

YANIĞA BAĞLI MEME ASİMETRİSİ BULUNAN 20 HASTADA FLEP VE GREFT İLE YAPILAN TEDAVİ SONUÇLARI

TREATMENT RESULTS OF 20 PATIENTS WITH POST BURN BREAST ASYMMETRY: FLAPS OR GRAFTS

Ayşegül Yavuz, M. İlker Bilgiç, Serkan Yıldırım, Tayfun Aköz

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

ÖZET

Puberte öncesi ve adölesan dönemde bayanlarda göğüs ön duvarında oluşan derin dermal yanıklar, memede gelişimsel asimetrisinin önemli nedenlerindedir. Yanık sonucu meme derisi, nipple areola kompleksi ve/veya meme tomurcuğunun zarar görmesi ile normal meme gelişimi engellenebilir. Meme asimetrisini düzeltmek için seçilecek cerrahi teknik mevcut deri kontraktürüne, nipple düşüklüğüne ve hacim asimetrisine bağlı olarak değişir. Bu çalışmada, 2001 ve 2006 yılları arasında memede yanığa bağlı asimetri nedeni ile kliniğimize başvuran yirmi hasta sunulmuştur.

ABSTRACT

Deep chest-wall burns in prepubertal and adolescent girls are an important cause of developmental breast asymmetry. They have the potential to damage the skin, nipple-areola complex, and/or breast bud, thus preventing normal breast development. The choice of surgical technique to correct post burn breast asymmetry is often complicated, and ideal technique should simultaneously address the skin contracture, nipple dystopia and volume asymmetry. We report twenty cases of post burn deformity which were treated in our clinic between 2001 and 2006.

GİRİŞ

Puberte öncesi ve adölesan dönemde kadınlarda göğüs ön duvarında oluşan derin dermal yanıklar, memede gelişimsel asimetrisinin önemli nedenlerindedir.¹ Yanık sonucu meme derisi, nipple areola kompleksi ve/veya meme tomurcuğunun zarar görmesi normal meme gelişimini engellemekle birlikte hastalarda belirgin fiziksel ve psikolojik travma oluşturmaktadır. Hastalarda oluşan fiziksel belirtiler arasında memede belirgin asimetri ve nipple areola kompleksinin yer değiştirmesi yer alır.²

Meme anomalileri hiperplastik, deformasyonel ve hipoplastik olmak üzere üç ana grupta toplanır. Deformasyonel meme anomalileri ise travmatik ve iyatrojenik olarak kendi arasında iki gruba ayrılır. Yanığa bağlı meme anomalileri ise bu sınıflamada travmatik meme anomalilerinin içerisinde yer almaktadır. Yanığa bağlı deformasyonel meme anomalileri daha çok hipoplastik olmak üzere beraberinde deri eksikliği, nipple areola yetmezliği ve/veya glandüler doku eksikliği bulunabilir. Meme hipoplazisi özellikle ilk yanma sonrasında meme dokusunun etkilendiği durumlarda gözlenir. Bu hastalarda meme rekonstrüksiyonu gerekmektedir. Ayrıca meme üzerinde

bulunan skarlı doku meme dokusunu göğüs duvarına yaklaştırırken, memede kontur düzensizliğine ve büyümenin engellenmesine neden olur.³

HASTALAR VE YÖNTEM

Kliniğimize 2001- 2006 yılları arasında, yanığa bağlı meme asimetrisi nedeniyle başvuran 20 kadın hasta takip ve tedavi edilmiştir. Hastalar, travmanın olduğu tarih ile ilk operasyon zamanı arasında geçen süre, toplam izlem süreleri, seçilen yöntem ve komplikasyonlar ile uzun dönem izlemde estetik sonuçlar açısından karşılaştırıldı. Hastalar kliniğimize ilk başvurduklarında mevcut deri kontraktürü, nipple distopisi ve hacim asimetrisi değerlendirilerek seçilecek yönetime karar verilmiştir.

BULGULAR

Kliniğimizde kullanılan yöntemler arasında Z plastiler (9 hasta), deri greftleri (6 hasta) ve lokal flepler (5 hasta) yer almaktadır. Fasya-deri ve kas-deri flepleri, meme kitlesini oluşturmak için kontrollü doku ekspansiyonu sonrası kullanılmıştır. Ortalama hasta izlem süresi 30 ay (6- 64) olup hastaların travma zamanı ile ilk operasyon zamanı arasında geçen ortalama süre 13 (1- 42) yıldır. Postoperatif

dönemde yapmış olduğumuz değerlendirme sonucu greft koyulan 6 hastanın ikisinde greftde kısmi kayıp oluşmuş ve pansuman ile izlenmiştir. Geç dönemde ise tüm hastalarda değişen derecelerde kontraktür gelişmiştir. Z plasti ile kontraktür açılan 9 hastada ise erken dönemde cerrahi gerektirecek bir komplikasyon görülmemiştir.

