

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 kalmabileceği 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, insizyonelden çok eksizyonel yönünde olması

gerektiği unutulmamalıdır. Bunun nedeni, bu tip lezyonların özellikle yüzeysel insizyonel biyopsilerinde, inflamatuvar cevap nedeniyle, negatif sonuç çıkma ihtimalinin çok yüksek olmasıdır<sup>3</sup>.

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. Gürçan 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.

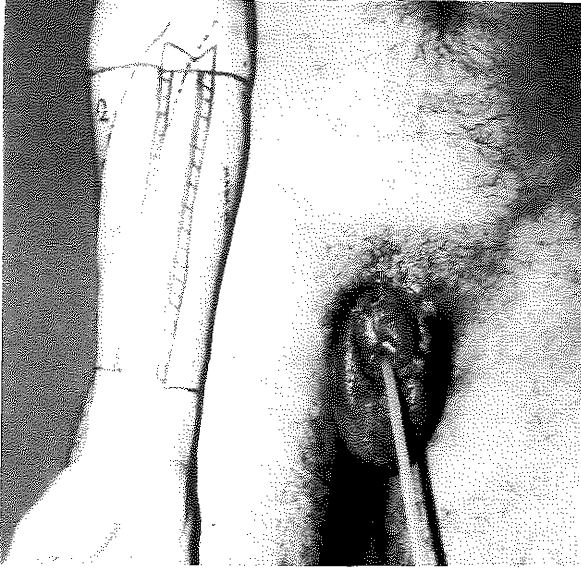
## **PENİS REKONSTRÜKSİYONU**

Sayın Editör,

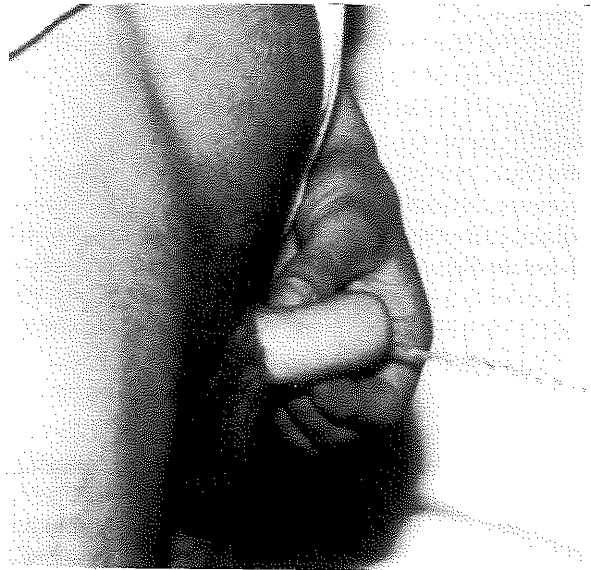
İlk penil rekonstrüksiyon 1936 yılında yapılmıştır<sup>1</sup>. Son 20 yılda tanımlanan tek seanslı serbest radial ön kol flebi ile yapılan penil rekonstrüksiyon sonuçları fonksiyonel ve estetik yönden daha iyi olduğundan bu yöntem sık kullanılır hale gelmiştir<sup>2,3</sup>. Daha sonra lateral kol<sup>4,7</sup>, serbest sensorial osteokutan fibula flebi<sup>8</sup>, mikrocerrahi dışı radial önkol flebi gibi yöntemler tanımlanmıştır<sup>9</sup>. 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 yapıldı<sup>10</sup>. 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).



**Şekil 1:** Radial önkol flebinin şematik görünümü ve penil defekt



**Şekil 2:** Debritmandan sonra 10 cm'lik penis'den yeterli kalibre ve projeksiyonda idrar çıkışı

Serbest fleplerle penil rekonstrüksiyon, birden fazla ekip ve ekipman gerektirmesi, alıcı sahada yeterli kalitede damar olmaması ve pahalı bir yöntem olması nedeniyle her zaman uygulanamayabilir. Bu gibi olanakların olmadığı durumlarda mikrocerrahi dışı yöntem alternatifler arasındadır. Penil rekonstrüksiyonda 15 cm'lik tüp flebin sadece küçük bir kısmı alıcı yatakla temas etmektedir. Bu nedenle 2-3 haftalık süre vaskülarizasyon için yeterli gelmemektedir. Mikrocerrahi dışı yöntemde flep bölünmesinin 2-3 haftada yapıldığı<sup>9</sup> söylenmekteyse de kendi vakamızda 30. günde bölünen flebin distal 1/3'ünden fazlasında nekroz gözledik. Nikotin, alkol, torsiyon ve enfeksiyon gibi yara iyileşmesini bozan olumsuz faktörlerin olmayışı 30 günlük sürenin vaskularizasyon için yetersiz olduğunu akla getirmektedir. Daha uzun süre beklemede ise tek elin uzun süre kullanılmaması gibi dezavantajlarla karşılaşmaktadır.

Kesin hüküm vermek için vaka sayımız yetersiz olmakla birlikte bu yöntemin kullanıldığı vakalarda sintigrafik yöntemler gibi ileri tekniklerle yeterli vaskularizasyon gösterildikten sonra pedikül kesilmesinin doğru olacağı kanaatindeyiz.

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

#### KAYNAKLAR

1. Bogoras, N. Über die volle plastische wiederherstellung eines zum coitus fahigen penis (penioplastica totalis). Zentralbl. Chir. 63:1271,1936.
2. Kao, X.S., Kao, J.H., Ho, C.L. Et al. One-stage reconstruction of the penis with free skin flap: report of three cases. J. Reconstr. Microsurg. 1:149,1984.
3. Gilbert. D.A., Horton, C.E., Terzis, j.K., et al. New conception phallic reconstruction. Ann. Plast. Surg. 18:128,1987.
4. Hage, j.J., de Graaf, F.H., Van den Hoek, j., et al. Phallic construction in female-to-male transsexuals using a lateral upper arm sensate free flap and a bladder mucosa graft. Ann. Plast. Surg. 31:275,1993.
5. Young, V.L., Khouri, R.K., Lee, G.W., and Nemecek J.A. advances in total phalloplasty and urethroplasty with microvascular free flaps. Clin. Plast. Surg. 19:927,1992.
6. Upton, J., Mutimer, K.L., Loughlin, K., et al. Penile reconstruction using the lateral arm flap. J.R. Coll. Surg. Edinb. 32:97,1987.
7. Shenaq, S.M., and Dinh, T.A. total penile and urethral reconstruction with an expanded sensate lateral arm flap. J. Reconstr. Microsurg. 5:245,1989.
8. Sadove, R.C., Sengezer M., McRoberts, J.W., and Wells, M.D. One-stage total penile reconstruction with a free sensate osteocuneous fibula flap. Plast. Reconstr. Surg. 92:1314,1993.
9. Mutaf, M. Nonmicrosurgical use of the radial forearm free for penile reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 107:80,2001.
10. Chang, T.S., Hwang, W.Y. forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. Plast Reconstr. Surg. 74:251,1984.