

CUTIS VERTICIS GYRATA

Olgu Bildirisi

Dr. Ertuğrul ÖZMEN*

Dr. Sabri ACARTÜRK**

Dr. Yakın KAYA***

Ö z e t

20 yaşında bir erkek hastada gördüğümüz ve cerrahi yöntem ile tedavi ettiğimiz bir cutis verticis gyrata olgusu sunuldu. Hastanın klinik muayenesinde ve laboratuvar araştırmalarında etyolojiye neden teşkil edecek etken bulunamadı. Ancak hastanın futbol oynaması ve alın ile topa vurmalarından doğan travmaların etyolojik bir etken clabileceği düşünüldü.

Hastaya genel anestezi altında, frontal face lifting'in bir codifikasyonu jeklinde çalışılarak, alın derisi altındaki fibrotik dokunun eksizyonu şeklinde ameliyat plânlandı. Fibrotik dokunun eksizyonundan sonra alındaki foldlar düzeldi ve derinin fazlası deri-saçlı deri sınırından enine yönde 4 cm genişliğinde kesilerek çıkartıldı. Ameliyat sonrası dönemde alın derisi elâstik bandaj ile sarıldı, erken veya geç komplikasyon görülmedi.

Giriş

Buldog scalpi, yivli cutis ve kırışık deri olarak da isimlendirilen cutis verticis gyrata çoğu kez scalpin, derinin kıvrımlaşması ve hipertrofik görüntüsü ile karakterize morfolojik bir sendromdur (1, 6). Hastalık ilk olarak 1843 yılında Robert tarafından tanımlanmış, Jadassohn 1901 de 4 olgu bir yıl sonra da Unna 3 olgu yayınlamış-

(*) Ç.Ü. Tıp Fakültesi Plâstik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kürsüsü Doçenti.

(**) Ç.Ü. Tıp Fakültesi Plâstik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kürsüsü Uzman Asistanı.

(***) Ç.Ü. Tıp Fakültesi Plâstik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kürsüsü Asistanı.

lardır. Hastalık çoğu kez puberteden sonra ve 30 yaşından önce başlar. Erkeklerde, kadınlardan 5/6 oranında daha fazla görülür (1).

Etyolojik nedenlere göre primer ve sekonder şekilleri vardır. Primer kökenli cutis verticis gyrata tipinde, büyük bir olasılıkla gelişmeyle ilgili hazırlayıcı bir bozukluk yatar. Cutis verticis gyrata'nın gelişmesinde rolü olduğu ileri sürülen hastalıkları şu şekilde sıralamak mümkündür (6); Pakidermoperiostosis, C.V.G. nin primer şekli, hatta bir komponentidir. Akromegalide C.V.G. nin hafif ve orta şekilleri sık, ağır şekilleri seyrek görülür. Mikrosefalik idiosid, şiddetli mental defektli hastaların yaklaşık %0,2 sinde C.V.G. gelişir. Bunlar ileri derecede geri zekâlı, sıklıkla spastik ve epileptik olurlar. Miksödem, kretinizm ve diğer endokrin hastalıklarla birlikte sık olmayarak rastlandığı bildirilmiş ise de aralarındaki ilişki tesadüfi olabilir (2, 5). En az olgu sifiliz'e bağlanmış fakat modern tanı kriterleri uygulanmamıştır. Lokal inflammatuvar hastalıklar C.V.G. nin sebebi olarak suçlandırılmış, fakat etkinlikleri kesin olarak kanıtlanmamıştır. Makroskopik seboreik scalpın, piyogenik infeksiyon ve inflammatuvar hastalıklarında foldlaşmanın bunların sonucu olması olasılığı yüksektir (6).

Bildirilen bazı vakalarda yerel hipertrofi ve kıvrımlaşmanın travma veya infeksiyonu izlediği görülmüştür. Scalpi tutan nevüsler, beyin kıvrımlarını anımsatan kıvrımlar ve hipertrofi ile birlikte olabilir. Böyle nevüsler genellikle melanositiktirler. C.V.G. da hereditenin etkinliği kanıtlanmamıştır (6).

C.V.G. nin makroskopik görünümünde anormallik, scalpın, altında buluna nkafatasından orantısız bir şekilde büyüyerek katlanmasıdır. Mikroskopik patolojiyi, epidermis ve dermisin basit hipertrofisi, konnektif dokunun diffüz hipertrofisi, kollagen lif paketlerinin artması ve kronik inflammatuvar değişiklikler oluşturur (1, 4).

