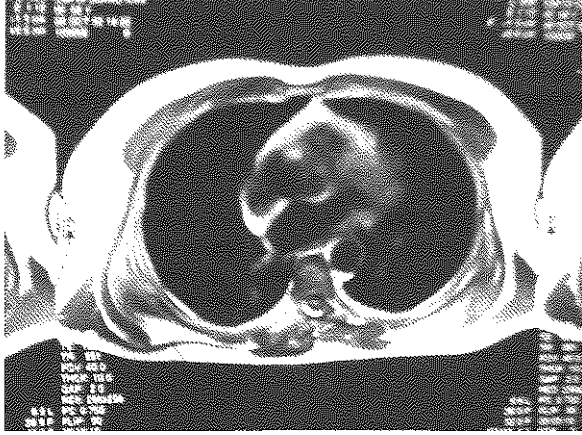


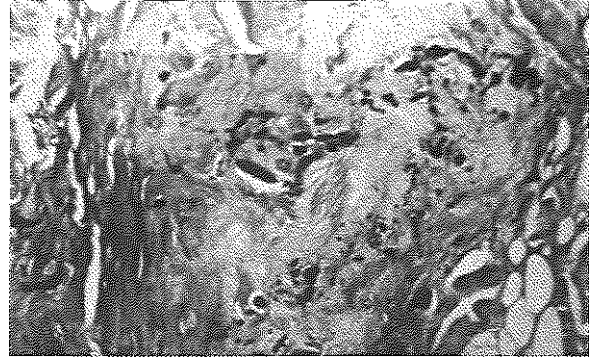
yerleşmiş, torakal duvara yapışık iki adet kitle imajı tespit ettik.

Lezyonun benign ve hastaların çoğunun asemptomatik olması nedeniyle sıklıkla konservatif tedavi yeterli olmaktadır³. Bu yüzden hastamızın asemptomatik olan sol dorsal rezidü lezyonuna herhangi bir cerrahi girişim düşünmedik. Ancak ağrı ve eklem hareketlerinde kısıtlılık mevcut olan hastalarda eksizyon önerilmektedir^{1,2}.



Resim 1: Preoperatif aksiyel kesit Magnetik Rezonans görüntüsü; sağ ve sol(rezidü) subskapuler yerleşimli elastofibroma dorsi.

*Op. Dr. Zafer ÖZSOY
Valikoncağı Cad. 169/3
34363 Şişli / İSTANBUL*



Resim 2: Histopatolojik inceleme: rastgele yerleşimli fibroblastlar ve kollajen lifler ile yuvarlak görümlü elastik liflerden oluşuyor (EVG, 200X).

KAYNAKLAR

1. Nagamine N, Nohara Y, Ito E. Elastofibrom in Okinawa: a clinicopathologic study of 170 cases. *Cancer*. 1982;50:1794-1805.
2. Jarvi OH, Saxen AE. Elastofibroma dorsi. *Acta Pathol Microbiol Scand Suppl*. 1961;144:83-84.
3. Greenberg JA, Lockwood RC. Elastofibroma dorsi: a case report and review of literature. *Orthop Rev*. 1989;18:329-333.
4. Enzinger FM, Weiss SW. Elastofibroma. In: *Soft Tissue Tumors*. 2nd ed. St Louis, Mo: Mosby-Year Book Inc; 1988:122-127.
5. Brown, G. W. Elastofibroma dorsi: Report of two cases and literature review. *Wis. Med. J.* 90: 281, 1991
6. Naylor MF, Nascimento AG, Sherrick AD et al. Elastofibroma dorsi: Radiologic findings in 12 patients. *AJR* 1996;167:683-7

EZİLME (CRUSH) YARALANMALI EKSTREMİTENİN GELECEĞİNİ BELİRLEMEDE KRİTİK KARAR (AMPUTASYON/KURTARMA) AŞAMASI VE ÜÇ FAZLI SİNTİGRAFİNİN OLASI ROLÜ

*Mehmet BOZKURT, **Yalçın KÜLAHÇI, ***Scyfettin ILGAN, ***Nuri ARSLAN, ****Mustafa ŞENGEZER

