ucu, yüzün alt üçte birlik bölümünün en belirgin anatomik yapısıdır ve bu bölgedeki asimetriler ile yatay düzlemdeki protrüzyon ya da retrüzyon durumları, yüz harmonisinin bozulmasına neden olabilir. Genioplasti amacıyla değerlendirilen bir hastada hem frontal hem de profil görünüm üzerinden çeşitli estetik ve fonksiyonel faktörlerin analiz edilmesi gerekmektedir.

Çenenin ve alt çene ucunun şeklini ve/veya konumunu değiştiren bu ameliyat, tek başına bir işlem olarak veya genel ortognatik cerrahi ile birlikte gerçekleştirilebilir ve her yönde hareket sağlamak amacıyla, esas olarak kayan (sliding) osteotomi kullanılır. Gerekli görüldüğü takdirde, çene ucuna küçültme veya otojen/sentetik materyaller ile genişletme/büyütme de uygulanabilir.

Vaka örneği-1

19 yaşında kadın hastaya, bimaksiller retrüzyon nedeniyle cerrahi-öncelikli (surgery-first) ortognatik cerrahi planlandı. Maksillada 6 mm, mandibulada solda 5mm sağda 6 mm ilerleme sağlandı. Aynı seansta çene ucunda 4 mm ostektomi yapılarak genioplasti uygulandı (Resim 1). 6 ay sonra ise aynı hastaya rinoplasti ile birlikte, malar, alt göz kapağı ve dudak bölgelerine yağ enjeksiyonu gerçekleştirildi (Resim 1).

Vaka örneği-2

26 yaşında kadın hastaya bimaksiller cerrahi uygulandı. Maksilla 7 mm öne, mandibula solda 3 mm arkaya, sağda 4mm öne alınarak rotasyonu sağlandı. Aynı seansta ise çene ucu sağda 3 mm solda 2 mm burr yardımı ile törpülendi. 1 yıl sonra ise orta yüze ve alt kapağa yağ enjeksiyonu ile birlikte rinoplasti uygulandı.

SONUÇ

Ortognatik cerrahi, hastalara sadece fonksiyonel iyi bir kapanış sağlamakla kalmamalı, aynı zamanda hastanın yüz estetiğini iyileştirme potansiyelini de değerlendirmelidir. Yüz estetiği, hastanın ortognatik cerrahiden memnuniyetinde de önemli bir rol oynar. Bu nedenle, estetik bakış açısı ile de yapılabilecek işlemler hasta ile ayrıntılı olarak görüşülmeli ve her ameliyat öncesi konsültasyon ve tedavi planlamasında dikkate alınmalıdır. Gerekirse, yağ enjeksiyonları, rinoplasti ve genioplasti gibi ek cerrahiler aynı seansta veya ilerleyen dönemlerde planlanabilmektedir. Bu sayede, hasta fonksiyonel tedaviye ek olarak, yüz görünümü ve simetrisinde de kazanımlar elde ederek, cerrahiden elde edilen faydayı en üst düzeye çıkaracaktır.

Anahtar Kelimeler: Ortognatik Cerrahi, Estetik, Yağ Grefti, Rinoplasti, Genioplasti

Resim 1



A) Hastanın ortognatik cerrahi öncesi önden görünümü B) Hastanın ortognatik cerrahi öncesi yandan görünümü C) Hastanın ortognatik cerrahi sonrası, yağ enjeksiyonu ve rinoplasti öncesi önden görünümü D) Hastanın ortognatik cerrahi sonrası, yağ enjeksiyonu ve rinoplasti öncesi yandan görünümü E) Hastanın ortognatik cerrahi, yağ enjeksiyonu ve rinoplasti sonrası önden görünümü F) Hastanın ortognatik cerrahi, yağ enjeksiyonu ve rinoplasti sonrası yandan görünümü

P-352

Mandibula Açık Kondil Cerrahilerinde Komplikasyonlar, Görülme Sıklıkları ve Yönetim Yaklaşımları

Eren Tuncer, Onur Zengin, Berkan Şanlı,
Osman Şamil Sevindik, Ali Ensar Gündüz, Perçin Karakol
T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul

Giriş

Mandibula kırıkları acilinde sık karşılaşılan durumlardır. Mandibula kırıkları içinde kondil kırıkları önemli yer tutmaktadır. Kondil kırıkları tedavisinde farklı tedavi yöntemleri kullanılabilse de açık cerrahi ile tedavi etmek gerekebilmektedir. Açık cerrahi teknikte sinir komşuluğu ve komlikasyonların önemi nedeniyle ve ortodontik işlemler ile giderilemeyecek zorlukta olabileceğinden doğru endikasyon ve titiz cerrahi teknik uygulaması gerekmektedir.

Materyal-Metod: Bu çalışmada, kliniğimizde Ağustos 2024 ile Ağustos 2025 tarihleri arasında yapılan açık kondil cerrahilerinin uygulanış biçimi, karşılaşılan komplikasyonlar, bunların görülme oranları ve yönetim şekilleri incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya Ağustos 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında kliniğimizde mandibula açık kondil cerrahisi uygulanmış 20 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların bilgileri retrospektif olarak değerlendirilerek kaydedilmiştir. Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması 31 (18-46) idi. Hastaların 5'i izole mandibula subkondil kırığı iken, 15 vakada ek mandibula kırığı (9 mandibula parasimfizis, 4 angulus ve 3 ramus kırığı) eşlik etmekteydi. Çalışma grubundaki hastaların ikisinde ameliyat sonrası fasyal paralizi, birinde maloklüzyon saptandı. Geçici seyreden fasyal paralizi olgusundan ikisi de hemkortikosteroid tedavisi ve fizyoterapi ile tamamen düzeldi. Maloklüzyon görülen hastada erken dönemde intermaksiller fiksasyon ve oklüzal düzenleme ile fonksiyonel uyum sağlandı.

Tartışma

Kondil kırıklarında açık cerrahi kırıklarında fasyal sinir hasarı ve parestezi riskleri riskleri olsa da etkili redüksiyonun sağlanmasında ve maloklüzyonun önlenmesinde etkili tedavi yöntemidir. Açık cerrahi teknik, intraop kas ödemi ve kırığı etkileyen vektörlerinde etkilemesi sebebiyle öğrenme eğrisi uzundur. Literatürde bildirilen diğer komplikasyonlar göz önünde bulundurularak cerrahi planlama yapılması, olası sorunların erken fark edilmesi ve uygun tedaviye hızla başlanması, hem fonksiyonel hem estetik açıdan sonuçların korunmasında önem taşır.

Sonuç: Açık kondil cerrahisi doğru endikasyon ve titiz cerrahi teknikle uygulandığında başarılı sonuçlar verir. Ancak çalışmamızda görüldüğü gibi fasyal paralizi ve maloklüzyon, az da olsa karşılaşılabilen komplikasyonlardandır.

Kaynaklar

1. Al-Hasani KM, El-Aassar O, El-Sayed EM, Shaaban M. Complications of open reduction and internal fixation of mandibular condylar fractures: A clinical and radiographic evaluation. Bezmialem Science. 2024;12(3):232-9.

2. Ellis E 3rd, McFadden D, Simon P, Throckmorton G. Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2000 Sep;58(9):950-8. doi:10.1053/joms.2000.8742.

3. Spinzia A, Moscariello A, D'Amato G, Cervelli G, Nigro C. Open reduction and internal fixation of extracapsular condylar fractures: A retrospective study. BMC Surg. 2014;14:68. doi:10.1186/1471-2482-14-68.

4. Ravikumar C, Venkateshwaran V, Thiruneelakandan S, Ravindran C. Evaluation of postoperative complications of open reduction and internal fixation of mandibular condylar fractures. Indian J Dent Res. 2019;30(1):114-9. doi:10.4103/ijdr.IJDR 13 18.

5. Medscape. Mandibular condylar and subcondylar fractures [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 15

Anahtar Kelimeler: Açık redüksiyon ve internal fiksasyon, fasiyal sinir komplikasyonları, mandibula kondil fraktürleri, oklüzal uyum ve fonksiyonel sonuçlar

P-353

Wise Patern ve Serbest Nipple-Areola Kompleksi Grefti ile Onkoplastik Meme Rekonstrüksiyonlarındaki Klinik Tecrübelerimiz

Recep Anlatıcı[1], Ömer Refik Özerdem[2], Bakır Deniz[1], Furkan Gözübüyük[1], Fatih Durğut[1]
[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Gaziantep
[2]Yeşilbahçe Mh. M.Kasapoğlu Cd. 21/14 Muratpaşa Antalya

Giriş: Nipple-Areola Kompleksi (NAK) ve meme derisini koruyan mastektomi uygulamaları, onkolojik açıdan güvenirliklerin yanı sıra sundukları memnuniyet verici kozmetik sonuçları nedeniyle de son yıllarda daha sıklıkla tercih edilmeye başlanmıştır. Meme ptozisi olmayan ya da hafif düzeyde ptozisi bulunan hastalarda implant tabanlı meme koruyucu cerrahi adeta standart bir yaklaşım haline gelmiştir. Buna karşılık, 2. derece ve üzeri ptozisi olan olgularda estetik açıdan daha tatmin edici sonuçların elde edilebilmesi için NAK'nin ideal anatomik pozisyonuna taşınması önemli bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Bu duruma bağlı olarak, Wise patern kesiyle birlikte NAK'nin serbest greft olarak kullanılması metodu ileri derecede ptozisi olan ve hem meme derisinin hem de NAK'nin korunması hedeflenen hastalarda uygun bir seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Amaç: Kliniğimizde onkolojik cerrahi sonrası Wise patern kesiyle birlikte NAK'nin serbest greft olarak kullanılması uygulamasının sonuçlarını retrospektif bir çalışma ile ortaya çıkarmayı ve klinik deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde 2022-2025 yılları arasında, evre 2 ve 3 ptozisi olan toplam 16 hastaya Wise patern ve serbest NAK grefti ile onkoplastik meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Bu hastalardan 7'sine çift taraflı, 9'una ise tek taraflı rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Tüm olgularda subpektoral implant yerleşimi tercih edildi. Ameliyat öncesinde, hasta ayakta iken NAK'nin yeni anatomik lokasyonu işaretlenerek Wise paternine uygun çizim yapıldı. Operasyonun başında tarafımızdan NAK'nin serbest greft olarak çıkarılması ve NAK'nin yerleştirileceği bölgenin dezepitelizasyonu işlemi uygulandı. Bu aşamadan sonra hastalar Genel Cerrahi ekibine mastektomi (total gland eksizyonu) uygulaması için devredildi. Mastektomi sonrasında tarafımızdan operasyona devam edildi. Pektoral kas altında implant için uygun bir poş oluşturuldu. Bu işlem sırasında, daha sonra meme alt polünde sorun yaşanmaması (alt polde projeksiyon eksikliği) için diseksiyon rektus kas liflerinin altından inframammaryan sulkusa kadar genişletildi. Uygun boyutta implant yerleştirildikten sonra, implantın daha sonra laterale yer değiştirmesini önlemek amacıyla, pektoral kas laterali ile serratus kası arasına emilebilir sütürler kondu. Operasyon sahasına iki veya üç adet silikon dren yerleştirildi; Wise paterni medial ve lateral deri flepleri orta hatta birbirine yaklaştırılarak memeye

şekil verildi. Son aşamada, NAK grefti yeni pozisyonuna sütüre edilerek ameliyat tamamlandı.

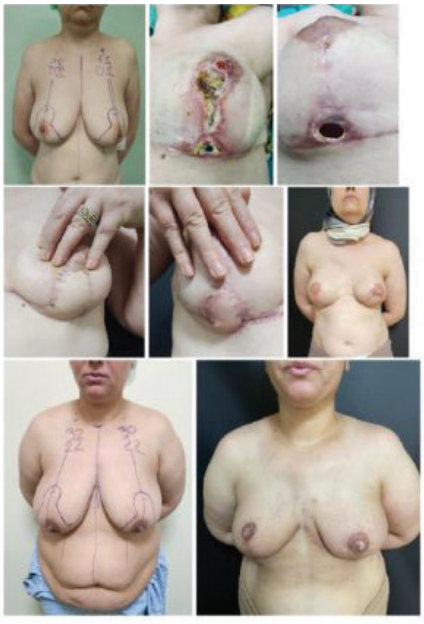
Bulgular: Yukarıda açıkladığımız teknik 2022-2025 yılları arasında 16 hastada 23 memeye uygulandı. Hastalardan birinde her iki meme alt polünde de implant ekspozisyonu gelişti ve bu sorunun çözümüne yönelik lokal fleplerle onarım uygulandı. Tek taraflı tümörü olan bir diğer hastada ise medial ve lateral fleplerde geniş nekroz gelişti. Bu hastada implantın çıkarılması sonrasında nekrotik dokuların debritmanı uygulandı. Granülasyon dokusunun gelişimi sonrası deri greftiyle defekt onarımı uygulandı. Diğer hastalarda majör bir komplikasyona rastlanmadı.

Tartışma: Subpektoral veya prepektoral yerleşimli implantlarla uygulanabilen bu teknikte, sütür hatları memenin alt polünde ve inframammaryan sulkusta kalmaktadır. Alt poldeki implant yükünü azaltarak yara açılması ve ekspozisyon riskini düşürdüğü düşünüldüğü için tarafımızdan tüm olgularda subpektoral yaklaşım tercih edilmiştir. Yöntemin avantajları arasında ileri ptozisi olan hastalarda estetik olarak daha tatmin edici sonuçların sağlaması, NAK'nin korunabilmesi ve korunan meme derisinin rekonstrüksiyon işlemlerine olumlu katkısı sayılabilir. Buna karşın, meme başında duyu ve projeksiyon kaybı ile NAK'nde depigmentasyon gibi dezavantajlar da söz konusudur.

Sonuç: Wise patern ve serbest NAK grefti tekniğinin ileri derecede ptozisi olan onkolojik hastalar için etkili ve güvenilir bir yöntem olduğu kanaatindeyiz. Bununla beraber cerrahın deneyimi, uygun hasta seçimi, dikkatli planlama ve titiz postoperatif bakım sonuçları etkileyen faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: meme ca, meme koruyucu cerrahi, nipple grefti, meme ptozisi

örnek olgular



olgu örneklerinden pre ve post op resimler

P-355

Mastektomi İnsizyon Tipinin Ekspander Bazlı Rekonstrüksiyon Sonuçlarına Etkisi: Komplikasyon ve Estetik Sonuçların Karşılaştırmalı Analizi

Berkay Çınar, Berkan Koç, Beyza Çelebi,
Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş

Meme kanseri insidansındaki küresel artışa paralel olarak mastektomi sonrası rekonstrüksiyon uygulamaları da giderek yaygınlaşmaktadır. Estetik sonuçları, onkolojik güvenliği ve adjuvan tedavilere uyumluluğu sayesinde iki aşamalı implant tabanlı rekonstrüksiyon, sık tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. Cerrahi sonuçları etkileyen pek çok faktör tanımlanmış olsa da, mastektomi insizyon tipinin erken dönem komplikasyonlar üzerindeki etkisi yeterince araştırılmamıştır.

İnsizyon tipi, cilt fleplerinin perfüzyonunu, gerilim dağılımını ve cerrahi sahaya erişimi doğrudan etkiler. Farklı insizyon tipleri (inframamaryan, periareolar, T insizyon, Stewart) hem anatomik hem de biyomekanik açıdan farklı risk profilleri sunar. Bu çalışmada, mastektomi insizyonunun iki aşamalı meme rekonstrüksiyonu sonrası komplikasyonlara etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metod

2021–2025 yılları arasında merkezimizde iki aşamalı implant tabanlı meme rekonstrüksiyonu geçiren hastalar retrospektif olarak incelendi. En az 6 aylık takip süresi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tek aşamalı veya otolog doku ile yapılan rekonstrüksiyonlar çalışmaya alınmadı.

Hastalar öncelikle adjuvan radyoterapi alıp almama durumuna göre radyoterapi alanlar ve radyoterapi almayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı.

Her iki grup da kendi içinde uygulanan mastektomi insizyonuna göre dört alt gruba ayrılarak incelendi:

1. Periareolar lateral insizyon (PLI)
2. İnvert T insizyon (ITI)
3. Stewart insizyonu (SI)
4. İnframamaryan fold insizyonu (IMFI)

Klinik veriler arasında; yaş, sigara öyküsü, insizyon tipi, ortalama dren çekilme süresi (gün), ortalama dren getirisi ve postoperatif 3. ayda yapılan POSAS değerlendirmesi yer aldı. Cerrahi komplikasyonlar; cilt nekrozu, enfeksiyon (expander çıkarılmasına neden olan durumlar dahil), seroma, yara yeri ayrışması ve Baker evre III–IV kapsül kontraktürü olmak üzere beş ana kategori altında tanımlandı.

Bulgular

Radyoterapi almış toplam 112 hastada iki aşamalı implant tabanlı rekonstrüksiyon uygulandı ve insizyon tipine göre dört gruba ayrıldı.

Ortalama yaş en yüksek ITI grubunda (N:45,2 yıl), en düşük ise PLI grubundaydı (N:39,4 yıl). Sigara öyküsü en sık ITI grubunda görüldü (%41), en düşük oran ise IMFI grubundaydı (%28).

Toplam komplikasyon sayısı açısından en yüksek oran ITI grubunda (8), en düşük ise IMFI grubunda (2) izlendi. ITI grubunda en sık karşılaşılan komplikasyon seromaydı ve toplam dört olgu tespit edildi; bunu iki yara yeri ayrışması, birer vaka ile nekroz ve enfeksiyon izledi. PLI grubunda toplam 6 komplikasyon görüldü; seroma 3 hastada saptanırken, nekroz, enfeksiyon ve kapsül kontraktürü birer olguda izlendi. SI grubunda da toplam 6 komplikasyon kaydedildi; seroma 3 hastada bulunurken, yara ayrışması,

enfeksiyon ve kontraktürü birer vakayla görüldü. IMFI grubunda ise yalnızca 2 seroma olgusu bildirildi ve başka bir komplikasyon gelişmedi.

Drenaj verileri incelendiğinde, ortalama dren miktarı en yüksek ITI grubunda (N:291.4 mL), en düşük ise IMFI grubundaydı (N:201.6 mL). Dren çekilme süresi ITI grubunda en uzun (N:18.1 gün), IMFI grubunda ise en kısa (N:14.4 gün) olarak kaydedildi.

Estetik sonuçlar postoperatif 3. ayda POSAS skoru ile değerlendirildi. En iyi skar kalitesi IMFI grubunda saptandı (ortalama skor 27.3) ve en yüksek (en kötü) POSAS skoru ITI grubunda izlendi (33.2). SI ve PLI grupları bu değerlerin arasında yer aldı (sırasıyla 29.8 ve 30.5).

Radyoterapi almamış toplam 82 hastada iki aşamalı implant tabanlı meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Komplikasyon sayısı tüm insizyon gruplarında genel olarak düşüktü. IMFI grubunda hiçbir komplikasyon gözlenmedi. PLI grubunda 4 komplikasyon izlendi; bunların 3 seroma, biri yara yeri ayrışmasıydı. ITI grubunda 2 seroma ve 1 yara yeri ayrışması olmak üzere 3 olgu izlendi. SI grubunda ise yalnızca 2 komplikasyon izlendi.

Ortalama dren miktarı en yüksek ITI (210.4 mL), en düşük IMFI (168.2 mL) grubundaydı. Dren çekilme süresi IMFI grubunda en kısa (13.2 gün), ITI grubunda en uzun (17.3 gün) olarak izlendi.

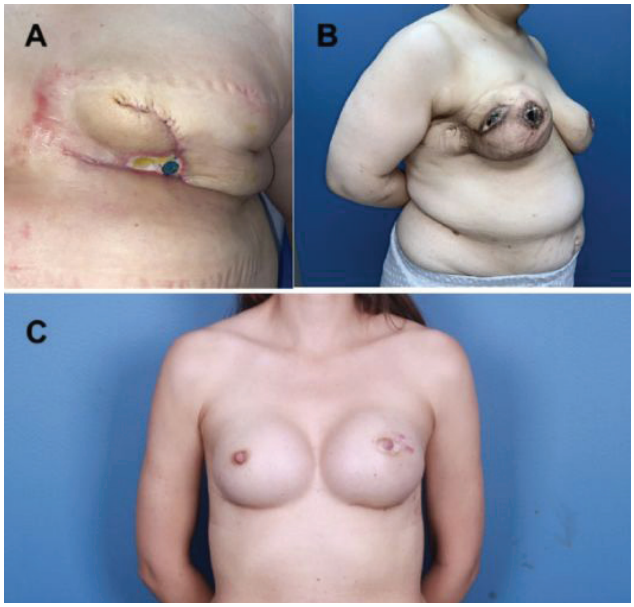
POSAS skoru açısından en iyi estetik sonuç yine IMFI grubunda (25.4) saptandı.

Sonuç

Bu veriler doğrultusunda, insizyon tipi seçiminin cerrahi morbidite ve estetik sonuçlar üzerinde doğrudan etkili olduğu, bu etkinin radyoterapi alan hastalarda daha belirgin hale geldiği anlaşılmaktadır. Özellikle ITI insizyonu, her iki hasta grubunda da en yüksek komplikasyon ve en zayıf estetik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Buna karşın uygun vakalarda IMFI insizyonu, radyoterapi varlığına rağmen komplikasyonları azaltma ve estetik memnuniyeti artırma potansiyeli ile ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ekspander, İmplant, İnsizyon, Komplikasyon, Mastektomi, Rekonstrüksiyon

Resim-1



(A) İnverted T insizyonunda cilt nekrozu. (B) Stewart insizyonunda yara ayrışması ve yüzeyel nekroz. (C) İnframamaryan insizyon sonrası 5. ay görünümü; minimal skar ve iyi kontur.

Tablo-1

İnsizyon Tipi	Hasta Sayısı	Ortalama Yaş	Sigara Öyküsü (%)	Komplikasyon Sayısı	Komplikasyon Türleri	Ortalama Dren Miktarı (ml)	Ortalama Dren Çekilme Süresi (gün)	Ortalama POSAS Skoru
Periareolar Lateral (PLI)	38	39.4	32	6	Seroma (3), Nekroz (1), Enfeksiyon (1), Kontraktür (1)	240.8	17.2	30.5
Inverted T (ITI)	34	45.2	41	8	Seroma (4), Yara Ayrışması (2), Nekroz (1), Enfeksiyon (1)	291.4	18.1	33.2
Stewart (SI)	26	44.6	32	6	Seroma (3), Yara Ayrışması (1), Enfeksiyon (1), Kontraktür (1)	220.4	15.6	29.8
Inframamaryan Fold (IMFI)	14	42	28	2	Seroma (2)	201.6	14.4	27.3

Radyoterapi almış hastalarda insizyon şekli ve komplikasyonlar arasındaki ilişki

P-356
Mastopekside "Ouroboros" Felsefesi

Caner Zengin, Begüm Sena Dışhan, İncilay Yılmaz, İsmail Tekfiliz, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz

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

Mastopekside "Ouroboros" Felsefesi Giriş: Meme dokusu, kadının estetik görünüşünün en önemli fiziksel özelliklerden biri olup kadınlarda psikososyal iyilik halinin de önemli bir belirleyicisidir[1]. Gebelik, emzirme, yaşlanma, bariyatrik cerrahi sonrası ya da diyet ile kilo verme gibi fizyolojik durumlara bağlı olarak memelerde üst pol yetersizliğiyle birlikte sarkma (pitozis) meydana gelebilmektedir[2]. Bu durumu düzeltmek amacıyla mastopeksi-augmentasyon cerrahileri sık uygulanmaktadır[2]. Periareolar, vertikal ve ters T skarlı klasik mastopeksi tekniklerine ek olarak son yıllarda memenin inferioru veya lateralinden elde edilen fleplerin üst pole taşınması ile hafif-orta derece pitozisi olan hastalarda otoaugmentasyon yapılmaktadır[3].

Memede sarkmaya neden olan asıl dokunun kullanılarak superiora taşınmasının Yunan mitolojisindeki Ouroboros sembolüyle ilişkilendirilmesi, hem estetik hem de felsefi bir derinlik katabilir. Ouroboros, kendi kuyruğunu yiyen bir yılan figürü olarak, sonsuzluk, döngüsellik ve sürekli yenilenmeyi simgeler. Bu sembol, tıpkı meme dokusunun yeniden şekillendirilmesi sürecinde olduğu gibi, bir sonun ve başlangıcın birbirine bağlı olduğunu anlatır. Bu işlem, sarkmayı yaratan dokunun, tıpkı Ouroboros'un döngüsel yapısı gibi, memenin yeni bir form ve işlev kazanması için yeniden şekillendirilmesini sağlar. Ouroboros'un sembolündeki gibi, bir son ve yeni bir başlangıç arasındaki dönüşüm, bu cerrahi yaklaşımla somutlaşır.

Amaç: Mastopeksi inferior dermaglandüler flep ile otoaugmentasyon tekniği uygulanan hastalardan operasyon sonrası erken ve geç dönemdeki hastaların sonuçlarının, komplikasyonlarının karşılaştırması ile bu tekniğin etkinliğinin geç dönemde ne derecede olduğunu göstermeyi amaçladık.

Materyal-Metod: 2023-2025 yılları arasında kliniğimize mastopeksi için başvuran hastalardan inferior pediküllü dermaglanduler flep ile otoaugmentasyon tekniğinin kullanıldığı 10 hasta dahil edildi. Çalışma retrospektif olarak yapılmış olup tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çalışmaya Regnault derece I – II- III meme pitozisi ve üst polde dolgunluk kaybı şikayeti olan, protez kullanılmayan ve inferior dermaglanduler flep ile otoaugmentasyon tekniği uygulanan hastalar dahil edildi. Memede malignite öyküsü, koagülopati, diyabet vb. yara iyileşmesini olumsuz etkileyecek sistemik hastalığı olan hastalar dışlandı.

Preoperatif olarak tüm hastalar detaylı öykü, fizik muayene, USG ve meme ölçümleri ile değerlendirilmişti. Meme ölçümleri arasında suprasternal çentik- meme başı mesafesi (SSN-N), meme başı – inframamaryal fold mesafesi, lateral maksimum projeksiyon yer aldı. Preoperatif fotoğraflar anterior, oblik ve lateral açıdan çekildi.

Ameliyat öncesi çizimler hasta ayakta iken ters T skarlı superior pediküllü mastopeksi tekniğine uygun olarak yapıldı. Yeni areola yeri ve ters T skara uygun cerrahi insizyonlar işaretlendi. Plastik cerrahlarca sık kullanılan bu flebin üst sınırı areola altından başlayacak şekilde inferior pediküllü dermaglanduler olarak elde edilir ve subglandüler planda üst pol boyunca saat 11-12-1 hizalarında derin fasyaya 3 adet PDS sütürle tespit edilerek cilt onarıldı.

Hastalar ameliyat sonrası 1.hafta, 1.ay, 3.ay, 6.ay ve 1.yılda rutin olarak değerlendirilmiş olup geç dönemdeki 2 hasta 2.yılında da değerlendirilmiştir. Hastalar erken dönemde rutin olarak meme başı nekrozu, hematom, enfeksiyon açısından değerlendirilmiş olup en son yapılan kontrollerinde yukarıda belirtilmiş olan meme ölçümleri, Breast-Q testi değerlendirilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmaya toplam 10 kadın hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 32,6 yıl, vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması ise 23,36 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Hastalardan 8'i gebelik ve/veya emzirme öyküsüne sahipti. Hastaların 2 tanesinde bariatrik cerrahi öyküsü mevcuttu. Sadece bir hastada sigara kullanım öyküsü vardı. Regnault ptosis sınıflamasına göre 4 hasta 1.derece, 4 hasta 2.derece, 2 hastada ise 3.derece memede sarkma mevcuttu.