Klinik Özellikler:

Pakidermoperiostosis ve mikrosefalik idioside scalp değişiklikleri puberteden hemen sonra başlar ve hemen her zaman erkeklerde görülür. Değişiklikler 5-10 yıl süreyle yavaş yavaş artar. Daha sonra değişmeden kalır. Kurumlar özellikle, oksipital sahalarda daha belirgin, kabaca simetrik, keskin kenarlı kırışıklıklardan oluşan kıvrımlı, girintili ve çıkıntılı bir düzen oluştururlar. Akromegalide scalp-taki kıvrımlar daha az belirgindir (2, 3, 5). Başlangıç yaşının geç olması ve hipofiz hipersekresyonu ile birlikte görülen bulguların da varlığı hekimi tanıyı agötürür.

C.G.V. nin inflammatuvar değişikliklerinden önce meydana gelen bu üç şekli, sebep olarak kabul edilmelidir. Gerçek sekonder şe-

killerde foldlar lokalize ve asimetriktir. Nevoid şekillerdeki kurumlar her zaman pigmentasyon ile birlikte olurlar, bu durum bunların en büyük özelliğidir. Doğuştan olan veya çocukluğun erken dönemlerinde ortaya çıkan scalp katlanmaları zamanla bir kaç sene içinde düzelir. Fakat tutulan saha ile normal saha arasında belirgin bir sınır kalır. C.V.G. da özellikle verteks, occiput üzerinde, bir kaç tane 15'e kadar yükselmiş kıvrımlar vardır. Kıvrımların kalınlığı 0,5 cm den 2 cm e kadardır. Kıvrımlar arasında kıvrımların 1 cm derinlikte olabilir. Önemli bir tanı bulgusu da kıvrımların çekmekle düzelmeleridir. Kıvrımların yönü, ense bölgesinde transvers doğrultuda olmasına karşılık diğer taraflarda çoğu kez önden arkaya doğrudur. Bazen kıvrımlar birleşir ve ensede dallanırlar. Bazen de birleştikten sonra serebriform örneği şeklinde dallanırlar (1, 2).

Skalpın kalın kıvrımlarının, traksiyon ile düzelmeyişi ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Cutis laxa, ara sıra skalpı tutabilir, fakat kıvrımları çekilme ile düzelir ve deri karakteristik olarak inelâstik ve gerekenden oldukça fazladır (1, 3, 4).

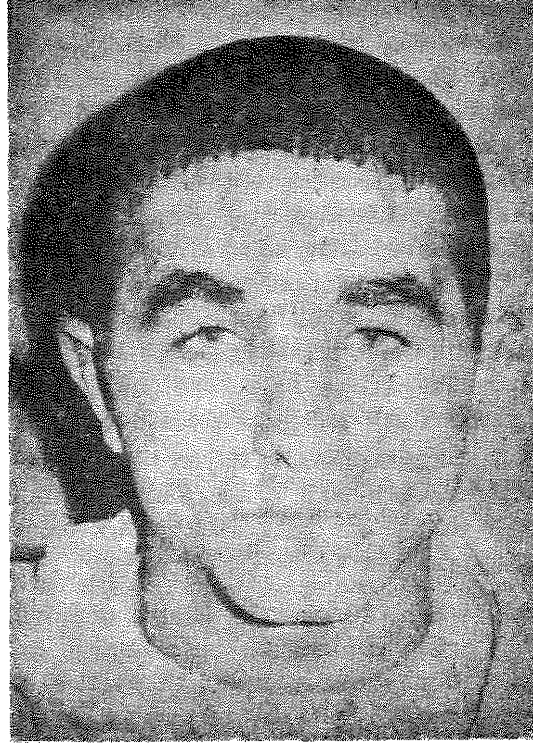
Olgu Bildirisi: E.T., 20 yaşında, Konya doğumlu (Klinik prot no. 6403/76). Alın drisindeki kırışıklıklar nedeni ile müracaat ederek 5.10.1976 tarihinde kliniğimize yatırıldı. Şikâyetleri 4 yıl önce başlamış ve zamanla artmış. Küçük yaştan beri futbol oynuyor. Alın ve saçlı derisine isabet eden travmalarda eskiye oranla daha fazla ağrı olmakta imiş. Öz ve soy geçmişinde bir özellik sptanamadı.

