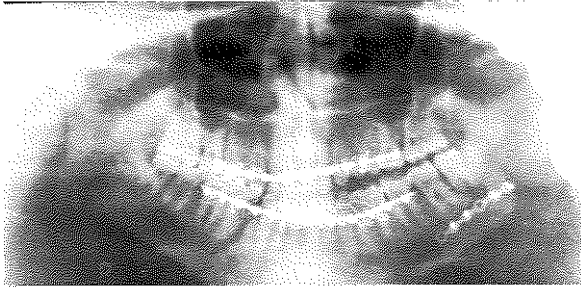


Sayın Editör,

Son yıllarda, maksillofasiyal kırıkların onarımında özellikle titanyum ve türevlerinden yapılan plaklar sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Mandibula kırıklarının onarımında kullanılan açık redüksiyon ve rijit fiksasyon (ARRF) yöntemi günümüz modern tedavisini oluşturmaktadır. Bu modern tedavi yönteminin başlıca temel dayanakları;

1. Kırık hatlarının geniş ekspozisyonu ile birlikte kemik segmentlerinin iyi ve doğru redüksiyonunun sağlanması
2. Doğru oklüzyonda kemiğe aktarılan çiğneme kaslarının oluşturduğu güçleri karşılarken primer kemik iyileşmesini sağlayacak sağlam bir rijit fiksasyon
3. Hasta yaşam kalitesinin en kısa sürede kırık öncesi durumuna getirilmesi ^(1,2).

Kliniğimize başvuran ve 20 gün önce başka bir merkezde trafik kazasına bağlı sol korpus, sağ parasimfizis mandibula kırığı nedeniyle opere edilen bir olgunun pantografisi üzerinde bu konuyu tartışmaya açmak istiyoruz (Şekil-1).



Şekil 1:

1. Olgunun yalnızca sol korpus kırığı ARRF (miniplak) ile onarılmış ve 15 gün süreyle intermaksiller fiksasyon uygulanmış. Mandibula korpus ve parasimfizis kırıklarının tedavisinde bu şekilde bir tedavi yöntemi var mıdır? Bu tür bir girişim hastanın postoperatif yaşam kalitesinde nasıl bir iyileştirme

sağlayabilir?

2. İntermaksiller fiksasyon bir "tension band" uygulaması amacıyla yapıldı ise ark fiksasyonunun daha posteriora uzatılması gerekmez miydi? Eğer parasimfizis kırığının iyileşmesi için uygulanmış ise bu kırığın iyileşmesi için iki haftalık intermaksiller fiksasyon yeterli midir?
3. Mandibula kırıklarının onarımında kullanılan plak cinsi ile ilişkili tartışmalar sürmektedir. Ancak (eğer varsa) böyle bir tedavi yöntemi seçildiğinde hiç olmazsa onarılan kırık hattında primer kemik iyileşmesini sağlayabilen ve aktarılan çiğneme kaslarının güçlerini tamamen karşılayabilen kompresyon plaklarının tercih edilmesi gerekmez mi?
4. Rijit fiksasyonunun sağlamlığı uygulanan monokortikal vidalarla ne denli sağlanabilir?
5. Konulan plağın cinsi ile birlikte uygulanan vida sayısı da onarımın sağlamlığı açısından önemlidir. İşe yaramayan bir vida deliğinin plakta tutulmasının amacı ne olabilir?
6. Olgunun pantografisinde de rahatlıkla izlenebilen maloklüzyon sonuçta hastaya nasıl açıklanabilir?
7. Uygulanan bu tedavi şeklinden hasta gerçekte ne gibi bir fayda sağlayabilir? Tüm bunlar, üzülerek söylemek gerekirse, bir "sosyoekonomik tedavi" şekli midir?

Tabipler içerisinde seçkin yeri olan Plastik Cerrahlara "iğneyi kendine, çuvaldızı başkasına batırma" atasözünün vurguladığı "özeleştir" yi anımsatarak saygılar sunarız.

