

olsa metastazların %75-80'i akciğere , daha nadir sıklıkta servikal lenf nodlarına, beyine ve kemiklere olduğu bildirilmektedir⁴. Unilokuler ameloblastomlar sıklıkla cıukluc ya da kürete edilir. Fluoroskopik tanının konmasıyla benign natürlü olan bu lezyonda çok agresif bir cerrahiden uzaklaşılabilir. Ameloblastoma mikroskopik olarak 3 tiptir: Unikistik, periferal, multikistik ya da solid³.

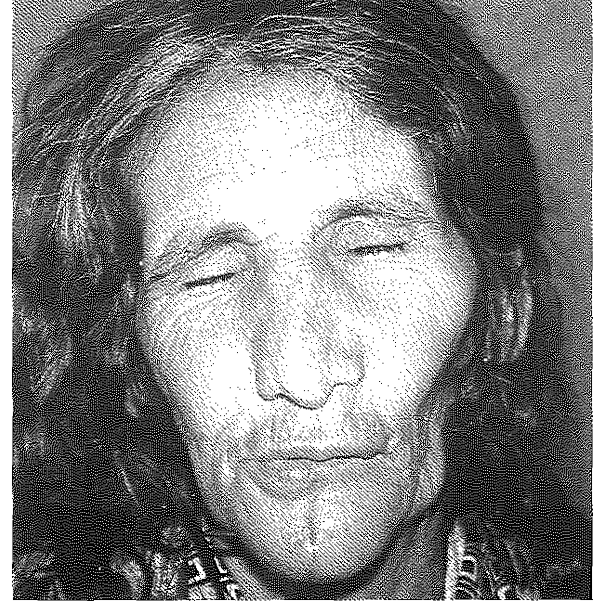
Unikistik tip ilk kez 1977 yılında Robinson ve Martinez tarafından tanımlanmış olup Gold tarafından rapor edilmiştir. Tüm vakaların %15'i unikistik tiptedir. Unikistik ameloblastomalar yavaş büyüyen radiölüscü neoplazmalardır, diğer tiplere göre daha erken yaşta görülürler^{3,5}.

Periferal ameloblastoma nadirdir, 1959 yılında rapor edilmiştir ve mikroskopik olarak solid ameloblastomalara benzerler. Kemikle beraber yumuşak doku tutulumu da görülür. Periferal ameloblastomada tam ekzisyon yapılır, kür şansı yüksektir, rekürrens halen rapor edilmemiştir. Multikistik ya da solid tip en yaygın tiptir ve Gold tarafından düşük grade malign neoplazm olarak kabul edilir, yavaş büyür, infiltratifdir, kemik ve yumuşak doku destrüksiyonu görülür, komplet eksize edilmezse rekürrens eğilimlidir^{4,5}.

*Dr. Dilek Şenen
Esentepe Mahallesi Esentepe Sokak 10/5
Yenimahalle Ankara*

KAYNAKLAR

1. Avon S.L., McComb J., Clokie C. : Ameloblastic Carcinoma : Case Report and Literature Review. Journal of The Canadian Dental Association. Oct.2003, vol. 69, No. 9.
2. Durmus E., Kalayci A., Ozturk A., Gunhan O. : Desmoplastik Ameloblastoma in the Mandible. The Journal of Craniofacial Surgery. Nov 2003, vol. 69, No. 6.



Resim 3: Postoperatif görünüm.

3. Dhir K., Sciubba J., Tufano R.P. : Ameloblastic Carcinoma of the Maxilla. Oral Oncology 2003; 39: 736-741.
4. Henderson J.M., Sonnet J.R., Schiesinger C., Robert A.: Pulmonary Metastasis of Ameloblastoma. Oral and Maxillofacial Pathology. Aug 1999, vol. 88, No. 2.
- Sampson D.E., Pogrel M.A. : Management of Mandibular Ameloblastoma: The Clinical Basis for a Treatment Algorithm. Journal Oral Maxillofacial Surgery 1999; 57: 1074-1077.

-20 C⁰'DE (CRYOPRESERVE EDİLMİŞ) HOMOGREFT SAKLANMASI

Asuman Sevin, Dilek Şenen, Gökhan Adanalı, Ayhan Turhan, Bülent Erdoğan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği

Sayın Editör;

Kaza ve yanık sonrası olan geniş vücut yüzeyi kaybında deri ile rekonstrüksiyon yapılması zorunlu bir işlemdir. Çünkü açık yaralar protein ve sıvı kaybına neden olur ve bakterial invazyon için uygun bir ortam sağlarlar.