Fizik muayenesinde, boy 180 cm, ağırlık 70 kg. Atletik yapılı, ekstremité-gövde oranı normal, kumral, toraks ön yüzde ve supraklaviküler bölgede pitriasis versikolor mevcut. T.A. 120/60 mm Hg, nabız 88/dak, afebril. Solunum, dolaşım, sindirim, ürogenital ve sinir sistemleri fizik muayene ile normal. Zekâ seviyesi klinik olarak normal hudutlarda.

Lokal muayenesinde, cilt seboreik, yanak ve alında akne juvenil mevcut. Frontal bölge ve occipital bölgede transvers, vertekste vertikal istikamette, derinliği 7-8 mm - 1 cm civarında, 1 er cm aralıklı, traksiyon ile düzelmeyen, periosta yapışık olmayan foldlar mevcut (Resim 1).

Laboratuvar muayenelerinde, Hb %14, Lök 6600, Htc %42, idrar normal, AKŞ %85, BUN 73, Ca 11 mg, Na 140 mEq, K 4,5 mEq, Cl 107 mEq. Alkale fosfatase 1.3 BÜ, protein elektroforezinde alfa₁ 2,3 alfa₂ 5,3 beta 8,5, gamma 13,8 bulundu. Kan grubu A, Rh pozitif, akciğer ve kafa grafileri normal.

Hasta 14.10.1976 tarihinde ameliyata alınarak genel anestezi altında, frontal face lifting'de olduğu gibi, frontal bölge sağlı deri-deri

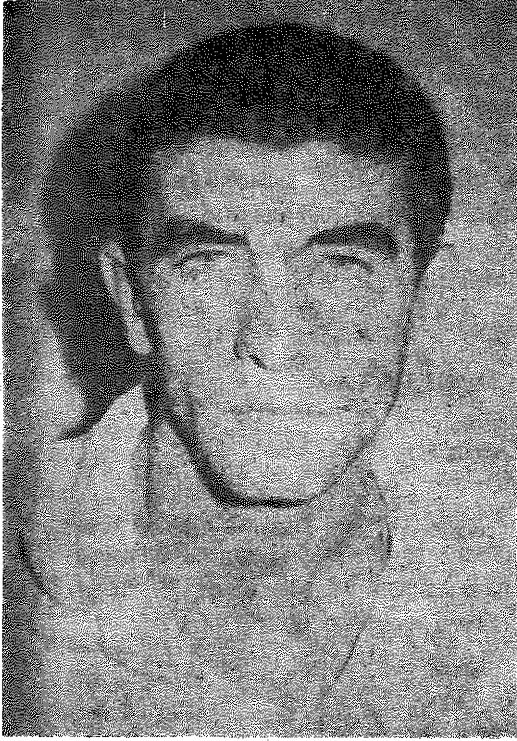


Şekil 1. Frontal bölgedeki lezyonun ameliyat öncesi görüntüsü.

sınırının 2 cm üzerinden geçen transvers bir kesi ile ameliyata başlandı. Deri, deri altı, altındaki kalınlaşmış fibrotik doku ile birlikte kaşlar hizasına kadar kaldırıldı. Kaldırılan flapta bulunan kalın fibrotik doku, deri-deri altı dokusundan ayrılarak kaşlar düzeyine kadar çıkarıldı. Fibrotik dokunun çıkartılmasından sonra, deri üzerinde bulunan kıvrımlar düzeldi. Düzeltilen deri vertekse doğru çekilerek 4 cm enindeki fazla kısım çıkarıldı. Kanama kontrolünden sonra saçlı derideki kesi çizgisi primer dikildi. Olası bir postoperatif hematoma önlemek amacı ile, ameliyat alanı elâstik bandaj ile sıkıca sarıldı. Postoperatif 3. günde periorbital bölgede ödem gelişti. Postoperatif 4. günü elâstik bandaj açıldı. Pansumandan sonra daha gevşek sarıldı. Flapta beslenme bozukluğu olmadığı görüldü. Periorbital bölgedeki ödem 5. günden sonra gerilemeye başladı. Postoperatuvar dönemde profilaktik amaçla i.m. penicillin kullanıldı ve kesi yeri enfeksiyonu olmadı. 8. günü dikişleri alınan hasta, 3.11.1976 tarihinde iyileşerek çıkarıldı (Şekil 2).

