

- 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 tipidir<sup>1</sup>. *Basilin* virulansı toksin üretme ve kapsüller polipeptide bağlıdır<sup>2</sup>. 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 bölgede hiperemi, endurasyon ve siyah eskar izlenmektedir.

gelişmekte olan bazı Akdeniz ülkelerinde hala endemik bir halk sağlığı sorunu olarak karşınıza 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 seridir<sup>3</sup>. Şarbona bağlı ait göz kapağı defekti onarımında sıklıkla tam tabaka deri grefti kullanılmaktadır. Çok nadir olarak fleple onarım da bildirilmiştir<sup>4</sup>. Yorston ve Foster'e göre hastalığın bulaşımı mevsimlere göre değişmekte,

özellikle yağışlı mevsimlerde artmakta ve bulaşmada vektörler önemli rol oynamaktadır<sup>3</sup>. Hastalığın insanlara bulaşması iki şekilde olmaktadır. Enfekte hayvanlardan elde edilen deri kıl ve kemik gibi hammederin sanayide işlenmesi sırasında endüstriyel bulaşım, hayvancılıkla uğraşanlarda ise direk bulaşım söz konusudur.

Enfeksiyon 24-48 saat içinde genişleyen kaşıntılı papül şeklinde başlayıp ülsere dönüşerek etrafı vesiküllerle çevrilir. Sonra siyah ağrısız eskar oluşur. Hayvanla temas öyküsü ve siyah ağrısız eskar oluşumu deri şarbonunu düşündüren en önemli iki bulgudur. Kesin tanı gram boyamada gr (+) çubukların görülmesi ve kültürde bakterinin izolasyonu ile konulur. Serolojik yöntemler de yardımcı tanı aracıdır. Ayırıcı tanı ektime gangrenozum, stafilokoksik fronkül, orf hastalığı gibi benzer deri lezyonları oluşturan hastalıkları ile yapılır. Nadiren lenfadenopati, lenfanjit, yüz ve boyun ödemi gelişebilir<sup>3</sup>. Enfeksiyonun yayılımını artırabileceği nedeniyle eskar debritleme önerilmemektedir. Tedavinin yeterince etkin olmadığı yıllarda deri şarbonunda mortalite %20 den fazla iken, günümüzde erken tanı ve tedavi ile bu oran %1' lerin altına inmiştir. Buna rağmen deri şarbonunda bakteriyemi oluşabilir. Şarbon hastalığında, maliyet ve yan etkilerinin az olması, kolay elde edilebilmesi nedeniyle yüksek doz penisilin G tedavisi birçok ülkede ilk tercih olarak kullanılmaktadır. Ancak son çalışmalarda eritromisin, imipenam, sefadroksil, sefoksitin, sefüroksim ve siprofloksasin gibi antibiyotiklere şarbon basilinin duyarlı olduğu gösterilmiştir. Penisilin tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda bu ilaçlar alternatifler arasındadır. Daha çok erişkinlerde görülen periorbital şarbon, nadiren

çocuklarda da görülmektedir. Periorbital şarbon sonucu korneal skar, ektropiyon, ekzoftalmus, optik atrofi ve panoftalmis, fasiyel paralizi, meningoensefalit, toksemik şok, unlar sinir hasarı, temporal arter inflamasyonu gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bazı araştırmacılar tarafından ektropiyonun onarımının skar maturasyonundan sonra yapıldığı söylenmektedir<sup>5</sup>. Skar maturasyonu ortalama 6-24 ay gibi bir sürede gerçekleşmektedir. Hafif ektropiyon olguları maturasyonu hızlandırıcı ajanlar ve masajla düzelebilir. Ancak bizim vakamız gibi ağır vakalarda maturasyon için uzun süre beklenmesi hastayı komplikasyonlarla karşı karşıya bırakabilir. Bu sebeple enfeksiyonun eradikasyonu ve sağlıklı granülasyon dokusunun oluşmasının ardından greftlemenin hemen yapılmasının daha faydalı olacağı kanaatindeyiz.

*Dr. Safvet ÖRS*

*Yıldırım Beyazıt Mah. M. Şimşek Cad.*

*Manolya Apt. No: 119/9 38030 KAYSERİ*

#### KAYNAKLAR

1. Cakcen H, Arabaci F, Abuhandan M. Et al. Cutaneous anthrax in Eastern Turkey. *Cutis* 2001;67:488-92
2. LaForce FM. Anthrax. *Clin Infect Dis* 1994;19:1009-1014
3. Yorston D, Foster A. Cutaneous anthrax leading to corneal scarring from cicatricial ectropion. *Br J Ophthalmol*. 1989;73(10):809-11.
4. Bekerecioglu M, Tercan M, Atik B. Et al. Cutaneous anthrax of the eyelid. *Ann Plast Surg* 2001;46:455-6.
5. Soysal HG, Kiratli H, Recep OF. Anthrax as the cause of preseptal cellulitis and cicatricial ectropion. *Acta Ophthalmol Scand*. 2001; 79(2): 208-9.

## NADİR BİR BEBEKLİK ÇAĞI TÜMÖRÜ: MELANOTİK NÖROEKTODERMAL TÜMÖR

### Aydın GÖZÜ

*SSK Vakıf Güreba Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Sn. Editör,

İnfantın melanotik nöroektodermal tümörü, nadir görülen bir pigment neoplazm olup sıklıkla anterior maksilladan kaynaklanır<sup>1</sup>. 1918 yılında Krompecher tarafından tanımlanan tümöre ilgili, literatürde 225 olgu yayınlanmıştır<sup>2</sup>. 1966'da Borello ve Gorlin bir olgunun idrarında yüksek vanil mandelik asit (VMA) düzeyi saptadıklarında, tümörün nöral krest kökenli olduğu düşünülmüş ve tümör, infantın nöroektodermal tümörü olarak adlandırılmıştır<sup>3,4</sup>. Tümör, genellikle 1-6 ay

arasında ortaya çıkar ve % 90 olguda baş-boyun bölgesi, bunların da % 69'unda anterior maksilla yerleşimlidir<sup>1</sup>. Diğer yerleşim alanları mediasten, beyin, anterior fontanel, epididim, ve ekstremitelerdir. Kız:Erkek oranı yaklaşık 6:7 olarak saptanmıştır<sup>2</sup>. Anterior maksilla üzerinde nonülsere, hafif pigmente, mavi-siyah renkli bir lezyon olarak başlayıp zamanla sesil ve lobule bir kitle halini alır. Sıklıkla kemik destrüksiyonu ve dişlerde yer değiştirmeye yol açıp intraosseöz büyüme gösterir. Hızlı bir başlangıç ve seyir göstermesine rağmen