Ameliyat öncesi SSN-N mesafesi sağ memede 23-31 cm (ort:26,3); sol memede ise 21,5-31 cm(ort:25,6) olarak ölçüldü. Ameliyattan sonra sağ meme ortalama 21,4 cm, sol meme ise 21,7 cm'e gelmişti. Memenin lateral projeksiyonu ise ameliyat öncesi 8,5-12 cm (ort:10,2 cm) olup ameliyat sonrasında ise 10-13,5 cm (ort.11,3) olarak ölçülmüştür. Ortalama projeksiyon 1,1 cm olarak arttığı görülmüş olup inferior dermaglandüler flebin üst polü destekleyerek memeye hacim kazandırdığı söylenebilir. (Tablo 1) Meme başı inframamaryal fold (IMF) mesafesi ise ortalama 8,4 cm olarak görülmüş olup tüm hastalarda estetik olarak kabul edilebilecek sınırlar içerisindedir.

Ameliyat sonrası 3.aydan sonraki geç dönem hastalar ile erken dönemdeki hastalar karşılaştırıldığında SSN-N mesafesi geç dönemde hafif artış göstermektedir (20,7 → 22,5 cm). Bu durum bazı hastalarda zamanla meme başı pozisyonunda pitozise eğilim olabileceğini düşündürmektedir. Meme başı -IMF mesafesi geç dönemde biraz daha yüksek (8,3 → 8,5 cm) bulunmuştur ancak bu fark klinik olarak anlamlı değildir.

İstatistiksel olarak SSN-N mesafesi dışındaki tüm parametrelerde anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). SSN–N mesafesi sağ memede $p = 0.139$ ile anlamlılık sınırına yakın bir değer bulunmuştur; bu, geç dönemde meme başı pozisyonunda hafif pitotik eğilimi işaret edebilir.

BREST Q testine göre estetik açıdan değerlendirilen "Görsel Memnuniyet" ve "Meme Başı ve Areola" başlıklarında sırasıyla ortalama %89,4 ve %83,7 skor elde edilmiştir. Bu veriler, flep bazlı teknikle memenin doğal konturunun ve meme başı/areola kompleksinin hastalarca yüksek oranda tatmin edici bulunduğunu göstermektedir. Genel olarak, tüm hastalarda tatmin edicilik ortalama %85'in üzerindedir. Bu durum, inferior dermoglandüler flep ile yapılan otoaugmentasyonun, hem cerrahi memnuniyet hem de estetik-fonksiyonel sonuçlar açısından etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

İnferior dermaglandüler flebin memenin üst polüne transpozisyonu erken dönemde belirgin projeksiyon ve dik meme konturu sağlamaktadır. Geç dönemde projeksiyonun korunmuş olması flebin uzun vadeli volüm stabilitesini desteklemektedir. SSN-N mesafesinin geç dönemdeki sınırlı artışı ise flebin üst polde ağırlık oluşturmasına rağmen estetik olarak olumsuz etkilemeyecek düzeydedir.

Üst polde meme dokusu eksikliği olan içi boş pitotik memelerde mastopeksi otoaugmentasyon tekniği hastanın eksiğini var olan dokusuyla dolduran bir tekniktir. Uygun hasta seçimiyle en üst düzey hasta memnuniyeti bu teknikle geç dönemde de sağlanabilir.

Kaynakça

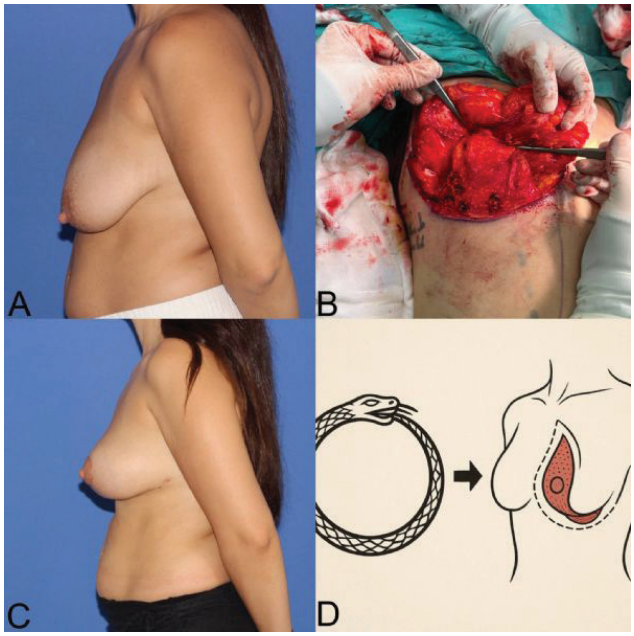
[1] Mallucci, P., & Branford, O. (2014). Population analysis of the perfect breast: A morphometric analysis. Plast Reconstr Surg, 134(3), 436–447.

[2] Blondeel, P. N., Hijjawi, J., Depypere, H., Roche, N., & Van Landuyt, K. (2009). Shaping the breast in aesthetic and reconstructive breast surgery: An easy three-step principle. Plast Reconstr Surg, 123(2), 455–462.

[3] McKissock, P. K. (1972). Reduction mammaplasty with a vertical dermal flap. Plast Reconstr Surg, 49(3), 245–252.

Anahtar Kelimeler: mastopeksi, otoaugmentasyon, inferior pediküllü dermaglanduler flep, Ouroboros

Şekil 1



Mastopeksi otoaugmentasyon hastası: Operasyon öncesi (A),Operasyon sırasında inferior pediküllü dermoglandüler flebin üst pole taşınması (B), Operasyon sonrası 6.ay (C), Ouroboros felsefesi ve mastopeksi otoaugmentasyon illüstrasyonu (D)

Tablo 1

Ölçüm Parametresi	Preoperatif (Ort.)	Postoperatif (Ort.)	Fark
SSN–N (sağ)	26,3 cm (23–31)	21,4 cm	↓ 4,9 cm
SSN–N (sol)	25,6 cm (21,5–31)	21,7 cm	↓ 3,9 cm
Lateral projeksiyon	10,2 cm (8,5–12)	11,3 cm (10–13,5)	↑ 1,1 cm

Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ölçümler

P-357
Mastektomi Sonrası Ekspander ile Rekonstrüksiyonda Anatomi Koruyucu Yöntem: "Lateral Subpektoral Yaklaşım"

Emrah Kağan Yaşar, Caner Zengin, Ferhat Kızılay, Baran Özkara, Ceyhun Uzun, Murat Şahin Alagöz

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

Giriş: Meme kanseri her yıl dünyada 2 milyondan fazla yeni tanı ile kadınlardaki en yaygın görülen malignitedir(1). Eş zamanlı rekonstrüksiyonlar psikososyal iyilik haline olumlu katkı sağlamaktadır. En sık tercih edilen yöntemler implant tabanlı meme rekonstrüksiyonlarıdır. İmplant temelli rekonstrüksiyonlar tek ya da iki aşamalı olabilir.

Günümüzde implant yerleşimi için prepektoral ve subpektoral olmak üzere iki ana teknik tercih edilmektedir. Subpektoral yerleşim, protezin kas dokusuyla örtülmesini sağlayarak vaskülerite ve implant stabilitesi açısından önemli avantajlar sunarken; postoperatif ağrı, kas spazmları ve animasyon deformitesi gibi bazı dezavantajları da beraberinde getirmektedir(2). Adjuvan radyoterapi alan hastalarda implant üzerinde çift tabaka örtü tercih edilir.

Subpektoral ekspander yerleşiminde cerrahın önceliği, kas bütünlüğünü ve anatomik planları mümkün olduğunca koruyarak yeterli kapsül alanını oluşturmaktır. Bu kapsamda, pektoral kasın lateralinden yapılan diseksiyon sonrası inferiorda kasın insersiyosunun rektus fasyasıyla kaldırılıp kasa olabildiğince az hasar vererek ekspanderın yerleşeceği doğal anatomik düzlemin oluşturulmasını mümkün kılar. Bu yaklaşım, hem kas yapısının fonksiyonel bütünlüğünü olabildiğince korur hem de ekspanderın stabilitesini artırıp nihai memenin oluşturulacağı alanda dokunun genişlemesi sağlanır.

Amaç: Bu çalışmada, mastektomi sonrası iki aşamalı implant tabanlı meme rekonstrüksiyonu uygulanan olgularda, pektoralis majör kasının lateral kenarından yapılan diseksiyon yoluyla anatomik bütünlük korunarak gerçekleştirilen pektoralis majör kasının altına ekspander yerleşiminin teknik uygulanabilirliği ve klinik sonuçları değerlendirilmiştir.

Materyal-Metod: Bu retrospektif çalışma, 2023 ile 2025 tarihleri arasında kliniğimizde mastektomi sonrası iki aşamalı implant tabanlı rekonstrüksiyon uygulanan hastaların dosya verileri üzerinden yürütüldü. Çalışmaya yalnızca subpektoral ekspander yerleşimi yapılan, pektoralis majör kasının lateral kenarından diseke edilerek inferior sınırında rektus kas fasyasıyla beraber kaldırılıp olabildiğince kas bütünlüğü korunmuş hastalar dahil edildi. Dış merkezde birinci seansı yapılıp ardından tarafımıza ikinci seans için başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Mastektomi onkolojik cerrahi ekibi tarafından gerçekleştirildi; rekonstrüksiyon işlemleri ise aynı seansta plastik cerrahi ekibi tarafından uygulandı. Değerlendirmede yaş, vücut kitle indeksi (BMI), sigara öyküsü, sistemik hastalık varlığı, neoadjuvan ve adjuvan tedavi varlığı, komplikasyon durumu (seroma, hematom, enfeksiyon, nekroz, ağrı, ekspander ekspozisyonu vb.) ele alındı.

Sonuç-Tartışma: Çalışmaya toplam 57 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 43,12 yıl, ortalama vücut kitle indeksi (BMI) ise 25,53 kg/m² idi. Hastalardan 5'inde sigara kullanımı, 9 hastada ise komorbid hastalık durumu (5 hastada diyabet, 1 hastada astım, 1 hastada astım ve diyabet, 1 hastada hipotiroidi, 1 hastada aritmi ve kolon ca) mevcuttu. 8 hastada neoadjuvan KT, 10 hastada adjuvan KT, 22 hastada adjuvan RT öyküsü mevcuttu. Ameliyat sonrası takip sürecinde 17 hastada komplikasyon gelişti. İnsizyon hattında detaşman 6 hastada, areolada kısmi nekroz 5 hastada, seroma 4 hastada, ekspander ekspozisyonu 2 hastada, 4 hastada ameliyat sonrası kas ağrısı ve harekette kısıtlılık izlendi. Adjuvan RT alan hastalarda komplikasyon oranı % 60 (13/22), RT almayan hastalarda ise %34 (12/35) olarak saptandı. Neoadjuvan ve adjuvan kemotrapi alan hastalarda da komplikasyon oranı %62 (5/8) olarak görüldü. (Tablo 1)

İmplant tabanlı meme rekonstrüksiyonlarında subpektoral planlama, gerek implantın üzerini örten vaskülarize doku sağlama avantajı, gerekse uzun dönem implant stabilitesi açısından yaygın olarak tercih edilen bir yaklaşımdır. Bununla birlikte, geleneksel subpektoral tekniklerde mediyal-inferior diseksiyonla pektoralis majör kasının insersiyo noktalarına müdahale edilmesi, postoperatif ağrı, kas spazmları ve animasyon deformitesi gibi komplikasyon risklerini artırabilmektedir.

Bu çalışmada, pektoralis majör kasının lateral kenarından yapılan disseksiyon ile anatomik planın korunarak ekspander yerleştirilmesi tekniği kullanılmıştır. Bu anatomiyi koruyucu yaklaşım sayesinde kasın fonksiyonel bütünlüğü bozulmadan uygun bir subpektoral cep oluşturulmuş, böylece klasik yöntemde görülebilecek fonksiyonel ve estetik sorunların önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Çalışmamızda komplikasyon oranı %29,2 (17/57) olarak saptanmıştır. En sık görülen komplikasyonlar arasında detaşman, areolada kısmi nekroz ve postoperatif ağrı yer almaktadır. Bu oranlar, daha önce yayınlanmış bazı serilerle benzerlik göstermektedir (3).

Benzer şekilde, çalışmamızda da adjuvan radyoterapi uygulanan hastalarda komplikasyon oranı %60, radyoterapi almayanlarda ise %34 olarak saptanmıştır. Ayrıca neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi alan hastalarda komplikasyon gelişme olasılığı daha yüksek gözlenmiştir. Bu bulgular, kemoterapi ve radyoterapinin doku iyileşmesi üzerindeki olumsuz etkileri ile uyumludur(4).

Sonuç olarak, lateral yaklaşımla kas bütünlüğünün korunarak yapılan subpektoral ekspander yerleşimi, hem cerrahi teknik olarak güvenli hem de fonksiyonel açıdan koruyucu bir yöntemdir. Ancak adjuvan tedavi alan hastalarda komplikasyon oranlarının artabileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu hasta grubunda cerrahi planlama daha dikkatli yapılmalıdır.

Kaynakça

1. Sung H, Ferlay G, Siegel R, et al. Global cancer statistics 2020:GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021;71(3):209-49.

2. Spear SL, Schwartz J, Clemens MW. History and rationale of subpectoral breast reconstruction.cPlast Reconstr Surg.2009;124(4):1167-1174.5. Jagsi R, Jiang J, Momoh AO, et al. Complications after mastectomy and immediate breast reconstruction for breast cancer: a claims-based analysis. Ann Surg. 2016;263(2):219–227.

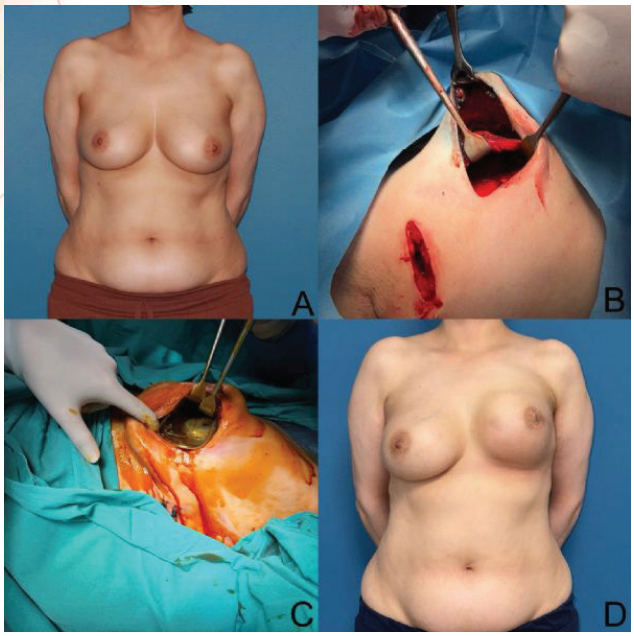
3. Jagsi R, Jiang J, Momoh AO, et al. Complications after mastectomy and immediate breast reconstruction for breast cancer: a claims-based analysis. Ann Surg. 2016;263(2):219–227.

4. Cordeiro PG, Pusic AL, Disa JJ, McCormick B, Van Zee K, Morrow M. Irradiation after immediate tissue expander/

implant breast reconstruction: outcomes, complications, aesthetic results, and satisfaction among 156 patients. Plast Reconstr Surg. 2004;113(3):877–881.

Anahtar Kelimeler: iki aşamalı meme rekonstrüksiyonu, ekspander, anatomi koruyucu yaklaşım, lateral subpektoral diseksiyon

Şekil 1



Opere bilateral meme ca; Operasyon öncesi (A), Pektoralis majör kasının lateralden diseksiyonu (B), İntraoperatif ekspander yerleştirilmesi (C), İkinci seans operasyon öncesi (D)

Tablo 1

Komplikasyon / Tedavi Grubu	n (hasta)	Oran (%)
İnsizyon hattında detaşman	6	10,5
Areolada kısmi nekroz	5	8,8
Seroma	4	7
Ekspander ekspozisyonu	2	3,5
Kas ağrısı ve hareket kısıtlılığı	4	7
Toplam komplikasyon	17	29,8
Adjuvan RT alan (n=22)	13	60
RT almayan (n=35)	12	34,3
Neoadjuvan + Adjuvan KT (n=8)	5	62,5

Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar ve Tedaviye Göre Dağılım

P-358

Meme veya Göğüs Ön Duvarı Defektlerinde Latissimus Dorsi Kullanımı

Muhammed Karakaya, Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın

Bursa Uludağ Üniversitesi,Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa

Giriş

Göğüs duvarı ve meme bölgesindeki yumuşak doku defektleri, onkolojik rezeksiyonlar, travmalar ve enfeksiyonlar gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Bu bölgelerde meydana gelen defektlerin rekonstrüksiyonu, hem fonksiyonel bütünlüğün sağlanması hem de estetik görünümün korunması açısından önem arz etmektedir. Özellikle meme rekonstrüksiyonları, mastektomi sonrası hastaların psikososyal iyilik halini artırmakta ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Göğüs duvarı defektlerinde ise, rekonstrüksiyon solunum mekaniğinin korunması ve iç organların korunması açısından kritik rol oynamaktadır.

Latissimus dorsi (LD) kas-deri flebi, geniş doku hacmi, güvenilir vasküler yapısı ve uygun pivot noktasına sahip olması nedeniyle hem meme rekonstrüksiyonunda hem de göğüs duvarı onarımlarında sıkça tercih edilen bir rekonstrüktif seçenektir. Özellikle pediküllü olarak kullanıldığında donor alan morbiditesi düşük olup, farklı klinik senaryolara adapte edilebilme esnekliği sunar. Ayrıca, LD flebi; diğer mikrovasküler yöntemlere kıyasla daha kısa ameliyat süresi ve teknik olarak daha az karmaşıklık sağlaması bakımından da avantajlıdır.

Bu çalışmada, farklı klinik endikasyonlarla (meme tümörleri, göğüs duvarı tümörleri ve yanık sekelleri gibi) LD kas-deri flebi kullanılarak yapılan gövde rekonstrüksiyonlarının deneyimimiz ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Bu çalışma, Eylül 2021 ile Haziran 2025 tarihleri arasında kliniğimizde Latissimus dorsi (LD) kas-deri flebi kullanılarak rekonstrüksiyon uygulanan 27 hastanın retrospektif olarak incelenmesini kapsamaktadır. Çalışmaya yalnızca pediküllü LD flebi ile rekonstrüksiyon yapılmış ve flep canlılığı "viable" olarak kaydedilmiş hastalar dahil edilmiştir.

Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet), operasyon tarihleri, rekonstrüksiyonun uygulandığı klinik branş (plastik cerrahi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi), defektin etiyolojisi (tümör, yanık kontraktürü vb.), anatomik bölgesi (gövde), spesifik defekt yeri (meme, göğüs duvarı, gövde) ve uygulanan flep tipi (pediküllü LD) kayıt altına alınmıştır.

Veriler, hastane otomasyon sisteminden elde edilmiş ve Microsoft Excel ortamında organize edilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, medyan, minimum, maksimum değerler) kullanılmış; ayrıca klinik, cinsiyet, etiyoloji ve defekt yerlerine göre olgular arasında dağılımlar değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

Bu çalışmada, latissimus dorsi kas-deri flebinin meme ve göğüs duvarı rekonstrüksiyonundaki klinik kullanımı retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Toplam 27 hastanın verileri incelenmiş olup, hastaların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur (%96,3). Ortalama hasta yaşı 48,2 olarak bulunmuştur.

Olguların %74,1'inde meme rekonstrüksiyonu amacıyla, %11,1'inde göğüs duvarı, %14,8'inde ise gövde defekti onarımı amacıyla flep uygulanmıştır. Flep canlılığı tüm olgularda sağlanmış ve herhangi bir majör komplikasyon bildirilmemiştir.

Tartışma

Latissimus dorsi kas-deri flebi, torasik bölgedeki yumuşak doku defektlerinin onarımında güvenilirliği ve esnekliği sayesinde sıklıkla tercih edilen bir rekonstrüksiyon yöntemidir. Bu çalışmada, hem meme rekonstrüksiyonu hem de göğüs duvarı defekti onarımı amacıyla kullanılan pediküllü LD flebinin klinik sonuçları değerlendirilmiştir.

Ide edilen bulgular, LD flebinin farklı klinik endikasyonlarda başarıyla uygulanabildiğini ve yüksek flep canlılığı oranlarıyla güvenli bir seçenek sunduğunu göstermektedir. Özellikle meme defekti nedeniyle uygulanan olgularda, yeterli doku hacmi ve estetik uyumu nedeniyle flep tercih sebebi olmuştur. Göğüs duvarı defekti olan olgularda ise, flebin kas bileşeni sayesinde defektin dayanıklı şekilde kapatılması sağlanmış, hastaların fonksiyonel ve anatomik bütünlüğü korunmuştur.

Pediküllü kullanım sayesinde mikrocerrahi gereksinimi olmadan uygulanabilmesi, bu yöntemi hem teknik açıdan uygulanabilir kılmakta hem de operasyon süresini kısaltmaktadır. Tüm olgularda flep canlılığının korunmuş olması, yöntemin etkinliğini desteklemektedir. Ayrıca farklı cerrahi disiplinler tarafından kullanılmış olması, yöntemin multidisipliner yaklaşımlarda da uygunluğunu ortaya koymaktadır.

LD flebi ile yapılan rekonstrüksiyonlarda dikkat edilmesi gereken en önemli unsurlar, uygun hasta seçimi, defektin lokalizasyonu ve flep tasarımının doğru planlanmasıdır. Bu faktörlere dikkat edildiğinde, hem estetik hem fonksiyonel açıdan tatmin edici sonuçlar elde edilmektedir.

Sonuç olarak, LD kas-deri flebi; meme ve göğüs duvarı defekti olan hastalarda etkili, güvenli ve esnek bir rekonstrüksiyon seçeneği sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme, Göğüs, Latissimus Dorsi, Rejyonel, Rekonstrüksiyon

P-359

Prepektoral Meme Rekonstrüksiyonunda Mastopeksinin Etkisi: Tek Merkezli 99 Vakada Klinik Bulguların Literatürle Sentezi

Eray Işık[1], Pelin Basım[2], Cem Gezen[2], Naci Karacaoğlan[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla gelişen kadınlarda en sık görülen kanserlerden biridir. Genellikle süt kanalları veya bezlerden kaynaklanır. Erken dönemde ele gelen kitle, cilt değişikliği veya meme başı akıntısı gibi bulgularla ortaya çıkabilir. Tedavi; cerrahi, kemoterapi, radyoterapive hedefe yönelik ilaçları içerebilir. Kanser sonrası onarım erken ve geç dönem olarak yapılabilir. Kliniğimizde 2021-2025 arasında Bu çalışma, cilt koruyucu ve meme başı koruyucu mastektomi uygulanan hastaların postmastektomi dönemde prepektoral meme rekonstrüksiyonu uygulanan hastalarda eş zamanlı mastopeksinin komplikasyon oranlarına etkisini incelemektedir. 2021–2025 yılları arasında kliniğimizde prepektoral implant ile rekonstrüksiyon uygulanan 99 hasta retrospektif olarak analiz edilmiştir. Hastalar direkt prepektoral meme protezi kullanılarak yapılanlar (Grup A, n=74) ve küçültme paterni-mastopeksi paterni kullanılarak yapılanlar (Grup B, n=25) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Grup B'de küçültme- mastopeksi paternine uyuyorsa cilt çıkarımı ve yeniden şekillendirme uygulanmış, Grup A'da ise poş daraltma işlemi yalnızca kısmi bir hasta grubunda tercih edilmiştir.. Literatür karşılaştırmalarında, küçültme-mastopeksi paterninin ek morbidite getirdiği saptanmıştır.

Giriş

Meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası hastaların hem fiziksel hem de psikososyal iyilik halini artıran önemli bir cerrahi yaklaşımdır. Geleneksel subpektoral implant yerleşimleri animasyon deformitesi ve postoperatif ağrı gibi şikayetlere neden olabilirken, prepektoral yaklaşım bu sorunları azaltmak amacıyla geliştirilmiştir. Son yıllarda bu teknik yaygınlık kazanmış, özellikle uygun deri-perfüzyonuna sahip hastalarda implantın doğrudan pektoral kasın üzerine yerleştirilmesi ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak iri ve sarkık meme cildinin şekillendirilmesi için eş zamanlı küçültme-mastopeksi paterninin uygulaması gerekli olmaktadır. Bu ek müdahale, cilt dolaşımını olumsuz etkileyerek komplikasyon riskini artırabilir. Bu çalışmanın amacı, prepektoral implant uygulanan grup A (n=74) (%13.5) (n=10) hastada komplikasyon gelişmiş olup(deri nekrozu, seroma, implant ekpozisyon) ve küçültme paternli mastopeksi grup B (n=25) (%24.0) (n=6) komplikasyon gelişmiş olan hastalarda mastopeksinin komplikasyonlara etkisini değerlendirmek ve mevcut literatürle karşılaştırmalı analiz yapmaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışma, 2021–2025 yılları arasında merkezimizde yapılan toplam 231 meme rekonstrüksiyonu arasından prepektoral implant yerleştirilmiş 99 hastayı kapsamaktadır. Hastalar iki gruba ayrıldı: Grup A, doğrudan prepektoral implant yerleştirilen (n=74); Grup B, prepektoral implantla birlikte eş zamanlı küçültme paterni uygulanan (n=25) hastalardan oluşmaktadır. Grup B hastalarında klasik Wise paternine uygun olarak cilt çıkarımı ve yeniden şekillendirme yapılmış, gerekli olgularda inferior ve lateral dermal flepler sütyen etkisi sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Grup A'da 20 hastada poş daraltma işlemi uygulanmıştır. Bu hastaların 8'inde yalnızca lateral pol desteklenmiş, geri kalan 12 hastada ise lateral pole ek olarak inferior pol desteklenerek protezin aşağıya yer değiştirmesi engellenmiştir. Grup A'daki 54 hastada ise hiçbir poş daraltma yapılmaksızın implant doğrudan yerleştirilmiştir. Tüm hastalarda cerrahi sonrası komplikasyonlar (seroma, enfeksiyon, ekspozisyon, deformite), revizyon cerrahisi ve implant çıkarımı değerlendirilmiş, radyoterapi öyküsü de ayrıca analiz edilmiştir.

Bulgular

Grup A'daki 74 hastanın 10'unda (%13.5) ve Grup B'deki 25 hastanın 6'sında (%24.0) komplikasyon gözlenmiştir. Grup A'da 12, Grup B'de 6 hastanın radyoterapi öyküsü mevcuttu. Radyoterapi almış Grup A hastalarının %2.7'sinde (2 hasta), Grup B'de ise %8'inde (2 hasta) komplikasyon gelişmiştir. Poş daraltma yalnızca Grup A'daki 20 hastada parsiyel olarak uygulanmıştır. En sık karşılaşılan komplikasyon seroma olup grup A'da 5 (%6.75) hastada grup B'de 2(%8) hastada gözlemlenmiştir. Tümü poliklinik koşullarında enjektörle aspire edilerek tedavi edilmiş, hiçbirine revizyon cerrahisi gerekmemiştir. Gözlenen diğer komplikasyonlar arasında deri nekrozu grup A'da 3(%4.05) grup B'de 2(%8) ve enfeksiyon Grup A 2(%2.7) grup B'de yer almamakta olup, implant ekspozisyonu yalnızca radyoterapi öyküsü olan grup A 1 (%1.35) grup B 1(%4) hastada gözlenmiştir. Grup A' da komplikasyon olan 10 hastanın 7'sinde(%9.45) grup B'de 2 hastada(%8) aynı zamanda deri nekrozu gözlemlenmiştir. Grup A 7(%9.45) hastada poliklinik şartlarında düzenli pansumanlar sonrası sekonder iyileşmeyen 3(%4.05) hasta ameliyathane koşullarında protez ekspoze edilmeden lateral ilerletme flepleriyle onarım gerçekleştirilmiştir. Aynı şekilde grup B'de 2(%8) hastada deri nekrozu gerçekleşmesi sonrası

poliklinikte hastalar düzenli aralıklarla pansumanları sonrası 1(%4) hastanın yarasının sekonder iyileşmemesi sonucu ameliyathane şartlarında lateral ilerletme flepleriyle onarım sağlanmıştır.