* Dicle Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D./Diyarbakır

** Cleveland Clinic Foundation, Department of Plastic Surgery, Cleveland/Ohio

*** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nükleer Tıp A.D. / Ankara

**** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D./Ankara

Sayın Editör,

Deprem veya diğer büyük doğal afetlerden sonra rastlanılan ezilme yaralanmalarında ekstremitelerin uzun süre bası altında kalması sonucu oluşan kas hasarının sistemik etkileri nedeniyle ezilme sendromuna yol açtığı bilinmektedir. Ezilme sendromuna yol açan mekanizmalar gözden geçirildiğinde; ezilen ekstremitenin, hastanın hayatını tehdit eden olaylar zincirinin başlangıcı olduğu görülecektir 1. Bu olgularda dışarıdan görülen yaralanmanın

aslında buz dağının görünür kısmı olduğu bilinen bir gerçektir. Ancak ezilme yaralanmalı ekstremitenin kurtarılmasına ya da erken amputasyonuna önceden karar vermek çok tecrübeli cerrahları dahi ikilemede bırakabilmektedir. Alt ekstremitte travmalarını takiben, verilebilecek erken amputasyon kararına rehber oluşturabilmek amacıyla, klinik değerlendirmeye dayanan bazı kriterler önerilmiş olmakla birlikte, bunların hiçbirini

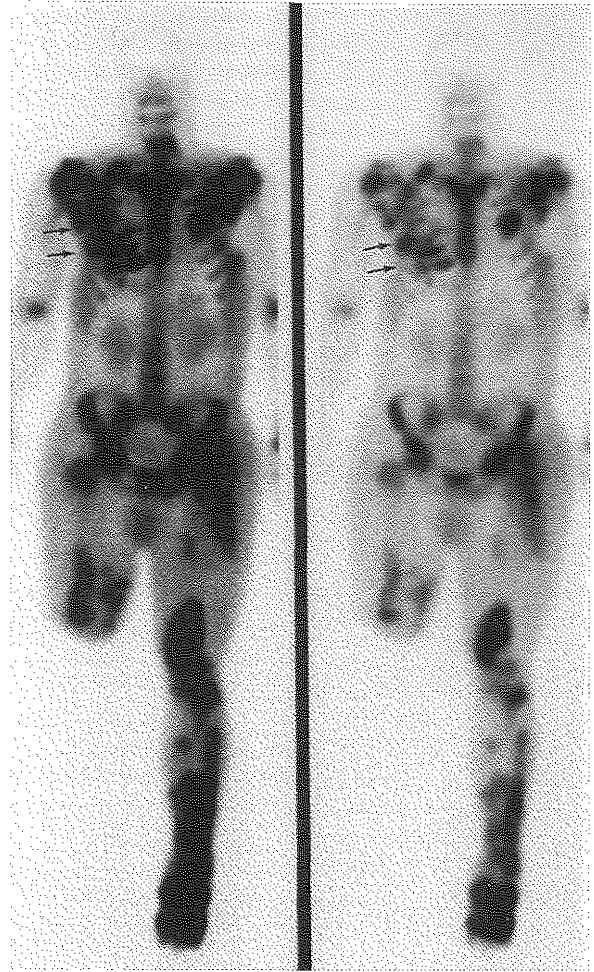
ezilmeye uğramış ekstremitenin erken amputasyon kararını önceden tam olarak belirleyebilecek objektifliğe ve yeterliliğe sahip değildir².

Operasyonlar sırasında diğer kliniklerden de konsültasyonlar alınarak ortak bir amputasyon kararı verilmeye çalışılmışsa da bunlar hep subjektif verilere ve klinik deneyimlere dayanarak verilmiştir. Bir diğer konu da ezilme yaralanmalı ekstremiteye yaklaşımda plastik cerrahi kliniklerinde çok iyi bilinen iskemireperfüzyon hasarının diğer konsültan kliniklerce tam olarak bilinmediğinin müşahade edildiğidir. Debrütmanlar esnasında iskemireperfüzyona uğramış bu kasları gören plastik cerrahların amputasyon önermelerine rağmen, cerrahi alanda gördükleri makroskopik kanamaları bu kaslar yaşıyor şeklinde yorumlayan diğer cerrahi klinikler bu yaralılara verecek amputasyon kararının günlerce gecikmesine sebep olmuştur. Ancak günlerce süren pansuman ve debrütmanlar zincirinden ve hastaların genel durumlarının bozulmasından sonra bahsedilen olgularda amputasyona gidilmiştir.



Resim 1: Göçük altından 14 saat sonra çıkarılan 29 yaşında erkek hasta. Olgunun sağ alt ekstremitelerinin debrütmanlar sırasındaki görünümü.

