



söylemektedir.³ Ancak onların serisi yeterli değildir. Bizim vakamızda mitoz oranı yüksek idi.

MBN'un ayırıcı tanısı klinik olarak zordur. Histopatolojik olarak malign sellüler blue nevusu sellüler blue nevüsten ayırmada proliferatif hücre antijenleri için immunohistokimyasal boyama, nükleolar organize edici bölgelerle birlikte argyrophilic proteinlerin boyanması yardımcı olabilir.⁹ Son çalışmalarda PCNA ve Ki - 67 (MIB-1) gibi immunohistokimyasal boyalarla sellüler

blue nevus (CBN) ve atipik sellüler blue nevus (ACBN) boyanmış arada anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.¹⁰ Sadece ACBN, CBN'den daha fazla boya tutmuştur. Conelly ve Smith 1991 yılına kadar literatürde 21 vaka olduğunu bildirmektedir.² 1991 yılından bu yana İngilizce literatürde bildirilen vaka sayısı 50'nin altındadır.

Bizim vakamızda da görüldüğü gibi kronik travma ve iritasyonun tüm malignitelerde olduğu gibi blue nevüste de malign transformasyon için kolaylaştırıcı bir etken olduğu açıktır. MBN'ün klinik seyri nodüler malign melanom gibi agresif olup, metastaz ve nüks oranı yüksektir. Literatürde bildirilen vakalarda sıklıkla 1 yıl içinde nüks ve organ metastazları ile hastaların çoğu kaybedilmektedir. Bu sebeple MBN'lü vakalara yaklaşım malign melanomun en kötü prognoza sahip nodüler tipi ile aynı olmalıdır.

DR. SAFVET ÖRS
YILDIRIM BEYAZIT MAH.
M. ŞİMŞEK CAD. MANOLYA APT.
NO: 119/9 38030/ KAYSERİ
Tel: 0.352 224 4811
e-mail: safvet@erciyes.edu.tr

KAYNAKLAR

- Rodriguez HA, Acherman LV. Cellular blue nevus: clinocopathologic study of forty five cases. *Cancer* 1968;21:393
- Connelly J, Smith JL. Malignant blue nevus. *Cancer* 1991;67:2653
- Aloi F, Pich A, Pippione M. Malignant cellular blue nevus: a clinocopathologic study of 6 cases. *Dermatology* 1996;192(1):36.
- Mehregan DA, Gibson LE, Mehregan AH. Malignant blue nevus: a report of eight cases. *J Dermatol Sci* 1992 Nov;4(3):185
- Allen AC, Spitz S. Malignant melanoma. *Cancer* 1953;6:1
- Scott GA, Trepeta R. Clear cell sarcoma of tendons and aponeuroses and malignant blue nevus arising in prepubescent children: report of two cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1993;15:139
- Ozgun F, Akyurek M, Kayıkcıoğlu A, et al. Metastatic malignant blue nevus: case report. *Ann Plast Surg* 1997 oct;39(4):411
- Gonzalez-Compare R, Galera-Davidson H, Vazquez-Ramirez FJ, et al. Blue nevus: classical types and new related entities. A differential diagnostic review. *Pathol Res Pract* 1994 Jun ;190(6):627
- Pich A, Chiuse L, Margaria E, Aloi F. Proliferative activity in the malignant cellular blue nevus. *Hum Pathol* 1993;24:1323
- Tran TA, Carlson JA, Busaca PC, Mihm MC. Cellular blue nevus with atypia (atypical cellular blue nevus): a clinocopathologic study of nine cases. *J Cutan Pathol* 1998;25:252

