

Dr. Safvet ÖRS, Dr. Galip K. GÜNAY
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
38039 KAYSERİ

KAYNAKLAR

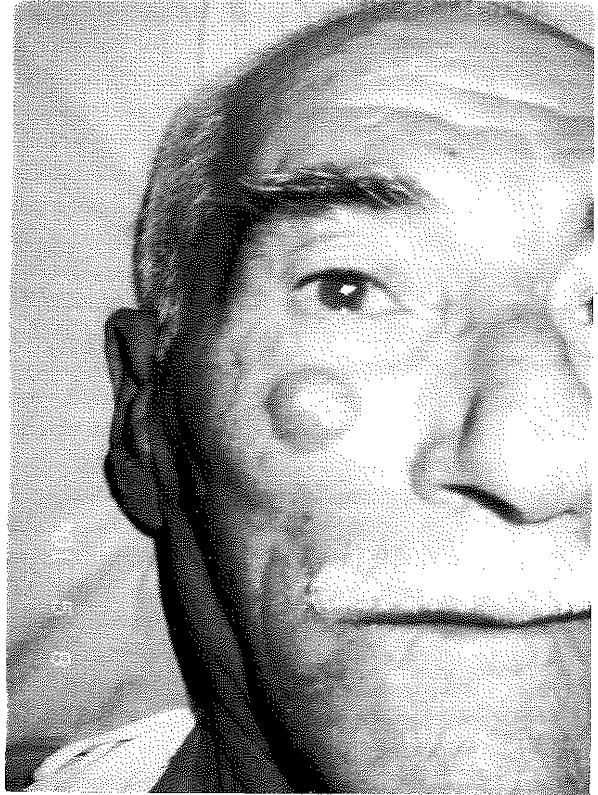
1. Rodrigucz HA, Acherman LV. Cellular blue nevus: clinocopathologic study of forty five cases. Cancer 1968; 21:393
2. Connelly J, Smith JL. Malignant blue nevus. Cancer 1991;67:2653
3. Aloï F, Pich A, Pippione M. Malignant cellular blue nevus: a clinocopathologic study of 6 cases. Dermatology 1996;192(1):36
4. Mehregan DA, Gibson LE, Mehregan AH. Malignant blue nevus: a report of eight cases. J Dermatol Sci 1992 Nov; 4(3):185
5. Allen AC, Spitz S. Malignant melanoma. Cancer 1953; 6:1
6. Scott GA, Trepeta R. Clear cell sarcoma of tendons and aponeuroses and malignant blue nevus arising in prepubescent children: report of two cases and review of the literature. Am J Dermatopathol 1993;15:139
7. Ozgur F, Akyurek M, Kayıkcıoğlu A, et al. Metastatic malignant blue nevus: case report. Ann Plast Surg 1997 oct; 39(4):411
8. Gonzalez-Compare R, Galera-Davidson H, Vazquez-Ramirez FJ, et al. Blue nevus: classical types and new related entities. A differential diagnostic review. Pathol Res Pract 1994 Jun ;190(6):627
9. Pich A, Chiuse L, Margaria E, Aloï F. Proliferative activity in the malignant cellular blue nevus. Hum Pathol 1993;24:1323
10. Tran TA, Carlson JA, Busaca PC, Mihm MC. Cellular blue nevus with atypia (atypical cellular blue nevus): a clinocopathologic study of nine cases. J Cutan Pathol 1998;25:252

KUTANÖZ LENFOMA

Sayın Editör,

Malign lenfomaların retikulo-endotelial sistem dışındaki organları tutması oldukça nadir bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri kanser kayıtlarında 8767 hastanın ancak %1,2'sinde primer veya sekonder deri tutulumu bildirilmiştir¹. Lezyonların klinik herhangi bir tipik görünümü veya özelliği yoktur, bu nedenle sıklıkla bazal hücreli karsinom veya enfekte sebace kist ile karıştırılırlar². Bu durum, tanıda gecikmelere neden olabilmektedir.

Polikliniğimize müracaat eden 73 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde, yüzünde, özellikle son 3 haftada hızlı büyüyen, kaşıntılı bir lezyon saptandı. Yaklaşık 2 aydır var olan lezyonda herhangi bir kanama veya ülserasyon yoktu. Fizik incelemede ve rutin tetkiklerde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Klinik olarak; 2,5x2 cm. boyutlarında ve deriden 0,5 cm. kabarıklık, pembe-kırmızı renkli, düzgün yüzeyli ülser olmayan nodüler yapıda olan bu lezyon, arteriovenöz malformasyon veya kistik bazal hücreli karsinom ön tanılarıyla lokal anestezi altında 5 mm. güvenlik sınırı ile eksize edildi (Şekil 1). Oluşan defekt, lateralden kaldırılan inferioz bazal transpozisyon flebi ile kapatıldı ve spesimen patolojiye yollandı. Spesimenin histolojik incelenmesi, Non-Hodgkin Lenfoma-Diffüz Santrositik Tip olarak rapor edildi. Hasta, evrelendirme ve daha ileri araştırma yapılması amacıyla onkoloji bölümüne sevk edildi. Takiplerinde herhangi bir sistemik yayılım olmadığı anlaşılan hasta, primer kutanöz lenfoma tanısı nedeniyle 6 kür CHOP protokolü (siklofosamid, hidroksidaunomisin, onkovin, prednizon) aldı.



Şekil 1: Sağ infraorbital bölge yerleşimli 2,5x2x0,5 cm. boyutlarında ve deriden kabarıklık, pembe-kırmızı renkli, düzgün yüzeyli, ülser olmayan nodüler yapıdaki lezyon

İzlemlerinde henüz bir problemle karşılaşılması.