Tartışma

Prepektoral meme rekonstrüksiyonu, uygun hasta seçimi ile hem estetik hem de fonksiyonel başarı açısından günümüzde öne çıkan bir yöntemdir. Özellikle kas bütünlüğünü koruması, animasyon deformitesinin önüne geçmesi ve daha konforlu bir postoperatif süreç sunması bakımından avantajlıdır [1,2]. Ancak çalışmamızda görüldüğü üzere, eş zamanlı mastopeksi uygulaması komplikasyon oranlarını anlamlı şekilde artırmaktadır. Wise paternine uygun yapılan cilt çıkarımı ve yeniden şekillendirme, meme cildinin dolaşımını olumsuz etkileyerek özellikle radyoterapi almış hastalarda komplikasyon oranlarını yükseltmektedir [3]. Grubumuzda, poş daraltma yapılmaksızın implant yerleştirilen hastalarda komplikasyon oranı oldukça düşüktür (%9.6). Literatürde Salgarello ve arkadaşlarının çalışması [1], bu bulgularımızla uyumlu olarak prepektoral implant yerleşiminin yüksek hasta memnuniyeti ve düşük morbidite sunduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Sigalove ve ark. [4], 350 hastalık serisinde poş daraltmanın kullanılmadığı prepektoral implant yerleşimlerinde komplikasyon oranını %10'un altında bildirmiştir. Seroma, en sık karşılaşılan komplikasyon olup, tüm vakalarda basit enjektör aspirasyonu ile klinik ortamda başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bu durum, seromanın ciddi bir revizyon gerektiren komplikasyon olmadığını ve yönetiminin konservatif yollarla mümkün olduğunu göstermektedir. Wise pattern ile birlikte yapılan prepektoral rekonstrüksiyonlarda dolaşımın bozulması ve doku geriliminin artması, enfeksiyon ve yara açılması gibi komplikasyonların artmasına neden olmaktadır [6,7]. Özellikle radyoterapi öyküsü olan hastalarda, mikrovasküler yatakta oluşan fibrozis nedeniyle yara iyileşme sorunları daha belirgin hale gelmektedir [8]. Literatürde bazı yazarlar, mastopeksi ile birlikte yapılan prepektoral rekonstrüksiyonların uygun hasta seçimi ile komplikasyon oranını kabul edilebilir düzeyde tutabileceğini belirtmektedir [9]. Ancak bizim serimizde bu oran, radyoterapi öyküsü olan hastalarda %8 olarak saptanmış ve bu da dikkatli hasta seçiminin önemini bir kez daha ortaya koymuştur.

Sonuç

Prepektoral implant tabanlı meme rekonstrüksiyonu, uygun hasta grubunda güvenli ve etkili bir yöntemdir. Ancak eş zamanlı mastopeksi uygulaması, özellikle radyoterapi öyküsü olan hastalarda komplikasyon riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Poş daraltmanın yalnızca kısmi bir hastada kullanıldığı serimizde, doğrudan implant yerleşimi yapılan hastaların komplikasyon oranı oldukça düşük bulunmuştur. En sık gözlenen komplikasyon olan seroma, revizyon gerektirmeden konservatif yöntemle başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Cerrahların, preoperatif planlamada mastopeksi gerekliliğini ve hastanın radyoterapi öyküsünü dikkatle değerlendirmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Prepektoral İmplant Rekonstrüksiyonu, küçültme paterni-mastopeksi paterni, Postmastektomi Radyoterapi Etkisi

P-360

Mastektomi Sonrası Meme Rekonstrüksiyonunda Klinik Algoritmamız ve Yaklaşımımız

Müge Kaya, Rafet Özbey, İnanç Doğan Çiçek
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Meme kanseri dünya genelinde teşhis edilen en yaygın malignitedir (1). Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunun güvenli olduğunun anlaşılması, cilt ve meme ucu koruyucu mastektomilerin onkolojik olarak güvenli olduğunun kanıtlanmasıyla meme rekonstrüksiyon operasyonları artış göstermiştir. Bu çalışmada kliniğimizin mastektomi sonrası implantla ve otolog doku ile meme rekonstrüksiyonundaki yaklaşımının anlatılması amaçlanmıştır.

Hastalar-Yöntem: Ekim 2021 – Ağustos 2025 tarihleri arasında mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu sebebiyle opere edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Yaş, cinsiyet, mastektomi ile meme rekonstrüksiyonu arasında geçen süre, kemoterapi/ radyoterapi hikayesi ve cerrahi yöntem gözden geçirildi.

Bulgular: Toplamda 22 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar kemoterapi almışken, 17 hastada radyoterapi öyküsü mevcuttu. Hastalar implant ile rekonstrüksiyon ve otolog doku ile rekonstrüksiyon yapılanlar olarak iki ana gruba ayrıldı. Cerrahi yöntem olarak 14 hastada mastektomi sonrası tek ya da iki aşamalı implant (Resim1), 5 hastada Derin İnferior Epigastrik Perforatör (DIEP) serbest flebi, 4 hastada Latissimus Dorsi (LD) pediküllü flebi ve implant kullanıldı. 1 hastaya bilateral mastektomi ile eş zamanlı implant koyulmasından 1 ay sonra, sağ memeye LD pediküllü flebi ile rekonstrüksiyon yapıldığından her iki gruba dahil edildi. En küçüğü 32, en büyüğü 54 olmak üzere hastaların ortalama yaşı 44,7 olarak hesaplandı. İmplant kullanılan 14 hastanın 11'inde mastektomi ile eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılırken; kalan tüm hastalara gecikmiş rekonstrüksiyon uygulandı. En uzun gecikmiş rekonstrükiyon süresi 5 yıldı. Sadece implant ile gecikmiş rekonstrüksiyon yapılan 3 hastada expander kullanılarak aradaki süre boyunca implant koyulacak alanın genişletilmesi amaçlandı. İmplant ile eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan 2 hastada Asellüler Dermal Matrix (ADM) kullanıldı. Çok aşamalı operasyonlarla implant öncesi ve yerleştirilmesi sırasında 5 hastaya yağ enjeksiyonu yapılarak doğal görünüme en yakın meme formu elde eldilmeye çalışıldı.

Tartışma: Meme kanseri, her 8 kadında 1 teşhis olasılığıyla kadınlarda en sık görülen malignite olmasının yanında, kansere bağlı ölümlerin de başlıca nedenidir (2). Meme kanseri insidansının artmasına paralel olarak mastektomi oranları ve meme rekonstrüksiyonu ihtiyacı artış göstermiştir. Meme rekonstrüksiyonunun temel amacı, yaşam kalitesini arttırmasıyla birlikte doğal görünümlü meme formunu yeniden kazandırmaktır. Meme rekonstrüksiyonu implant veya hastanın kendi dokusu kullanılarak otolog şekilde yapılabilir. İmplant bazlı meme rekonstrüksiyonu; otolog rekonstrüksiyon yöntemlerine göre 2:1 ile 9:1 aralığında raporlanan, günümüzde en yaygın kullanılan meme rekonstrüksiyon yöntemidir (3). Her iki yöntemin de kendine özgü avantaj ve dezavantajları vardır. Bu yüzden endikasyonlara göre seçim yapılırken hastanın istekleri göz ardı edilmemelidir (4). Meme rekonstrüksiyonu zamanlaması da cerrahi başarı açısından önemlidir. Gecikmiş rekonstrüksiyon tipik olarak mastektomi sonrası radyoterapi (RT) alacak hastalarda radyasyonun erken rekonstrüksiyon sonuçları üzerindeki istenmeyen etkilerinden kaçınmak ve rekonstrüksiyondan kaynaklanan komplikasyonlar nedeniyle onkolojik tedavide

gecikme yaşanabilecek ileri evre kanserlerde tercih edilmektedir (5).

Bununla birlikte RT alan ya da almayı bekleyen hastalarda gelişecek fibrozis sebebiyle otolog rekonstrüksiyon önerilmektedir (5,6).

Biz de klinik algoritmamızca RT hikayesi olan 17 hastanın 9'unda otolog doku ile rekonstrüksiyon ve implant endikasyonu alan ancak RT hikayesi olan 3 hastaya da gecikmiş rekonstrüksiyon gerçekleştirdik. Otolog rekonstrüksiyon yöntemlerinde en sık; serbest flepler içinde başta DİEP olmak üzere abdominal flepler, pediküllü flepler içinde de LD flebi kullanılır. LD flebi aynı zamanda başarısız olmuş rekonstrüksiyon yöntemleri sonrası kurtarma prosedürü olarak kullanılabilir (7). Biz de benzer endikasyonlar doğrultusunda 5 hastada DİEP flep ve 4 hastada LD flep kullandık. Yine algoritmamız gereğince 1 LD flebi önceki başarısız implantla rekonstrüksiyon operasyonuna kurtarıcı prosedür olarak eklendi. İmplantla meme rekonstrüksiyonunun başarısı, doğrudan öncesinde yapılan mastektominin ve oluşturulan flebin kalitesine bağlıdır. Bu flebin kalitesi operasyon sonrası iskemik komplikasyonlar hakkında fikir verir (8). İmplantın seçimi, koyulacak seviye ve destek malzemesinin kullanımı cerrahi başarı açısından önemlidir. ADM; dual plan meme rekonstrüksiyonunda implantın kas ile kapanmayan inferolateralini kapatmak için kullanılır. Peri-prostetik fibrozisi azalttığından kapsül kontraktürü riskini de azaltır. Bununla birlikte son çalışmalar; iki aşamalı olarak ekspanderla yapılan ADM'siz rekonstrüksiyonların, ADM ile yapılanlara benzer estetik sonuçlara ve komplikasyon oranlarına sahip olduğunu ve bunu daha düşük maliyetle sağladığını göstermektedir (9,10). Biz de implant ile eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan 2 hastamızda ADM kullanarak ve 3 hastaya iki aşamalı ADM'siz ekspanderla rekonstrüksiyon uygulayarak klinik algoritmamızı şekillendirdik.

Sonuç: Mastektomi sonrası rekonstrüksiyonda uygun zamanda uygun yöntemin, doğru bir planlama ile yapılması operasyon başarısı açısından önem arz etmektedir. Uygun yöntemin seçilmesinde hasta beklentileri ve onkolojik durum dikkate alınmalı, kişiye özel bir tedavi planı hazırlanmalıdır. Rekonstrüksiyon başarısının arttırılmasında ekiplerin uyumlu şekilde çalışması en önemli faktörlerdendir.

Kaynakça

1) Network NCC. NCCN Guidelines 2025 Breast Cancer

2) Jagsi R, Jiang J, Momoh AO, Alderman A, Giordano SH, Buchholz TA, Kronowitz SJ, Smith BD. Trends and variation in use of breast reconstruction in patients with breast cancer undergoing mastectomy in the United States. J Clin Oncol. 2014 Mar 20;32(9):919-26. doi: 10.1200/JCO.2013.52.2284. Epub 2014 Feb 18. PMID: 24550418; PMCID: PMC4876312.

3) Comparison of Patient-reported Outcomes after Implant Versus Autologous Tissue Breast Reconstruction Using the BREAST-Q. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2017 Jan 25;5(1):e1217. doi: 10.1097/GOX.0000000000001217. PMID: 28203513; PMCID: PMC5293311.

4) The Influence of Physician Payments on the Method of Breast Reconstruction: A National Claims Analysis. Plast Reconstr Surg. 2018 Oct;142(4):434e-442e. doi: 10.1097/PRS.0000000000004727. PMID: 29979366; PMCID: PMC6156943.

5) Billig J, Should Immediate Autologous Breast Reconstruction Be Considered in Women Who Require Postmastectomy Radiation Therapy? A Prospective Analysis of Outcomes. Plast Reconstr Surg. 2017 Jun;139(6):1279-1288. doi: 10.1097/PRS.0000000000003331. PMID: 28198770; PMCID: PMC5676536.

6) Reconstruction of the Irradiated Breast: A National Claims-Based Assessment of Postoperative Morbidity. Plast Reconstr Surg. 2017 Apr;139(4):783-792. doi: 10.1097/PRS.0000000000003168. PMID: 28002254; PMCID: PMC5373960.

7) Hammond, Dennis CMD.Latissimus Dorsi Flep Meme Rekonstrüksiyonu. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi 124(4):s 1055-1063, Ekim 2009. | DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181b6bf05

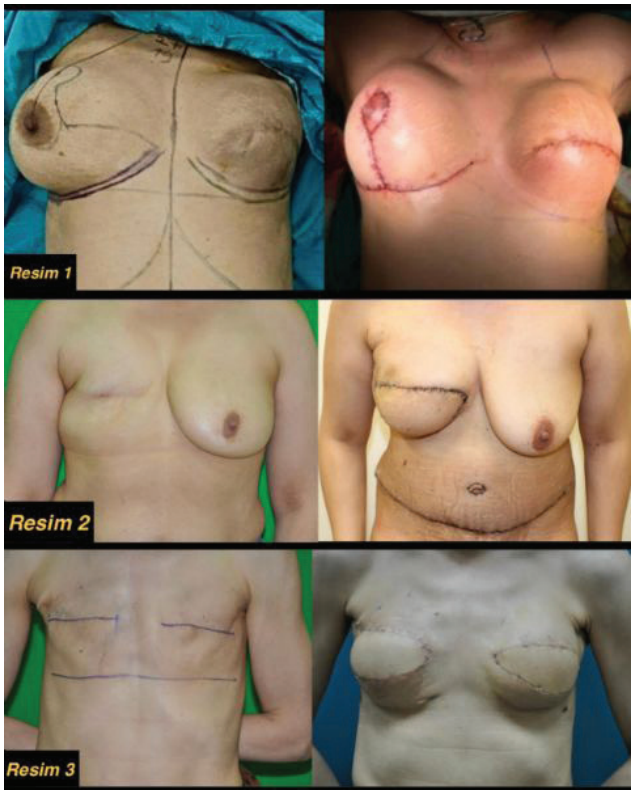
8) Frey JD, Salibian AA, Bekisz JM, Choi M, Karp NS, Thanik VD. What Is in a Number? Evaluating a Risk Assessment Tool in Immediate Breast Reconstruction. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019 Dec 31;7(12):e2585. doi: 10.1097/GOX.0000000000002585. PMID: 32537315; PMCID: PMC7288883.

9) We See a Difference?. Plastic and Reconstructive Surgery 145(2):p 263e-272e, February 2020. | DOI: 10.1097/PRS.0000000000006442

10) Review of Outcomes in Prepectoral Prosthetic Breast Reconstruction with and without Surgical Mesh Assistance. Plastic and Reconstructive Surgery 147(2):p 305-315, February 2021. | DOI: 10.1097/PRS.0000000000007586

Anahtar Kelimeler: İmplant, meme kanseri, otolog doku ile rekonstrüksiyon

Resim 1-2-3



Resim 1: Sol memeye implant ile rekonstrüksiyon ve sağ memeye redüksiyon mamoplasti Resim 2: DİEP flep ile rekonstrüksiyon Resim 3: Bilateral LD flep ve implant ile rekonstrüksiyon

P-361

Oblik Planlı Latissimus Dorsi Kas Flebi ile Meme Rekonstrüksiyonu: 46 Olguluk Serimizin Deneyimi

Mehmet Aydın[1], Eray Işık[1], Doğukan Bartunç Şahin[1], Pelin Basım[2], Cem Gezen[2], Naci Karacaoğlan[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Meme kanserinde onarım için birçok seçenek mevcuttur; bunlardan birisi Latissimus Dorsi kas flebidir.Çalışmamızda, oblik planlama ile gerçekleştirilen pediküllü latissimus dorsi flebiyle meme rekonstrüksiyonunun güvenilirliği ve komplikasyon oranları incelenmiştir. 2021–2025 yılları arasında 231 meme rekontrüksiyonu yapılan hastanın 46 tanesinde latissimus dorsi flebi uygulanmıştır. Latissimus dorsi flebi ile onarım primer ve sekonder vakalara uygulanmıştır. Merkezimizde yapılan 46 hastanın 5 tanesi sekonder 41 tanesi primer olarak yapılmıştır.Bu çalışmada primer ve sekonder olarak yapılan latissimus dorsi olgularının komplikasyonları tartışılmıştır.. 46 hastanın 41'i primer, 5'i sekonder olgudur.. Tüm hastalarda tek taraflı rekonstrüksiyon uygulanmış ve seroma, hematom, kapsüler kontraktür, flep nekrozu gibi komplikasyonlar araştırılmıştır. Oblik planlanan pediküllü latissimus dorsi flebi, hem primer hem sekonder olgularda düşük komplikasyon oranlarıyla etkili bir meme rekonstrüksiyonu yöntemi olarak kendini kanıtlamıştır.

Giriş

Meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası hastaların hem fiziksel hem de psikososyal iyilik halini artıran önemli bir cerrahi yaklaşımdır.Meme rekonstrüksiyonu için latissimus dorsi myokütan flebini kullanmanın temel nedeni kaybedilen meme derisinin yerine sağlıklı bir deri oluşturmaktır. Flebin,subkutan doku hacmi genellikle yeni meme oluşturmak için yeterli değildir. Bu durumda en yaygın yaklaşım latissimus dorsi ile aynı anda implantların kullanılmasıdır. [1,2]. Radyoterapi görmüş ya da başarısız implant öyküsü olan olgularda, otolog dokuyla rekonstrüksiyon sıklıkla gereklidir. Literatürde latissimus dorsi flebin modifiye teknikleri ile yapılan otolog rekonstrüksiyonların komplikasyon oranlarını düşürdüğü bildirilmektedir [3–5]. Bu çalışmada, oblik planlı cilt adasıyla, lateral pozisyonda başlanan ve supin pozisyonda tamamlanan cerrahiyle gerçekleştirilen latissimus dorsi kas flebi ile meme rekonstrüksiyonlarının sonuçları ve güvenilirliği değerlendirildi.

Materyal ve Metot

Hasta Seçimi ve Özellikler

2021–2025 yılları arasında kliniğimizde 231 tane mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu yapılan 46 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara pediküllü latissimus dorsi kas flebi ile tek taraflı meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 50.0 ± 7.5 yıl (35–65 yaş) idi. Hastaların 41'i primer olgu iken, 5 hasta sekonder rekonstrüksiyon grubundaydı. Sekonder gruptaki hastalarda daha önce başka merkezlerde mastektomi ve/veya implant uygulanmış ancak komplikasyon gelişmiş ya da memesi olmayan hastalardı [4].

Cerrahi Teknik

Preoperatif planlama için görüntüleme gerekmez. Gerekirse meme kanseri için tarama (mamografi.MRI vs.) yapılmalıdır. Preoperatif olarak hasta ayaktayken cilt adası oblik yönde 7–9 cm genişlikte ve 21–23 cm uzunlukta planlandı. Skapulanın alt polü referans alınarak, çizimler tamamlandı. Cerrahinin ilk aşaması olan genel cerrahi tarafından yapılan mastektomi ve/veya sentinel lenf nodu biyopsisi yapıldıktan sonra doku ihtiyacı olan hastalarda hasta lateral dekübit pozisyonda pozisyonlandırılarak trapez kasının üst sınırından başlanarak, latissimus dorsi kası pediküllü flep şeklinde hazırlanıp çıkarıldı. Cilt ve kas birlikte diseke edilerek yaklaşık 3–4 cm kalınlıkta flep elde edildi. Doku eksikliğine uygun boyutta elde edilen flep adası pedikül korunarak oluşturulan aksiller tünel ile defekt alanına ilerletildi. Daha sonra stapler ile defektif alana tutturularak üstü steril malzemeyle örtüldü. Hasta tekrar supin pozisyonuna alınıp boyanma ve örtünme tekrar sağlandıktan sonra fleb hacmi karşı meme hacmi ile eşitlenecek şekilde protezle desteklendi. Bu alana ve gerekliyse sentinel lenf nodu biyopsisi yapılan alana 1 adet negatif basınçlı dren yerleştirildi. Donör sahaya ise dren konulmaksızın suturasyon ve steril strip ile kapatma sağlandı. Kullanılan protezler yüksek projeksiyonlu olup ortalama hacmi 316 cc (min: 175 cc, maks: 500 cc) idi. Sadece protez sahasına dren yerleştirilmiş, donör sahaya dren konulmamıştır [6].

Bulgular

Toplam 46 hastaya tek taraflı pediküllü latissimus dorsi kas flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı. Primer olgular 41 (%89.1), sekonder olgular 5 (%10.9) hasta olarak izlendi. Hastalar postop 1. Gün yatağında görüldükten sonra memeye ve aksilla bölgesine konulan dren 48 saat sonrasında çekildi. Komplikasyon dağılımı aşağıdaki gibidir: - Parsiyel flep cilt adası nekrozu: 3 hasta (%6.5) - İmplant ekspozisyonu nedeniyle revizyon: 1 hasta (sekonder grup) - Kapsüler kontraktür: 1 hasta - Hematom: 1 hasta - Donör saha seroması: 0 hasta Donör sahaya dren yerleştirilmemesine rağmen hiçbir olguda seroma gelişmedi [5,6].

Tartışma

Meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası hastaların hem fiziksel hem de psikososyal iyilik halini artıran önemli bir cerrahi yaklaşımdır.Meme rekonstrüksiyonu için latissimus dorsi miyokütan flebini kullanmanın temel nedeni kaybedilen meme derisinin yerine sağlıklı bir deri oluşturmaktır. Flebin subkutan doku hacmi genellikle yeni meme oluşturmak için yeterli değildir. Bu durumda en yaygın yaklaşım latissimus dorsi ile aynı anda implantların kullanılmasıdır.

Meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası hastaların fiziksel bütünlüğünü yeniden sağlamayı ve psikososyal iyilik hallerini artırmayı hedefleyen önemli bir cerrahi yaklaşımdır. Zaman içerisinde bu alanda kullanılan teknikler, doku kaynakları ve estetik hedefler önemli ölçüde evrim geçirmiştir. Bu evrimin en önemli mihenk taşlarından biri, latissimus dorsi (LD) kas flebinin meme rekonstrüksiyonunda kullanılması olmuştur. Kasın geniş yüzeyi, güvenilir vaskülaritesi ve teknik uygulanabilirliği sayesinde latissimus dorsi flebi, hem primer hem de sekonder rekonstrüksiyonlarda uzun yıllardır tercih edilmektedir.

Sonuç

Oblik planlı ve pozisyon değişimiyle gerçekleştirilen pediküllü latissimus dorsi kas flebi ile meme rekonstrüksiyonu, hem primer hem de sekonder olgularda güvenilir, düşük komplikasyon oranlı ve etkili bir cerrahi yaklaşımdır. Donör sahaya dren konulmaması ve komplikasyon gelişmemesi dikkat çekicidir. Teknik deneyim kazanıldıkça bu yöntem, özellikle revizyon cerrahisinde tercih edilen standartlardan biri haline gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Pediküllü Latissimus dorsi kas flebi, Latissimus dorsi ile Meme Rekonstrüksiyonu sonrası RT ile protez ilişkisi, Latissimus dorsi kas flebi ile primer ve sekonder meme rekonstrüksiyonu

P-362

Mastektomi ile Eş Zamanlı ve Geç Dönem Meme Rekonstrüksiyonu: Klinik Deneyimlerimiz

Onur Bak, Yavuz Tuluy, Eyüp Kebapçı

1-İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
2- İzmir Bakırçay Üniversitesi, Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Dünya çapında yaklaşık olarak her sekiz kadından biri hayatı boyunca meme kanserine yakalanmaktadır. [1] Meme kanseri veya yüksek yakalanma riski nedeni ile mastektomi öyküsü olan hastaların psikososyal sağlıklarının korunması önem arz etmektedir. Bu amaçla otolog onarım ya da implant ile onarım teknikleri mevcuttur. Özellikle 2000'li yıllardan önce otolog onarım daha çok tercih edilmiş olsa da son yıllarda implant ile onarım belirgin olarak daha popüler hale gelmiştir. [2] Operasyon, yatış ve iyileşme sürelerinin otolog onarıma göre daha kısa olması, ayrıca donör saha ihtiyacının olmaması, implant ile onarımın avantajları arasında kabul edilebilir. Her iki yöntem de genellikle mastektomi ile eş zamanlı ya da mastektomi sonrasında erken dönemde tercih edilse de onkolojik tedavi takibi ve hasta faktörü gibi sebeplerle geç dönem olarak da uygulanabilir. Çalışmamızda mastektomi ile eş zamanlı ve geç dönem meme rekonstrüksiyonu yapılan hastaların klinik sonuçlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Şubat 2024 ile Nisan 2025 arasında mastektomi ile eş zamanlı subpektoral planda implant ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalar ile latissimus dorsi implant ve serbest derin inferior epigastrik arter perforatör (DIEP) flep ile geç dönem meme rekonstrüksiyonu yapılan 32 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastalar, 23'ü eş zamanlı, 9'u ise geç dönem meme rekonstrüksiyonu olmak üzere iki ayrı grupta yaş, takip süresi, ortalama protez hacmi ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: İlk grup (eş zamanlı rekonstrüksiyon) hastalarının yaş ortalaması 43,7 (30-57) (sd:7,9) idi. Takip süresi ortalama 8,6 (sd:6,6) ay olarak izlendi. 23 hastanın 17'sine tek taraflı (%73,9), 6'sına bilateral (%26) olmak üzere 29 memeye rekonstrüksiyon uygulandı. Toplam 29 memenin 18'i ters T insizyon ile opere edildi. 18 ters T insizyonun 11'i serbest meme başı grefti ile, 4'ü süperior pediküllü, üçü nipple areolar kompleksin cilt eksizyonuna dahil edilmesi ile yapıldı. 29 memenin 11'inde ise omega insizyonu uygulandı. Ortalama implant hacmi 422,41 (270-560, sd:79,98) cc olarak hesaplandı. 23 hastanın 14'ünde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. 4 tanesi bilateral rekonstrüksiyon hastası olmak üzere, 9 hastada (toplam 9 memede) komplikasyon izlendi. Bahsedilen 9 memenin üçünde medial ya da lateral pilar cildinde parsiyel nekroz (debridman+ primer onarım), ikisinde kanama (1 hasta transamin ile takip, 1 hasta reopere edilerek kanama kontrolü), ikisinde yara yeri dehisensi (primer onarım) izlendi. Yara yeri dehisensi izlenen hastaların birinde ipsilateral nipple areolar komplekste parsiyel nekroz görüldü. 1 hastada meme cildinde parsiyel venöz yetmezlik sonrası takip ile gerilerken, 1 hastada protez enfeksiyon ve seromaya sekonder çıkarıldı.

