

Lezyon içinden saç çıkması, gamze görünümü veya sinüs trakti içermesi dermoid kist için patogonomiktir ve hastaların %50'sinden fazlasında rapor edilmiştir⁷. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken nazal orta hat kitlelerinden bazıları; epidermal kist, abse, frontal kemik osteomyeliti, mukosel, nazal glioma ve meningoensefalosef' dir⁸.

Tanı konulduktan sonra doğru tedavi sinüs traktının total cerrahi eksizyonudur. Yanlış veya geçikmiş tedavi lezyonun hızlı büyümesine veya komplikasyonlara (osteomyelit, menenjit ve beyin absesi vb.) neden olur⁹.

Cerrahinin zamanlanması iki yaşın altında ideal olduğu düşüncesi vardır¹⁰. En sık vertikal dorsal rinotomi uygulanır. Ancak bu da burun sırtında oldukça geniş bir yara skarı anlamına gelir. Lateral rinotomi, transvers rinotomi ve eksternal rinoplasti uygulanan diğer tekniklerdir. Eksternal rinoplasti yönteminin, geniş cerrahi saha sağlanması, kolay median osteotomi yapılması, kozmetik olarak iyi sonuç alınması, kribriform plağa daha geniş görüş sağlanması gibi avantajları mevcuttur¹¹.

Sonuç olarak, dermoid kistler hafife alınmaması gereken lezyonlardır. Yanlış tanı nükle eşanlıdır ve komplikasyonları ölümlü sonuçlanacak kadar ciddi olabilir. Operasyonda kist tek parça halinde ve zarar görmeden çıkarılmalıdır. Bununla birlikte ilk operasyon lezyonun tedavisi açısından en faydalı olunabilen aşamadır. Tedavide ikinci ve üçüncü operasyonlara gerek duyulması durumunda lezyonda intrakranial yayılmaların oluşma riski artacaktır. MR'da intrakranial uzanım gözlenmesi halinde operasyonun beyin cerrahisi ile birlikte planlanması çok daha uygun olacaktır.

Dr. Mübin HOŞNUTER
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
ZONGULDAK

KAYNAKLAR

1. Rohrich RJ, Lowe JB, Schwartz MR. The role of open rhinoplasty in the management of nasal dermoid cysts. *Plast Reconstr Surg* 7: 2163-2170, 1999.
2. Bartlett SP, Lin KY, Grossman R, Katowitz J. The surgical management of orbitofacial dermoids in the pediatric patient. *Plast Reconstr Surg*; 91: 1208-15, 1993.
3. Paller AS, Pensler JM, Tomita T. Naazal midline masses in infants and children. Dermoids, encephalocele, and gliomas. *Arc Dermatol*; 127: 362-6, 1991.
4. Posnich JC, Bortoluzzi, P, Armstrong DC, Drake JM. Intracranial nasal dermoid sinus cysts: computed tomographic scan findings, and surgical results. *Ann Plast Surg* , 93:745-54,1994.
5. F.R. Nager, Uber mediane nasenfisteln, *Nschr Ohrenheilk* 66: 60-66, 1932.
6. Hamilton, J. G. A case of dermal sinus of the nose with frontal suppuration. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 23: 239, 1960.
7. Paller AS, Pensler JM, Tomita T. Nasal midline masses in infants and children. Dermoids, encephaloceles and gliomas. *Arch Dermatol*; 127: 362-366, 1991.
8. Hughes GB, Sharpino G, Hunt W, et al. Management of the congenital midline mass: a review. *Head Neck Surg*; 2: 233, 1980.
9. Posnick, J. C., Bortoluzzi, P., and Armstrong, D. C. Nasal dermoid sinus cyst: An unusual presentation, computed tomographic scan findings and surgical results. *Ann. Plast. Surg.* 32: 519, 1994.
10. Morgan DW, Evans JN. Developmental nasal anomalies. *J Laryngol Otol*, 104:394-403, 1990.
11. Morisey MS, Bailey CM. external rinoplasty approach for nasal dermoids in children. *Ear Nose Throat J*, 70:445 9, 1991.

