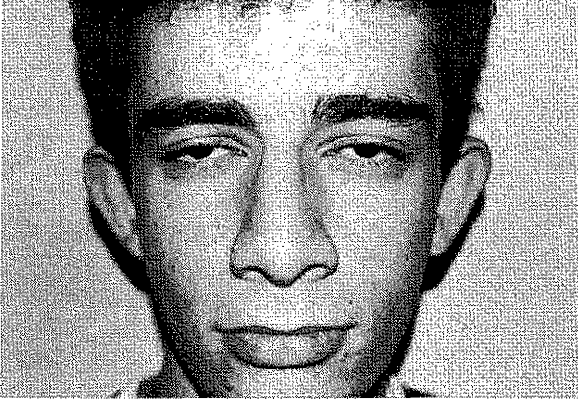
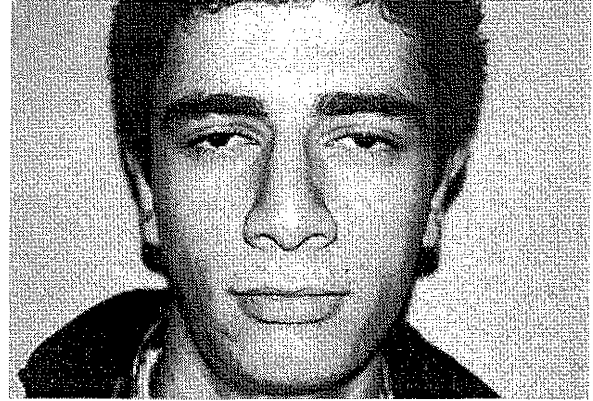


KASTENBAUER YÖNTEMİ İLE KEPÇE KULAK DEFORMİTESİ ONARIMI



Şekil 1: Preoperatif görünüm.



Şekil 2: Postoperatif geç dönem (10. ay) görünüm.

Sayın Editör,

Kepçe kulak defirmitesi, antihelikal katiantı yapısının tamamlanamaması ve skafakonkal açınının 90 dereceden daha geniş olması sonucunda, kulağın dışı doğru protrüzyonu şeklinde tanımlanmaktadır. Bu deformitenin düzeltilmesine yönelik otoplasti teknikleri ilk defa Dieffenbach'ın postauriküler cilt eksizyonu ve kulağın konkamastoideal fiksasyonu ile başlayıp günümüze kadar pek çok aşama kaydetmiştir. Şu an için en fazla kullanılan girişimler olan Mustarde, Fumas, Converse ve Stenström yöntemleri halen geçerliliklerini korumaktadırlar. Ancak deformiteye neden olan kartilajdaki şekil bozukluğunun derecesine göre, bu metodların kombinasyonlarına ihtiyaç duyulabilmektedir. Cilt ve minimal kartilaj eksizyonu, hafif deformiteli hastalarda yeterli olabilese de, daha ciddi deformitelerde ilave olarak anterior kartilaj törpülenmesi ve zayıflatılması gibi kombine prosedürler de gerekebilmektedir.

Kastenbauer yöntemi de özellikle ciddi kepçe kulak deformitesine sahip olan hastalarda tercih edilebilecek, kartilaj şekillendirme ve zayıflatma yöntemlerini beraber içeren kombine bir prosedürdür.

Operasyonun uygulama aşamasında ilk olarak,

postauriküler vertikal bir cilt eksizyonunu takiben, helikse doğru supraparikondrial diseksiyon yapılmakta, ardından işaretlenmiş antiheliks sınırlarından birbirine paralel olarak yapılan iki adet tam kat kartilaj insizyonu ile bipediküllü kartilaj flebi oluşturulmaktadır. Daha sonra, flebin ön tarafında subperikondrial planda, scoring metodu ile kartilaj zayıflatılıp, kenarları birbirine sütüre edilerek flep tüp şekline getirilmektedir. Böylelikle kartilaj yeniden şekillendirilip zayıflatılarak kombine bir prosedür gerçekleştirilmektedir. Kastenbauer yöntemini kliniğimizde dört adet bilateral kepçe kulak deformiteli hastaya uyguladık. Uygulanan teknik sonrası hastalar 10-12 ay takip edilmiş sonuçları kozmetik açıdan tatmin edici bulunup, revizyon amacıyla ikinci bir operasyona ihtiyaç duyulmamıştır (Şekil 1,2).

Temel olarak Converse ve Stenström yöntemlerinin bir modifikasyonu olan Kastenbauer yönteminin başlıca avantajları; Stenström'e oranla kalın kartilaj yapılarında da etkili olabilmesi, Converse'e oranla üç yerine iki insizyon içermesi ve hem kartilaj şekillendirilmesi, hem de zayıflatılması prosedürlerinin beraber kullanılması neticesinde, deformite tekrarının daha az görülmesidir. Uzun süreli ödem ise nadir de olsa karşılaşılabilecek tek komplikasyon olarak belirtilmektedir.