İkinci grup (geç dönem rekonstrüksiyon) hastalarının yaş ortalaması 54 (33-63, sd:9,4) idi. Takip süresi ortalama 11,8 (sd:4,5) ay olarak izlendi. Tüm hastalara tek taraflı rekonstrüksiyon uygulandı. 9 hastanın 5'i pediküllü latissimus dorsi kas-deri flebi+ implantı ile, geriye kalan 4 hasta ise serbest DIEP flep ile rekonstrükte edildi. Ortalama protez hacmi 350 cc (210-460) olarak hesaplandı. Pediküllü latissimus dorsi kas-deri flebi+implant ile onarım yapılan 5 hastanın birinde yağ nekrozu izlendi. Serbest DIEP flep uygulanan 4 hastanın birinde arteriyel yetmezliğe bağlı, birinde de venöz yetmezliğe bağlı olmak üzere total nekroz izlendi. Total nekroz izlenen hastalara debridman yapılarak kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı.

Tartışma ve Sonuç: Meme kanserinin insidansı ve plastik cerrahinin meme cerrahisindeki yeri düşünüldüğünde, meme rekonstrüksiyonunun önemi yadsınamazdır. İmplanta spesifik komplikasyonlara rağmen (kapsül kontraktürü, implant malpozisyonu, rüptür vb.) tek seans olması ve otolog rekonstrüksiyon ihtiyacını koruduğu düşünülerek, son iki dekadda eş zamanlı implant ile rekonstrüksiyon sayısında belirgin artış izlenmiştir. [3] Ancak buna rağmen otolog rekonstrüksiyonun hasta açısından psikososyal olarak daha tatmin edici olduğuna dair meta-analizlerde mevcuttur. [4]

Rekonstrüksiyonun implant ya da otolog olması gibi, erken ve geç dönemde uygulanması da prognozu etkileyebilecek bir durumdur. Hastanın mastektomi sonrası onkolojik tedavi ihtiyacı ve mevcut komorbiditeleri, geç dönem rekonstrüksiyon tercihi açısından düşünülmesi gereken etmenler olarak öne çıkmaktadır. Eş zamanlı rekonstrüksiyonun, özellikle kozmetik açıdan daha çok endişe duyan hastalar tarafından tercih edildiğini görmekteyiz. Bazı çalışmalarda hastaya eş zamanlı mastektomi+ rekonstrüksiyonunun yapılması, geç döneme kıyasla hastaların psikiyatrik komorbiditelerini azaltıcı bir faktör olarak saptanmıştır. [5] Eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda hastanın meme büyüklüğü ve buna bağlı olarak tercih edilen insizyonunun komplikasyon riskleri üzerine belirgin etkisi bulunmaktadır. Daha büyük meme dokusu bulunan ve ters T skar wise patern insizyon tercih edilen hastalarda komplikasyon riski artmaktadır. Rekonstrüksiyon tercihi açısından çok sayıda parametreye ek olarak, kanser süreci ve hasta uyumu da göz önüne alındığında, uygun tedavi seçiminin çok boyutlu değerlendirilmesi gerektiği açıktır.

Kaynakça

1- Tao Z, Shi A, Lu C, Song T, Zhang Z, Zhao J. Breast Cancer: Epidemiology and Etiology. Cell Biochem Biophys. 2015 Jun;72(2):333-8. doi: 10.1007/s12013-014-0459-6. PMID: 25543329.

2- Plastic Surgery Statics Report, Procedural Statics from the American Society of Plastic Surgeons, 2017

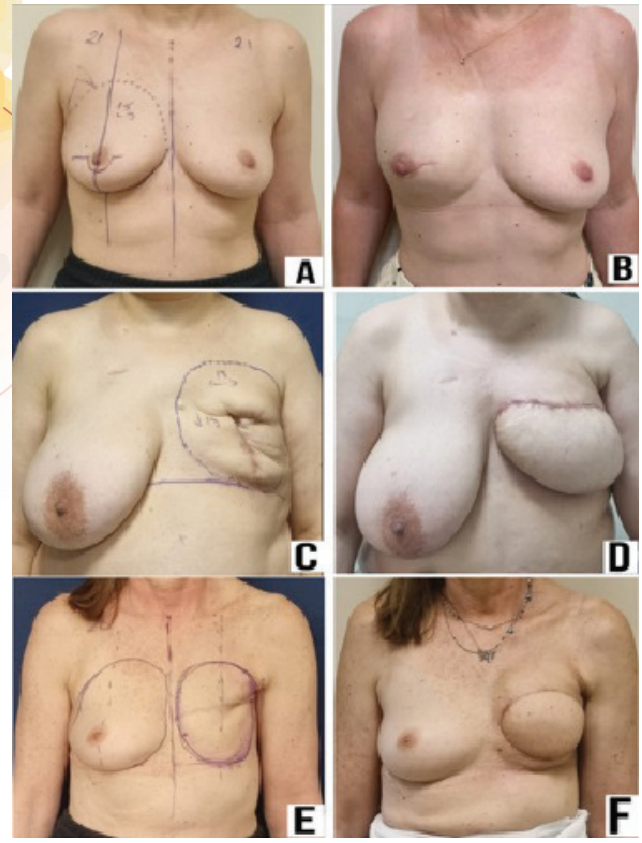
3- Panchal H, Matros E. Current Trends in Postmastectomy Breast Reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2017 Nov;140(5S Advances in Breast Reconstruction):7S-13S. doi: 10.1097/PRS.0000000000003941. PMID: 29064917; PMCID: PMC5722225.Current trends in postmastectomy breast reconstruction, Panchal H, Matros E. 2017

4- Eltahir Y, Krabbe-Timmerman IS, Sadok N, Werker PMN, de Bock GH. Outcome of Quality of Life for Women Undergoing Autologous versus Alloplastic Breast Reconstruction following Mastectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Plast Reconstr Surg. 2020 May;145(5):1109-1123. doi: 10.1097/PRS.0000000000006720. PMID: 32332522.

5- D'Souza N, Darmanin G, Fedorowicz Z. Immediate versus delayed reconstruction following surgery for breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;2011(7):CD008674. doi: 10.1002/14651858.CD008674.pub2. PMID: 21735435; PMCID: PMC8973930.

Anahtar Kelimeler: Eş zamanlı, Geç dönem, Meme Rekonstrüksiyonu

OLGULAR



Resim A, B- Eş zamanlı subpektoral planda implant ile meme rekonstrüksiyonu (A-pre op, B- post op 6. ay) Resim C, D- DIEP flep ile geç dönem meme rekonstrüksiyonu (C-pre op, D post op 3. ay) Resim E, F- Latissimus dorsi implant ile geç dönem meme rekonstrüksiyonu (E- pre op, F- post op 3. Ay)

P-364

Meme Başı Koruyucu Mastektomi Sonrası İmplant ile Onarımda Komplikasyonların Değerlendirilmesi: Kapsamlı Literatür Derlemesi ve Erken Dönem Sonuçlarımız

Tunahan Kılıç, Süleyman Yıldızdal, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç:

Meme başı koruyucu mastektomi (NSM) sonrası anında implant ile rekonstrüksiyon, onkolojik güvenlik ve üstün estetik sonuçlar nedeniyle giderek daha fazla tercih edilmektedir. Ancak, özellikle büyük ve sarkık (ptotik) memelerde nipple-areola kompleksi (NAK) ve cilt flebi nekrozu gibi komplikasyonlar önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, NSM sonrası implant ile onarımda literatürde bildirilen komplikasyon oranlarını derlemek ve büyük/ptotik memeli hastalarda uyguladığımız, üç pedikküllü, meme başını koruyucu ve deri azaltıcı mastektomi (TP-NSSRM) tekniği ile elde ettiğimiz erken dönem klinik sonuçlarımızı sunmaktır.

Yöntem:

Çalışmanın ilk bölümünde, sunumumuza temel oluşturan 28 adet birincil araştırma makalesi incelenerek geniş bir literatür taraması yapılmıştır. Bu çalışmalar toplu olarak 4.200'den fazla hastayı ve 7.000'in üzerinde mastektomi ve rekonstrüksiyon prosedürünü kapsamaktadır. Bu geniş havuzdaki majör ve minör komplikasyon oranları, özellikle NAK nekrozu, cilt flebi nekrozu, enfeksiyon ve implant kaybı verileri derlenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, merkezimizde 2024 Ocak - 2025 Ocak tarihleri arasında büyük ve/veya ptotik memeleri nedeniyle TP-NSSRM ve takiben prepektoral direkt implant ile onarım yapılan 10 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Tüm vakalarda, La Padula ve ark. tarafından tanımlanan, NAK'ı besleyen superior, medial ve inferior olmak üzere üç adet subkutan dermal pedikülün korunduğu teknik (TP-NSSRM) kullanılmıştır. Hastaların demografik verileri, implant hacimleri ve postoperatif erken dönem komplikasyonları kaydedilmiştir.

Bulgular:

Kapsamlı literatür taraması, NSM sonrası komplikasyon oranlarının geniş bir yelpazede değiştiğini göstermektedir. NAK nekrozu oranları, uygulanan cerrahi tekniğe (özellikle kesi tipi) ve hasta risk faktörlerine bağlı olarak %0 ile %43.8 gibi çok geniş bir aralıkta bildirilmektedir. Periareolar kesilerin en yüksek nekroz riskiyle ilişkili olduğu (%8.7 - %31.1), inframamariyan kesilerin ise daha güvenli bulunduğu (%6.8 - %9.7) görülmektedir. Cilt flebi nekrozu %1.3 ila %33.3, enfeksiyon %2.3 ila %25 ve implant kaybı oranları %1.3 ila %19 arasında rapor edilmiştir. Sigara kullanımı, yüksek Vücut Kitle İndeksi (BMI), önceden radyoterapi alınması ve büyük mastektomi ağırlığı (>700 gr), literatürde komplikasyonlar için en sık belirtilen ortak risk faktörleridir.

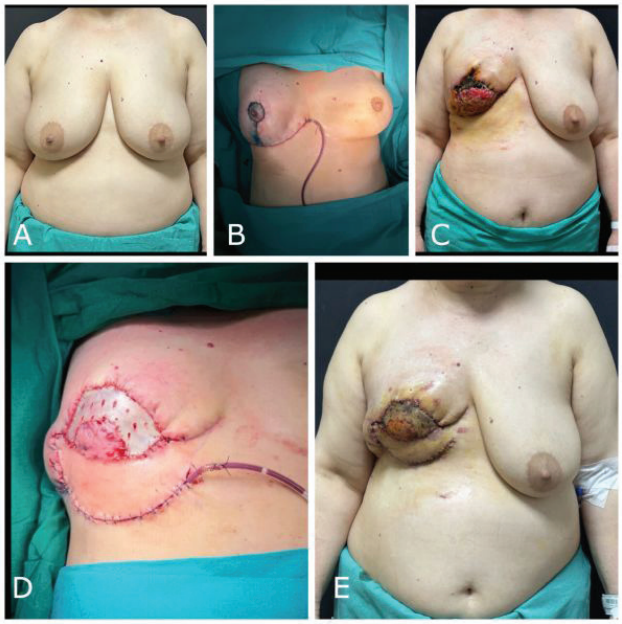
Kendi 10 hastalık serimizde (ortalama takip süresi 12 ay), La Padula ve ark.'nın tekniğini kullanarak elde ettiğimiz sonuçlar oldukça yüz güldürücüdür. Hiçbir hastada implant kaybı gözlenmemiştir. Bir hastada (%10) NAK'ta geçici venöz konjesyon gelişmiş ve topikal tedavilerle tamamen düzelmiştir. Bir hastada (%10) ise yara yeri dehissansı konservatif yara bakımı ile iyileşen minör bir dehissans gelişmiştir. Bir hastada (%10) Nipple-Areola Kompleks (NAK) ve cilt nekrozu gelişmiş ve implant ekpoze olmuştur. Sekonder operasyonla uygun debritmanın ardından AICAP flep ve FTSG ile onarım sağlanmıştır. (Şekil 1).Serimizde bir hasta dışında diğer hastalarda tam kat veya kısmi NAK nekrozu yaşanmamıştır. 9 hastada (%90) NAK başarıyla korunmuş ve lokal nüks saptanmamıştır.

Sonuç:

Literatür, NSM sonrası implant ile onarımda komplikasyonların, özellikle NAK nekrozunun, ciddiye alınması gereken bir sorun olduğunu doğrulamaktadır. Ancak, cerrahi teknikteki gelişmeler bu riskleri önemli ölçüde azaltabilmektedir. Bizim erken dönem sonuçlarımız, üç pedikküllü, meme başını koruyucu ve deri azaltıcı mastektomi (TP-NSSRM) tekniğinin, NAK'a çok yönlü ve güçlü bir kanlanma sağlayarak, geleneksel olarak yüksek riskli kabul edilen büyük ve ptotik memeli hastalarda dahi NAK nekrozu riskini dramatik olarak düşürdüğünü göstermektedir. Bu teknik, uygun hasta seçimi ile hem onkolojik olarak güvenli hem de estetik açıdan tatmin edici sonuçlar sunma potansiyeline sahip umut verici bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Meme Başı Koruyucu Mastektomi, Onkoplastik Cerrahi, Prepektoral İmplant Rekonstrüksiyonu, Nipple-Areolar Kompleks Nekrozu

İmplant İle Rekonstüksiyon Yapılan Hastada Cilt Nekrozu Gelişimi



Şekil 1. (a) Preoperatif Görüntü (b) İntraoperatif İşlem Sonrası Görüntü (c) Nipple-Areola Kompleks ve Cilt Nekrozu (d) Sekonder Operasyon (AICAP flep ve FTSG ile onarım) İntraop İşlem Sonrası Görüntü (e) Sekonder Operasyon Post-op 5. Gün

P-365

Meme Rekonstrüksiyonunda Asellüler Dermal Matriks Kullanımı

Büşra Güçlü, Murat Seven, Alper Taşan, Rüçhan Okutan, Emre Doğruyol, Hüseyin Emre Ulukaya, Kamuran Zeynep Sevim

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Meme kanseri; kadınlarda kanserden ölüm sebeplerinin ikinci sıklıkta görülen nedenidir ve 2018 yılında tüm yeni malign tanıların yaklaşık %30'unu oluşturmuştur. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunun önemi, sosyokültürel düzeyin yükselmesi ve psikolojik iyileşme ihtiyacının artmasıyla birlikte giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Meme rekonstrüksiyonunda sentetik implantlar veya otojen dokular kullanılabilmektedir. Ancak implantlarda yabancı cisim reaksiyonu, kapsül oluşumu, deformite gibi komplikasyonlar sık görülmektedir. Bu dezavantajların önüne geçebilmek için son yıllarda asellüler dermal matriks (ADM) kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu çalışmada, ADM kullanılan pitotik memeye sahip hastalarda postoperatif estetik ve fonksiyonel sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Bu retrospektif çalışma, 2021–2024 yılları arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne başvurmuş olan mastektomi sonrası eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu yapılan ve peroperatif ADM kullanılan pitotik memeye sahip 11 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Hastaların yaş aralığı 28–59'dur. Hastaların 9'u unilateral, 2'si bilateral meme karsinomu tanılıdır. Uygulanan operasyonlar kapsamında 8 hastaya bilateral, 3 hastaya ise unilateral subkütan mastektomi yapılmıştır. 9 hastaya sentinel lenf nodu biyopsisi, 1 hastaya ise aksiller diseksiyon uygulanmıştır. Toplamda 9 hastaya bilateral, 2 hastaya unilateral protez implantasyonu yapılmıştır. Protez hacimleri 275–450 cc aralığında seçilmiştir.

Hastaların 7'sinde ek operasyon ihtiyacı oluşmazken;

- 1'inde sağ memede doku defekti sebebiyle Pediküllü Latissimus Dorsi Flebi ile Rekonstrüksiyon,
- 1'inde sağ nipple'da doku defekti sebebiyle Tam Katlı Deri Grefti ile Rekonstrüksiyon,
- 1'inde sol memede doku defekti sebebiyle Protez Değişimi + Kapsülektomi,
- 1'inde hipertrofik skar nedeniyle Skar Revizyonu operasyonları uygulanmıştır. Hastalar postoperatif 3–5 gün içinde taburcu edilmiş, seroma oluşumunu engellemek için 5–10 gün arası dren ile takip edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Asellüler dermal matriksler (ADM), son yıllarda doku mühendisliği ve biyoteknolojialanındaki gelişmeler sayesinde meme rekonstrüksiyonunda yaygın olarak kullanılmaktadır. İnsan, domuz veya sığır kaynaklı olabilen ADM'ler; epidermis ve hücrelerden arındırılmış deriden elde edilen, yapısal bütünlüğünü koruyan allogreftlerdir. Revaskülarizasyonu, hücresel repopülasyonu ve dokunun yeniden yapılanmasını destekleyen bir matriks görevi görürler. Meme cerrahisinde ADM kullanımı, implant dalgalanması, simmasti ve yumuşak doku eksikliklerinin düzeltilmesinde avantaj sağlamaktadır. Özellikle mastektomi fleplerinin zayıf olduğu hastalarda protez ekspozisyonu ve malpozisyonu sık görülür; ADM kullanımı bu komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlar. Ayrıca inframammarian fold'un daha iyi oluşturulmasına, implantın yer değiştirmesinin engellenmesine ve implant poşunun daha geniş tutulmasına imkan tanır. Bu çalışmada, pitotik memeye sahip hastalarda ADM kullanımının estetik ve fonksiyonel açıdan daha tatmin edici sonuçlar verdiği görülmüştür. Sonuç olarak, ADM kullanımı bu hasta grubunda komplikasyon oranlarını azaltarak daha başarılı rekonstrüktif sonuçlara katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Asellüler dermal matriks (ADM), Meme rekonstrüksiyonu, Protez implantasyonu, Rekonstrüktif meme cerrahisi, Subkütan mastektomi

P-366

Meme Kçültme Sonrası Nadir Bir Oluşum: Pyoderma Gangrenosum

Özlem Özgür, Mehmet Emre Yeğin

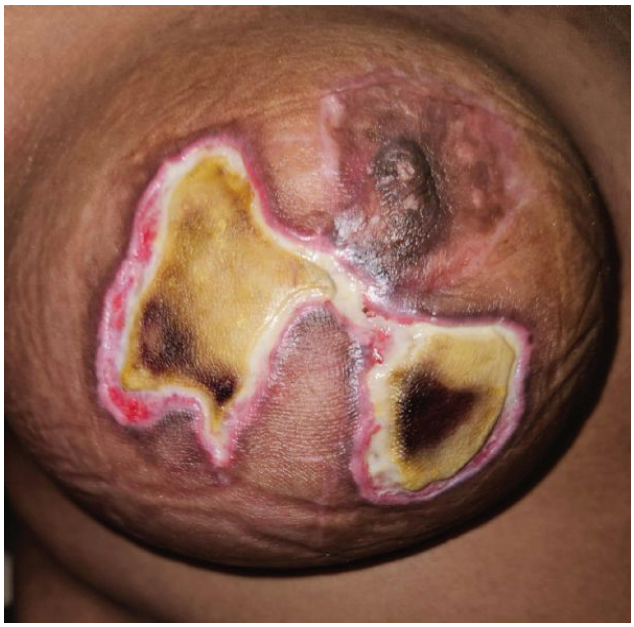
İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Pyoderma gangrenosum (PG) bulaşıcı olmayan, nadir görülen non-enfeksiyöz, papillomatöz lezyonların yanı sıra ağrılı, ülseratif, büllöz veya peristomal kutanöz lezyonlara neden olan kronik inflamatuar bir nötrofilik dermatozdur. Çoğunlukla idiyopatiktir ancak büyük olasılıkla bağışıklık sistemi fonksiyon bozukluğu, sistemik inflamasyon veya genetik yatkınlık ile ilişkilidir. Dünya çapında tahmini yıllık insidans milyonda 3-10 vakadır. Sıklıkla otoimmün bozuklukları veya altta yatan malignileri olan hastaları etkiler. Genellikle klinik olarak, hızla nekrotik bir ülsere

dönüşen püstül veya plak şeklinde ortaya çıkıp kenarları viyole renkli, altı oyulmuş bir görünüm sergiler. Pathergy fenomeni nedeniyle cerrahi debridman hastalığı daha da kötüleştirebilir. PG tipik olarak alt ekstremiteleri etkiler ancak üst ekstremitelerde, göğüslerde, kafa derisinde ve vulvada da oluşabilir. PG vakalarının yaklaşık %25'i meme ameliyatından sonra, özellikle de küçültme mamaplastisinden (%45) ve meme rekonstrüksiyonundan (%25) sonra ortaya çıkar. PG sıklıkla cerrahi enfeksiyon, yara açılması, nekrotizan fasiit veya postoperatif selülit ile karıştırılır. Bu nedenle, doğru tanı ve tedavi için güçlü bir klinik şüphe çok önemlidir. Bu çalışmada, 25 yaş kadın hastada meme küçültme ameliyatı sonrası gelişen, postop 1. günde bantlara karşı gelişen alerjik reaksiyon sonrası pyoderma gangranosum vakası sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: komplikasyon, Mastopeksi, pyoderma gangrenosum

Pyoderma Hasta Fotoğrafı



P-367

Dermatolojik Rahatsızlığı Olan Hastalarda Meme Cerrahisi: Olgu Serisi

Burak Bilge Kağan Ayna

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekontsrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Psöriyazis, dermatit ve pyoderma gangrenosum gibi dermatolojik hastalıklar, cerrahi planlama ve postoperatif iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Psöriyazis, batı toplumlarında %2-4 prevelansa sahip, yaygın kronik inflamatuar bir hastalıktır. Psöriyazisi olan hastalarda enfeksiyon riski artmıştır. Bu durum sıklıkla gecikmiş yara iyileşmesiyle ilişkilidir. Cilt bariyerinin bozulduğu bu durumlarda, yara iyileşmesinde güçlük ve enfeksiyona yatkınlık sık görülür. Bu çalışmada, dermatolojik rahatsızlığı olan dört hastaya uygulanan farklı meme cerrahilerinin yönetimi ve postoperatif seyri sunulmuştur.

Olgu 1: Psöriyazis tanılı, bilateral makromastisi olan 40 yaşındaki hastaya süperomedial teknikle redüksiyon mammoplasti uygulanmıştır. Postoperatif dönemde hematom gelişmiş, ancak yara iyileşmesi sorunsuz seyretmiştir.

Olgu 2: Psöriyazis tanılı, sigara kullanan ve mastektomi öyküsü olan 52 yaşındaki hastaya latissimus dorsi flebiyle rekonstrüksiyon ve karşı memeye küçültme uygulanmıştır. Topikal antibiyotiğe bağlı cilt reaksiyonu gelişmiş, konservatif tedavi ve yara yeri revizyonlarıyla toparlanma sağlanmıştır.

Olgu 3: Pyoderma gangrenosum tanılı, 41 yaşındaki hasta, estetik meme büyütme sonrası yara nekrozu ve protez ekspozisyonu ile başvurmuştur. Protezler çıkarılmış, dermatolojik tedavi başlanmış ve yara yönetimi yapılmıştır.

Olgu 4: BRCA pozitif, aktif psöriyazisi olan 51 yaşındaki hastaya bilateral cilt koruyucu mastektomi sonrası eş zamanlı protezle meme rekonstrüksiyonu uygulanmıştır. Postoperatif dönemde her iki memede yara açılması ve protez ekspozisyonu izlenmiş, cerrahi müdahale ve yakın takip ile tedavi edilmiştir.

Tartışma:

Dermatoloji rahatsızlığı olan hastalarda, meme cerrahisi, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Lezyonların aktif dönemde olmaması ve tedavi ile kontrol altına alınması, yara iyileşmesini olumlu yönde etkiler ve komplikasyon oranını azaltır.

Sonuç:

Dermatolojik hastalık mevcudiyetinde meme cerrahisi, uygun ameliyat öncesi hazırlık ve cerrahi teknik seçimi ile güvenle yapılabilir. Multidisipliner takip ve aktif cilt lezyonlarının kontrolü, komplikasyon oranını azaltır ve sonuçları olumlu yönde etkiler.

Anahtar Kelimeler: Psöriyazis, Pyoderma gangrenosum, Yara Bakımı

P-369

Asellüler Dermal Matriks ve True Fiksasyon Anatomik İmplant ile Meme Rekonstrüksiyonu ve Sonuçları

Joshgun Gasımov[1], Can Koç[1], Kemalettin Yıldız[1], Yeliz Emine Ersoy[2]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD

Giriş

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen malign tümör olup, yaşam boyu görülme riski yaklaşık %12'dir. Mastektomi, hastalarda ciddi fiziksel ve psikolojik etkiler yaratabilmektedir. Bu nedenle, meme rekonstrüksiyonu hem onkolojik güvenliği koruyarak hem de estetik ve psikososyal iyileşme sağlayarak tedavi sürecinin önemli bir parçası haline gelmiştir.

İmplant temelli rekonstrüksiyonlar; kısa ameliyat süresi, hızlı iyileşme ve donör saha morbiditesinin düşük olması nedeniyle ABD'de mastektomi sonrası onarımların yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır. 1

Onarımda subpektoral ve prepektoral yaklaşımlar kullanılmaktadır. Subpektoral yaklaşım, pektoralis majör desteğiyle dalgalanma ve kapsüler kontraktür riskini azaltırken, alt pol desteği için ADM eklenmesi sonuçları iyileştirmektedir. İmplantın rotasyonunu engellemek amacıyla ise true fixation anotomik implantlar tercih edilmektedir.

Çalışmamızda hastalarımıza True Fixation Motiva anatomik implant ile Tutopatch kombinasyonu uygulanmış ve bu yaklaşımın cerrahi ve estetik sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Hastalar ve yöntem

Ocak 2022- Mart 2025 tarihleri arasında mastektomi sonrası eş zamanlı implant bazlı meme rekonstrüksiyonu uygulanan 18 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 10'una (%55.5) iki taraflı, 8'ine (%44.5) ise tek tarflı rekonstrüksiyon yapıldı.

Estetik meme cerrahisi öyküsü olan ve implant ile latissimus dorsi flebi kullanılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Mastektomi sonrası çıkarılan doku hacmi, 'su taşırma yöntemi' kullanılarak ölçüldü ve olası implant hacmi tahmin edildi. Tüm olgularda mastektomi insizyonu kullanıldı. İmplant yerleşimi için hastalarda subpektoral plan tercih edildi ve alt pol desteği amacıyla Tutopatch kullanıldı. Kas altı diseksiyon yapılarak cep oluşturuldu. İmplant hacmi sizer ile belirlendi. True Fixation anatomik implant posterior sabitleme kanatları aracılığıyla 2/0 prolene ile toraks duvarına fikse edildi. ADM (Tutopatch) meshlenerek cebin alt kısmına yerleştirildi. Ortalama implant hacmi 395,5 cc (250-600 cc) idi. 3 adet hemovac dren yerleştirildi ve anatomik katmanlara uygun bir şekilde kapatıldı.

Bulgular

Hastaların ortalama yaşı 40,9 ± 16 yıl (26-56 yıl) olup ortalama takip süresi 18,6 ay (5 – 36 ay) idi. Ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi 5 gündü. 8 hasta aktif sigara kullanıcısıydı (%40). Komorbiditeler arasında HT (n=2), DM (n=2) MS (n=1), hipotiroidi (n=1), kolorektal kanser öyküsü (n=1), yer almaktaydı.

1 hastada (%5) ameliyat sonrası 2. günde hematom gelişti; cerrahi drenaj yapıldı. Sigara içicisi 3 hastada (%16,7) lokal cilt nekrozu izlendi; cerrahi debridman ve primer kapama ile tedavi edildi, implant kaybı olmadı. 4 hastada (%22,2) uzun süreli seroma gelişti ve uzamış dren takibi ile yönetildi, implant kaybı olmaksızın tedavisi tamamlandı.