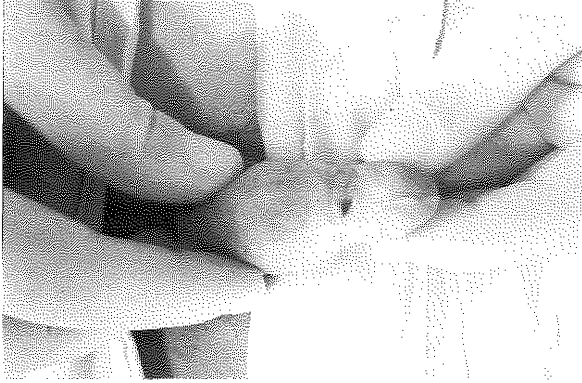
SÜNNET KOMPLİKASYONU SONUCU OLUŞAN ÜRETRAL FİSTÜL VE FASYA LATA GREFTİ İLE ONARIMI

Eksal KARGI, Çiğdem ÜNAL, Deniz ÇEK, Kamil TOKER, Tunç TİRYAKİ, Asena SELBEST YILMAZ

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Sünnet sonrası oluşan komplikasyonlar, yetersiz deri çıkarılmasından üretral fistüle hatta sepsise, nadir de olsa ölüme kadar uzanmaktadır¹⁻⁴. Sünnet sonrası oluşan fistülün en sık nedeni ise hemostaz sağlamak amacıyla frenulumdan üretra duvarını da içerecek şekilde derin bir sütür geçilmesi olarak gösterilse de; kötü cerrahi teknik, monopolar koter kullanımı ve megalouretral

hastalarda dikkatsiz yapılan girişimler gibi nedenler de sayılabilir^{2,4}. Üretral fistülün onarımı için kullanılan yöntemler arasında; basit olarak onarım, fistül kenarlarını deepitelize ederek relaksasyon insizyonları ile yaklaşırma, rotasyon veya ilerletme flepleri ile, tunika vaginalis ve bukkal mukoza grefti ile onarım tarif edilmiştir⁵⁻⁷.



Şekil 1: Üretral fistülün görünümü

Gürcistan Batum’ da Haziran 2003 tarihinde yapılan İnterplast aktivitesi sırasında 8 yaşında bir hasta penis alt kısmındaki bir delikten işeme şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde bu şikayeti 3 sene önce sünnet olmasından sonra başlamış ve iki kez başarısız operasyon geçirmiş. Operasyonlar sonrası şikayeti bir türlü geçmemiş ve hatta fistülün ilk öncekinden daha büyüdüğünü ifade etmekteydi.

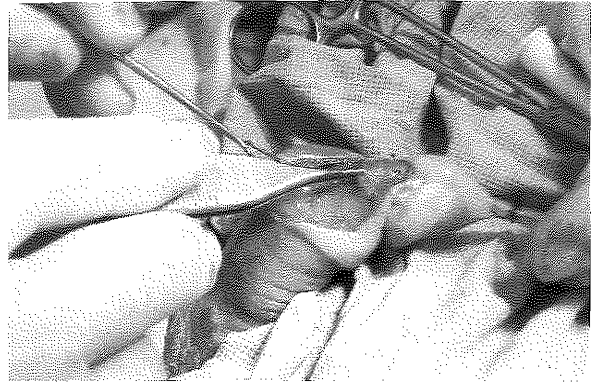
Fizik muayenede subkoronal bölgede 3mm çapında bir fistül mevcuttu (Şekil 1). Hasta lokal anestezi ve sedasyon altında operasyona alındı ve fistülün üretral yüzü “hinge” flep ile kapatılıp 6/0 katgüt ile sütüre edildi. Uyluk lateralinden 1cm uzunluğunda bir insizyon yapılarak 1x1.5 cm büyüklüğünde bir fasya lata grefti alındı.

Alınan greft “hinge” flep ile onarılan kısmın 2 katı olacak şekilde hazırlandı ve onarılmış olan üretranın üzerine yerleştirilip 6/0 katgüt ile sütüre edildi (Şekil 2). Daha sonra fasya latanın üzeri bir transpozisyon flebi ile onarıldı. Hastanın ameliyat sonrası 4. ayda telefon ile yapılan takibinde fistül oluşumunun tamamen düzeldiği ve idrarını rahatça yaptığı öğrenildi.

Sünnet, tecrübeli bir cerrah tarafından yapıldığı takdirde komplikasyon oranı en aza indirilebilecek cerrahi bir girişimdir¹⁻⁸. Fakat ülkemiz ve bu girişimin yapıldığı Gürcistan başta olmak üzere bir çok ülkede, sünnet ehil olmayan ellerde yapılmaktadır.