Biz de bu bilgiler ve deneyimlerimiz doğrultusunda, Kastenbauer yönteminin kepçe kulak deformitesi onarımı için seçilecek cerrahi metodlar arasında, iyi bir alternatif olabileceğini vurgulamak isteriz.

*Dr. Meltem ÇİLİNGİR, Dr. Ertan SEÇKİN,
Dr. Hasan FİNDİK, Dr. Mahmut DİNÇLER
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İSTANBUL*

TRAVMATİK MALİGN BLUE NEVÜS: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Sayın Editör,

Malign blue nevus (MBN), deride bulunan blue nevüslerden origin alan nadir melanositik bir tümördür^{1,2}. Ayırıcı tanı; malign melanomun deri metastazı, primer malign melanom, atipik sellüler blue nevüs ve sellüler blue nevus ile yapılır³. Hastaların çoğunda tümör agresif seyredip metastaz yapar. MBN'un tanısı klinik olarak zordur. Histopatolojik incelemede hiperkromatik, polimorfik nükleuslu globüler dendritik hücreler, tümör nekrozu ve atipik mitoz görülür⁴. Bu çalışmada etiyojisinde travma hikayesi olan geniş çaplı, nadir bir tümör olan MBN'lu vaka sunulup, literatür gözden geçirilmiştir.

77 yaşında erkek hasta epigastriyumunda 3 aydır bulunan pis kokulu, nekroz odakları içeren, koyu mavi pigmente, nodüler, ülserle, kanamalı, 4x4 cm boyutunda, ağrısız hızlı büyüyen kitle nedeniyle başvurdu (Resim 1). Çocukluk çağında epigastriyumda 1 cm çapında deriden kabarık mavi renkli nevus bulunduğu, bu nevusun 3-4 defa sıkılarak kanatıldığı öğrenildi. Toraks ve abdominal tomografi incelemesinde metastaza rastlanmayan hastanın kan değerleri ve diğer muayene bulguları normaldi. Bölgesel ve uzak lenf nodu metastazı yoktu. Epigastriyumdaki tümör geniş cerrahi sınırla çıkarılıp, oluşan defekt primer kapatıldı.

Histopatolojik incelemede tümör epidermisi içermiyordu. Sellüler atipi ile bipolar iğsi hücre bantlarında proliferasyon, inflamatuvar hücre infiltrasyonu, yer yer nekrotik alanlar, melonin pigmenti yanında yüksek oranda mitoz görüldü.

MBN 1953 yılında ilk olarak Allen ve Spitz tarafından tanımlanmıştır⁵. MBN sıklıkla erişkinlerde ve orta yaşın üzerinde görülmekle birlikte çocukluk çağında da nadiren görülebilir⁶. Sıklıkla skalpte görülmesine rağmen nadiren el⁷, toraks ve diğer vücut bölgelerinde de yerleşebilir². Blue nevüsler oral mukoza,

sklera, serviks uteri, meme, maksiller sinüs, orbita, konjunktiva, pulmoner hilus, spermatik kord, prostat, vagina, lenf nodları ve deride görülebilir⁸. Bu bölgelerdeki blue nevüsler malign değişim için risk taşır.

Literatürde MBN'ler izole vaka takdimleri ve küçük seriler şeklinde bildirilmiştir. En geniş seri 12 vaka ile Conelly ve Smith tarafından sunulmuştur². Bu vakalarda mitoz oranının düşük olduğu bildirilmektedir². Aloji ve arkadaşları mitoz oranının değişken olabileceğini söylemektedir³. Ancak onların serisi yeterli değildir. Bizim vakamızda mitoz oranı yüksek idi.

MBN'un ayırıcı tanısı klinik olarak zordur. Histopatolojik olarak malign celluler blue nevusu selluler blue nevusten ayırmada proliferasyon hücre antijenleri için immunohistokimyasal boyama, nükleolar organize edici bölgelerle birlikte argyrophilic proteinlerin boyanması yardımcı olabilir⁹. Son çalışmalarda PCNA ve Ki - 67 (MIB -1) gibi immunohistokimyasal boyalarla sellüler blue nevus (CBN) ve atipik sellüler blue nevus (ACBN) boyanmış arada anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür¹⁰. Sadece ACBN, CBN'den daha fazla boya tutmuştur. Conelly ve Smith 1991 yılına kadar literatürde 21 vaka olduğunu bildirmektedir². 1991 yılından bu yana İngilizce literatürde bildirilen vaka sayısı 50'nin altındadır.

Bizim vakamızda da görüldüğü gibi kronik travma ve iritasyonun tüm malignitelere olduğu gibi blue nevüste de malign transformasyon için kolaylaştırıcı bir etken olduğu açıktır. MBN'ün klinik seyri nodüler malign melanom gibi agresif olup, metastaz ve nüks oranı yüksektir. Literatürde bildirilen vakalarda sıklıkla 1 yıl içinde nüks ve organ metastazları ile hastaların çoğu kaybedilmektedir. Bu sebeple MBN'li vakalara yaklaşım malign melanomun en kötü prognoza sahip nodüler tipi ile aynı olmalıdır.