10 hastaya (%55,6) cilt koruyucu, 8 hastaya ise (%44,4) meme başı koruyucu mastektomi uygulanmıştı. Geç dönem takiplerde (>= 24 ay, n=12) kapsüler kontraktür, implant malpozisyonu veya belirgin dalgalanma saptanmadı.

2 hasta BRCA pozitifti (%11,1), 3 hasta genetik test yaptırmamıştı (%16,7). 2 hasta ameliyat öncesi, 11 hasta ameliyat sonrası radyoterapi aldı, toplam 11 hastaya kemoterapi uygulandı. 1 hasta metastatik hastalık nedeniyle kaybedildi.

Tartışma

Son yıllarda meme kanseri insidansındaki artış ve onkoplastik cerrahi tekniklerin yaygınlaşması, mastektomi uygulamalarında artışa yol açmıştır.

Mastektomi sonrası meme onarımı yalnızca fiziksel görünümü düzeltmekle kalmamakta, aynı zamanda psikososyal iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler göstermesi açısından öneme sahiptir. 2

Otolog rekonstrüksiyon yöntemleri (DİEP, TRAM, TDAP, Pediküllü Latissimus Dorsi flebi) seçilmiş hastalarda başarılı sonuçlar sağlasa da; uzun ameliyat süresi, ek skar alanları, donör alan morbiditesi gibi dezavantajlar nedeniyle implant bazlı rekonstrüksiyonlar daha sık tercih edilmektedir. Meme onarımında eş zamanlı onarımın gecikmiş onarıma kıyasla yaşam kalitesinde belirgin artış, depresyon ve vücut algı bozukluğunda azalma sağlaması açısından literatürde güçlü şekilde desteklenmektedir 3.

İmplant temelli onarımda subpektoral ve prepektoral olmakla iki temel yaklaşım mevcuttur. Subpektoral yaklaşımda pektoralis majör kasının sağladığı ek doku kalınlığı sayesinde dalgalanma ve radyoterapi sonrası kapsül kontraktürü riski düşüktür 4. Bununla birlikte kas implantı tamamen kaplamadığı için alt pol desteği yetersiz kalmakta; bu durumda ADM kullanımı gereklilik hale gelmektedir. ADM'nin inflamatuvar yanıtı azaltarak kapsüler kontraktür oranını düşürdüğü, cilt zarfını destekleyerek daha büyük boyutlu implant kullanımına olanak sağladığı ve estetik görünümü iyileştirdiği bildirilmektedir. 5

ADM kullanılmayan rekonstrüksiyonlarda 3-4. derece kapsüler kontraktür tespit edilmiştir 6 Meme rekonstrüksiyonu sonrasında radyoterapi alan hastalarda radyoterapiye bağlı olarak kapsüler kontraktür, enfeksiyon, seroma, flep nekrozu gibi komplikasyonlar sıkça görülmektedir. Ancak, ADM kullanımı ile radyoterapiye bağlı komplikasyon oranlarında anlamlı azalma bildirilmiştir. 7 Meme rekonstrüksiyonunda insan kaynaklı ve sığır perikardından elde edilen ADM'ler kullanılmaktadır. Tutopatch'in diğer ADM'lerden yüksek mekanik dayanıklık, daha ince profilli olması, düşük maliyet, düşük immün reaksiyon riski gibi avantajları mevcuttur. 5 Onarımda anatomik, yuvarlak, pürüzlü, pürüzsüz implantlar kullanılmaktadır. Anatomik implantlar doğal kontur sağlaması, kapsül kontraktürü riskinin düşük olması nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. 8 İmplant bazlı onarımın diğer temel endişesi implantların 45 dereceden fazla rotasyon riskidir. Sabitleme sistemli anatomik implantlarda 2 sabitleme kanadı sayesinde implantların 45 dereceden fazla rotasyonu engellenmektedir. Çalışmamızda True Fixation anatomik implantlarda rotasyon riskinin belirgin şekilde düşük olduğu görüldü, takip süresince hiçbir hastada yerdeğişme saptanmadı.

Sonuç

Tutopatch + True Fixation anatomik implant kombinasyonu mastektomi sonrası implant temelli rekonstrüksiyonda estetik ve fonkiyonel sonuçlar açısından başarılıdır.

Tutopatch'in alt pol desteği sağlaması, implant boyutunda esneklik sağlamakta, biyolojik uyum sayesinde diğer ADM'lerden daha az komplikasyon görülmekte, True Fixation sistemi ise rotasyon riskini en aza indirerek uzun dönem stabiliteyi artırmaktadır. Bu kombinasyonun uygun hasta seçimi ile güvenli ve etkili bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

1. Surgeons ASoP. 2011 plastic surgery procedural statistics. 2012;
2. Shiraishi M, Sowa Y, Tsuge I, Kodama T, Inafuku N, Morimoto N. Long-term patient satisfaction and quality of life following breast reconstruction using the BREAST-Q: a prospective cohort study. Frontiers in oncology. 2022;12:815498.
3. Hölmich LR, Sayegh F, Salzberg CA. Immediate or delayed breast reconstruction: the aspects of timing, a narrative review. Annals of Breast Surgery. 2023;7
4. Haas E, Christodoulou N, Secanho M, et al. Capsular contracture after breast augmentation: A systematic review and meta-analysis. Oxford University Press; 2025:ojaf003.
5. Eyuboglu AA, Akdemir O, Aydogan F, Isken MT. Implant-based breast reconstruction with bovine pericardium: our approach using Tutopatch® and review of literature. Aesthetic Plastic Surgery. 2024;48(3):285-296.
6. Sigalove S, Maxwell GP, Sigalove NM, et al. Prepectoral implant-based breast reconstruction: rationale, indications, and preliminary results. Plastic and reconstructive surgery. 2017;139(2):287-294.
7. Adams Jr WP. Capsular contracture: what is it? What causes it? How can it be prevented and managed? Clinics in plastic surgery. 2009;36(1):119-126.
8. Mayo F. Breast Surgery with Smooth Anatomical Implants with Fixation System: A Review of the World's Largest Series of Cases. Plastic and Reconstructive Surgery. 2023;151(2):207e-213e. doi:10.1097/prs.0000000000009829

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Meme rekonstrüksiyonu, İmplant temelli rekonstrüksiyon, ADM ile meme rekonstrüksiyonu

P-371

Meme Rekonstrüksiyonunda Yağ Grefti Uygulaması

İzel Kübra Akmeşe, Doğukan Şen, Servet Elçin Alpat, Savaş Serel

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı, meme rekonstrüksiyonunda yağ grefti uygulamasının etkinliğini ve güvenliğini çok yönlü bir şekilde değerlendirmektir. Yağ grefti, meme rekonstrüksiyonunda dolgu maddesi olarak kullanılan ve otolog yağ dokusunun hasarlı veya eksik bölgelere transfer edilmesi işlemidir. Çalışmada, meme rekonstrüksiyonunun farklı aşamalarında ve tekniklerinde yağ greftinin kullanımını, greft edilen yağ dokusunun hacim koruma oranlarını, bu uygulamanın kısa ve uzun dönemli komplikasyonlarını ve hasta memnuniyetini kapsamlı bir şekilde incelemek amaçlanmaktadır. Ayrıca, yağ grefti uygulamasının estetik sonuçları ile birlikte, fonksiyonel iyileşmelere olan katkısı da değerlendirilecektir. Çalışma, meme kanseri tedavisi sonrası rekonstrüksiyon gereksinimi duyan hastalarda, yağ grefti uygulamasının güvenilir bir seçenek olup olmadığını belirlemeyi hedeflemektedir.

Yöntem: Retrospektif olarak gerçekleştirilen bu çalışma, 2020-2025 yılları arasında meme rekonstrüksiyonu sırasında yağ grefti uygulanan 42 hastayı içermektedir. Hastaların demografik verileri, rekonstrüksiyon tipi, greft edilen yağ miktarı, uygulama teknikleri ve takip süresi analiz edilmiştir. Klinik sonuçlar; yağ greftinin hacim koruma oranları, komplikasyonları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalar meme kanseri sebebiyle opere olup meme rekonstrüksiyonu yapılan kadın hastalardır. Bu rekonstrüksiyon tiplerinden 5 hastaya diep,7 hastaya latissimus flebi, 1 hastaya gracilis, 1 hastaya latissimus flebi+ implant ve 24 hastaya ise implant ile rekonstrükson yapılmıştır. Daha sonra ise yağ grefti uygulanmıştır.4 hastaya ise mastektomi sonrası yağ grefti uygulanmıstır. Hastaların yaş ortalaması 47 yıl olup, ortalama greft edilen yağ miktarı 150 ml olarak saptanmıştır. Ortalama takip süresi 12 ay olarak kaydedilmiştir. İlk 12 ayda greft edilen yağın büyük ölçüde korunduğu kontroller sırasında yapılan muayene notları ve çekilen fotoğrafların karşılaştırılması ile saptanmıştır. Yağ grefti operasyonu sonrası komplikasyon oranı ise yapılan hiçbir hastada saptanmadığı için komplikasyonsuz olarak değerlendirilmiştir.Hastaların 38'sinde ise ikinci bir yağ grefti uygulamasına gerek duyulmamıştır.

Tartışma: Bu çalışmanın bulguları, meme rekonstrüksiyonunda yağ grefti uygulamasının etkin ve güvenilir bir yöntem olduğunu göstermektedir. Yağ grefti uygulamasının birçok avantajı olduğu görülmüştür. Greft edilen yağın hacim koruma oranlarının yüksek olması, uygulamanın başarısını desteklemektedir.. Komplikasyon oranının çok düşük bir seviyede olması, yağ grefti uygulamasının güvenli bir seçenek olduğunu ortaya koymaktadır.Ayrıca, yağ greftinin otolog bir doku olması, alerjik reaksiyon riskini ortadan kaldırmaktadır. Bu da hastaların genel sağlık durumunu olumlu yönde etkilemektedir.hastaların büyük bir çoğunluğunun (%90) ikinci bir yağ grefti uygulamasına ihtiyaç duymaması da yöntemin etkinliğini göstermektedir. Bu durum, hastaların tekrar cerrahi müdahale gereksinimini azaltmakta ve dolayısıyla iyileşme sürecini kısaltmaktadır.

Çalışmanın retrospektif doğası, bazı sınırlamaları beraberinde getirmektedir. Örneğin, retrospektif analizler, prospektif ve randomize kontrollü çalışmalar kadar güçlü değildir ve bazı yanlılıkları içerebilir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak prospektif ve randomize kontrollü çalışmalarla bulguların doğrulanması gerekmektedir. Ayrıca, takip süresinin 12 ay ile sınırlı olması, uzun dönem sonuçlar hakkında kesin yargılara varmayı zorlaştırmaktadır. Daha uzun süreli takipler, yağ grefti uygulamasının kalıcılığı ve uzun vadeli komplikasyonları hakkında daha ayrıntılı bilgi sağlayabilir.

Yağ grefti uygulamasının farklı hasta gruplarında ve değişik rekonstrüksiyon teknikleriyle birlikte kullanımı da daha detaylı araştırılmalıdır. Farklı yaş grupları, farklı meme kanseri evreleri ve farklı cerrahi teknikler arasında yağ grefti uygulamasının etkinliği karşılaştırılmalıdır. Bu tür çalışmalar, yağ greftinin hangi hasta gruplarında ve hangi koşullarda en etkili olduğunu belirlemeye yardımcı olabilir. Ayrıca, yağ grefti uygulamasının maliyet-etkinlik analizi yapılarak sağlık ekonomisi açısından değerlendirilmesi de faydalı olacaktır. Bu tür analizler, sağlık sistemleri için maliyetleri azaltmaya ve kaynakların daha verimli kullanılmasına katkıda bulunabilir.

Sonuç: Meme rekonstrüksiyonunda yağ grefti, estetik açıdan tatmin edici ve güvenli bir yöntem olarak görülmektedir. Yağ greftinin hacim koruma oranları, uzun dönem sonuçları ve düşük komplikasyon oranları ile olumlu sonuçlar vermektedir. Daha önce yapılan rekonstrüksiyon işlemlerinin hacmini arttırmak amacıyla yapılan yağ grefti hastayı kozmetik açıdan memnun etmektedir. Hasta memnuniyeti, bu yöntemin tercih edilmesinde önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Ancak, daha uzun süreli ve geniş ölçekli çalışmalar, yağ grefti uygulamalarının uzun vadeli sonuçlarını ve potansiyel komplikasyonlarını daha iyi anlamak için gereklidir

Anahtar Kelimeler: greft, meme, rekonstrüksiyon, yağ

P-372

Parmak, El Dorsumu ve Önkol Defektlerinde SCIP Flebi Kullanımı

Hasan Cihan, Süleyman Çeçen, Menekşe Kastamoni, Güzin Yeşim Özgenel, Selçuk Akın

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

Bu çalışma, üst ekstremite defekti nedeniyle rekonstrüksiyon gereksinimi olan 7 hastada uygulanan free SCIP flebinin sonuçlarını değerlendirmektedir. Serimizde SCIP flebi, parmak, el dorsumu ve önkol gibi distal alanlardaki travmatik yumuşak doku defektlerinin onarımında başarılı bir şekilde kullanılmıştır. Vaka serisi, literatürde bildirilen avantajları destekler nitelikte olup, komplikasyon oranı kabul edilebilir sınırlardadır.

Giriş

Üst ekstremite defektlerinin onarımı, estetik ve fonksiyonel açıdan karmaşık bir süreçtir. El ve parmaklardaki defektlerin rekonstrüksiyonu, hem dokunun uygunluğu hem de hareket kabiliyetinin korunması açısından hassasiyet gerektirir. Mikrocerrahi tekniklerin ilerlemesiyle birlikte serbest flepler bu alanda yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu flepler arasında yer alan Superficial Circumflex Iliac Artery Perforator (SCIP) flebi, özellikle ince, esnek ve donor sahada minimal morbiditeye neden olan yapısıyla öne çıkmaktadır. SCIP flebi ilk olarak Koshima ve arkadaşları tarafından 2004 yılında tanımlanmıştır. Arteria circumflexa iliaca superficialis'in perforatör dallarına dayanarak hazırlanır ve yüzeyel diseksiyon imkanı sunar. Bu nedenle SCIP, parmak rekonstrüksiyonları, el dorsumu, el sırtı ve önkol defektlerinde etkili bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde SCIP flebi; estetik görünüm, fonksiyonun korunması ve donor saha avantajları nedeniyle öncelikli tercihlerden biri olarak tanımlanmıştır. Donör sahada

primer kapatma mümkün olması, ince yapısı ve uygun vaskülarizasyonu sayesinde distal ekstremite onarımlarında başarıyla uygulanmaktadır.

Anatomik ve Teknik Özellikler

SCIP flebi, a. circumflexa iliaca superficialis'in yüzeyel veya derin dallarına dayanılarak planlanan, ince ve esnek dokusuyla mikrocerrahinin önemli perforatör fleplerinden biridir. Anatomik olarak arter femoralis superficialisten ayrıldıktan sonra inguinal ligament boyunca seyreder. Yüzeyel dalı sıklıkla tercih edilir çünkü sabit seyir gösterir ve kolay diseke edilir. Pedikül uzunluğu 6–8 cm, arter çapı 1–1.5 mm'dir. Venae comitantes çoğunlukla küçük kalibreli olup, yüzeyel venle anastomoz tercih edilir. Derin fasyanın altına inilmeden diseksiyon tamamlanabilir ve flep sinir içermediğinden duyu aktarımı hedeflenmeyen durumlarda avantaj sağlar.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde 2018 ile 2025 yılları arasında takip edilen, üst ekstremite travmasına bağlı yumuşak doku kaybı bulunan hastalara uygulanan serbest SCIP flebi vakalarını içeren retrospektif bir vaka serisidir. Çalışmaya toplam 7 hasta dahil edilmiştir. Olguların tamamı travmatik defektlere sekonder yumuşak doku rekonstrüksiyonu amacıyla opere edildi. Rekonstrüksiyonlar parmak, el dorsumu ve önkol gibi distal üst ekstremite bölgelerine uygulandı. Preoperatif dönemde doppler ultrasonografi ile dominant perforatörler belirlendi. Cerrahi müdahalede yüzeyel circumflex iliac arter perforatörlerine dayanan SCIP flebi, mikrovasküler teknikle transfer edildi. Alıcı damar olarak radial/ulnar/1. dorsal metakarpal arter ve sefalik/bazilik ven tercih edildi. Donör sahalar primer olarak kapatıldı. Hastalar postoperatif erken dönem ve uzun dönem komplikasyonlar açısından takip edildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 7 hastanın yaş ortalaması 34,4(min–maks: 16-45). Hastaların tamamı travmaya bağlı gelişen yumuşak doku defekti nedeniyle değerlendirilmişti. Defekt lokalizasyonları şu şekildeydi: 3 hastada parmak, 2 hastada el dorsumu, 1 hastada önkol ve 1 hastada hem 3. hem 4. parmak defekti mevcuttu. Komplikasyon oranı %28,5 olarak saptandı (2 hastada parsiyel ya da total flep kaybı). Hasta 1 ve 2'de parmak defektlerinde flebin şekillendirme kabiliyeti ön plana çıkarken, Hasta 4 ve 5'te el dorsumundaki geniş defektlerde yeterli doku kalınlığı ve genişliği sağlanmıştır. Hasta 3'te sol el 3. ve 4. parmaktaki defekt tek pedikül üzerinden çift perforatör disseke edilerek 2 ayrı cilt adası ile tek seansta rekonstrükte edilmiştir. Hasta 6'da total flep kaybı izlenmiş ve sonrasında groin flep ile rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiştir. Bu olgu, SCIP flebinin teknik olarak hassas bir cerrahi gerektirdiğini ve komplikasyon durumlarında alternatif planlamaların önemini ortaya koymaktadır. Serimizdeki pediatrik olgu olan Hasta 7'de flep başarılı bir şekilde uygulanmış ve uzun dönem takipte herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Bu durum, SCIP flebinin çocuk hastalarda da güvenle uygulanabileceğini göstermektedir.

Tartışma

SCIP flebi, literatürde özellikle distal ekstremite defektlerinde tercih edilen güvenilir bir rekonstrüksiyon yöntemidir. Koshima ve arkadaşları tarafından tanımlandıktan sonra, özellikle el cerrahisinde artan bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Literatürde, flebin ince yapısı, estetik uyumu, yeterli vaskülarizasyonu ve donor saha morbiditesinin düşük olması gibi avantajları vurgulanmaktadır. Bizim serimizde de benzer şekilde SCIP flebi, el dorsumu, parmak ve önkol gibi hassas bölgelerde başarıyla uygulanmıştır. Kullanım alanları, damar tercihleri ve primer donor saha kapaması gibi teknik özellikler literatürle paralellik göstermektedir. Lee ve arkadaşlarının 2020'de yayınladığı seride, özellikle el sırtı ve parmak rekonstrüksiyonlarında flebin şekillendirilebilir yapısı sayesinde yüksek estetik uyum elde edildiği bildirilmiştir. Bizim serimizde de benzer gözlemler mevcuttur. Komplikasyon oranı açısından serimizde %28,5'lik bir oran tespit edilmiş olup, bu oran literatürde bildirilen %10–20 aralığının üzerindedir. Bu durum, travmanın şiddeti, geç cerrahi müdahale, hasta faktörleri (diyabet, sigara kullanımı vb.) ve alıcı sahadaki vasküler yapıların durumu ile ilişkili olabilir. Özellikle Hasta 6'da total flep kaybı sonrası groin flep ile revizyon ihtiyacı, flebin teknik olarak dikkatli hazırlanması ve postoperatif takibin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Literatürde nadiren bildirilen pediatrik kullanımlar da bu flebin esnekliğini göstermektedir. Serimizde yer alan 16 yaşındaki pediatrik hastada başarılı sonuçlar elde edilmiş, donor saha primer kapatılmış ve uzun dönem komplikasyon izlenmemiştir. Bu durum, SCIP flebinin sadece erişkin değil, uygun vakalarda çocuk hastalarda da güvenle uygulanabileceğini göstermektedir. Ayrıca, Tiengo ve arkadaşları tarafından bildirilen anatomik varyasyonların cerrahi sırasında dikkate alınması gerektiği ve yüzeyel-perforatör anatominin preoperatif dönemde doppler ile değerlendirilmesinin önem arz ettiği vurgulanmaktadır. Bizim serimizde bu değerlendirme her hastada yapılmış olup, cerrahi planlamaya yön vermiştir.

Sonuç

SCIP flebi, üst ekstremite defektlerinin onarımında güvenli, etkili ve estetik açıdan başarılı bir yöntemdir. Donör saha morbiditesinin düşük olması, ince yapısıyla, yeterli pedikül uzunluğu gibi avantajlarıyla ön plana çıkmaktadır. Serimizde elde edilen sonuçlar, literatürde bildirilen başarı oranları ve teknik uygulama prensipleriyle uyumludur. Komplikasyon oranı kabul edilebilir sınırlar içinde olup, cerrahi deneyim ve hasta seçimi bu oranın azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. SCIP flebi, mikrocerrahiye uygun merkezlerde üst ekstremite rekonstrüksiyonu için güvenle tercih edilebilir bir yöntemdir.

Kaynaklar

1.Koshima I, Soeda S. Free-style perforator flap. Plast Reconstr Surg. 2004;114(4):910–6.

2.Lee YH, Lin CH, Lin YT, Yeh JT, Wei FC. Utility of SCIP flap in hand and finger reconstruction. Microsurgery. 2020;40(3):276–84.

3.Yu P, Yu N, Skoracki RJ, Liu J. SCIP flap for hand reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(3):402–7.

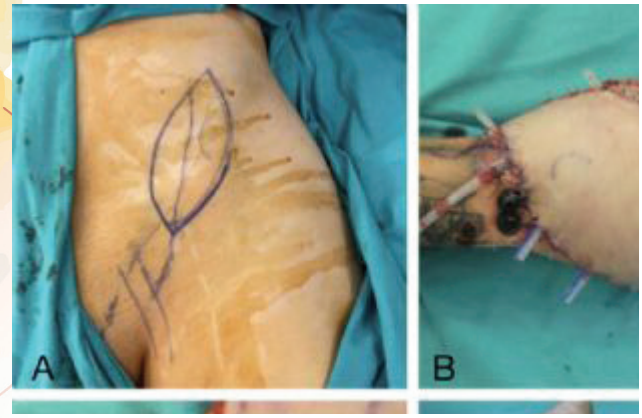
4.Kimura N, Satoh K, Hasumi T, Aoyagi S, Takushima A, Harii K. Clinical outcomes of SCIP flaps in extremity reconstruction. Ann Plast Surg. 2017;79(1):47–52.

5.Tiengo C, Facchin F, Dalla Venezia A, Rampazzo A. SCIP flap anatomical variants. J Reconstr Microsurg. 2017;33(2):116–23.

6.Chokevivat V, Winaikosol K, Angspatt A. Complication rates and donor site morbidity of SCIP flap. Arch Plast Surg. 2020;47(3):289–95.

Anahtar Kelimeler: SCIP flebi, üst ekstremite rekonstrüksiyonu, mikrocerrahi, perforatör flep, serbest flep

Görseller



Görseller A- İnguinal bölgede SCIP flebi için planlanan preoperatif çizim B- SCIP flebin defekt alanına transferi ve mikrocerrahi anastomoz sonrası flep adaptasyonunun tamamlanmış intraoperatif görünümü(Hasta-5) C- Flep elevasyonu sonrası, damar pedikülü ile birlikte serbest hale getirilmiş SCIP flebin masada görünümü D- SCIP flebinin disseksiyonu sırasında perforatör damarların tanımlandığı ve flebin elevasyonunun başladığı intraoperatif görünüm E- Serbest SCIP flebi ile onarılan parmak defektine ait 2. ay postoperatif görünüm(Hasta-3) F- SCIP flebi ile rekonstrüksiyon yapılan ve postoperatif total kayıpla sonuçlanan hastanın intraoperatif adaptasyon sonrası görünümü (Hasta-6)

Hastalar

Hasta	Yaş	Cin siyet	Travma Mekanizması	Operasyon Tarihi	Defekt Lokasyonu	Flep Lokasyonu	Alıcı Damarlar	Defekt Boyutu (cm)	Komplikasyon
Hasta 1	45	E	Balta ile kesi	05.04.2025	Sağ el 2. parmak	Sol SCIP	Radial arter dorsal dalı, 1A+2V	4x4	Yok
Hasta 2	43	E	Spiral ile kesi	13.03.2025	Sol el 2. parmak	Sağ SCIP	Radial arter+sefalik ven, 1A+1V	4x4	Parsiyel nekroz
Hasta 3	45	E	Sanayi tipi aletle kesi	13.02.2025	Sol el 3. ve 4. parmak	Sağ SCIP	1. Dorsal metakarpal arter, 1A+1V	7x3+7x3	Yok
Hasta 4	41	E	Ateşli silah	17.07.2021	Sağ el dorsumu	Sağ SCIP	Radial arter+sefalik ven, 1A+1V	8x5	Yok
Hasta 5	28	E	Testere ile kesi	02.07.2022	Sağ el dorsumu	Sol SCIP	Radial arterin dorsal dalı+sefalik ven, 1A+1V	10.5x10.5	Yok
Hasta 6	23	E	Silindire sıkışma	07.09.2023	Sağ ön kol	Sol SCIP	Radial arter+sefalik ven, 1A+1V	12x5	Flep kaybı, groin flep ile revizyon
Hasta 7	16	K	Maytap patlaması	21.05.2018	Sağ hipotenar bölge	Sol SCIP	Ulnar arter+bazilik ven, 1A+1V	7x5	Yok

P-374
Konjenital Dilde Sineşi: Olgu Sunumu

İzel Kübra Akmeşe, Savaş Serel, Uğur Kılıç, Atakan Sofu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Bu çalışmada, dilin ağız tabanına yapışıklığı (konjenital ankiloz) ile birlikte mikroglossi, bilateral üst ekstremite agenezisi, unilateral alt ekstremite yokluğu ve anal atrezi saptanan nadir bir olgu sunulmaktadır. Tüp bebek yöntemi ile doğmuş olan hastada multidisipliner yaklaşım gerektiren kompleks yapısal anomaliler gözlenmiştir.

Giriş

Konjenital dil ankilozu, dilin ağız tabanına anormal yapışıklığı ile karakterize nadir bir anomalidir. Mikroglossi ile birlikte görüldüğünde, sıklıkla sendromik bir tablonun parçası olabilir. Bu tür olgular, oromandibular-limb hipogenezis sendromu gibi nadir sendromlarla ilişkilendirilebilir. Sunulan olgu, bu açıdan dikkat çekici çoklu sistem anomalileri barındırmaktadır.

Olgu Sunumu

Hastamız, tüp bebek yöntemi ile 29 yaşındaki primigravid bir anneden 38+3 haftalıkken, sefalopelvik uyumsuzluk nedeniyle sezaryen ile 2925 gram doğmuş, APGAR skoru 9/10'dur. Doğum sonrası anal atrezi tanısı almış, 3. günde çocuk cerrahisi tarafından opere edilmiştir. Hastanın fizik muayenesinde; Dil ankilozu (dil tamamen ağız tabanına yapışıktır.), mikroglossi (Dil boyutu belirgin olarak küçük ve geride konumlanmıştır.) ve yüksek damak mevcuttur. Ekstremite anomalileri; bilateral el yokluğu, sağ alt ekstremite yokluğu, sol ayakta 4 parmak mevcut. Yutma ve çiğneme güçlüğü mevcut, katı gıdaları tolere etmekte zorlanmakta. Hastanın nefes darlığı, morarması veya kusma yok.