OLGU 1

Üç yaşında kaynar su ile yanma sonucu her iki memesinde oluşan yanık izleri ve kontraktür nedeniyle 14 yaşında hasta kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Yapılan muayenede her iki inframamarian olukta kontraktür mevcut idi. Her iki nipple, kontraktüre bağlı olarak yer değiştirmişti. Olgunun ameliyat öncesi yapılan laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. Genel anestezi altında hasta ameliyata alındı. Ameliyat tekniği olarak meme büyümesini henüz tamamlamadığı için kontraktür açılıp oluşan defekte sol uyluktan alınan kısmi kalınlıkta deri grefti adapte edildi ve memenin normal büyüme evresini tamamlaması beklendi (Şekil 2).



Şekil 1: Olgu 1, ameliyat öncesi görünüm



Şekil 2: Olgu 1, ameliyat sonrası geç dönem görünümü

OLGU 2

İki yaşında kaynar su ile yanan hasta yanık izleri ve mevcut meme kontraktürü nedeniyle kliniğimize 29 yaşında başvurdu (Şekil 3). Doku genişletici ile latissimus dorsi kas-deri flebi iki seansta yanık



Şekil 3: Olgu 2, ameliyat öncesi görünüm



Şekil 4: İlk operasyonda Latissimus dorsi kası altına yerleştirilen doku genişleticinin ikinci seansta öncesi görünümü



Şekil 5: Ekspansiyon edilmiş Latissimus dorsi kas-deri flebinin yanık alana transferi sonrası görünümü

alana adapte edilmesi planlandı (Şekil 4). Hastamızın birinci seansta doku genişletici latissimus dorsi kas flebinin altına koyularak genişleme sağlandıktan sonra ikinci seansta skarlı alan çıkartılarak oluşan defekt latissimus dorsi kas-deri flebi ile rekonstrükte edildi (Şekil 5). Hastada mevcut meme guddesi eksikliği latissimus kası ile giderilmeye çalışılırken, skarlı cilt ise ekspanse edilen sağlıklı cilt ile rekonstrükte edildi. Hastada erken postoperatif dönemde flepte venöz konjesyon görüldü ve izlemde postoperatif ikinci günde venöz konjesyonun gerilediği görüldü. Hastada herhangi bir yara yeri problemi izlenmedi.

TARTIŞMA

Meme gelişim bozukluğu, yanık sonrasında özellikle glandüler meme dokusunun etkilendiği durumlarda meydana gelmektedir. Glandüler meme dokusu yanıktan etkilenmemiş ise bu dokunun normal gelişimi devam ederken, oluşan deri kontraktürlerinden dolayı normal meme gelişimi engellenebilir. Z plastiler, kontraktür açılması, ek olarak kısmi kalınlıkta deri grefti kullanılarak meme büyümesi sağlanabilir. Meme dokusunun etkilendiği hastalarda ise hacmi sağlamak için meme rekonstrüksiyonu gerekmektedir.³ Meme rekonstrüksiyonu sonrasında eğer etkilenmiş ise nipple-areola kompleksinin de rekonstrüksiyonu gerekir, bu da greft, lokal flep ve dövme ile sağlanabilir.⁴

Göğüs ön duvarının, derin dermal yanıklarında meme cildi, nipple areola kompleksi ve/veya meme tomurcuğunun zarar görmesi ile normal meme gelişimini engellenirken, hastalarda memede belirgin asimetri oluşabilmektedir.⁵ Klinik olarak karşımıza memenin hiç oluşmaması, hipoplastik olması ya da düzleşmesi gibi durumlar ile çıkabilir.⁶ Kliniğimize başvuran hastalarda seçilecek tedavi yönteminin belirlenmesinde memenin gelişimini tamamlamış olup olmaması önem arz eder. Hasta meme gelişimini tamamlamamış ise ilk etapta seçilecek tedavi yöntemleri arasında mevcut meme gelişimini engelleyecek skarın açılması yer almaktadır. Z plastiler, kontraktür açılması, ek olarak kısmi kalınlıkta deri grefti kullanılarak meme büyümesi sağlanabilir. Gelişimini tamamlamış memede ise mevcut asimetri, kontraktür ve hacim eksikliğine yönelik yöntemler uygulanmaktadır.