Yrd. Doç. Dr. Selçuk IŞIK

Doç. Dr. Mustafa ŞENGEZER

GATA Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD

Etik 06018 ANKARA

KAYNAKLAR

1. Yaremchuk M.J., Manson P.N.: Rigid internal fixation of mandibular fractures. Yaremchuk, Gruss, Manson; Rigid Fixation of Craniomaxillofacial Skeleton, Boston, A.B.D., Butterworth-Heinemann, 179-186,1992
2. Calloway D.M., Anton M.A., Jacobs J.S.: Changing concepts and controversies in the management of mandibular fractures. Clinics in Plastic Surgery 19(1):59-69,1992.

TEST 3: CEVAPLAR

1. A

Deri greftinin tutmamasının en sık görülen nedeni greft altında hematom oluşmasıdır. Greft yerleştirilmeden önce hemostaz sağlanması son derece önemlidir.

Kanama riskinin fazla olduğu alanlarda grefte mesh işleminin uygulanması hematom oluşumunu önler.

Nadiren greftin dermal yüzünü yukarı gelecek şekilde yanlış yerleştirilmesi de greftin tümüyle kaybına yol açar.

Enfeksiyon greft tutmamasında sık görülen nedenlerden biridir. Steptokok enfeksiyonları fibrin yıkımına yol açar, bu da greft ile yatak arasındaki yapışmayı azaltır.

Antibiyotik verilmesi enfeksiyonu önler ve greft iyileşmesine olumlu yönde yararlı olur.

Venöz basıncın artmış olması greft tutmamasında nadir görülen nedenlerden biridir. Bu komplikasyon daha çok alt ekstremiteye uygulanan greftlerde görülür.

Greftin kayması greftlemeden sonra nadiren görülür. Bu komplikasyon deri greftinin yara kenarına sütüre edilmesi ve uygun pansumanla tespit edilmesi ile önlenir. Greftin merkezine konulan quilting tarzı sütürler erken revaskülarizasyona yardımcı olur.

Kaynaklar:

1. Flowers RS. Unexpected postoperative problems in skin grafting. *Surg. Clin. North Amer.*, 1970;50(2):439.
2. Hill TG. Enhancing the survival of full-thickness grafts. *J Dermatol. Surg. Oncol.*, 1984;10(8):639.
3. Perry AW, Sutkin HS, Gottlieb LJ, et al. Skin graft survival-the bacterial answer. *Ann. Plast. Surg.*, 1989;22(6):479.
4. Robson MC, Krizek TJ. Predicting skin graft survival. *J. Trauma.* 1973;13(3):213.
5. Teh BT. Why do skin grafts fail? *plast. Reconstr. Surg.*, 1979;63(3):323.

2. A

Serbest flep monitorizasyonunda en etkin yöntem klinik gözlemdir. Serbest flepler deri rengi, ısı ve kapiller dolma yönünden değerlendirilir. Kas flebi ve deri grefti uygulaması yapılmışsa yine renk, turgor ve iğne ucu ile oluşturulan kanama değerlendirilir. Klinik olarak gözlenen flepteki herhangi bir komplikasyon erken tanı ve tedavi ile çözülerek flep kaybı önlenir.

Transkütanöz oksijen monitorizasyonu ya da yö nabız oksimetre ile izleme yöntemi, replantasyonlar ve ayakta ele parmak nakillerinde yararlıdır.

Doppler ultrasound flowmetre flepteki arteriel ve venöz basıncı değerlendirmek için kullanılır. Bu yöntem ile flep kaybı önceden kestirilemez ayrıca klinik gözlemden daha güvenilir bir yöntem değildir. Kantitatif fluorometri deri ve ayakparmağı fleplerinin monitorizasyonunda etkilidir. Fluorescein bazlı hastalarda allerjik reaksiyonlara neden olabilir.

Isı üzerinde deri grefti ile aktarılmış serbest kas fleplerinde yararlıdır.