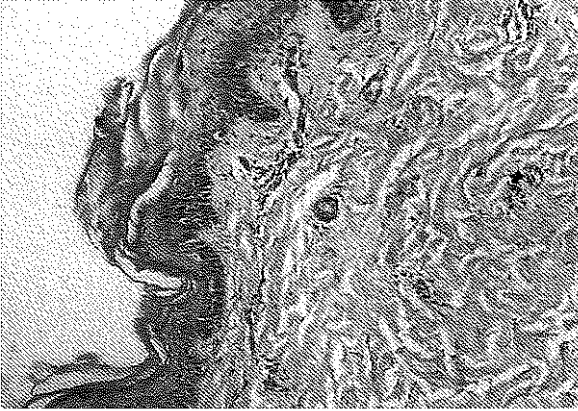
Yanık ve kaza sonrası oluşan geniş yaraların tedavisinde cryopreserved deri grefti kullanılması halen en iyi seçenek ve en başarılı tedavi modalitesidir. Geniş kullanım alanı olmasına rağmen deri grefti saklanması için kabul edilmiş herhangi bir yol ve saklama zamanı yoktur¹.

İnsan otoplasti ilk olarak 1903'de Wentscher tarafından 0⁰C'de fizyolojik salin içinde saklandı ve takiben kendi donör alanına yeniden konuldu. Donmuş deri saklamadaki esas amaç viabiliteyi ve deri hücrelerinin yapısal bütünlüğünü korumak ve uygun ortam oluştuğunda grefti alıcı alana transfer etmektir. Hipotermik deri saklanması^{1,3} etkinliğini gösteren kriterler; posttransplantasyon adaptasyon ve revaskularizasyondur^{1,3}.

Bu çalışmada; değişik hastalardan elde edilen ve rekonstrüksiyon sonrası artan KKDĞ (kısmi kalınlıkta deri

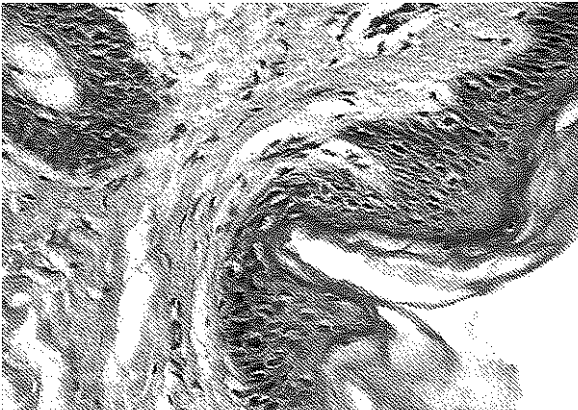
grefti) kullanıldı. Cryopreserved edilecek deri greftleri 1 cm 2 olacak şekilde hazırlandı. Greftler fizyolojik salin ile ıslatılmış gazlı bez içinde -20°C 'de saklandı. Hazırlanan spesimenler 1. gün ile 20. gün arasında ışık mikroskopi altında hematoxilen eozin ile boyandıktan sonra 40 derecelik büyütme altında incelendi.

1. ve 15. günler arasında incelenen greftler normal görünümde idi. Sebace glandlar ve saç shaftları içeren saç follikülleri görüldü. Saç folliküllerinde vasküler dejenerasyon, nekrozis ve nekrobiosis görülmedi (Resim 1).



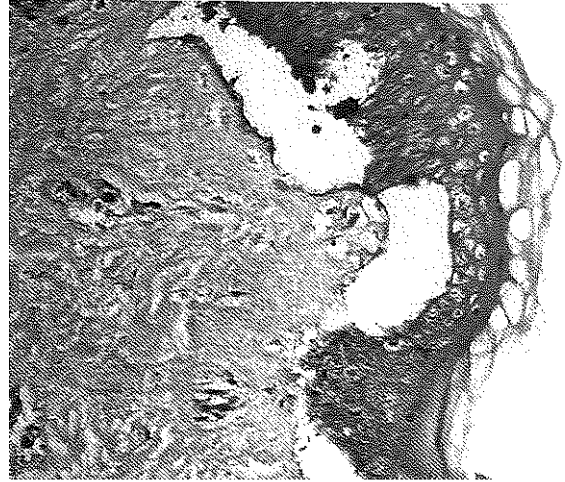
Resim 1: Deri greftinin 15. güne kadar görünümü

15. günden sonra subepitelyal seperasyon tespit edildi ve bu alanda nükleer atıklar ve fibrin depositleri görüldü (Resim 2). 17. ve 18. günlerde anlamlı subepitelyal seperasyon ve nekrotik artıklar görüldü (Resim 3).