Fistül çapı 2mm’ nin altındaki fistüllerin onarımı oldukça kolaydır ve tedavi edilebilir. 2mm’ nin üstündeki fistüllerin tedavisi zor ve başarı oranı düşüktür^{5,10,11}. Üretra fistüllerinin kapatılması açısından, fistül çevresinde ince dermisin olması, yeterli dokunun bulunmaması, cerrahi sonrası oluşan skar dokusunun olması gibi nedenlerden dolayı oldukça problemlidir^{1,11}.

Üretral fistüllerin onarımı için çeşitli yöntemler tarif edilmiştir; basit dikiş tekniği, üretra ve derinin dik açılı ile sütüre edilmesi, sirküler subkutan flepler, rotasyon ve ilerletme flepleri ile onarım literatürde sayılabilecek yöntemler arasındadır^{5,12}. Lokal fleplerin skar oluşumu nedeni ile çok sağlıklı olarak kullanılamayacağı



Şekil 2: Fasya latanın hinge flep üzerine sütüre edilmesi

durumlarda bukal mukoza greftleri güvenilir bir onarım seçeneği oluşturur⁷. Karaca ve arkadaşları “solvent dehydrated dura” (Tutoplast®) kullanarak üretra fistüllerinde %100 başarı sağlamışlardır¹¹.

Fasya lata grefti, Horton ve Devine tarafından penis düzleştirici girişimler amacıyla deneysel çalışmalarda kullanılmıştır¹³. Günümüzde Peyronie hastalığında, üretroplastide ve vaginal askı ameliyatlarında kullanılmaktadır^{12,14,15}.

Fasya lata otolog bir materyal olduğundan uygulandıktan birkaç ay sonra doku ile bütünleşme görülebilmektedir¹³. Aköz ve arkadaşlarının fasya latayı homogreft olarak uyguladığı deneysel çalışmada, uygulamadan 3 ay sonra yapılan mikroskopik analizde fasya latanın çevre bağ dokusuna tamamen entegre olduğu görülmüştür¹⁶. Hipospadyas cerrahisi sonrasında oluşan sekonder üretral fistül onarımlarında fasya latanın kullanımı ile başarılı sonuçlar alınmıştır¹⁵. Cerrahi sahaya yakınlığı nedeni ile ürogenital cerrahide kullanımı kolaydır. Donör saha morbititesi son derece azdır. Sünnet komplikasyonu olarak oluşmuş bir fistülde otojen bir materyal olması, yeterli büyüklükte alınabilmesi, sağlam olması nedeni ile kullanımını önermekteyiz.

Dr. Deniz ÇEK

*4. Gazeteciler sitesi A 18/2
80630 Levent, İSTANBUL*

KAYNAKLAR

1. Aköz T, Erdoğan B, Görgü M, Aslan G, Altıntaş H. Unusual complications of circumcision. *Plast Reconstr Surg* 101: 1915, 1998.
2. Yazıcı M, Erensel B, Gürsoy H. A Very Late Onset Urethral fistula coexisting with skinbridge after neonatal circumcision: a case report. *Pediatr Surg* 38: 642, 2003.
3. Baskin LS, Canning DA, Snyder HM, Duckett JW. Surgical repair of urethral circumcision injuries. *J Urol* 158: 2269, 1997.
4. Lau JT, Ong GB. Subglandular urethral fistula following circumcision: repair by the advancement method. *J Urol*