MİKROCERRAHİ DIŞI PENİL REKONSTRÜKSİYON

*Safvet ÖRS, **Galip K. GÜNAY

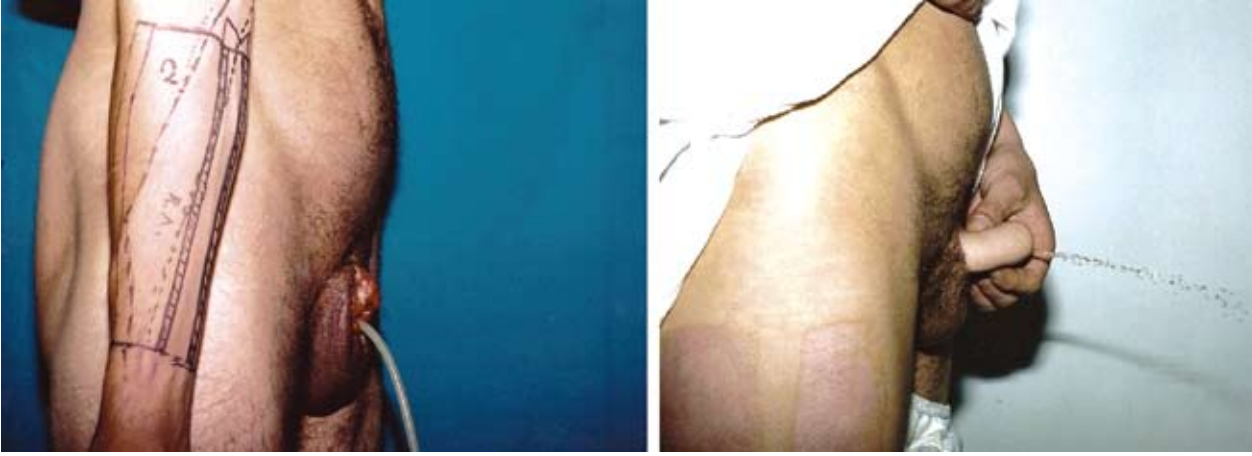
*Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kayseri **Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Kayseri.

Sayın Editör,

İlk penil rekonstrüksiyon 1936 yılında yapılmıştır.¹ Son 20 yılda tanımlanan tek seanslı serbest radial ön kol flebi ile yapılan penil rekonstrüksiyon sonuçları fonksiyonel ve estetik yönden daha iyi olduğundan bu yöntem sık kullanılır hale gelmiştir.^{2,3} Daha sonra lateral kol⁴⁻⁷, serbest sensorial osteokutan fibula flebi⁸, mikrocerrahi dışı radial önkol flebi gibi yöntemler tanımlanmıştır.⁹ Bu

metodlar içinde serbest radial önkol flebi en sık kullanılan yöntemdir. Mikrocerrahi dışı radial önkol flebi ile yapılan penil rekonstrüksiyon mikrocerrahi uygulanamadığı durumlarda alternatif gibi görünmektedir.

20 yaşında erkek hasta, ateşli silah yaralanması sonucu penil amputasyon nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede testisler tamamen parçalanmış ve geride iki



Resim 1: Penil defekt, radial ön kol flebinin şematik görünümü, debrütmandan sonra 10 cm'lik penis'den yeterli kalibre ve projeksiyonda idrar çıkışı.

cm penil güdük kalmıştı (Resim 1). Penil rekonstrüksiyon için non-dominant koldan 14x17 cm boyutlarında fasyokutan, distal bazlı, sensorial radial ön kol flebi planlandı. İnsizyona proksimalden başlanıp sefalik ven flebe dahil edilerek bağlanıp kesildi. Medial ve lateral antekubital kutanöz sinirler flep proksimalinden üç cm daha proksimalden işaretlenip kesildi. Derin fasya altında vena komitantes ve radial arter bulunup çift bağlanarak kesildi. Diseksiyona subfasyal planda distale doğru ters akımlı flep oluşturmak için devam edildi. Flep hemostazını takiben santral yerleşimli üretra Chang ve Hwang metodu ile yapıldı.¹⁰ Kostal kartilaj grefti şekillendirildikten sonra flep içine yerleştirilip dorsal şaft derisi suture edildi. Donor saha bu sırada orta kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Flebin medial ve lateral antekubital sinirleri pudental sinirin dorsal penil dallarına epinöral olarak suture edildi. Kartilaj grefti, iki

cm'lik penil güdük üzerindeki tunika albugenia'ya tespit edildikten sonra penis alıcı sahaya yerleştirildi. Fluorasein testi ile 21. günde vaskülarizasyon kontrolü yapıldı. Flep beslenmesi distal ½ 'lik alanda yetersizdi. 10 gün sonra yenilenen fluorasein testinde distal 1-2 cm'lik alanda şüpheli vasküler yetmezlik bulguları vardı. Flep pedikülünün gün içinde de bir kaç saatlik klempenmesi perfüzyon bozukluğunu yeterince gösteremedi. Flep boyu uzun olduğundan bu 1-2 cm'lik alan ihmal edilerek flep bölündü. Distalden başlayan morarma ½ proksimale kadar ilerledi. Debrütmandan sonra 10 cm'lik canlı flep kaldı (Resim 2).