Resim 2: Deri greftinin 15. günden sonra görünümü

Genellikle geniş defektilerin rekonstrüksiyonunda allogreftler kullanılır. Bunun için greft sıvı içinde $+4^{\circ}\text{C}$ 'de saklanır. Son zamanlarda birçok cerrah cryopreserved greft kullanmayı tercih etmektedir. Cryopreserved allogreftler gliserol veya Me_2SO_4 (dimetil sülfoksit) içinde



Resim 3: Deri greftinin 17-18. günlerden sonra görünümü

saklanabilir. Yapılan çalışmalarda Me_2SO_4 içinde saklanan greftlerin viabilitesinin daha iyi olduğu görülmüştür. Cryopreserved kadavra derisi yaşayan donörden alınan taze derinin % 40-50'sini sağlar ve cryopreservasyondan sonra % 40-50 oranında düşer⁴. Literatürde birçok cryopreservasyon tekniği mevcuttur. Cryopreservasyon periyodu 0.3 ile 185 gün arasında değişir. Bu periyotta greftin tuttuğunu gösterir bulgu; cilt canlılığının sürmesidir. Zaman içindeki bu değişim mevcut greftin görünümü ve palpasyon neticesinde zemine yapışmış olduğunun anlaşılmasıyla değerlendirilir⁵.

Yaraların metabolik olarak aktif ve yapısal olarak korunmuş deri ile örtülmesinin birçok avantajı vardır. Deriyi donmuş olarak saklamanın en önemli avantajı; deri hücre viabilitesinin ve yapısal elemanlarının korunmasıdır.

Halen ne kadar uzun süre ile deri saklandığında ne kadar performans elde edileceğine dair çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan bir çalışmada 5-7 yıl arası saklanmış cryopreserved insan kadavra derisi ile taze deri karşılaştırılmış ve ilk 5 yıl fark bulunamamıştır. Solcoseryl (proteinden arındırılmış siğir hemodializati) içinde saklanan deri grefti, glycerol içinde saklanan deri grefti ile oksijen tüketimi yönünden karşılaştırıldığında ilk iki hafta değişiklik olmadığı görülmüştür. Fakat 3. haftadan sonra Solcoseryl lehine anlamlı değişiklikler tespit edilmiştir. Günümüze kadar allograft korunması ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır⁵.

Bizim çalışmamızda homogreftlerin saklanması ve korunması incelenmiş ve greft viabilitesi 20 gün süreyle ölçülmüştür. Bu teknik ile greftleme için uygun olmayan geniş defekt ve yanık olan hastalarda debridman sırasında greft alınıp saklanarak alıcı yatağa granülasyon dokusu formasyonu oluştuktan sonra transfer edilebilmesi sağlanmaktadır. Aynı zamanda greft donör alanı sınırlı olan hastalarda donör alanı iyileşerek ikinci kez greft alımı için donör alanın uygun hale gelebileceği 2 hafta süre bu teknik sayesinde tekrar kullanılabilir. 55

Dr. Dilek Şenen
Esentepe Mahallesi Esentepe Sokak 10/5
Yenimahalle Ankara

KAYNAKLAR

- 1- May, S. R., and Wainwright J. F. İntegrated study of the structural an metabolic degeneration of skin during 4°C storage in nutrient medium. Cryobiology 22, 18-34 (1985).
- 2- Abbot, W. M., and Pappas, A. M. Comperative studies on fresh and preserved skin: Fundamental biologic differences in behavior as grafts. Ann. Surg. 172, 781-786 (1970).
- 3- Wachtel, T. L., Ninnemann J., Fisher, J. C., Frank H. A., and İnanski, W. Viability of frozen allografts. Amer J. Surg. 138, 783-787 (1979).
- 4- Bravo, D., Rigley, T. H., Gibran, N., Strong, D. M., Newman-Gage, H. Effects of storage and preservation methods on viability in transplantable human skin allografts. Burns 26, 367-378 (2000). Ben-Bassat H., Chaouat, M., Segal, N., Zumai, E., Wexler, M. R., Eldad, A. How long can cryopreserved skin be stored to maintain adequate graft performance? Burns 27, 425-431 (2001).