Geçmiş tıbbi öyküsünde, doğum sonrası 1 hafta yoğun bakım yatışı mevcut. 3 aylıkken boğmaca geçirme öyküsü, sarılık öyküsü var ancak fototerapi gerekmemiş. Akraba evliliği ve menenjit öyküsü yok. Gebelikte ototoksik ilaç kullanımı veya hastalık yok.

Hasta, dilin ağız tabanına yapışıklığı şikayeti ile başvurduktan sonra tarafımızca dil ve ağız tabanı arasındaki yapışıklık dil tabanından ayrıştırılmış, mobilizasyon sağlanmış ve tam kalınlıkta deri grefti (FTSG) ile onarım yapılmıştır. Kanama kontrolü sonrası uygun pansuman ile operasyon tamamlanmıştır.

Tartışma

Sunulan olguda dil ankilozu, mikroglossi ve ekstremite anomalileri birlikte görülmektedir. Bu durum, oromandibular-limb hipogenezis sendromu gibi nadir sendromları düşündürmektedir. Bu kombinasyon literatürde oldukça az sayıda tanımlanmıştır. Bu tarz vakalar, beslenme ve konuşma bozukluklarına yol açabileceğinden erken cerrahi ve rehabilitasyon gerektirir.

Sonuç

Multisistemik konjenital anomalilere sahip bu nadir olgu, erken dönemde multidisipliner yaklaşım gerektirmiştir. Cerrahi müdahale sonrası hastanın dil hareket açıklığı arttırılmıştır. İleri takipte konuşma terapisi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dil ankilozu, mikroglossi, Dilde Sineşi

P-375
Serbest Doku Transferlerinde Revizyon Cerrahisi

İzel Kübra Akmeşe, Servet Elçin Alpat, Savaş Serel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Serbest doku transferleri, kompleks rekonstrüktif cerrahinin temel taşlarından biridir. Ancak başarılı bir flep uygulaması sonrası bile estetik, fonksiyonel veya hacimsel nedenlerle revizyon cerrahisine ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu çalışmada, serbest flep cerrahisi sonrası uygulanan revizyon girişimlerinin sıklığını, nedenlerini, zamanlamasını ve elde edilen sonuçları detaylı biçimde değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

2020–2025 yılları arasında hastanemizde serbest doku transferi uygulanan 70 hasta retrospektif olarak incelendi. Revizyon cerrahisi uygulanan hastalar seçilerek; revizyonun uygulandığı zaman (erken: ilk 7 gün içinde, geç: 3 ay ve sonrası), revizyonun nedeni, kullanılan cerrahi teknik ve komplikasyon oranları analiz edildi. Revizyon gereksinimi; flep hacminin yetersizliği, kontur bozukluğu, parsiyel doku kaybı, skar problemleri ve estetik beklentiler doğrultusunda belirlendi.

Toplam 41 hastaya (%58) revizyon cerrahisi uygulandı. Bu hastalardan 14'üne geç dönemde, estetik amaçlı lipofilling uygulanarak hacim desteği ve asimetri düzeltmesi sağlandı. Kalan 27 hastaya ise erken dönemde, sıklıkla venöz konjesyon, parsiyel nekroz ve hematom gibi dolaşım bozukluklarına bağlı komplikasyonlar nedeniyle müdahale edildi.

Bulgular

70 hastanın 41'inde (%58) serbest flep sonrası en az bir kez revizyon cerrahisi yapıldı. Revizyon endikasyonları arasında en sık neden parsiyel nekroz olurken, bunu hacim kaybı, asimetri ve belirgin skar takip etti.

Erken dönem revizyonlar (n=27), genellikle hematom drenajı, venöz konjesyonun giderilmesi ve flebin relaksasyonu gibi nedenlerle gerçekleştirildi.

Geç dönem revizyonlarda (n=14) ise en sık uygulanan teknik lipofilling olup, kontur düzeltme ve hacim artırımı amacıyla tercih edildi.

3 hastada total flep kaybı gözlendi. Genel komplikasyon oranı %10,7 idi ve en sık karşılaşılan durumlar geçici ödem ile ek debulking ihtiyacıydı.

Sonuç:

Serbest doku transferi sonrası revizyon cerrahisi, flep başarısızlığı olarak değil; cerrahi sürecin doğal ve tamamlayıcı bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Revizyon işlemleri ile flebin estetik, fonksiyonel ve hacimsel olarak daha ideal hale getirilmesi mümkündür. Özellikle geç dönem planlı revizyonlar, sonuçların daha başarılı olmasını sağlamaktadır. Cerrahın revizyon ihtiyacını öngörmesi ve uygun teknikleri zamanında uygulaması, başarılı bir rekonstrüksiyon süreci için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Serbest doku transferi, revizyon cerrahisi, serbest flep

P-377

Serbest Fleplerde Erken Dönem Revizyon Başarısı ve Öğrenme Eğrisi Korelasyonu

Perçin Karakol, Ahmet Uğur Bilmez, Erden Erkut Erkol, Oğuzhan Tekin, İpek Baykan, Yasin Canbaz

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

AMAÇ

Serbest flepler, kompleks doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda yüksek başarı oranları sunar. Ancak mikrocerrahi teknik ve ekip deneyimi, flep yaşam oranlarını doğrudan etkileyen faktörlerdir. Bu çalışmada, serbest flep cerrahisi sonrası erken dönem revizyon gerektiren olguların sonuçları ve klinik ekibimizin öğrenme eğrisi değerlendirildi.

YÖNTEM

Şubat 2024 – Temmuz 2025 arasında kliniğimizde serbest flep cerrahisi uygulanan 95 hasta retrospektif olarak incelendi. Erken dönem revizyon, cerrahiden sonraki ilk 7 gün içinde yapılan girişimler olarak tanımlandı. Revizyon operasyonunun dolaşım sorunu geliştikten sonra kaçıncı saatte yapıldığı not edildi. Revizyon nedenleri, uygulanan cerrahi müdahaleler, flep yaşama oranları ve hangi flepte ne kadar nekroz geliştiği kaydedildi. Operasyonlar kronolojik olarak üç döneme ayrılarak ekip deneyimi ile revizyon oranları arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 95 serbest flep operasyonunun 9'unda (%9,5) erken dönem revizyon cerrahisi gerekti. En sık revizyon nedeni arter ve ven trombozu olarak saptandı. Revizyon sonrası 1 flepte total nekroz gerçekleşti. 5 flepte %25-%75 oranında nekroz gerçekleşti. 3 flep totale yakın dolaşım salim izlendi. Ayrıca revizyon ihtiyacı duyulan hastaların 6'sında tip 2 DM, 5'inde aterosklerotik kardiyovasküler hastalık tanısının mevcut olduğu gözlendi. Revizyon ihtiyacı gelişen 3 flebin alt dudak lokalizasyonunda olduğu tespit edildi. Total nekroz gelişen 1 vakada operasyonun 24. saatte, diğer revizyon operasyonlarının ilk 6 saatte yapılmış olduğu izlendi. Çalışmanın ilk döneminde revizyon oranı daha yüksek iken, son dönemde anlamlı azalma izlendi ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Bulgularımızdaki %9,5 revizyon oranı, literatürde bildirilen %5–15 aralığı ile uyumludur [2,3]. En sık revizyon nedeninin arter ve ven trombozu olması, önceki mikrocerrahi serilerle paralellik göstermektedir [2,3,7]. Tip 2 DM, aterosklerotik KAH ve diğer sistemik vasküler hastalıkların, flep dolaşımını olumsuz etkileyerek revizyon riskini artırdığı farklı çalışmalarda da gösterilmiştir [1,4–6]. Alt dudak fleplerinde daha yüksek revizyon oranı, damar çapı ve akım dinamiklerindeki farklılıklara bağlanabilir. Revizyon başarısı, dolaşım sorunu tespitinden sonraki süre ile doğrudan ilişkilidir. İlk 6 saatte yapılan müdahaleler kurtarma oranını belirgin artırmaktadır [2,3,7]. Çalışmamızda, ilk vaka dönemlerinde revizyon oranı yüksek iken son dönemlerde anlamlı düşüş görülmesi, ekip deneyiminin önemini desteklemektedir [8,9].

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında retrospektif tasarım ve hasta sayısının görece sınırlı olması yer almaktadır. Bununla birlikte, tek merkezli ve aynı cerrahi ekibin uygulamaları üzerinden değerlendirme yapılması, ekip deneyimi ile revizyon oranları arasındaki ilişkinin net olarak görülmesine olanak sağlamıştır.

SONUÇ

Serbest flep cerrahisinde erken dönem revizyon, flep başarısının korunmasında kritik öneme sahiptir. Özellikle ilk 6 saatte yapılan revizyon operasyonları son derece önemlidir. Arteriyal ve venöz dolaşımı etkileyen kronik hastalıklar revizyon serbest flep cerrahisinde revizyon ihtiyacını artırmaktadır. Flep lokalizasyonu da bu konuda önem teşkil etmektedir. Serbest flep cerrahisinde kalabalık ekip olarak çalışmak son derece önemlidir. Flep elevasyonu sırasında alıcı saha damarlarının diseksiyonu ve anostomozun farklı bir ekip tarafından yapılması hem cerrahi süresini kısaltmakta hem de operasyonun başarı şansını artırmaktadır. Ekip deneyimi arttıkça revizyon oranları anlamlı şekilde azalmakta ve başarı oranları artmaktadır. Düzenli mikrocerrahi eğitimleri ve vaka sonrası analiz toplantıları, öğrenme eğrisini hızlandırabilir.

KAYNAKLAR

1.Stevens MN, et al. Preoperative Predictors of Early Free Flap Failure. Otolaryngol Head Neck Surg. 2022;167(4):697-703.

2.Smit JM, et al. Early Reintervention of Compromised Free Flaps Improves Success Rate. Plast Reconstr Surg. 2007;119(3):950-955.

3.Coombs DM, et al. Predicting the Timing and Cause of Microvascular Free Flap Failure. J Reconstr Microsurg. 2024;40(6):473-480.

4.Chang EI, et al. Risk Factors for Free Flap Failure in 2,846 Patients. J Oral Maxillofac Surg. 2016;74(7):1265–1272.

5.Song J, et al. Independent Predictors of Free Flap Failure: ACS NSQIP Database Analysis. Ann Plast Surg. 2017;78(3):312–317.

6.Kubo T, et al. Preoperative Predictors of Free Flap Failure. Plast Reconstr Surg. 2022;150(4):843-851.

7.Wang W, et al. Free Flap Salvage Using Extracorporeal Tissue Perfusion. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2025;13(6):e5823.

8.Raharjo J, et al. The Free Flap Learning Curve: Case Volume Needed for Stable Success. Ann Plast Surg. 2025;85(1):21-28.

9.Chen Y, et al. Learning Curve in Mandibular Reconstruction with Iliac Crest Free Flap. J Craniomaxillofac Surg. 2024;52(2):145-152.

Anahtar Kelimeler: Revizyon cerrahisi, serbest flep, öğrenme eğrisi

P-378

Elin Yumuşak Doku Defektlerinde Ters Akımlı Radial Önkol Flebi Kullanımı

Berk Tahhan, Baran İşliyen, Mustafa Köse, Tuba Avcı, Volkan Özel, Serkan Erbatur

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

Giriş:

El defektleri cilt, tendon, kas, kemik ve nörovasküler yapılarda önemli hasar ve kayıpları içerir(1). El fonksiyonunu sürdürmek ve elin hayati yapılarını korumak için iyi bir koruma sağlanmalıdır. Literatürde elin dorsal ve palmar defektleri için birçok flep tipi tanımlanmıştır. El defektleri için flep tercihi genellikle cerrahın deneyimi, yaralanma bölgesi ve hastanın el ve ön kolunun vasküler formu ile ilgilidir. İdeal flep, el fonksiyonunun restorasyonunu sağlamalı ve donör saha morbiditesini en aza indirmelidir(2). Ters akımlı radial önkol flebi,elin dorsal ve palmar bölgesi, el bileği ve el defektlerinin kapatılması için endike olan fasyokütanöz pedikküllü bir fleptir(1). Geleneksel Ters akımlı radial önkol flebi, radyal arterin distalden proksimale doğru yönlenen retrograd akımı ve yüzeyel palmar arkın kollateral dolaşımı ile perfüze edilir. Yüzeyel ve derin palmar arklardan geçen arteriyel giriş, ameliyat öncesinde palpasyonla Allen testi veya Doppler ultrasonografi ile değerlendirilebilir(3). Bu çalışmada, travma ve tümör eksizyonunu takiben gelişen elin yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda ters akımlı radial önkol flebi uygulanan olguların sonuçları değerlendirildi; bu yöntemin ayrıntılarını, avantajlarını ve dezavantajlarını sunmayı amaçladık.

Gereç Yöntem:

Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada, 01.12.2021–30.06.2025 tarihleri arasında el yumuşak doku defekti nedeniyle ters akımlı radial önkol flebi ile rekonstrüksiyon uygulanan 7 hasta değerlendirildi. Etyolojik faktörler arasında tümör eksizyonu, travma ve yanık yer almıştır. Bu prosedür komorbid hastalığı olmayan hastalarda uygulandı, vasküler yeterlilikleri Allen testi ve taşınabilir Doppler ultrason taraması ile doğrulandı. Radial arter dominansı ve komorbiditesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular:

Çalışmamızdaki hasta sayısı 7 olup, 3'ü kadın 4 'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 55 yıl (33-74 yıl). Hastlardan 1'i aksiller blok altında opere edildi, diğer hastalar genel anestezi altında opere edildi. Hastaların 3'ü tümör eksizyonu sonrası, 3'ü travma ve 1'i yanık sonrası gelişen defektti. Hastaların ortalama yatış süresi 6 gündü. Postop süreçte fizik tedaviye başlandı. Bir hastada flep distalinde nekroz gelişmesi üzerine 27. gününde debride edilip defektif alan kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarıldı.

Cerrahi Teknik:

Ters akımlı radial önkol flebi, hasta sırtüstü pozisyonda ve üst kolda turnike uygulanarak gerçekleştirildi. Yumuşak doku kaybı bulunan bölge uygun şekilde hazırlandı. Radyal arter perforatörleri tanımlandı ve Doppler cihazı yardımıyla cilt üzerinde sınırları belirlendi. Fasyal ada, radial arterin ekseni boyunca ortalanarak, proksimalde antekübital fossaya, distalde ise radial stiloidin yaklaşık 4 cm proksimaline uzanan bir pivot noktasına yerleştirildi. İnsizyon, flebin proksimal radial tarafında radial arter üzerinden başlatıldı ve derin fasyaya kadar ilerletildi. Deri flepleri, fasyayı tamamen ortaya koymak amacıyla kaldırıldı. Sefalik ven bağlanarak flebin proksimalinden ayrıldı. Radial sinir disseke edilerek korundu ve flep içerisine dahil edilmedi.Takiben, yaklaşık 4 cm genişliğindeki flep işaretlendi. Fasyal diseksiyon, proksimalden başlayarak distal yönde ilerletildi ve distal uçta bulunan perforatörler korunarak fasyal flep kaldırıldı. Flep kaldırıldıktan sonra, el defektine ulaşmak amacıyla 180° döndürülerek defekt üzerine transfer edildi.Donör saha, eğer boyut olarak uygun ise primer olarak kapatıldı; primer kapatmanın mümkün olmadığı durumlarda ise tam kalınlıklı deri grefti ile kaplama sağlandı.

Tartışma:

Ters akımlı radyal önkol flebi rekonstrüktif el cerrahisinde yaygın olarak kullanılmaktadır(2). Bu flep, dorsal el derisine benzer özelliklere sahip ince ve hareketli bir deri sunar(1). Elin yumuşak doku defektleri için rekonstrüksiyon seçenekleri arasında, dorsal ulnar flep kullanılabilir, ancak kısa bir pediküle ve sınırlı bir rotasyon arkına sahiptir. Posterior interosseöz arter flebi mümkündür ancak zaman alıcı ve teknik olarak zorlayıcı bir cerrahi prosedür gerektirir. Uzak bölgelerden pediküllü kasık flebi, hipogastrik flep ve abdominal flep getirilebilir. Ters akımlı radyal önkol flebi, serbest flep ile karşılaştırıldığında daha hızlı ameliyat süresine sahiptir ve mikrocerrahi tekniğe dayanmaz(2). Tüm fonksiyonel sonuçları iyileştirmek, kalan dokuyu korumak ve enfeksiyonu önlemek için üst ekstremitelerin rekonstrüksiyonu için erken rekonstrüksiyon ve mobilizasyon savunulmaktadır; bu nedenle, kasık, inferior hipogastrik ve abdominal flepler dahil olmak üzere çok aşamalı prosedürler yerine tek aşamalı prosedürler tercih edilir. Serbest flepler yumuşak doku defektleri için mükemmel uyum sağlar, ancak donör saha morbiditesi ve mikrocerrahi ihtiyacı olduğundan uygulanabilirliği daha komplekstir(3). Bu flebin dezavantajı olarak, elin canlılığını tehlikeye atan ve iskemiye yol açabilen, ele giden büyük bir arterin feda edilmesi gerekliliğidir. Diğer bir dezavantajı donör saha morbiditesidir. En sık bildirilen donör saha sorunları deri greftinin iyileşmesinin gecikmesi, tendon yapışıklığı, ödem, kontraktür ve duyusal değişikliklerdir. El rekonstrüksiyonu planlanırken donör saha morbiditesi göz önünde bulundurulmalıdır(2).

Sonuç:

Distal radial arter perforatörlerine dayanan ters akımlı radyal önkol flebi, kullandığımız diğer bazı fleplere göre belirgin avantajlara sahiptir. Flep dolaşım için sabit ve güvenilir bir kan kaynağı içerir. Flebin kaldırılması teknik olarak basitleştirilmiştir, bu da ameliyat süresini en aza indirir. Flebin mikrocerrahi teknikler gerektirmemesi de belirgin bir avantajdır. Ters akımlı radyal önkol flebi elin palmar, dorsal veya başparmak-işaret parmak web aralığı defektlerinin ince örtüsü için uygun bir seçenektir.

1. Karagergou E, Tzimorota Z, Nikolaidou E, Kitridis D, Givissis P. Wrist and hand degloved injuries salvaged with reverse radial forearm flap in the CoVid-19 era. Trauma Case Rep. 2022 Nov 26;42:100742. doi: 10.1016/j.tcr.2022.100742. PMID: 36457419; PMCID: PMC9699706.

2. Akdag O, Karamese M, NebilSelimoglu M, Akatekin A, Abacı M, Sutcu M, Tosun Z. Reverse Adipofascial Radial Forearm Flap Surgery for Soft-Tissue Reconstruction of Hand Defects. Eplasty. 2016 Dec 23;16:e35. PMID: 28090241; PMCID: PMC5193125.

3. Doğan T, Gürünlüoğlu R, Imer B, Numanoğlu A. The distally based forearm island flap in hand reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1999 Oct;104(5):1581-2. doi: 10.1097/00006534-199910000-00073. PMID: 10513956.

Anahtar Kelimeler: Defekt, radial ön kol, ters akımlı

radial ön kol



P-381

Profunda Arter Perforatör Flebinin Alt Ekstremite Rekonstrüksiyonunda Lokorejyonel Kullanımı

Semih Bağhaki, Melike Refia Taşlıpınar, Eren Kervancıoğlu, Enes Çığrıkcı, Batu Özlüşen

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

Giriş:

Profunda arter perforator (PAP) flebi, posterior uyluk kaynaklıve derin femoral arterin perforatörleri bazlı bir fleptir. Literatürde PAP flebi daha çok meme ve baş-boyun rekonstrüksiyonunda serbest flep olarak kullanılmışken, alt ekstremite defektlerinde kullanımı ise serbest flep olarak sınırlı sayıdadır.

Bu çalışmada PAP flebi pediküllü (lokorejyonel) olarak planlanmış ve diz ile posterior uyluk bölgesindeki yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır.

Yöntem:

2022–2025 yıllarında kliniğimizde alt ekstremitede yumuşak doku defekti bulunan 5 hastada pediküllü PAP flebi ile rekonstrüksiyon gerçekleştirildi.

Her hastada yaş, cinsiyet, komorbidite, sigara kullanımı, etiyoloji, defekt lokalizasyonu ve boyutu kaydedildi. Preoperatif dönemde Doppler ultrasonografi ile perforatör haritalaması yapıldı. Üç olguda flep tek perforan üzerinden, iki olguda ise birden fazla perforan üzerinden diseke edildi. Üç flep propeller (pervane), iki flep ise rotasyon-ilerletme şeklinde defekt alanına transpoze edildi. Tüm olgularda donör alan primer olarak kapatıldı. Postoperatif takipte flep dolaşımı, yara iyileşmesi, komplikasyonlar ve fonksiyonel sonuçlar değerlendirildi.

Sonuçlar:

Beş hastanın yaş ortalaması 50 (38–77) idi. Defekt 1 hastada iskial bölgede, 2 hastada diz çevresinde, 2 hastada ise uyluk posteriorunda idi. Defekt boyutları 7x8 cm ile 14x20 cm arasında değişirken flep boyutu ise 10x20 ile 30x30 cm arasında idi. 1 hastada postoperatif dönemde geçici venöz konjesyon gözlendi, pozisyon desteği ile 48 saat içinde çözüldü. Hiçbir hastada total flep kaybı ya da majör komplikasyon gelişmedi. Bir olguda donor alanda dehisens gözlendi ve flebin en distal ucunda 2x2 cm'lik bir alanda yüzeyel nekroz gözlendi. Postop 2. haftada hasta tekrar opere edilerek donor alan sekonder suture edildi. Flep distali ise pansumanla konservatif takip edildi. Ortalama hasta takip süresi 15 ay (2 ay-3 yıl) olup bu süreçte hiçbir hastada bası yarası relapsı, tümör relapsı, kontraktür oluşumu izlenmedi.

Tartışma:

Pediküllü PAP flebi, özellikle diz çevresi ve uyluk defektlerinde güvenli ve etkili bir rekonstrüksiyon seçeneği sunmaktadır. Flep, anatomik konumu ve yeterli pedikül uzunluğu sayesinde rotasyon ve propeller teknikleriyle geniş bir alana ulaşabilmekte; bu da defekt lokalizasyonuna göre esnek bir planlama imkânı sağlamaktadır.

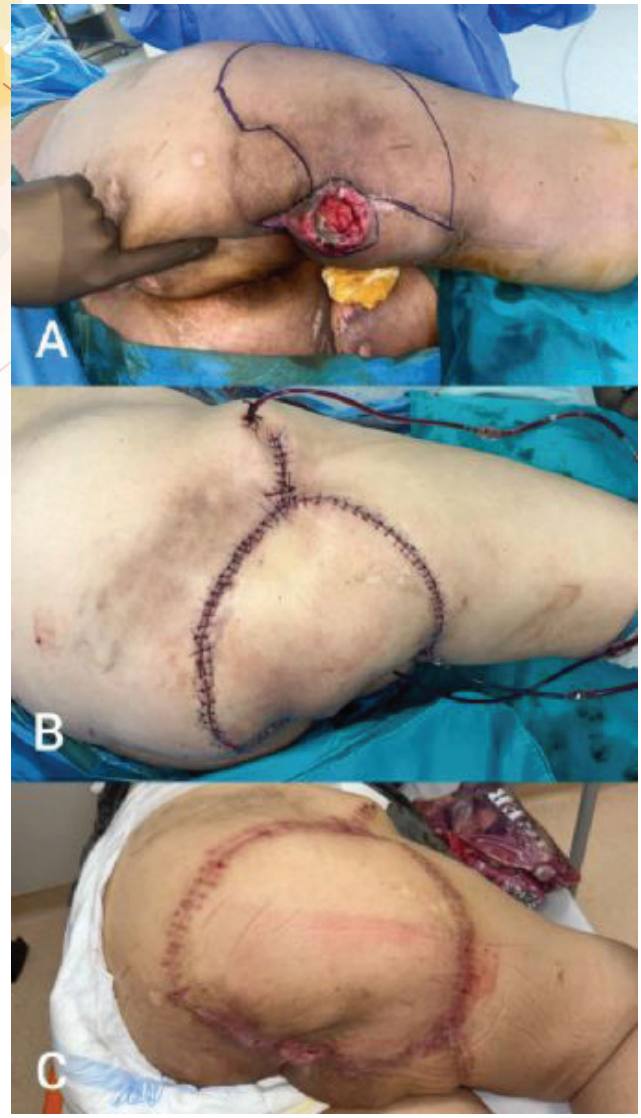
Öte yandan iskial bölge, özellikle tekerlekli sandalyeye bağımlı hastalarda tekrarlayan komplike basınç yaralarının gözlendiği bir bölgedir. Dolayısıyla tekrarlayan cerrahi müdahaleler ve birden çok flep ile rekonstrüksiyon gerektirebilir. Bu hastalarda da PAP flebi, sağlam perforatör temelli yapısı ve yeterli yumuşak doku hacmi sağlaması nedeniyle geleneksel onarım teknikleri kullanılmış hastalarda güvenilir bir alternatif sunmaktadır. Bu flebin kaynak arterinden farklı düzeylerde çıkan farklı çaptaki perforanları versatil flep tasarımlarını mümkün kılmaktadır. Çalışmamızda flep kaybı gözlenmemiş olup, estetik ve fonksiyonel sonuçlar klinik olarak yeterli bulunmuştur.

Sonuç:

Profunda arter perforatör flebi, lokorejyonel olarak farklı boyutlar, tasarımlar ve aktarım şekilleriyle uyluğun farklı bölgelerindeki defektlerde güvenle uygulanabilecek bir rekonstrüksiyon alternatifi sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: lokorejyonel, perforatör flep, profunda arter perforatör

İskial Bası Yarası Nedenli Doku Defektinin PAP Flebi ile Rekonstrüksiyonu



A. Flep dizaynı ve defekt B. Postop 0.gün C. Postop 1. ay

P-382

Yüksek gerilim elektrik yanığına bağlı alt dudak ve mandibulada oluşan defektin serbest osteokutan fibula ile rekonstrüksiyonu

Erol Kesiktaş, İrfan Mehmet Yüksek, Ömer Kokaçya, Gazi Kutalmış Yaprak, Ensari Yavuz

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

Giriş

Yüksek gerilim elektrik yanıkları, genellikle üst ve alt ekstremitelerde ciddi yaralanma, fonksiyon kaybı ve amputasyonlara yol açan, mortalite ve morbiditesi yüksek yaralanmalardır. Bu tip yanıkların baş-boyun bölgesi gibi ekstremite dışı alanlarda görülmesi oldukça nadirdir. Elektrik akımı, temas ettiği dokuda derin ve yaygın nekroza neden olurken, eş zamanlı kemik, kas ve cilt kaybı oluşturabilir. Alt dudak ve mandibula gibi fonksiyonel ve estetik açıdan kritik bölgelerdeki defektler, hem yumuşak doku hem de kemik rekonstrüksiyonu gerektirir. Bu bildiride, literatürde daha önce rastlamadığımız, mental bölge, alt dudak ve mandibulayı etkileyen yüksek gerilim elektrik yanığı olgusu ve uygulanan aşamalı rekonstrüksiyon süreci sunulmaktadır.