- 126: 702, 1981.
5. Latifoglu O, Yavuzer R, Ünal Ş, Çavuşoğlu T, Atabay K. Surgical treatment of urethral fistulas following hypospadias repair. *Ann Plast Surg* 44: 381, 2000.
 6. Voges GE, Riedmiller H, Hohenfellner R. Tuniva vaginalis free grafts for closure of urethrocutaneous fistulas. *Urol Int* 45: 88, 1990.
 7. Richter F, Pinto PA, Stock JA, Hanna MK. Management of recurrent fistulas after hypospadias repair. *J Urol* 61: 448, 2003.
 8. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. *Br J Surg* 80: 1231, 1993.
 9. Çek Dİ, Sözübir S, Güvenç BH, Elbüken ME. A rare complication of circumcision: coronal penile amputation successfully treated by replantation and hyperbaric oxygen therapy. *Eur Plast Surg* 24: 307, 2001
 10. Horton CE, Devine CJ, Graham JK. Fistulas of the penile urethra. *Plast Reconstr Surg* 66: 407, 1980.
 11. Karaca C, Barutçu A, Atabey A, Yılmaz M. Solvent dehydrate dura (Tutoplast) ile uretra fistülü onarımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak Dergisi* 7: 54, 1993.
 12. Aslan G, Kargı E, Erdoğan B. Use of circular subcutaneous tissue flaps to prevent fistulas in urethroplasty. *Ann Plast Surg* 46: 86, 2001.
 13. Horton, C. E., Devine, C. J. Jr. Peyronie's disease. *Plast Reconstr Surg* 52: 503, 1973
 14. Kargı E, Yeşilli C, Hoşnuter M, Akduman B, Babuççu O, Mungan A. Relaxing incision and fascia lata in the surgical correction of penile curvature in Peyronie's Disease. *Plast Reconstr Surg* (Baskıda)
 15. Kargı E, Yeşilli C, Akduman B, Babuççu O, Hoşnuter M, Mungan A. fascia lata grafts for closure of secondary urethral fistulas *Urology* 62: 828-931, 2003.
 16. Aköz T, Erdoğan B, Görgü M, Cabar N, Dağ F. Application of fascia lata heterograft (an experimental work on rats) *Turk J Med Res* 12: 103 , 1994.

GÖZ KAPAĞINDA DERİ ŞARBONU; VAKA TAKDİMİ VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Safvet ÖRS

Güneş Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Kayseri

Sayın Editör,

Şarbon, *Basillus Antrasis* adlı bakterinin spor formu tarafından oluşturulan zoonos bir enfeksiyondur. Hastalık deri, gastrointestinal ve akciğer şarbonu olmak üzere üç klinik şekilde oluşabilir. En sık görülen ve en düşük mortaliteye sahip form deri tipidir¹. *Basilin* virulansı toksin üretme ve kapsüller polipeptide bağlıdır². Bulaşma genellikle direk temas yoluyla olduğundan en sık el ve önkol derisi tutulmaktadır. Ancak son yıllarda yüz ve periorbital bölgeyi tutan vaka sayısında artış olduğu görülmektedir. Göz kapağını tutan deri şarbonu fiziksel ve fonksiyonel problemler oluşturmaktadır. Bu nedenle enfeksiyonun eradikasyonundan sonra hastalar mutlaka rekonstrüksiyon için değerlendirilmelidir.

50 yaşında hayvancılıkla uğraşan erkek hasta sağ üst göz kapağında başlayan daha sonra alt göz kapağı ve malar bölgeye uzanan ağrı, şişlik, kaşıntı, kızarıklık ve siyah kabuk nedeniyle başvurdu. Sağ alt-üst göz kapağında ödem hiperemi siyah eskar ve kısmen büllöz lezyon dikkat çekmekteydi (Resim 1). Periorbital sellülit ön tanısı ile takibe alınan hastanın lezyonundan yapılan sürüntüde gr (+) çubukların görülmesi ve besiyerinde *Basillus Antrasis*'in üremesi ile kesin tanı konuldu. Yüksek doz penisilinle 10 günlük tedavi sonrası üst kapak ve malar bölge skarla iyileşirken, alt kapakta oluşan ektropiyon postauriküler deri grefti ile onarıldı.

Gelişmiş toplumlarda son birkaç yıldır bioterörizm nedeniyle gündeme gelen şarbon; Afrika, Asya ve



Şekil 1: Sağ alt-üst göz kapağı ve sağ malar bölgesinde hiperemi, endurasyon ve siyah eskar izlenmektedir.

gelişmekte olan bazı Akdeniz ülkelerinde hala endemik bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. İngilizce literatürde son 20 yılda bildirilen periorbital bölge ve göz kapağını tutan şarbonlu vaka sayısı 40'ın altındadır. Bu vakaların yarısından daha azında rekonstrüksiyon gerekmiştir. Bu konuda en geniş seri Yorston ve Foster tarafından bildirilen 11 vakalık seridir³. Şarbona bağlı ait göz kapağı defekti onarımında sıklıkla tam tabaka deri grefti kullanılmaktadır. Çok nadir olarak fleple onarım da bildirilmiştir⁴. Yorston ve Foster'e göre hastalığın bulaşımı mevsimlere göre değişmekte,