Serbest fleplerle penil rekonstrüksiyon, birden fazla ekip ve ekipman gerektirmesi, alıcı sahada yeterli kalitede damar olmaması ve pahalı bir yöntem olması nedeniyle her zaman uygulanamayabilir. Bu gibi olanakların olmadığı durumlarda mikrocerrahi dışı yöntem alternatifler arasındadır. Penil rekonstrüksiyonda 15 cm'lik tüp flebin sadece küçük bir kısmı alıcı yatakla temas etmektedir. Bu nedenle 2-3 haftalık süre vaskularizasyon için yeterli gelmemektedir. Mikrocerrahi dışı yöntemde flep bölünmesinin 2-3 haftada yapıldığı⁹ söylenmekteyse de kendi vakamızda 30. günde bölünen flebin distal 1/3'ünden fazlasında nekroz gözledik. Nikotin, alkol, torsiyon ve enfeksiyon gibi yara iyileşmesini bozan olumsuz faktörlerin olmayışı 30 günlük sürenin vaskularizasyon için yetersiz olduğunu akla getirmektedir. Daha uzun süre beklemede ise tek elin uzun süre kullanılamaması gibi dezavantajlarla karşılaşmaktadır.

Kesin hüküm vermek için vaka sayımız yetersiz olmakla birlikte bu yöntemin kullanıldığı vakalarda sintigrafik yöntemler gibi ileri tekniklerle yeterli vaskularizasyon gösterildikten sonra pedikül kesilmesinin doğru olacağı kanaatindeyiz.



Resim 2:Debrütmandan önce demarkasyon hattının belirginleşmesi

DR. SAFVET ÖRS
KÖŞK MAH. KELEBEK SK. NUMANOĞLU SİTESİ
B BLOK NO:17 38030/ KAYSERİ
Tel: 0.352 235 0610
e-mail: safvet@erciyes.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Bogoras, N. Über die volle plastische wiederherstellung eines zum coitus fahigen penis (penioplastica totalis). Zentralbl. Chir.1936;663:1271.
2. Kao, X. S., Kao, J.H., Ho, C. L. Et al. One-stage reconstruction of the penis with free skin flap: report of three cases. J. Reconstr. Microsurg. 1984;1:149.
3. Gilbert, D.A., Horton, C.E., Terzis, J.K., et al. New conception phallic reconstruction. Ann. Plast. Surg. 1987;18:128.
4. Hage, J. J., de Graaf, F. H., Van den Hoek, J., et al. Phallic construction in female-to-male transsexuals using a lateral upper arm sensate free flap and a bladder mucosa graft. Ann. Plast. Surg. 1993;31:275.
5. Young, V.L., Khouri, R. K., Lee, G.W., and Nemecek, J.A. advances in total phalloplasty and urethroplasty with microvasculer free flaps. Clin. Plast. Surg. 1992;19:927.
6. Upton, J., Mutimer, K.L., Loughlin, K., et al. Penile reconstruction using the lateral arm flap. J.R. Coll. Surg. Edinb. 1987;32:97.
7. Shenaq, S.M., and Dinh, T.A. total penile and urethral reconstruction with an expandede sensate lateral arm flap. J. Reconstr. Microsurg.1989;5:245.
8. Sadove, R.C., Sengezer, M., McRoberts, J.W., and Wells, M.D. One-stage total penile reconstruction with a free sensate osteocuneous fibula flap. Plast. Reconstr. Surg. 1993;92:1314.
9. Mutaf, M. Nonmicrosurgical use of the radial forearm flap for penile reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 2001;107:80.
10. Chang, T.S., Hwang, W.Y. forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. Plast. Reconstr. Surg. 1984;74:251.

