

Şekil 2: Coleman'ın kadavra çalışmasına göre; Komplet yüzeysel ark (%78,5) varlığında median arterin el beslenmesine katkısı. *Sol:* Median ve ulnar arter ark yapısına katılırken radial arter yüzeysel artere katılmamakta (%3,8). *Sağ:* Radial, median, ulnar arterlerin 3'ü birden ark yapısına katılmakta (%1,2). İnkomplet yüzeysel ark (%21,5). *Sol:* Dijital dallar median ve ulnar arterden çıkmaktadır (%3,8). *Sağ:* Radial, median, ulnar arterlerin herbiri birbirinden bağımsız dijital dallar vermekte (%1,1). (Aşağıda) (R: Radial arter, M: Median arter, U: Ulnar arter)

Bizim hastamızdaki intraoperatif yöntemimiz arteri bağlamadan transpoze etmekte. Bir çok otör⁴ arteri bağlamadan ve transpoze etmeden basit dekompres-

yonun KTS sorunlarını gidermede başarılı olduğunu belirtmişler ama bu seriler incelendiğinde postoperatif 13. ayda rekürrens oranının %25 ile %50 arasında olduğu görülmüştür. Bunun yanında tedavide dekompresyona ek olarak arter transpozisyonu uygulanan vakalarda ise semptomların tekrarlaması bildirilmemiştir⁵.

Bu nedenle karpal tünel sendromunun cerrahi tedavisi esnasında patent bir median arter ile karşılaşıldığında hem elde beslenme sorununa yol açmamak hemde semptomların tekrarlamasından kaçınmak için dekompresyonu takiben median arterin sinir üzerinden diseke edilerek laterale yerleştirilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz.

Dr. Nesrin TAN BAŞER
Koru Mah. 499. Sokak
Arı Sitesi No:46 06810
Ümitköy, ANKARA

KAYNAKLAR

1. Olavc E, Prates JC, Gabrielli C, Pardi P. Median artery and superficial palmar branch of the radial artery in the carpal tunnel. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 31;13, 1997.
2. Coleman SS, Anson BJ. Arterial patterns in the hand based upon study of 650 specimens. Surg Gynecol Obstet. 113:409,1961
3. Luyendijk W. The carpal tunnel syndrome. The role of a persistent median artery. Acta Neurochir. 79:52, 1986.
4. Barfred T, Hojlund AP, Bertheussen K. Median artery in carpal tunnel syndrome. J Hand Surg. 10;106, 1985.
5. Feldkamp MM, Gentili F, Hudson AR, Guha A. A persistent median artery causing carpal tunnel syndrome in a patient with chronic renal failure: Case report. Neurosurgery. 37;140, 1995.

GARDNER SENDROMLU BİR OLGU: ERKEN TANIDA PLASTİK CERRAHİN ROLÜ

Serdar YÜCE, Serkan SAYILKAN, Kubilay ÖZDİL, Fatih ÖKTEM, Ercan DEMİRBAĞ, Hıfzı VELİDEDEOĞLU, Selim ÇELEBİOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

Gardner sendromu otozomal dominant kalıtım özelliği gösteren 14.000 doğumda 1 görülen bir hastalıktır.^{1,2} 1950'de Elden Gardner tarafından tanımlanmıştır.² Sendrom 3 klinik tablo ile karakterizedir. İntestinal polipler, osteomalar ve kutanöz tümöral lezyonlardır.^{1,2}

İntestinal polipler sıklıkla kolonda gelişir. Genellikle kanama, diare ve abdominal ağrıya neden olurlar. Tedavi edilmeyen polipler yüksek oranda karsinoma dönüşür.²

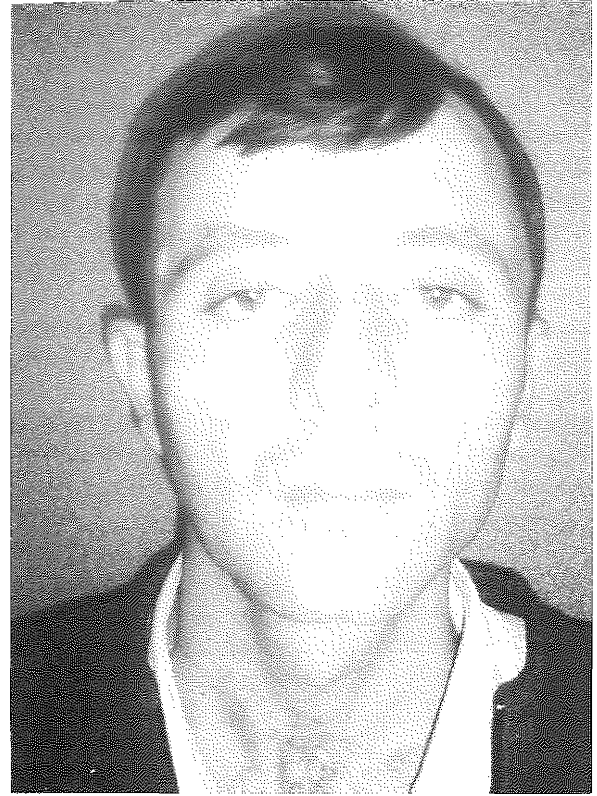
Diğer klinik tablolar sendromun tanısında önemlidir.