ELDE BENİGN PAROSTEAL OSTEOKONDROMATÖZ PROLİFERASYON

Dilek Şenen, Asuman Sevin, Gökhan Adanah, Orgun Deren, Belgizar Aşçı, Bülent Erdoğan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

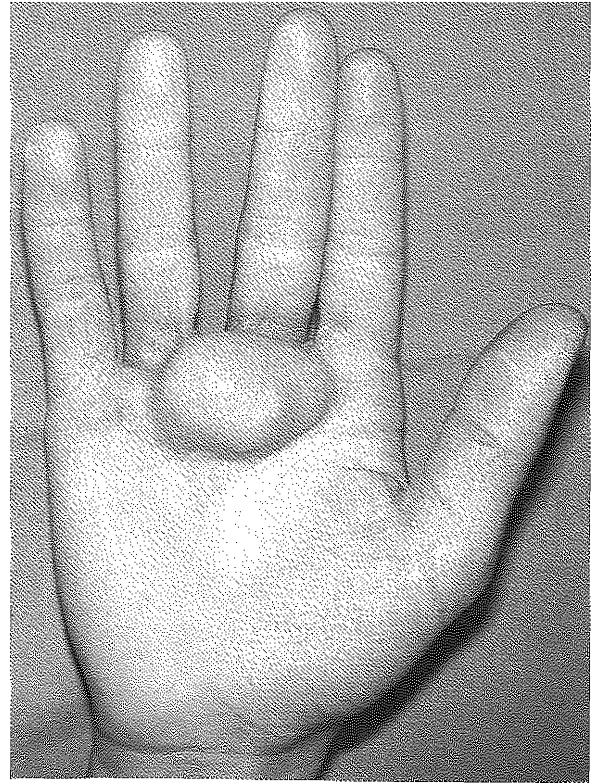
Sayın editör;

Elde primer sarkoma ve metastatik karsinoma; benign tümörler ve tümör benzeri lezyonlara göre daha nadirdir. Bununla beraber florid reaktif mezenkimal proliferasyon ve Bizarre parosteal osteokondromatöz proliferasyon (BPOP) sarkomayla karışabilen iki pseudomalign lezyondur¹. BPOP, genellikle kalsifiye ossos ve kartilajinöz bir oluşumdur^{1,2}.

Sıklıkla ellerde ve ayaklarda; en sık proksimal ve orta falanksta, ikinci sıklıkta metakarp ve metatarslarda tutulum görülür. Ancak son zamanlarda uzun kemiklerde hatta maksillada da BPOP görülebileceği bildirilmektedir^{1,5}.

BPOP; nadir görülen bir pseudomalign lezyondur ve tedavisi cerrahidir. Ne yazık ki cerrahi sonrası rekürrens oranı yüksek olup %20-55 olarak belirtilmektedir. Rekürrens görülen vakaların %20' sinde birden fazla rekürrens olabileceği belirtilmektedir. BPOP görülen hastalar 14 - 74 yaşları arasında olup ortalama yaş 40 olarak bildirilmektedir. BPOP görülen hastalarda kadın erkek oranı 1/1'dir^{1,2}.

OLGU: 11 yaşındaki erkek hasta sol el avuç içinde el hareketlerini kısıtlayan kitle şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenede kitlenin sert, immobil, metakarpofalangeal eklem bölgesinden başlayıp proksimal falankslara uzanım gösterdiği, fleksiyon hareketlerini kısıtladığı tesbit edildi (Resim 1-2). Kitle 4x3x2.5 cm boyutlarındaydı. Hastanın sistemik fizik muayenesi ve tüm laboratuvar bulguları normaldi. X-ray 'de sol eldeki kitlenin kalsifiye ve 3-4. metakarpofalangeal bölgede olduğu tesbit edildi (Resim3).



Resim 1: Hastada sol el palmar bölgedeki kitlenin preoperatif görünümü.