İlk bakışta "primer" kutanöz lenfoma gibi görünen bir lezyon, çoğunlukla sistemik bir yayılımın sekonder tutulumu olmaktadır. Bu yüzden, malign lenfomanın sistemik taramalarının yapılması şarttır. Aynı şekilde lezyonun, primer kutanöz lenfoma olsa bile ilk 1 yıl içerisinde sistemik yayılım gösterme riski oldukça yüksektir. Bu nedenlerle, hastaların yakın takip edilmesi ve kemik iliğinin incelenmesi şarttır. Ayrıca torakal ve abdomino-pelvik kompüterize tomografi, ultrasonografi, karaciğer ve dalak sintigrafisi ile de evrelendirme çalışmalarının yapılması gereklidir.

Bizim bu olgu nedeniyle vurgulamak istediğimiz konu, özellikle her biyopsi örneğinin mutlaka, titizlikle patolojik incelemeye tabi tutulmalarının gerekliliğidir. Bu sayede, hayati önemi olabilecek olgular atlanmamış olacaktır. Bu tip eksizyonlardan sonra, bizim de karşılaştığımız gibi, bazı beklenmedik sonuçlarla karşı karşıya kalılabileceği akılda tutulmalıdır.

Kutanöz lenfomalar son yıllarda belirgin artış göstermektedirler. Bu nedenle, özellikle atipik kutanöz nodüllerle karşılaşıldığında, bu tanının da ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak isteriz. Eğer kutanöz lenfoma düşünülüyorsa, biyopsi tekniği tercihinin, insizyondan çok eksizyonel yönünde olması

gerektiği unutulmamalıdır. Bunun nedeni, bu tip lezyonların özellikle yüzeysel insizyonel biyopsilerinde, inflamatuvar cevap nedeniyle, negatif sonuç çıkma ihtimalinin çok yüksek olmasıdır³.

Kutanöz malign lenfomanın en sık tuttuğu bölgenin özellikle baş ve boyun bölgesi olması, bu tip lezyonların bir plastik ve rekonstrüktif cerraha yönlendirilme ihtimalini oldukça arttırmaktadır. Yüksek şüphelilik ve tedbirli yaklaşımla bu lezyonların atlanması da önlenmiş olacaktır.

Dr. Ahmet TERZİOĞLU, Dr. Doğan TUNCALI

Dr. Gürcan ASLAN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

II. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

Cebeci, ANKARA

KAYNAKLAR

1. Freeman, C., J. W., Cutler, S.J.: Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. *Cancer* 29:252,1972.
2. Jones, N.F., Elliot, D., Subbuswamy, G.: Cutaneous lymphomas of the face and scalp. *Br. J. Plast. Surg.* 37:69,1984.
3. Scully, R.e., Mark, E.J., McNeely, W.F., et al.: Case records of the Massachusetts General Hospital. *N. Eng. J. Med.* 328:1625,1993.

PENİS REKONSTRÜKSİYONU

Sayın Editör,

İlk penil rekonstrüksiyon 1936 yılında yapılmıştır¹. Son 20 yılda tanımlanan tek seanslı serbest radial ön kol flebi ile yapılan penil rekonstrüksiyon sonuçları fonksiyonel ve estetik yönden daha iyi olduğundan bu yöntem sık kullanılır hale gelmiştir^{2,3}. Daha sonra lateral kol^{4,7}, serbest sensorial osteokutan fibula flebi⁸, mikrocerrahi dışı radial önkol flebi gibi yöntemler tanımlanmıştır⁹. Bu metodlar içinde serbest radial önkol flebi en sık kullanılan yöntemdir. Mikrocerrahi dışı radial önkol flebi ile yapılan penil rekonstrüksiyon mikrocerrahi uygulanmadığı durumlarda alternatif gibi görünmektedir.

20 yaşında erkek hasta, ateşli silah yaralanması sonucu penil amputasyon nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede testisler tamamen parçalanmış ve geride iki cm penil güdük kalmıştı (Resim 1). Penil rekonstrüksiyon için non-dominant koldan 14x17 cm boyutlarında fasyokutan, distal bazlı, sensorial radial önkol flebi planlandı. İnsizyona proksimalden başlanıp sefalik ven flebe dahil edildi. Medial ve lateral antekubital kutanöz sinirler flep proksimalinden üç cm daha proksimalden işaretlenip kesildi. Derin fasya altında vena komitantes

ve radial arter bulunup çift bağlanarak kesildi. Diseksiyona subfasyal planda distale doğru ters akımlı flep oluşturmak için devam edildi. Flep hemostazını takiben santral yerleşimli üretra Chang ve Hwang metodu ile yapıldı¹⁰. Kostal kartilaj grefti şekillendirildikten sonra flep içine yerleştirilip dorsal saft derisi sütüre edildi. Donor saha bu sırada orta kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Flebin medial ve lateral antekubital sinirleri pudental sinirin dorsal penil dallarına epinöral olarak sütüre edildi. Kartilaj grefti, iki cm'lik penil güdük üzerindeki tunika albugenia'ya tespit edildikten sonra penis alıcı sahaya yerleştirildi. Fluorasein testi ile 21. günde vaskularizasyon kontrolü yapıldı. Flep beslenmesi distal 1/2'lik alanda yetersizdi. 10 gün sonra yenilenen fluorasein testinde distal 1-2 cm'lik alanda şüpheli vaskuler yetmezlik bulguları vardı. Flep pedikülünün gün içinde de birkaç saatlik klemplenmesi perfüzyon bozukluğunu yeterince gösteremedi. Flep boyu uzun olduğundan bu 1-2 cm'lik alan ihmal edilerek flep bölündü. Distalden başlayan beslenme problemi 1/2 proksimale kadar ilerledi. Debritlemeden sonra 10 cm'lik canlı flep kaldı (Resim 2).