Kaynaklar:

1. Jones NF. Intraoperative and postoperative monitoring of microsurgical free tissue transfers. *Clin. Plast. Surg.*, 1992;19(4):783-797.
2. Khouri RK, Shaw WW. Monitoring of free flaps with surface-temperature recordings: is it reliable? *Plast. Reconstr. Surg.*, 1992;89(3):495-499.
3. Solomon GA, Yaremchuk MJ, Manson PN. Doppler ultrasound surface monitoring of both arterial and venous flow in clinical free tissue transfers. *J. Reconstr. Microsurg.*, 1986;3(3):39.

3. C

A. Ethmoidalis posterior bu hastadaki kanamanın en muhtemel nedenidir. Bu arter nazal septumun

kanlanması sağlar. septumun kanlanmasına katkıda bulunan diğer arterler şunlardır:

A. Ethmoidalis anterior

A. Nasopalatinus

A. Septalis posterior

A. Labialis superior'un perforan dalları

A. Angularis ve A. Nasalis lateralis nazal tip bölgesini kanlandırır.

A. Supratrochlearis ve A. Transversa Faciei anastomozları ile nazal arterlere bağlantı halindedirler.

Kaynaklar:

1. Dingman RO, Natvig P. Surgical anatomy in aesthetic and corrective rhinoplasty. *Clin. Plast. Surg.*, 1977;4(1):111.
2. Rohrich RJ, Gunter JP, Friedman RM. Nasal tip blood supply: an anatomic study validating the safety of the trans-columellar incision in rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1995;95(5):795-799.

4. C

Internal epineurium fasikül gruplarını birbirine bağlayan ve saran bağ dokusu oluşumdur.

Endoneurium sinir fibrillerini sarar. Fasiküller etrafındaki endoneurium ile birlikte sinir fibrilleri demetlerinden oluşur.

Eksternal epineurium siniri sarar. Bu bağ dokusu sinir segmentindeki enine yapılan kesi görüntüsünün %75'ini oluşturur.

Mesoneurium besleyici damarları sinire bağlar.

Perineurium fasikülü sarar. Bu bağ dokusu yapısı sinir fibrilli enfeksiyonlarının yayılmasını önler.

Kaynaklar:

1. Sunderland S. Terms relating to the structure of nerve fibers and nerve trunks. In: *Nerve Injuries and Their Repair: A Critical Reappraisal*. New York, NY: Churchill Livingstone Inc; 1991;13-16.
2. Wilgis EF. Nerve repair and grafting. In: Green DP, Ed. *Operative Hand Surgery*. 2nd Ed. New York, NY: Churchill Livingstone Inc; 1988;2:1373-1403.
3. Cailliet R. *Hand pain and impairment*. F.A. Davis Co. Philadelphia 1982, pp.53.

5. A

Başparmağın kanlanmasına en büyük katkısı radial arterin dorsal dalı sağlar. Bu arter 1. dorsal kompartmandan geçerek başparmağın ulnar, volar tarafına doğru seyredir.

Radial arterin yüzeyel arka verdiği dal başparmağa minimal kanlanma sağlar. İkinci dorsal metakarpal arter karpal kemiklerin oluşturduğu arkta başlar, işaret parmağı üzerindeki derinin kanlanması sağlar.

Ulnar arterin derin palmar arka verdiği terminal dalı ark oluşturmak üzere radial arter ile birleşir ve metakarpal arterlere dal verir.

Radial arterin volar dalı Pronator Quadratus kasını çaprazlar ve karpal kemiklerin kanlanmasında önemli olan transvers ark oluşturmak üzere ulnar arterin dalı ile birleşir.

Kaynaklar:

1. Chase RA. Examination of the hand and relevant anatomy. In: McCarthy JG, Ed. *Plastic Surgery*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1990;7:4247.
2. Newmeyer WL. Vascular disorders. In: Green DP, ed. *Operative Hand Surgery*. New York, NY: Churchill Livingstone Inc; 1993;2:2251-2308.

6. B

Platysma, Semitendinosus, Soleus ve Sternocleidomas-