Diğer cerrahi kliniklerle aramızda geçen bu deneyimler bizi ekstremitenin amputasyon ya da kurtarma kararını vermede objektif kriter arayışına yönlendirmiştir. Üç fazlı sintigrafide kullanılan Tc-99m pyrophosphate (PYP) ve Tc-99m methylene diphosphonate (MDP) gibi ajanların kas nekrozunu alanlarında ve yumuşak doku nekrozu gibi lezyonlarda birikim gösterdiği bilinmekteydi^{3,4}. Ancak özellikle ezilme (crush) yaralanmalarda üç fazlı sintigrafinin kullanımı ve değerlendirme kriterleri ile ilgili geniş vaka serileri literatürde o yıllarda henüz bildirilmemişti. Mevcut bilgilerden yola çıkarak ezilme yaralanmasına uğrayan sınırlı sayıda olgumuzda üç fazlı sintigrafisi ile ekstremitelerin değerlendirilmesi yapıldı (Resim 1-3). Ancak klinikte takip edilen ve özellikle ezilme sendromu da gelişen olguların yoğun bakım gerektirmesi, nefroloji kliniğine diyalize götürülüp getirilmek zorunda olmaları, nükleer tıp anabilim dalının hastane ana binası dışında ayrı bir bina olarak konuşlanmış olması ve belki de en önemlisi ekibimizin aylarca bu yaralıların bakımı ile uğraşmış olması bu yaralıların düzenli olarak üç fazlı sintigrafilerinin çekilmesini zorlaştırmış dolayısıyla konunun bilimsel bir makalede bildirilme fırsatı olmamıştır.

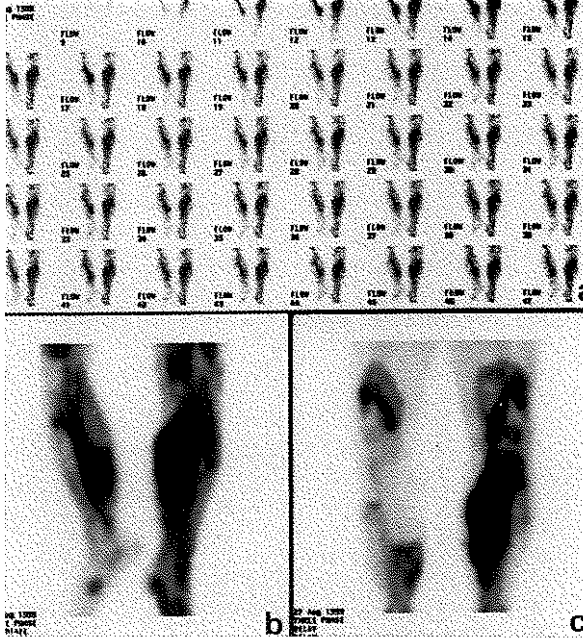


Resim 3: Aynı olgunun sağ dizaltı amputasyon uygulandıktan sonraki görünümü. Anterior tüm vücut görüntüleri multipl kot fraktürlerine ek olarak (küçük oklar) tüm vücutta yaygın yumuşak doku tutulumu göstermektedir.

Üç fazlı kemik sintigrafisinde orta yada yüksek miktarda farmösitik ajan tutulumu görülen kas grupları ciddi yaralanması olan ya da kas nekrozu olan yerler olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca kemik yapıdaki mevcut fraktürler de ortaya konabilmektedir (Resim 2). Üç fazlı sintigrafinin diğer avantajları ise hastaların daha az radyasyona maruz kalması ve CT ve MR a göre daha ucuz olmasıdır.

Son yıllarda ezilme yaralanmalarında üç fazlı sintigrafisi görüntülerinin skorlaması ve kas hasarının sınırlarının belirlenmesi üzerine yapılan çalışmalar literatürlerde yerini almaya başlamıştır. Hatta ezilme yaralanması dışında kas hasarına sebep olan elektrik yanıkları, donuklar ya da enfeksiyonlar gibi durumlarda doku yaşayabilirliğinin değerlendirilmesinde üç fazlı sintigrafinin kullanılarak çok cesur amputasyon kararlarının verilebileceği gösterilmiştir⁵. Ezilme yaralanmalı ekstremitenin olası erken amputasyon kararını verebilmede üç fazlı sintigrafinin rolü akılda tutulmalıdır. Bu şekilde hem hastanede kalma süresi azaltılabilecek hem de hastanın bir an önce verilebilecek

bir kararla günlerce gereksiz bir beklentinin içinde kalması önlenebilecektir. Ancak üç fazlı sintigrafinin etkinliğinin tam olarak ortaya konabilmesi, belirli kriterler oluşturulabilmesi için birçok merkezli daha geniş scriler ve çalışmalara ihtiyaç vardır.