ÇOKLU REPLANTASYONLARDA BAŞARIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*Yener DEMİRTAŞ, *Mehmet ÇİFCİ, *Fatih SÖYLEMEZ, *Ethem GÜNEREN, *Ahmet KARACALAR

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Samsun

Sayın Editör,

Parmak replantasyonu literatürde detaylı bir şekilde incelenmiştir ve rekonstrüktif mikrocerrahinin rutin bir uygulamasıdır. Ancak aynı hastada birden fazla parmağın replante edileceği durumlarda replantasyon basamaklarının sıralaması ve parmak seçimi konusunda tartışmalar mevcuttur. Özellikle ameliyatın tek cerrahi ekip tarafından gerçekleştirildiği durumlarda bu tartışma önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde tek cerrahi ekip tarafından yapılan çoklu parmak replantasyonlarının sonuçları ve başarıyı etkilediği düşünülen faktörler sunulmaktadır.

Kliniğimizde Eylül 2005 ve Şubat 2007 tarihleri arasında tek cerrahi ekip tarafından gerçekleştirilen çoklu parmak replantasyonu olguları retrospektif olarak incelendi. Çoklu replantasyon kavramı ile tırnak yatağı ve MP eklem arasında, birden fazla el parmağında amputasyon meydana gelmiş ve replantasyon endikasyonu konarak operasyona alınmış hastalar anlatılmak istenmektedir. Yaşları 4 ile 25 arasında değişen 5 hasta çalışmaya dahil edildi. 5 hastanın dördü erkekti. Replante edilen parmak sayısı 16 idi. Hastaların tamamında parmaklar arasında seçim yapılmadı ve tüm parmaklara replantasyon denendi. Hastaların tamamı genel anestezi altında opere edildi. Tüm parmaklarda damar, sinir ve tendonlar bulunduktan sonra ilk olarak tüm parmaklarda kemik fiksasyonu yapıldı. Kemik fiksasyonu için ampüte 16 parmağın 3'ünde K-teli, 13'ünde plak-vida sistemi kullanıldı. Ardından tüm parmaklarda tendon onarımları

ve sırasıyla arter-ven-sinir anastomozları yapıldı. İki hastaya arter anastomozu sırasında ven grefti kullanıldı. Bir hastanın bir parmağında gelişen venöz yetmezlik sebebiyle sülük uygulandı.

16 parmağın 9'unda başarı elde edildi (%56) (Resim). 7 parmakta güdük onarımı yapıldı. Sadece bir hastada güdük bölgesine kısmi kalınlıkta greft kondu. Diğer hastalarda güdük kapama primer onarım ile gerçekleştirildi. Kaybedilen 7 parmağın 4'ü buzdolabında donmuş halde getirilmişti, diğer 3 parmak ise 4 ve 6 yaşlarındaki pediatrik hastalara aitti.

Chang, en iyi replantasyon şartlarını sağlama adına oniki basit manevra tarif etmiş ve replantasyon basamaklarını ayrıntılı olarak belirtmiştir.¹ Özçelik ve ark özellikle distal interfalangeal eklem replantasyonların zorluklarını geniş bir seride incelemiş ve sonuçlarını yayınlamışlardır. Bu çalışmada, beklenen aksine tırnak yatağı seviyesi replantasyonlarının distal interfalangeal eklem seviyesi replantasyonlarına göre daha başarılı olduğu belirtilmiştir.² Birden fazla replantasyonun denendiği vakaların literatürdeki azlığı, çalışmamızı paylaşma amacımızı oluşturmaktadır.³

Birden fazla parmağın, tek cerrahi ekip tarafından replante edildiği durumlarda parmaklar uygun koşullarda ve kısa sürede ulaştırılmışsa replantasyonun başarı oranı tekli replantasyonlarla kıyaslanacak ölçüde yüksektir. Literatürde bu oran tüm replantasyonlar için % 60–65 aralığındadır.^{4,5} Sadece çoklu replantasyonların dahil