Osteomalar sıklıkla mandibula, paranasal sinüslerde gelişmektedir.⁴ Kutanöz tümöral lezyonlar olarak epidermoid kist, sebace kist, desmoid tümör, lipom ve fibrom görülebilmektedir.^{4,5}

Kliniğimize mandibula ve yüzde multipl kitleler nedeniyle başvuran 26 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Hastanın 10 yıldır mandibula sağ korpus hizasında kitlesi ve 7 yıldır sağ malar, frontal ve oksipital bölgede lipomatöz lezyonları mevcut imiş. (Şekil 1) Hasta 6 yıl önce başka bir merkezde sırtta desmoid tümör nedeniyle



Şekil 1: Preoperatif hastanın anterior görünümü



Şekil 2: Geç postoperatif hastanın anterior görünümü

opere olmuş. Yapılan tetkiklerinde;

Mandibula CT: Mandibula sağ corpus posterior kesimde 5.3 cm boyutunda kemik yapıda destrüksiyona yol açmayan hiperdens kemik dansitesinde kitle izlenmiştir.

Rektosigmoidoskopi: Rektosigmoidal bölgede multipl polipler izlenmiştir. Poliplerden alınan biopsi sonucu Tubuler Adenom olarak gelmiştir.

Hasta genel anestezi altında opere edilmiştir. Sağ rizdon ve gingivobukkal insizyonla çalışılarak sağ ramus seviyesinde posteriora uzanım gösteren kitle en-blok olarak çıkartıldı. Yüz ve skalpteki multipl kistik lezyonlar eliptik olarak eksize edildi. Hasta postoperatif komplikasyon gelişmeden iyileşti. (Şekil 2) Lezyonların patolojik incelemesi sonucunda mandibuladaki kitle osteoma, diğer kitleler keratinöz (epidermal) kist ile uyumlu geldi.

Kolondaki polipler açısından genel cerrahiye konsülte edilen hasta takibe alınmıştır.

Gardner sendromu otozomal dominant kalıtım özelliği gösteren, 5. kromozom üzerinde lokalize APC (Adenomatous Polipozis Coli) geninde meydana gelen mutasyonun neden olduğu bir hastalıktır.¹ Klasik triadı vardır; intestinal polipler, osteomalar ve yumuşak doku kitleleridir.¹

Polipler puberte döneminde gelişmeye başlar, %88 kolonda, %12 oranında gastrointestinal sistemin diğer alanlarında izlendiği rapor edilmiştir.⁴ Tedavi edilmeyen polip vakalarında %100 oranında karsinom gelişme riski vardır. Polipler genellikle kanama, daire ve abdominal ağrı ile kendini gösterir.² Hastaların çoğunda semptomlar 30-40 yaşlarında ortaya çıkar. Poliplerin malignensi potansiyeli yönünden uzun süre takibi gerekir. Hastalarda 30'dan fazla polip varsa veya malign değişiklik, displazi varlığında total kolektomi ve iliorektal anastomoz gerekir. ⁴ Postoperatif 6 ayda bir rektosigmoid bölge kontrolü yapılmalıdır.

Epidermoid kistler sendromun sık gözlenen bir özelliği olup, hastaların %45-60'da görülmektedir. Ekstremitelerde, yüz ve skalpte gelişir, genellikle asemptomatik olmasına rağmen kozmetik nedenler ve başlangıç tanısı için eksizyon uygulanmaktadır.⁵

Osteomalar hayatın ilk on yılında görülürler. Erken tанда önemli bir klinik tablo olup sıklıkla mandibulada angulus lokalizasyonunda görülürler.³ Frontal bölge, sinüsler, maksilla ve kalvarium diğer görüldüğü bölgelerdir.⁴ Çene lezyonları ile malignensi arasında korelasyon yoktur, poliplerin erken tanıma yardımcı olurlar.

Desmoid tümörler hastaların %8 ile 12'sinde izlenir

ve patolojik olarak selim lezyonlardır. Lokal invaziv lezyonlar olup, geniş eksizyon ile tedavi edilebilmektedir.^{4,5}

Gardner sendromunda poliplerin taşıdığı yüksek oranda malignleşme potansiyeli erken tanıyı önemli kılmaktadır. Ancak poliplerin semptomatik hale gelip tanı konulabilmesi hastalığın ilerleyen dönemlerinde olmaktadır. Fakat intestinal polipler dışındaki klinik tablolar daha önce ortaya çıktıkları için erken tanıda çok önemlidirler. Bu noktada erken evrede tanı konulup, genel cerrahi kliniklerine yönlendirilip, zamanında tedavi edilmesinde plastik cerrahi klinikleri önemli yer tutmaktadır. Erken evrede takibe alınıp, kontroller sonrasında poliplere uygun ve zamanında müdahale ile malignensi gelişimi önlenabilir. Böylece hastaların yaşam süresi ve kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir.