Resim 2: Aynı olgunun kan akımı (a), kan havuzu (b) ve geç faz (c) görüntüleri her iki alt ekstremitede belirgin şekilde artmış birikimi göstermektedir. Bu olgu yoğun cerrahi debrümanlara alındı ve ilerleyen günlerde sağ dizaltı amputasyon uygulandı.

*Dr. Mehmet Bozkurt
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.*

KAYNAKLAR

1. Oda J, Tanaka H, Yoshioka T et al. Analysis of 372 patient with crush syndrome caused by the Hanshin-Awaji earthquake. J Trauma 1997; 42:3 , 470-476
2. Johansen K, Daines M, Howey T, Helfet D, Hansen ST. Objective criteria accurately predict amputation following lower extremity trauma. J Trauma 1990; 30:5, 568-573
3. Yip TC, Houle S, Tittley JG, Walker PM. Quantification of skeletal muscle necrosis in the lower extremities using Tc99m pyrophosphate with single photon emission computed tomography. Nuc Med Commun 1992;13:47-52
4. Chang HR, Kao CH, Lian JD, Shu KH, Cheng CH, Wu MJ, Chen CH. Evaluation of the severity of traumatic rhabdomyolysis using technetium-99m pyrophosphate scintigraphy. Am J Nephrol. 2001 May-Jun;21(3):208-14
5. Greenwald D, Cooper B, Gottlieb L. An algorithm for early aggressive treatment of frostbite with limb salvage directed by triple-phase scanning. Plast Reconstr Surg. 1998 Sep;102(4):1069-74.

KULAK KONKASININ POSTAURİKULER ADA FLEBİ İLE REKONSTRÜKSİYONU

Çiğdem ÜNAL, Cenk ŞEN, Deniz İşcen ÇEK

Kocaeli Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D., İzmit

Kulak konkası gibi anatomik yerleşimi ve komşuluğu çok özel bir bölgedeki defektlerin anatomik ünit ve subünitlere göre onarılması gerekir. Yaşları 56 ile 75 arasında değişen, 1998- 2003 yılları arasında başvuran beş bazal hücreli karsinom vakasına uyguladığımız postaurikuler ada flebinin sonuçları ve flebin özellikleri yeniden gözden geçirilmiştir.

Tümünde kulak konkasını dolduran ve biopsi sonuçları bazal hücreli karsinom gelen hastalarda tümör eksiyonuna ek olarak kırıkdağ da perikondriumla beraber eksiye edildi (Resim 1). Kulak arkasında uygun elipsoid insizyon yapıldıktan sonra çevresinde bir miktar diseksiyon yapılarak serbestleştirildi. Daha sonra flap, uzun aksı üzerinde 180 derece döndürülerek kulağın anterioruna getirildi. Böylece kulağın posterior sulkusuna yerleşimli olarak tasarlanan flap anteriora geçirilerek konkaya oturtulmuş oldu. Donör

saha primer olarak tek dikişlerle onarıldı. Hastaların patoloji sonuçlarının hiçbirinde cerrahi sınırdaki tümör görülmedi. Hastalar en kısa 1 yıl olmak üzere ortalama 2.5 yıl takip edildi. Takipte nüks gözlenmedi (Resim 2).

Kulak konkasının onarımında kırıkdağın alındığı veya alınmadığı durumlarda da seçenekler sınırlıdır 1. Bu bölgede 2 cm den küçük alanların primer sütür ile onarımı veya sekonder iyileşmeye bırakılması gibi yöntemler uygulanmaktadır ^{1,2}. Kırıkdağın alınmamış ve perikondriumu sağlam olan bir kulakta greftle onarım mümkündür fakat kozmetik sonuçları greft kontraksiyonu görülmesi nedeniyle yüz güldürücü değildir ^{1,2}.

Postaurikuler flep, teknik olarak uygulanması kolay fakat teorik olarak tasarımı zor anlaşılabilen bir fleptir. 1968 de Gingrass ve Fickrell tarafından ilk kez tarif edilen, daha sonradan Masson tarafından yeniden gözden