Olgu

41 yaşında erkek hasta, araç içi trafik kazası sırasında yüksek gerilim elektrik direğine çarpmış, direğin devrilmesiyle elektrik teli mental bölgeye temas ederek yaralanmaya neden olmuştur. İlk müdahalesi dış merkezde yapılan hasta, ileri tedavi için yanık merkezimize sevk edilmiştir. Başvuru muayenesinde mental bölge ve alt dudakta total doku kaybı, mandibula orta hatta yaklaşık 8 cm'lik kemik ekspozisyonu ve simfizis fraktürü saptanan hastanın takiplerinde mandibulada nekroz gelişmesi üzerine, genel durumu orta durumda olması, uzun sürecek bir ameliyatı tolere edemeyecek olmasından dolayı ekspoze ve nekroze mandibula debride edildi ve rekonstrüksiyon plağı ile mandibula devamlılığı sağlandı. Ancak takiplerde plağın ekspoze olması üzerine kalıcı onarım amacıyla osteokutan serbest fibula flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Ameliyat sırasında 16 cm uzunluğunda fibula segmenti simfiz mandibula bölgesindeki yüksekliği sağlamak amacıyla osteotomi ile çift kat hazırlanarak 8 cm'lik mandibula defekti peroneal arter ve ven, fasiyal arter ve vene uç uca anastomoz edilerek onarıldı; Flebin cilt adası mental bölge ve alt dudak yumuşak doku onarımında kullanıldı. Sorunsuz iyileşmenin ardından bir yıl sonra lokal flepler ile alt dudak rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi.

Tartışma

Alt dudak ve mandibula bölgesini etkileyen yüksek gerilim elektrik yanıkları, fonksiyonel, estetik ve yapısal açıdan ciddi kayıplara yol açar. Bu defektlerin onarımı; çiğneme, konuşma ve oral kontinans gibi önemli fonksiyonların yeniden kazandırılması ve estetik açısından kritiktir. Mandibulanın büyük segment defektlerinde serbest fibula osteokutan flebi, sağlam kortikal kemik yapısı, uzun vasküler pedikülü ve aynı seansta yumuşak doku sağlayabilmesi sayesinde altın standart bir yöntemdir. Segmentasyonla anatomik kontura uyum sağlanabilir ve implant yerleşimine elverişli kemik kalitesi sunar. Genelde üst ve alt ekstremitelerin etkilendiği yüksek gerilim elektrik yanıkları, nadiren baş-boyun ve diğer bölgeleri de tutabilir. Bu tür olgularda gelişen geniş doku kayıplarının onarımında, güvenilir kanlanması olan ve bol doku sağlayan flepler gereklidir. Literatürde daha önce tanımlanmayan, mental bölge, alt dudak ve mandibulayı etkileyen bu olgumuzda, serbest osteokutan fibula flebi ile başarılı bir rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiş olup, mandibulanın da etkilendiği ve nekroze olduğu vakalarda güvenle tercih edilebileceği kanaatindeyiz.

Sonuç

Yüksek gerilim elektrik yanıklarında, baş-boyun ve mandibula bölgesini etkileyen defektler nadir görülmekle birlikte, ciddi fonksiyonel ve estetik kayıplara yol açabilir. Serbest fibula osteokutan flebi, mandibula ve yumuşak doku rekonstrüksiyonunda güvenilir, fonksiyonel ve estetik olarak tatmin edici sonuçlar sağlar. Dental implant ve protez uygulamaları ile desteklenen aşamalı cerrahi planlama, hastanın konuşma, çiğneme ve görünüm gibi temel fonksiyonlarını geri kazandırmada büyük önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Yüksek gerilim elektrik yanığı, Baş-boyun yaralanması, Alt dudak rekonstrüksiyonu, Mandibula defekti, Mandibula nekrozu, Yumuşak doku rekonstrüksiyonu

P-387

Bölgeye özgü minimal gerilim hattının belirlenmesine yönelik yeni bir yaklaşım

Mustafa Tonguç İşken[1], Mustafa Faruk Kılınçlı[1], Betül Nur Balcı[1], Atilla Adnan Eyüboğlu[2], Taner Uysal[3], Meryem Hamam[4]

[1]Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Giriş

Cerrahi prosedürlerin güzel sonçlanması doktorlar için elzemdir. Bu amaçla tanımlanan gerilim hatları bizim için ana kılavuzlardan biridir. Amaçlarımızdan biri de gerilim hatlarında olan eksizyon hatlarımızın görünürlüğünü en aza indirerek yaranın minimal yara izi ile iyileşmesini sağlamaktır.

Metod

İlk orijinal çalışmalarda kullanılan deriyi delerek, gerilim hattı tespitini daha küçük ve insanlar üzerinde daha uygulanabilir olacak şekilde düzenledik. İnce bir iğne veya punch biyopsi aleti ile lezyonun etrafında yuvarlak bir delik açıyoruz. Küçük deliğin yuvarlak şekli, derinin gerilim hattı boyunca çekilmesiyle elipsoid hale gelir. Bu yöntemle belirlediğimiz gerilim hattına göre eksizyon planımızı tasarlayabiliyoruz. Patoloji spesimenini bozmamak için belirli bir eksizyon sınırı içinde bu işlemi yaparak lezyonun hasar almamasını sağlıyoruz. Bazı zor durumlarda punch biyopsinin açtığı büyük delik ile zarar görme ihtimali olan lezyonlarımızı korumak için yeşil veya pembe iğneler gibi küçük aletler kullanabiliriz. Bu tür iğneler yanlışlıkla tümöre girse bile tümör yayılımına neden olmadığı halihazırda gösterilmiştir.

Tartışma

Daha önce yapılan çalışmalarda gerilim hatları belirlenmiş olsa da cilt altındaki kas hareketleri ve kişinin kollajen doku özellikleri ile gerilim hatları sabit bir hattan ziyade çok değişken bir hal almaktadır. Bu durum gerilim hatlarının kişiden kişiye değişmesine neden olmaktadır. Birçok faktöre bağlı olan gerilim hatlarını özellikle eksizyona özgü olarak belirlememizi sağlayan bir yöntem ile genel geçer bir haritalandırmanın önüne geçtik. Bu yöntemin kötü tarafı da düzensiz lezyonlarda kullanımının zor olmasıdır. Yüz ve boyun için kapsamlı olarak çalışılmış ve haritalandırılmış olan gerilim hatlarının her insanda ve vücudun her bölgesinde farklılık gösterdiği bir gerçektir. Minimal gerilim hattına karar verilemediği durumlarda bu yöntemle lezyona özgü gerilim hattını kolaylıkla belirleyebiliyor, komplikasyonları en aza indirebiliyor ve estetik açıdan kaliteli işlemler gerçekleştirebiliyoruz.

Anahtar Kelimeler: daire, delik, elipsoit, gerim çizgileri, iğne ve punch biyopsi

elipsoit hale gelen punch biyopsi deliği



P-391

Asellüler Dermal Matriksin Klinik Kullanımı

Muhammed Taha Toprak, Mehmet Nesim Güney, Fırat Aktaş, Serkan Erbatur

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

Giriş:

İnsan cildi, bireyin iç ortamı ile dış ortam arasındaki temel bariyerdir ve üç katmandan oluşur: epidermis, dermis ve deri altı tabakası. dermal ekstraselüler matriks (ECM), cilt iyileşmesi için kritik olan yapısal ve sinyalleme işlevlerini yerine getiren proteinler içerir. Kronik yaralarda ekstraselüler matriks genellikle işlevsizdir; çünkü yaranın iltihaplı ve proteolitik ortamı ekstraselüler matriksi bozar. İnsan asellüler dermal matriksi doğal biyolojik bileşenleri korurur, hastanın hücreleriyle yeniden doldurulur. Vücudun kendi doku rejenerasyon sürecini başlatmasına katkı sunar. Asellüler dermal matriksler çeşitli uygulamalarda etkili bir şekilde kullanılabilir ve bunlar ekstraselüler dermal matriksin bıraktığı boşluklara anjiyogenez yoluyla kan damarlarının büyümesini sağlar. Asellüler dermal matriksler bir donör kaynağından tam kalınlıkta bir deri kesiti alınarak yapılır. Bazı durumlarda bu bir insan kadavrasıdır. Ancak, domuz veya sığır derisi de kullanılır.

Yöntem:

Kliniğimizde 1 Ocak 2023 - 1 Aralık 2024 tarihleri arasındaki 25 hastaya asellüler dermal matriks kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 41 idi. Hastaların 17’ si erkek 8’

i kadındı. Hastaların yaralanma sebepleri; 8 araç içi trafik kazası, 5 araç dışı trafik kazası, 6 ateşli silah yaralanması 4 diyabet, 2 basit düşme idi. Hastaların defekt bölgeleri şu şekildeydi. 5 üst ekstremite, 10 alt ekstremite, 6 skalp, 1 gluteal bölge, 3 gövde anterioruydu. Hastalar genel veya spinal anestezi altında operasyona alındı. Uygun debridmanlar sonrası flep cerrahisine uygun olmayan veya flep cerrahisi riskli olan hastalarımıza asellüler dermal matris uygulandı. En az 7 gün en fazla 21 gün olacak şekilde pansuman açılmadı. 13 hastada asellüler dermal matris uygun granüle alanı oluşturduğu gözlendi. Hastalar kısmi kalınlıkta deri grefti ile greflendi. Greftlerin 11' i intakt izlendi. 2 hastada greft kaybı izlendi. Postop hastalar 1. Ay 3. Ay takiplere çağrıldı komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma:

Asellüler dermal matriksler uzun zamandır yumuşak doku replasmanı olarak kullanılmakta olup; yara iyileşmesi, doku onarımı ve rekonstrüksiyonu alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır.Hücre dışı matriks (ECM), hücresel yanıtları düzenlemek için yapısal destek ve sinyaller sağlayabildiğinden yara iyileşmesinde kritik öneme sahiptir. Genellikle, donör derisi, konak hücre reepitelizasyonunu destekleyebilecek dermal matris içindeki yapıyı ve biyoaktif ajanları korur. Olası mekanizma, kontaminasyona karşı bir bariyer sağlamak, revaskülarizasyonu teşvik etmek, hücre rejenerasyonunu artırmak ve nemli yara ortamı sağlamak olabilir.

Sonuç:

Doku mühendisliği ile üretilen Asellüler dermal matriksler 1980' lerde ortaya çıkmıştır(4). Bu gelişmenin temel motivasyonu; greftleme için yeterli otolog yumuşak doku kaynağı olmayan hastalarda, geniş yaralanmaların erken kapatılması için uygun malzemeye duyulan büyük ihtiyaçtır. O zamandan beri asellüler dermal matriksler, çeşitli rekonstrüktif ve estetik cerrahideki uygulamaları açısından kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Asellüler dermal matrisler, yara iyileşmesi ve doku onarımı ve rekonstrüksiyonu alanında uzun süredir yumuşak doku replasman tedavisi olarak kullanılmaktadır. Asellüler dermal matriksler yaraları onarmak için kullanımı genellikle deri grefti veya negatif basınçlı yara tedavisi (NPWT) ile birleştirilmiştir. İyileşme oranını ve yara kapanma oranını arttırabilir. Asellüler dermal matrisler deri greftleri ve fleplerinin yerine geçerek tam kalınlıktaki deri defektlerinin rejenerasyonunu destekleyebileceğini düşünüyoruz.Bu yaralı bölgelerdeki derinin esnekliğinin düşük olması nedeniyle yaranın kontraksiyonu tamamen önlenemese de, yaranın rejenerasyon yoluyla iyileşmesi mümkündür. Bununla birlikte asellüler dermal matrisler rekonstrüktif cerrahide yeni uygulamaları konusunda hala ek araştırmalara ihtiyaç vardır

Referans:

1-) Vahldieck M, Zyba V, Hartwig S, Paßmann B, Scheer M. Radyal ön kol serbest flep donör bölgesinin kısmi kalınlıkta deri grefti ile lokal tam kalınlıkta deri grefti ile kaplanmasının retrospektif karşılaştırması. J Craniomaxillofac Surg. 2022;50:664-670. https://doi.org/10.1016/ j.jcms.2022.06.010 1

2-) Janis JE, Nahabedian MY. Cerrahide hücresiz dermal matrisler. Plast Reconstr Surg. 2012;130:7S-8S.

3-) Schultz GS, Davidson JM, Kirsner RS, Bornstein P, Herman IM. Yara mikroçevresinde dinamik karşılıklılık. Yara Onarımı Regen 2011;19:134–48

Anahtar Kelimeler: Asellüler Dermal Matris, Büyük Defekt, Flep, Greft

Asellüler Dermal Matriks



A B C



D E F

A: Sol ayak dorsali defekt B: Sağ ayak d1 defekt C: Asellüler dermal matris uygulaması D: Asellüler dermal matris uygulaması E: ADM sonrası greft F: ADM sonrası greft

P-393

Yanık Kontraktürlerinde Rekonstrüksiyon Seçenekleri

Baran İşliyen, Berk Tahhan, Mustafa Köse, Serkan Erbatur

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

Giriş:

Yanık yaş ve cinsiyet farketmeksizin herkesi etkileyebilen ciddi bir travmadır. Kaynar sıvı, alev, elektrik, kimyasal maddeler, radyasyon, sıcak cisimlerle temas gibi farklı sebeplerle meydana gelebilmektedir. Yaş ve cinsiyete göre etyoloji değişmektedir. Plastik cerrahi yanığın meydana gelmesinden yanığın geç komplikasyonlarına kadar her aşamada aktif olarak yer almaktadır. Yanık sadece hayatı tehtid eden bir travma olmaktan fazlasıdır. Etkilenen kişide ciddi psikososyal etkileri olan geç dönemde hipertrofik skar ve kontraktürlere yol açan bir travmadır (1). Kontraktürler ise ekstremite, baş ve boyun hareketlerini kısıtlayabilen bir formda olabilir (2). Kontraktürler, bir eklemin tam hareket açıklığını (ROM) gerçekleştirememe olarak tanımlanır (2). Fonksiyonel olarak kontraktürler, normal yürüme ve transferleri, ince motor becerilerini ve yemek yeme, banyo yapma ve kişisel bakım gibi günlük yaşam aktivitelerini engelleyebilir (2). Bu nedenle yanık kontraktürü iyi anlaşılmalı ve morbidite önlenmelidir. Bu çalışmada yanık kontraktürlerine klinik yaklaşımlarımızı inceleyeceğiz.

Metot ve Yöntem:

18 Mart 2022- 1 Ocak 2025 tarihleri arasında yanık kontraktürü nedeniyle opere edilen farklı lokalizasyonlarda bulunan kontraktürler için çeşitli rekonstrüksiyon metodları uygulanan 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların yanık etiyolojisi kaynar su, alev, elektrik şeklindeydi.

Tüm hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 14.1 yaş idi. En küçük hasta 1.5 yaşında, en büyük hasta 40 yaşında idi. Hastaların 28'i kadın 22'si erkekti. Hastaların kontraktürünün 20'si elde, 5'i ayakta, 12'si aksillada, 3'ü gövdede, 2'si boyunda,1'i inguinalde ve 7'si antekubitaldeydi.

Yaklaşım:

Yanık sonrasında vücutta kontraktür sebebiyle polikliniğe başvurulduğunda hastalardan geniş bir anamnez alınarak tam bir fiziki muayene yapıldı. Yanık etiyolojisi, yanığın ne zaman meydana geldiği, debridman yapılıp yapılmadığı, deri grefti ya da flep uygulanıp uygulanmadığı, operasyon yapıldıysa ne zaman yapıldığı gibi bilgiler sorgulandı. Hastaların öz geçmişi, kullandıkları ilaçlar, allerjileri, daha önceki operasyonları ve alışkanlıkları sorgulanarak not edildi. Hastaların fizik muayenesinin yapılması sırasında hastanın skarının matür olup olmadığı değerlendirildi. Deformitelere yaklaşımda yaraların kapandığı, inflamasyonun gerilediği yanık skarlarının olgunlaştığı zamana kadar rekonstrüksiyon ertelemesi uygun görüldü. Yanığın akut döneminde erken tanjansiyel debridman ve deri greftleme ile enfektif komplikasyonları önleme ve hipertrofik skar oluşumunu azaltma amaçlandı. Subakut dönemde yanık deformitesi rehabilitasyonu şeklinde bir yaklaşım benimsendi. Bu dönemde skar manipülasyonu amacıyla eklem hareket açıklığı egzersizleri, atellemeler ve silikon bazlı bası giysileri kullanıldı. Geç dönemde ise yanık skarının matür bir skar halini alması için gerekli zamana kadar beklemesi uygun görüldü. Yanık skarının matür son halini alması için gerekli olan süre genellikle önceden kestirilemez (3). Rekonstrüksiyon planına hasta ve yakınları ile karar verildi. Vücudun farklı bölgelerinde farklı rekonstrüksiyon planlamaları yapıldı. Yüz bölgesinde bulunan skarlar matür hale gelinceye kadar silikon jeller, steroidli enjeksiyonlar ve pomadlar, bası giysileri ve masaj ile takip edildi. Skar matür hale geldiğinde ya da ektropion, alt dudakta çekintiler gibi sekonder bulgulara neden olduğunda skar serbestleştirilmesi, z plastiler ve/veya lokal flepler uygulandı. Servikal bölgede flep uygulamaları yapıldı. Çevre dokuların bölgesel flep kullanımına uygun olmadığı zamanlarda eksizyon ve greftleme uygulandı. Aksiller bölgede uygun kontürün sağlanması, eklem hareket açıklığının sağlanması amacıyla serbestleştirme ve çoklu z plasti uygulandı. Bu bölge için latissimus dorsi muskulokutanöz flep veya paraskapular flep gibi flepler ile rekonstrüksiyon uygulandı. Antekubital bölgede serbestleştirme ve çoklu z plasti ve deri grefti uygulamaları kullanıldı. El parmaklarında da benzer yöntem uygulandı. Aksiller bölge, önkol, el ve parmaklarda cerrahi sonrasında splintleme yapıldı. Gövdede meydana gelen kontraktür ve skarlarda kontraktür serbestleştirme ve z plasti uygulandı. Meme dokusunun deformitesinin düzeltilmesinde de benzer yöntem kullanıldı.

Bulgular:

Toplam 50 hasta opere edildi. 31 hasta z plasti ile, 15 hasta z plasti ve deri grefti ile, 1 hasta latissimus dorsi muskulokutanöz flebi, z plasti ve deri grefti ile, 1 hasta birinci dorsal metakarpal arter flebi, z plasti ve deri grefti ile, 1 hasta latissimus dorsi muskulokutanöz flebi ve deri grefti ile, 1 hasta paraskapular flep ile tedavi edildi. Ortalama operasyon süresi 70 dk -150 dk arasında olduğu izlendi. 4 hastanın eşlik eden komorbit hastalığı (diyabet, hipertansiyon) bulunmaktaydı. Opere edilen 4 hastada minör komplikasyon (kısmi flep nekrozu), 3 hastada majör komplikasyon (total flep nekrozu) izlendi. 2 majör komplikasyon çoklu z plasti yapılan hastalarda bazı fleplerde, 1 majör komplikasyon paraskapular flep yapılan hastada izlendi. Hastalar postop dönemde 7-20 gün arasında serviste yatırılarak takip edildi. Hastalar en az 6 ay süreyle takip edildi. 1 hastaya kontraktürün nüks etmesi nedeniyle z plasti ve deri grefti yapıldı.

Tartışma ve Sonuç:

Yanık rekonstrüksiyonunun temeli kontraktürlerin serbestleştirilmesi ve kontür düzensizliklerinin düzeltilmesinden oluşmaktadır. Yanığın travmasının etkisi kişiden kişiye değiştiğinden dolayı deformite cerrahisinin planlanmasının zamanı önceden kestirilemez. Yanık skar rekonstrüksiyonu basit yöntemlerle yüz güldürücü olabilmektedir. Öte yandan skarın uygun yönlendirilmesindense eksizyon ve onarım tercih edildiğinde kimi zaman iyatrojenik kötü skar görünümleri ortaya çıkabilmektedir (3). Yanık kontraktürlerinin onarımı vücudun farklı yerlerinde farklı yöntemler uygulanması gerektirdiğinden kompleks bir süreçtir. Örneğin skaplte alopesi olması durumunda doku genişleticiler kullanılabilir ve skalp doku genişletilmesi için güvenilir bir bölgedir (4,5,6). Bu süreçte plastik cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, psikiyatri ve daha birçok branşın koordineli çalışması elzemdir. Bu süreçte en önemli hususlardan birinin tedavi süresince hasta ve ekip tarafından gösterilen sabır olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar:

1-Jeschke MG, van Baar ME, Choudhry MA, Chung KK, Gibran NS, Logsetty S.Nat Rev Dis Primerleri. 2020 Şubat 13;6(1):11. doi: 10.1038/s41572-020-0145-5.

2-Goverman J, Mathews K, Goldstein R, Holavanahalli R, Kowalske K, Esselman P, Gibran N, Suman O, Herndon D, Ryan CM, Schneider JC.J Burn Care Res. 2017 Ocak/Şubat;38(1):e328-e336. doi: 10.1097/BCR.0000000000000380.

3-Longacre JJ, Berry HK, Basom CR, Townsend SF. The effects of Zplasty on hypertrophic scars. Scand J Plast Reconstr Surg. 1976;10:113-128

4-Neale HW, High RM, Billmire DA, et al.Complications of conrolled tissue expansion in the pediatric burn patient. Plast Reconstr Surg. 1988;82:840-848

5- Pisarski GP, Mertens D, Warden GD, Neale HW. Tissue expander complications in the pediatric burn patient. Plast Reconstr Surg. 1998;102:1008-1012
6-Friedman RM, İngram AE Jr, Rohrich RJ, et al. Risk factors for complications in pediatric tissue expansion. Plast Reconstr Surg. 1996;98:1242-1246

Anahtar Kelimeler: Çoklu Z Plasti, Kontraktür, Yanık

Kontraktür onarımı operasyon görüntüleri ve postop 6. hafta



P-395

kısmi kalınlıkta deri greftleri donör saha estetik sonuçlarında sigara ve diyabetin etkisinin değerlendirilmesi

Feride Çoksu, Burak Akova, Burak Yaşar,
Hasan Murat Ergani, Harun Güleç, Ramazan Erkin Ünlü
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi,Plastik Cerrahi,Ankara

Giriş:

Otolog deri greftlerinin yara yeri rekonstrüksiyonunda kullanılmaya başlanmasının tarihi MÖ:3000'li yıllara dek dayanmaktadır. Geniş deri defektlerinin otolog deri greftleri kullanarak rekonstrüksiyonu günümüzde hala altın standart olarak kabul edilmektedir. (1) Kısmi kalınlıkta deri greftleri kullanımı ile daha geniş yüzeylerin rekonstrüksiyonu sağlanabilmiş, anatomik olarak greft -donör saha alan seçenekleri genişlemiştir. Kısmi kalınlıkta deri greftleri donör sahalarından 7-14 gün içinde yeni greft alınabiliyor olması yöntemin en önemli avantajlarından birini oluşturmakla birlikte geniş doku defektine sahip hastaların tedavisinde elzem teşkil etmektedir. Kısmi kalınlıkta deri greftleri donör sahadan tüm epidermis tabakası ve grefte yapısal destek sağlayacak olan bir miktar dermis tabakası ile alınır. Donör saha iyileşmesi ise temel olarak yara çevresindeki keratinositlerin yara yerine göçü sonucunda olan re-epitelizasyon süreci ile gerçekleşir (2) Günümüzde kısmi kalınlıkta deri grefti temininde donör alan olarak sıklıkla uyluklar, gövde ön ve arka yüzü, kalça bölgesi ve üst ekstremite alanları kullanılmaktadır. Yanık hastaları gibi çok geniş cilt defektlerine ve kısıtlı sağlam donör saha alanlarına sahip hastalarda ise temin edilen greft mesher cihazı ile genişletilmekte bu da post operatif balık ağı şeklinde daha ciddi bir skar oluşumuna sebep olmaktadır. (3)

Bu çalışmanın amacı, sigara kullanımı ve diyabetin kısmi kalınlıkta deri greftleri donör sahasındaki estetik sonuçlara etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem:

Ocak 2025 – Temmuz 2025 arasında kliniğimizde doku defekti sebebiyle kısmi kalınlıkta doku grefti ile rekonstrüksiyon uygulanan 24 hasta retrospektif olarak incelendi. Sigara içen (14), sigara içmeyen (10), diabetik (4), diabetik olmayan (20). Defekt nedenleri arasında travma (%65), fournier gangreni (%25), malignite (%10) yer aldı. Donör saha alanı olarak bilateral uyluk ön yüzleri kullanıldı. Donör saha iyileşmesine diabet ve sigara kullanımının etkileri değerlendirildi. Değerlendirme hasta memnuniyeti 1 ile 5 arası skorlanarak, Vancouver Skar Skalası kullanılarak yapıldı.

Ortalama Hasta Memnuniyeti (1–5):

Sigara İçen

Sigara İçmeyen

Diabetik

Diabetik Olmayan

2.8

4.0

3.2

4.0

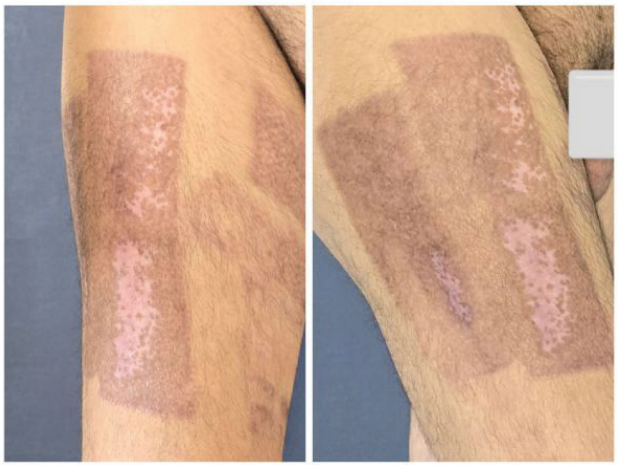
Tartışma ve Sonuç:

Sigara içenlerde ve diabetik hastalarda; pigmentasyon bozukluğu, eritem, düzensiz ve hipertrofik skarın daha yaygın olduğu, iyileşme süresinin daha uzun olduğu gözlendi. Bulgular istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$).

Sigara; vazokonstriksiyon, oksijen taşıma kapasitesinde azalma, fibroblast aktivitesinin baskılanması, diyabet ise mikrovasküler dolaşım bozukluğu, nötrofil fonksiyon bozukluğu, gecikmiş epitelizasyon gibi etkileri sebebi ile her iki faktör de iyileşme kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir.

Anahtar Kelimeler: deri grefti, diyabet, sigara

donör saha fotoğrafı



P-397

Soğuk Travması Sonrası Her İki Ayakta Frostbite Gelişen Hasta İçin Tedavi Modalitesi: Vaka Sunumu

Erhan Cahit Özcan, Serkan Savda,
Muhammet Gökhan karagöz

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahisi, Elazığ

Soğuk Travması Sonrası Her İki Ayakta Frostbite Gelişen Hasta İçin Tedavi Modalitesi: Vaka Sunumu

Ayaklar vücutta yürüme, hareket etme, vücudu taşıma, dengede durma gibi çok önemli fonksiyonları barındıran uzuvlarımızdan olup radikal cerrahilerden ziyade bu uzuvların fonksiyonlarının korunup işlevlerine devam ettirilmesinin sağlanması büyük bir önem arz etmektedir.

Bu vakamızda hastamız uzun süre soğuğa maruz kalmış olup bilateral ayaklarında frostbite gelişmiştir. Hastamıza ikili antibiyotik, periferik vazodilatatör,nsaid, antiagregan, antikoagülan ve mayi infüzyonu başlanmış olup günlük antibiyotikli, antienflamatuarlı, epitelizan kremler ile pansuman yapılmıştır.