Eksize edilerek gönderilen parçanın histopatolojik incelemesinde (Ç.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü, prot. no. 2327/76) ; hiperkera-

toz ve parakeratoz gösteren çok katlı yassı epitel ile örtülü doku parçalarında, dermiste kollagen liflerde artma, yağ bezleri, ter bezleri, kıl follikülleri ve damarlar çevresinde monokükleer iltihabi hücre infiltrasyonu saptandı. Histopatolojik tanı cutis verticis gürata'ya uyar şeklinde idi.



Şekil 2. Ameliyat sonrası 8. gün dikişlerin alınmasından sonra frontal bölge.

Şekil 3. Ameliyattan 2 ay sonra görünüm.

Hastanın çıkış tarihinden 2 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde, alın derisinin normal morfolojik yapısına kavuştuğu ve postoperatuvar erken dönemde var olan ödemin tamamen kaybolduğu görüldü (Şekil 3).

T a r t ı Ő m a

Altı yıldan beri aktif görev yapmakta olan kliniğimize başvuran C.V.G.'lı bir hasta incelendi ve cerrahi tedavi uygulandı. Kaynakların araştırılmasında, bu nadir hastalığa bu güne kadar kaç vaka da rastlandığı saptanamadı. Olgumuzda klinik olarak endokrin bozuk-

luğun, gelişim anomalisinin, sağlı deride nevüslerin ve mental retardasyonun bulunmaması, etyolojik faktör olarak hastanın seboreik yapıya sahip olması ve futbol oynamasından doğan frontal bölge travmalarının, hastalığın nedenleri olabileceği kanısına götürdü.

Uyguladığımız cerrahi yöntemi, frontal lifting'in bir modifikasyonuna benzetebiliriz. Farklı olarak kaşlar hizasına kadar prepare edilen alın flapının altındaki fibrotik doku eksize edilerek, alın derisi üzerindeki kıvrımlar ortadan kaldırılmıştır. Ameliyat sonrası alın bölgesine sıkıca tatbik edilen elâstik bandaj ile muhtemel bir hematom önlenmiş ve flap de beslenme bozukluğu görülmemiştir. Ameliyat sonrası 3. günü ortaya çıkan periobital bölge ödemi lenfatik dönüşüm bozukluğu ile ilgili olup, ödem 5-6. günden sonra azalmağa başlamıştır. Hastanın 2 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde alın derisinin düzgün ve erken postoperatuvar dönemde ortaya çıkan ödemin tamamen rezorbe olduğu görülmüştür.

CUTIS VERTICIS GYRATA

(Case Report)

A case of cutis verticis gyrata is presented in this article. It was the case diagnosed on a 20 years old man and cured through surgical procedure. Results of clinical examinations and of laboratory findings led to the probable conclusion that there were no conditions for etiological cause of the disease. Because of patient's playing football and trauma on the frontal region, may be thought as etiological factors.

The operation was planned to be under general anesthesia and was held in a modified way of frontal face lifting by which the fibrotic tissue under the frontal skin is excised. There left no folds after the operation and the excess of the elevated skin is also excised with the width of 4 cm paralel to the incision. Operative zone is then surrounded by elastic bandage and no postoperative complications occurred during neither early nor late periods of the operation.

K a y n a k l a r

1. DEMIS D.J., CROUNSE, R.G., DOBSON, R.L., McGUIRE, J.: Clinical Dermatology Vol. I Unit 4:17, Harper Row Publishers Newyork, London 1972.
2. FITZPATRICK, T.B.: Dermatology in General Medicine, 1411, McGraw Hill Book Company Newyork 1971.

3. **GRABB, W.C., SMITH, J.W.:** Plastic Surgery, A concise guide to Clinical Practice, 725, Littl Brown and Company, Boston 1973.
4. **LEVER, F.W., SCHAUMBURG-LEVER, G.:** Histopathology of the skin, 5th ed. 82. J.B. Lippincott Company Philadelphia Toronto 1975.
5. **MOSCHELLA, S.L., PILLSBURY, D.M., HURLEY, H.J.:** Dermatology Vol II, 1303, W.B. Saunders Company. Philadelphia. London, Toronto 1975.
6. **ROOK, A., WILKINSON, D.S., EBLING, F.J.G.:** Textbook of Dermatology. Vol II, 2nd ed. 1638. Harper and Row Publishers, Newyork 1972.