Dr. Serdar YÜCE
Şehit Cevdet Özdemir Mah. 20. Sok. 7/9
4. Cad. Öveçler 06450
Çankaya, ANKARA

JİNEKOMASTİ TEDAVİSİNDE CERRAHİ EKSİZYON-LIPOSUCTION KOMBİNASYONU: KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Mübin HOŞNUTER, Eksal KARGI, Bülent TEKEREKOĞLU, Cem PAYASLI, Ahmet IŞIKDEMİR

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Sayın Editör;

Erkek memesinin aşırı büyümesi olarak tanımlanan jinekomasti, adolesan döneminin sık görülen bir meme hastalığıdır. Meme büyümesi yağ, deri, meme parankimi artışı veya bunların kombinasyonu şeklinde olabilir. Genelde bening karakterdedir ve yaklaşık %75'i idiyopatikdir. Puberte ve yenidoğanda fizyolojik olabilmektedir. İnsidansı %32-65 arasında değişen bu hastalık, cinsel kimliğin şekillendiği adolesan dönemde psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir¹. Çeşitli sınıflandırmalar kullanılmakla beraber Simon jinekomastiyi; grup 1 : minor meme büyüklüğü, grup 2A : orta meme büyüklüğü, grup 2B : minor deri fazlalığı + orta meme büyüklüğü, grup 3 : deri fazlalığı + gross meme büyüklüğü olarak 3'e ayırmıştır. Jinekomastide ağrı, rahatsızlık hissi hastanın günlük yaşamını etkiliyor ve altta yatan bir patoloji de yoksa cerrahi tedavi endikedir². Cerrahi tedavide ise eksizyon, liposuction ve her ikisinin kombinasyonu uygulanabilir³.

2001-2004 tarihlerinde kliniğimize jinekomasti nedeni ile başvuran 9 hastaya nipple-areolar transpozisyon ve liposuction tekniğini uyguladık

KAYNAKLAR

1. S. M. Herrmann and Y. D. Adler: The concomitant occurrence of multiple epidermal cysts, osteomas and thyroid gland nodules is not diagnostic for Gardner syndrome in the absence of intestinal polyposis: a clinical and genetic report. *British Journal of Dermatology* 2003; 149: 877-883.
2. Hauck RM, Manders EK: Familial syndromes with skin tumor markers. *Ann. Plast. Surg.* 1994; 33: 102-111.
3. Katou F, Motegi K, Baba S: Mandibular lesions in patients with adenomatosis coli. *J. Craniomaxillofac. Surg.* 1989; 17: 354.
4. K. Jones, P. Korzcak: The diagnostic significance and management of Gardner's syndrome. *British J. of Oral and Maxillofacial Surg.* 1990; 28: 80-84.
5. Schusterman MA: The role of the plastic surgeon in the treatment of Gardner's syndrome: a report of two cases. *Ann. Plast. Surg.* 1990; 25: 412-416.

(Tablo1). Opere ettiğimiz hastalarda sınıflandırmada Simon sınıflamasını kullandık. Preoperatif olarak glanduler rezeksiyon alanı ve liposuction alanları ayrı memeler üzerinde işaretlendi. Kanülün girdiği iki insizyondan birincisi anterior aksiller çizgiden, ikincisi mammarian sulkus'un sağ yanından açıldı. Bu teknikle total meme alanından iyi suction sağlandı ve liposuction tünelleri çaprazlaştığından dolayı glanduler doku etrafındaki alanın yüzeyi homojen olarak göğüs kasları üzerine oturdu. Böylece rezeksiyon miktarı ve yeri çok daha net olarak ortaya çıktı. Eksizyonlarda bir grup hastada nipple areola kompleksinin her iki yanında saat 3 ve 9 hizalarına kadar uzanan superior semisirküler insizyon yapıldı. Altta pektoral kas fasyası üzerindeki plandan memenin üst sınırına kadar disseke edildi. Pektoral fascia intakt bırakıldı. Glanduler doku rezekte edilirken depresyonu önlemek amacıyla nipple-areolar bölgenin altında 3-4 cm kalınlığında meme dokusu kalmasına özen gösterildi. Bir hastamızda postoperatif rezidüel meme dokusu kalması dışında başka bir komplikasyona rastlanmadı.

Hastaların memnuniyeti ve memelerin postoperatif