Sonuç olarak bu hastamız yaklaşık 1 aylık süre boyunca bu tedaviyi almış olup sonrasında şifa ile taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: frostbite, non operatif yaklaşım, yanık

frostbite



frostbite

P-398

Yara Tedavisinde Ultrasonik ve Mekanik Debridman Araçları: Klinik Tecrübelerimiz ve Diğer Yenilikçi Yöntemler

Şura Koç, Perçin Karakol, Serhat İnan, Kurtuluş Öz,
Furkan Ekiz, Yasin Canbaz

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Kronik yaraların tedavisinde debridman, yara iyileşmesinin kritik basamaklarından biridir. Cerrahi bistüri–makas, hidrocerrahi (Versajet), biyolojik (larva) ve enzimatik yöntemler gibi birçok farklı teknik, farklı klinik koşullara göre avantajlar sunmaktadır. Günümüzde yenilikçi yaklaşımlar, sağlıklı dokuyu koruyarak yara iyileşmesini hızlandırmayı hedeflemektedir. Bu yöntemler arasında yer alan ultrasonik debridman, mikro akış ve kavitasyon etkisi ile nekrotik dokuyu seçici olarak uzaklaştırır, sağlıklı dokuyu korur ve işlem sırasında minimal kanama sağlar.

Materyal-Metod:

Şubat 2024 – Temmuz 2025 tarihleri arasında akut veya kronik yara tedavisinde ultrasonik debridman uygulanan 16 hasta retrospektif olarak değerlendirildi (4 kadın, 12 erkek; yaş aralığı 22–74, median yaş 62). Yara boyutu, granülasyon dokusu miktarı, vaskülarizasyon ve nekrofibrotik doku oranı seri debridmanlar öncesi ve sonrası incelendi. Bazı olgularda daha önce uygulanan cerrahi debridman ve hidrocerrahi ile elde edilen sonuçlar da göz önünde bulundurularak işlem süresi, sağlıklı doku korunma düzeyi, kanama miktarı, iyileşme süresi ve maliyet parametreleri karşılaştırıldı.

Sonuç ve Tartışma:

Ultrasonik debridman, özellikle çoklu komorbiditesi olan, kanama riski yüksek veya seri debridman gerektiren hastalarda yara yatağını pansuman, VAC veya greftleme öncesi güvenle hazırlamak için uygun bir seçenektir. Lokal anestezi altında uygulanabilir olması ve düşük ağrı düzeyi, hasta konforunu artırmaktadır.

Genç hastalarda granülasyon ve vaskülarizasyon artışının daha belirgin olduğu, iyileşme süresinin kısalabildiği gözlenmiştir. Ultrasonik debridman; cerrahi, hidrocerrahi, biyolojik ve enzimatik yöntemlerle birlikte düşünülebilecek, farklı klinik durumlara uyarlanabilen, güvenli ve etkili bir yenilikçi yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Ultrasonik Debridman, Mikroakış, Kavitasyon

P-399
Atipik Bası Yaralarının Yönetimi

Berk Tahhan, Baran İşliyen, Mustafa Köse, Volkan Özel, Mehmet Fatih Akkoç

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

Giriş:

Bası yaraları, cilt ve cilt altı dokuların uzun süreli basınca maruz kalmasıyla oluşan, evrelendirilmiş lezyonlardır. Atipik bası yaraları, hem alışılmadık yerleşimleri hem de farklı etiyolojileri ile yaygın bası yaralarından ayrılırlar. Bası yaraları genellikle sakrum, topuk, trokanter gibi kemik çıkıntılarına denk gelen bölgelerde görülür. Ancak bazı lezyonlar bu klasik lokalizasyon, evrelendirme ve gelişim mekanizmasına uymaksızın ortaya çıkar. Bu tür lezyonlar "atipik bası yarası" olarak adlandırılır. Tanımları net olmamakla birlikte, sıklıkla tıbbi cihazlara bağlı gelişen, sistemik hastalıklarla ilişkili, klasik bası noktaları dışında lokalize olan ya da tipik tedaviye dirençli lezyonlardır.

Gereç Yöntem:

Retrospektif yapılan çalışmada 01.12.2022 -30.06.2024 tarihleri arasında 5 hastada gelişen atipik bası yaraları incelenmiştir. Hastane arşiv kayıtlarından hastaların yaş, cinsiyet, yaralanma şekli ve yaralanmanın lokalizasyonu gibi veriler elde edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmamıza dahil edilen 5 hastanın 3'ü erkek 2'si kadındı. Hastaların yaş ortalaması 20 yıl olarak tespit edildi. Hastalardan 3'ü kepçe kulak operasyonu sonrası bandaj basısı nedeniyle frontal bölgede 2x1 cm' lik yüzeyel nekrotik alan izlendi. 1 hasta kepçe kulak operasyonu sonrası bandajın basısı nedeniyle sağ kulak antiheliksinde gelişen 2x1 cmlik kıkırdak açıklığının olduğu yara izlendi. Yoğun bakımda takip edilen 1 hastada sol kulak heliksinde 3x1 cmlik nekrotik alan izlendi. Frontal bölgede yarası olan 3 hasta yara bakımıyla takip edildi, yaklaşık 3 haftada iyileşme gözlendi. Kıkırdak açıklığı olan 1 hasta debridman sonrası primer onarıldı. Yoğun bakımda takip edilen hastanın nekrotik alanı debride edildikten sonra antia-buch flep ile rekonstrüksiyonu yapıldı. Hastaların takiplerinde komplikasyon izlenmedi.

TARTIŞMA:

Atipik bası yaraları, klasik bası yaralarının tanı kriterlerinden farklıdır. Klinik uygulamada önemli tanısal ve terapötik zorluklara neden olur. Bu lezyonlar, çoğunlukla alışılmış anatomik bölgelerin dışında yerleşir, evrelendirme sistemlerine uymayan morfolojiler gösterir ve genellikle klasik basıya ek olarak sürtünme, makaslama, nem, tıbbi cihaz teması ya da sistemik hastalıklarla ilişkilidir(1). Günümüzde gelişen yoğun bakım teknolojileri, artan yaşlı nüfus ve eşlik eden hastalıkların yaygınlığı nedeniyle bu tür lezyonlarla karşılaşma sıklığı artmaktadır. Literatürde bildirilen oranlar, bası yaralarının yaklaşık %10 ila 20'sinin atipik nitelikte olabileceğini göstermektedir.

Tanı sürecinde en sık karşılaşılan sorunlardan biri, bu lezyonların ilk aşamada klasik travmatik ya da enfeksiyöz ülserlerle karıştırılmasıdır. Özellikle cihaz ilişkili bası yaralarında lezyonun kaynağına dair farkındalık eksikliği, tanının gecikmesine ve yaranın ilerlemesine yol açabilmektedir. Atipik bası yaralarının sıklıkla tıbbi cihaz temasıyla ilişkili olduğu ve tanı sürecinde klinik şüphe ile multidisipliner yaklaşımın belirleyici olduğu vurgulanmıştır(2).

Bu lezyonlar yalnızca mekanik faktörlerle değil, aynı zamanda vaskülit, otoimmün hastalıklar, paraneoplastik sendromlar ya da nörotrofik değişikliklerle de ilişkili olabilmektedir. Bu nedenle tanıda biyopsi, serolojik testler ve gerekirse görüntüleme yöntemleri ile sistemik hastalıkların dışlanması büyük önem taşır. Tanı koyulurken tek bir yaklaşımın yetersiz kaldığı; plastik cerrah, dermatolog, enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve yara bakım hemşiresinin iş birliği içinde çalışması gerektiği açıktır.

Tedavi yaklaşımı temel olarak klasik bası yaralarında uygulanan ilkelerle benzerlik gösterse de, ek olarak lezyonun etiyolojisine yönelik bireyselleştirilmiş uygulamaları içerir. Tıbbi cihaz teması olan hastalarda cihazın modifiye edilmesi ya da koruyucu bariyerlerin kullanılması, mobilizasyon kısıtlılığı olan bireylerde fizyoterapi ile desteklenmiş pozisyonlama stratejileri ve beslenme desteği ön plandadır. Bununla birlikte, eşlik eden sistemik patolojilerin kontrol altına alınmadığı durumlarda lokal tedavi yaklaşımları yetersiz kalmaktadır(3).

Atipik bası yaralarının yönetiminde en büyük tehditlerden biri, tanının geç konulması ve tedavinin klasik şablonlara sıkı sıkıya bağlı kalınarak yürütülmesidir. Bu durum, hem hasta morbiditesini artırmakta hem de sağlık sistemi üzerindeki maliyeti belirgin şekilde yükseltmektedir. Erken tanı, nedene yönelik bireyselleştirilmiş tedavi ve multidisipliner takip ile bu tür lezyonların komplikasyonsuz şekilde iyileştirilmesi mümkündür.

Sonuç:

Atipik bası yaraları, klasik bası yaralarından farklı olarak yerleşim, gelişim mekanizması ve tedaviye yanıt açısından heterojen özellikler sergiler. Özellikle tıbbi cihaz kullanımının arttığı yoğun bakım ve nörolojik hastalarda bu tür lezyonlara sıkça rastlanmakta, tanı sürecindeki belirsizlikler ise tedavide gecikmeye yol açmaktadır. Alışılmadık lokalizasyonlarda gelişen, klasik bası yarası sınıflandırmalarına uymayan ve standart tedaviye dirençli ülserlerde, hekimler atipik etiyolojileri göz önünde bulundurmalıdır. Bu tür lezyonların doğru yönetimi, sadece yara bakımına değil, altta yatan nedenin saptanmasına, sistemik destek tedavilerine ve multidisipliner iş birliğine dayalıdır. Atipik bası yaraları konusunda artan farkındalık, tanının erken konmasına, komplikasyonların önlenmesine ve hastaya özgü tedavi algoritmalarının oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

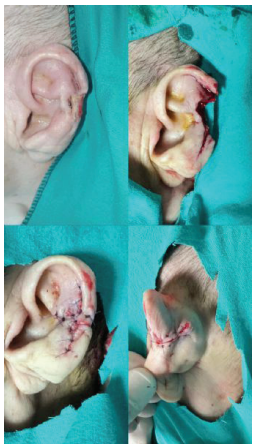
1. Black J, Baharestani M, Cuddigan J, et al. Medical device-related pressure ulcers in hospitalized patients. Int Wound J. 2010;7(5):358–365.

2. Dehghani M, Pourmontaseri H. Aetiology, risk factors and treatment of typical and atypical pressure ulcers in patients with traumatic brain injury: A narrative review. Int Wound J. 2024;21(2):178–187.

3. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, et al. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(6):585–597.

Anahtar Kelimeler: atipik, bası, dekübit, yara

bası yarası



P-400

Perineal ve Gluteal Bölgedeki "Sessiz Düşmanlar": Fournier Gangreni ve Basınç Yaralarına Bağlı Geniş Defektlerin Flep ile Rekonstrüksiyonu

Yasin Canbaz, İbrahim Şahin, Abdullah Çölçınar, Ergin Yücel, Raşit Yaşar Akgül, Perçin Karakol

İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç:

Fournier gangreni, perineal ve genital bölgede hızla ilerleyen, yüksek mortaliteye sahip nekrotizan fasiit formudur. Agresif cerrahi debridman sonrası oluşan geniş yumuşak doku kayıpları ciddi fonksiyonel ve estetik sorunlara yol açar.Basınç yaraları ise immobil ve kronik hastalığı olan bireylerde gluteal ve sakral bölgede gelişerek derin doku defektleri oluşturur ve rekonstrüksiyon gerektirir. Bu çalışmada, Fournier gangreni ve basınç yaraları sonrası oluşan geniş defektlerin flep yöntemleri ile onarımındaki deneyimlerimiz ve cerrahi sonuçlarımız değerlendirildi.

Gereç-Yöntem:

Ağustos 2023 – Ağustos 2025 tarihleri arasında kliniğimizde Fournier gangreni veya basınç yarası nedeniyle cerrahi debridman sonrası flep ile rekonstrüksiyon yapılan 35 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, defekt lokalizasyonu, kullanılan flep tipleri [MCFA perforatör flep, SGAP flep, PAP flep, abdominoplasti flebi, skrotal ilerletme flepleri vb.], operasyon süresi, komplikasyonlar ve takip süreleri değerlendirildi.

Bulgular:

Toplam 30 hastanın (10 kadın, 20 erkek; yaş ortalaması 50 yıl) %50'sinde diyabetes mellitus, %30'unda kardiyovasküler hastalık mevcuttu. Yirmi hastada Fournier gangreni, on hastada ileri evre basınç yarası nedeniyle rekonstrüksiyon yapıldı. En sık kullanılan flep yöntemi MCFA perforatör flepti (%32). Ortalama takip süresi 3 ay olarak saptandı. Dört hastada parsiyel flep nekrozu, iki hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Tüm hastalarda fonksiyonel iyileşme sağlandı ve estetik sonuçlar tatmin edici bulundu.

Sonuç:

Fournier gangreni ve basınç yaraları sonrası gelişen geniş yumuşak doku defektlerinde flep ile rekonstrüksiyon, hem fonksiyonel hem de estetik açıdan başarılı sonuçlar sağlayan güvenilir bir yöntemdir. Uygun hasta seçimi, doğru flep tekniği ve multidisipliner yaklaşım ile komplikasyon oranları minimal düzeyde tutulabilir.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni, basınç yarası, flep rekonstrüksiyonu, perine defekti

P-401

Nöral Tüp Defektlerinin Lokal Flepler ile Rekonstrüksiyonu: Cerrahi Yaklaşımların Değerlendirilmesi

Büşra Güçlü, Saruhan Mahmutoğlu, Mutlu Deng Alvaç, Ahmet Kerem Kadıkıran, Kamuran Zeynep Sevim

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç

Nöral tüp defektleri (NTD), meningomyelosel gibi konjenital malformasyonlarla seyreden, ciddi nörolojik ve cilt defektlerine yol açan patolojilerdir[1,2,3,4]. Bu defektlerin primer kapatmayla onarılamadığı durumlarda, lokal flepler önemli bir rekonstrüktif seçenek sunar[1,2,3,4]. Bu çalışmada, merkezimizde opere edilen altı pediatrik olguda uygulanan lokal flep tekniklerini ve postoperatif sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2022 – Temmuz 2025 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırması Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde meningomyelosel tanısıyla opere edilen yaşları 2 ile 5 gün arasında değişen altı hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Defekt lokalizasyonlarına göre olgular torakal(n=2), torakolomber(n=3) ve lumbosakral(n=1) olarak sınıflandırılmış; her biri için flep planlaması anatomik bölge, doku mobilitesi ve perforatör varlığına göre yapılmıştır. Kullanılan flep tipleri arasında keystone flebi (n=2), LSA perforatör flebi (n=1), çift yönlü fasyokütan flepler (n=1), klasik rotasyon flebi (n=1) ve kombine flep onarımı (n=1) yer almıştır. Torakolomber olgularda keystone ve çift yönlü fasiyokütan flepler ve klasik rotasyon flebi, torakal olgularda keystone flebi ve kombine flep onarımı, lumbosakral olguda ise LSA perforatör flebi ile onarım tercih edilmiştir. Tüm hastalarda flep dolaşımı ve yara iyileşmesi günlük olarak izlenmiş, komplikasyon ve revizyon ihtiyacı değerlendirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

İncelenen olguların beşinde cerrahi sonrası yara iyileşmesi sorunsuz seyretmiştir. Bir olguda (lomber yerleşimli defekt) önceki cerrahiden kalan yara yeri dehissansı nedeniyle revizyon amaçlı klasik rotasyon flebi uygulanmıştır. Keystone ve LSA(Lateral Sakral Arter) perforatör flepleri ile rekonstrüksiyon yapılan hastalarda flep nekrozu, enfeksiyon veya dehisans gelişmemiştir. Flep seçimi defektin lokalizasyonu, boyutu ve çevre dokuların mobilizasyon kapasitesine göre belirlendi. Perforatör bazlı fleplerin meningomyelosel rekonstrüksiyonunda düşük komplikasyon oranları ve yüksek doku uyumu sağladığı önceki çalışmalarda gösterilmiştir[1]. V-Y ilerletme flepleri ve keystone flepleri gibi seçeneklerin, özellikle geniş defektlerde güvenilir sonuçlar sunduğu bildirilmiştir[1,2]. Bizim vaka serimizde de, benzer şekilde keystone ve LSA fleplerinin anatomik uygunluk sağlandığında komplikasyonsuz iyileşme ile sonuçlandığı görülmüştür. Ayrıca, hastaya özgü anatomik özelliklerin ve yara yatağı kalitesinin, flep başarısında belirleyici olduğu kanaatine varılmıştır.

Nöral tüp defektlerinin lokal fleplerle rekonstrüksiyonu, özellikle primer kapatmanın mümkün olmadığı olgularda güvenli ve etkili bir yöntemdir[1,2]. Flebin anatomik lokalizasyona uygun şekilde seçilmesi, komplikasyonları en aza indirmekte ve yara iyileşmesini hızlandırmaktadır. Sunulan bu olgu serisi, pediatrik nöral tüp defektlerinde lokal flep kullanımına dair güncel klinik deneyimi yansıtarak plastik cerrahlar için yönlendirici bilgiler sunmaktadır.

Kaynakça

1. Lien SC, Maher CO, Garton HJ, Kasten SJ, Muraszko KM, Buchman SR. Local and regional flap closure in myelomeningocele repair: a 15year review. Childs Nerv Syst. 2010;26(8):1091–1095.

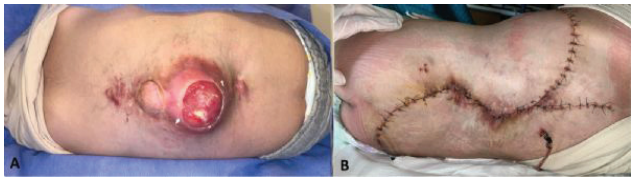
2. Lobo GJ, Nayak M. VY plasty or primary repair closure of myelomeningocele: our experience. J Pediatr Neurosci. 2018;13(4):398–403.

3. Mortada H, Alhablany T, Bhat TA, Al Tamimi A. Closure of a large myelomeningocele defect using quadruple VY rotation advancement flaps (butterfly flap): a case report and literature review. Case Rep Plast Surg Hand Surg. 2021;8(1):134–139.

4. Althubaiti GA, Alyousif E, Alhusainan H, Daghistani W, Alaithan B, Wafa A, Rabah S. Extended transverseoblique back flap for myelomeningocele defects closure: case series. Plast Surg Case Rep (ASPS Conf). 2013; Paper 21881.

Anahtar Kelimeler: Meningomyelosel, Nöral tüp defekti, Keystone flebi, Konjenital defekt

A: Torakolomber Meningomyelosel B: Bilateral Fasiyokütan Rotasyon Flebi ile Rekonstrüksiyon, Postoperatif 10. Gün



P-402
Yara Yönetiminde Yeni Bir El: Yapay Zeka

Perçin Karakol, Yalçın Akbulut, Eren Tuncer, Bilge Kaan Kılıçoğlu, İbrahim Enes Aydoğan, Yasin Canbaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş

Yara iyileşme süreci, bireysel hasta özelliklerine, yaranın etiyolojisine ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak büyük farklılıklar göstermektedir. Özellikle büyük ya da kronik yaralarda, greftleme işleminin optimal zamanlaması, hem iyileşme sürecini hızlandırmak hem de komplikasyon risklerini azaltmak açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, yapay zekâ (YZ) tabanlı karar destek sistemlerinin, yara iyileşme evrelerini analiz ederek greftleme için en uygun zaman aralığını öngörme potansiyeli araştırılmıştır. Derin öğrenme ve görüntü işleme teknikleri kullanılarak geliştirilen model, yara görüntülerinden elde edilen verileri klinik parametrelerle entegre ederek zamanlamaya ilişkin önerilerde bulunmuştur.

Materyal ve Metod

Ocak 2023 ile Temmuz 2025 arasında hastanemize başvuran 32 kronik yara şikayeti olan hastalar retroskopik olarak tarandı. Başvuru sırasındaki yara yeri fotoğrafı, hastanın klinik bilgileri, akut faz reaktanları ve ek komorbiditeleri yapay zekaya verilerek uygun greftleme zamanı soruldu. Flep planlanan hastalar çalışmanın dışında tutuldu.

Bulgular

7 hastaya flep planlandığı için bu hastalar çalışma dışı bırakıldı. 20 hastada yapay zeka verilen klinik bilgi ve görüntüler aracılığıyla uygun greftleme zamanını doğru tespit etti (%80) (p>0.005) ancak anlamlı bulunmadı.

Tartışma

Modelin doğruluğu, uzman klinisyenlerin değerlendirmeleriyle karşılaştırıldığında yüksek bir tutarlılık göstermiştir. Yapay zekâ, yara takibinde objektif, hızlı ve kişiselleştirilmiş bir yaklaşım sunarak greftleme karar süreçlerini destekleyebilir ancak yapay zekanın çok yeni olması nedeniyle daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuçlar

Gelecekte bu yaklaşımın hem hasta sonuçlarını iyileştirmesi hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş yükünü azaltması ve desteklemesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik yara, rekonstrüksiyon, yapay zeka

P-403
TELEFON BATARYASININ PATLAMASI SONUCU LOKALİZE YANIK: OLGU SUNUMU

Ahmet Aksoy, Ümit Bozkuş, İnanç Doğan Çiçek, Rafet Özbey

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş

Teknolojinin son yıllarda gelişmesi ve popülerleşmesiyle birlikte özellikle akıllı telefonlar,tabletler,akıllı saatler gibi ürünlerin kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu cihazlarda kullanılan lityum-iyon pillerinin aşırı ısınması,kısa devre yapması veya üretim hataları sonucu patlaması mekanik ve termal yaralanmalara neden olmaktadır. Son zamanlarda geniş bir kesim tarafından yaygın kullanılan elektronik sigaraların pil patlamasıyla ilgili olgular da bildirilmiştir. Yanık merkezlerine başvuran bu tür olgular nadir bildirilmekte olup çoğunluğu yüz yanıkları olmak üzere uyluk,genital bölge,dış kulak,orta kulak ve oküler bölgede ciddi fonksiyonel ve estetik sonuçlar doğurabilmektedir(1). Bu çalışmada cep telefonu patlaması sonrası uyluk bölgesinde ikinci derece yanık gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

42 yaşında erkek hasta cebinde taşıdığı cep telefonunun aniden patlayıp alev alması sonucunda yaralanmıştır. Patlama sonrası sağ uyluk anterolateral bölgede yaklaşık 15x10 cm lik alanda ağrı,eritem,bül ve 2.derece yüzeyel ve derin yanık oluşmuştur. Hasta dış merkezden pansumanlarla ayaktan takip edilmiş ancak şikayetlerinin artması üzerine posttravma 3.günde kliniğimize başvurmuştur.

Fizik muayenede sağ uyluk anterolateral bölgede %5 total vücut alanı yüzdesini kapsayan ikinci derece yüzeyel ve derin yanıkları mevcuttu (Resim 1).

Hasta yanık ünitemize yatırılıp hidroterapi ve

debridman uygulandı. Ardından günlük antibiyotikli topikal ajanlarla pansuman yapıldı. Hasta kliniğimizde yatmakta olup vital bulguları stabil,yara alanları epitelizasyon göstermektedir (Resim 2).

Tartışma

Lityum-iyon pillerinin patlaması nadir olabilmekle birlikte ciddi yanıklara yol açabilmektedir. Pil patlaması 3 bileşenle zarar vermektedir:ısı,asit ve pil parçaları(1).

Literatürde cep telefonu,akıllı saatler ve elektronik sigaralara ek olarak şarj aleti patlamasına bağlı el,yüz,uyluk ve genital bölgede termal ve blast yaralanmalar rapor edilmiştir(2,3,4).Ayrıca batarya patlamasına bağlı abdominal bölgede hematom olgusu da bildirilmiştir(5).

Literatürde 1.5 voltluk konvansiyonel pil patlaması sonucu ölüm vakası bildirilmiş olup bu da küçük pillerin tehlikesi açısından önemli bir örnek haline gelmiştir.

Davidorf FH,araç akü patlamasına bağlı 30 yaşındaki bir kadının yüz ve kornea yaralanmasını bildirmiştir(6). Akinbade AO ve ark. kuru hücreli pil patlamasına bağlı orofasiyal yumuşak doku yaralanması ve maksilla-mandibula fraktürlerini bildirmiştir(7).Fadeyibi IO ve ark. 10 yaşındaki bir çocuğun yüz,kol,gövde ve uyluk bölgesinde yanıklarla birlikte inhalasyon yaralanması olan ölüm vakası bildirmiştir(8).

Bu olgu,telefonun taşındığı cep bölgesinde ani patlamaya bağlı lokalize ikinci derece yanık geliştiğini göstermektedir.Literatürde bizim olgumuz gibi alt ekstremite yaralanmaları çok nadir bildirilmiştir.

Erken dönemde uygun debridman ve topikal antibiyotikli pansuman ile enfeksiyon kontrol altına alınmış olup greft ihtiyacı doğmamıştır.

Benzer olguların rapor edilmesi,batarya güvenliği ve elektronik cihazların doğru kullanımı konusunda farkındalık oluşturması açısından önem arz etmektedir.

Sonuç

Cep telefonu bataryalarına bağlı yanıklar nadir olsa da ciddi fonksiyonel ve estetik sonuçlara yol açabilmektedir.Bu olgu,akıllı telefon kullanımının artmasıyla karşılaşılabilecek yeni bir yanık etiyolojisini vurgulamaktadır.Aynı zamanda,batarya teknolojilerinin güvenlik odaklı olarak geliştirilmesinin önemini ortaya koymakta,daha güvenli ve dayanıklı batarya tasarımlarına duyulan ihtiyacı gündeme getirmektedir.

Kaynakça

1-Görgülü T, Torun M, Olgun A. A cause of severe thigh injury: Battery explosion. Ann Med Surg (Lond). 2015 Dec 20;5:49-51. doi: 10.1016/j.amsu.2015.12.048. PMID: 26862395; PMCID: PMC4708071.

2-Rittle CJ, Kurth AE, Dougherty JM, Sweren E, Hunter MA, Hemmila MR, Sangji NF. Smart-Watch Battery Explosion Causing a Pediatric Burn: Report and Review of Literature. Am Surg. 2025 Jul;91(7):1188-1192. doi: 10.1177/00031348251337141. Epub 2025 Apr 21. PMID: 40256887.

3-Duran A, Ocak T, Tekelioglu UY, Karabekmez FE, Cetin A. Lower Extremity Tissue Defect Caused by Mobile Phone Charger Explosion: A Case Report. Turk J Emerg Med. 2016 Feb 26;14(2):90-2. doi: 10.5505/1304.7361.2014.45467. PMID: 27331177; PMCID: PMC4909891.

4-Wang Q, Ping P, Zhao X, Chu G, Sun J, Chen C. Thermal runaway caused fire and explosion of lithium ion battery. J Power Sources 2012;208:210–24.

5-Yigit Ö, Bektaş F, Güngör F. Abdominal wall hematoma caused by an exploded phone and a review of mobile phone-related hazards. Erciyes Med J 2012;34:158-9.

6- F.H. Davidorf, Battery explosions: a hazard to health, JAMA 223 (13) (1973 Mar 26) 1509

7- A.O. Akinbade, D.A. Fadeju, R.O. Braimah, K.C. Ndukwe, A rare case of orofacial blast injuries caused by explosion of dry cell batteries in a 12-year-old Nigerian, Niger. J. Med. 20 (2) (2011 Apr-Jun) 279e281.

8-Fadeyibi IO, Izegbu MC, Benebo AS. Fatal domestic accident from a 1.5 volt dry-cell battery explosion as seen in lagos state university teaching hospital, ikeja, lagos, Nigeria. Ann Burns Fire Disasters 2008;21:219-20.

Anahtar Kelimeler: Yanık, batarya patlaması, debridman

Resim 1-2



Resim 1: Post-travma 3.gün (ilk başvuru) Resim2: Post-travma 1. hafta