Rekonstrüksiyon aşamasında seçilecek yöntemler arasında kontrakte olmuş skarın serbestleştirilmesi, inframamarian oluk oluşturulması, deri greftleri, Z plastiler ya da lokal flepler yer alabilir. Ayrıca nipple areola kompleksinin şekillendirilmesi, kontrollü doku genişletilmesi ile fasya-deri ve kas-deri fleplerin kullanımı yer alır. Özellikle meme dokusunun etkilendiği hastalarda hacmi sağlamak için meme yumuşak dokusunun rekonstrüksiyonu gerekmektedir. Özellikle latissimus dorsi ve transvers rektus abdo-

minis kas-deri flebi meme dokusunu oluşturmak için uygun flep seçenekleri arasındadır.³ Rekonstrüksiyon seçenekleri arasında doku genişleticileri de yer almaktadır. Yanıklı ve skarlı dokunun ekspansiyonu normal dokuya oranla zor ve yavaş olmaktadır. Elastik olmayan skarın gerilmesi ile komplikasyon olarak ülserasyon oluşabilmektedir. Bu komplikasyonlardan uzak durmak için doku genişleticiler genişletmek istenilen skarlı alanda submusküler plana yerleştirilmelidir. Argentea ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada doku genişleticileri pektoral kasın altına yerleştirmişler ve böylelikle komplikasyon oranının azaldığını ifade etmişlerdir.⁷ Doku genişletici koyulan bölge ile deri arasında bulunan rezidüel meme dokusu da ekspansiyonun daha başarılı olmasını sağlamaktadır. Oluşan ekspansiyon ile skar yumuşatılarak gerilmektedir.⁶ Kliniğimizde opere edilen ve doku genişletici yerleştirilen hastalarda kontrakte olan doku değil, rekonstrüksiyonda kullanılacak olan doku genişletilmiştir. Bishop ve arkadaşları yanık sonucu memede oluşan hacim kaybının en iyi latissimus dorsi kas deri flebi ile rekonstrükte edilebileceğini savunmuştur. Ayrıca tek seanslı olması, estetik sonucunun en iyi olması ve hastanede kalış süresinin kısa olması bu yöntemin avantajları arasında gösterilmiştir.²

Caroline ve arkadaşlarının yapmış olduğu tek olguluk çalışmada, yanık sonrası inferiora yapışık olan nipple areola kompleksi süperior parankimal pedikül üzerinde süperiora transpoze edilmiştir. Eş zamanlı olarak inframamarian oluk skarı serbestleştirilerek özellikle lateral sütürler ile meme şekillendirilmiştir. Diğer memenin de reduksiyonu ile kontrakte simetri elde edilmiştir.⁵

Yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre kullandığımız yöntemler arasında greft ile rekonstrüksiyonun renk uyumsuzluğu, geç dönemde kontraktür ve hipertrofik skar oluşumu gibi dezavantajları mevcuttur (Şekil 2). Z plasti tekniğinin ise istenildiği kadar kontraktür açılmaması nedeni ile kullanımı sınırlıdır. Mevcut doku yetersizliğinde kontrollü doku genişletilmesi ile hacimleri artırılan fasya-deri ve kas-deri fleplerinin kullanımının daha iyi sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir.

SONUÇ

Hastalar yanığa bağlı meme kontraktürü ile bize başvurduklarında mevcut deri kontraktürü, nipple distopisi ve volüm asimetrisi değerlendirilerek seçilecek tedavi yöntemine karar verilmiştir. Bu çalışmanın da desteklediği gibi uygun olgularda özellikle hacim yetersizliği bulunan hastalarda doku genişletici kullanımı, memede yanığa bağlı deformitelerin tedavisinde hem hastaların hem de cerrahların tercihi olmuştur.

Dr. Ayşegül YAVUZ
Esentepe Mah. Milangaz Cad.
Ünlüer Sit No:46 B Blok No:6
Kartal /Istanbul
E-posta: draysegulyavuz@yahoo.com
Tel: 0216 517 10 29

KAYNAKLAR

1. Neale H W, Smith G L, Gregory R O, MacMillan B G. Breast reconstruction in the burned adolescent female (an 11-year, 157 patient experience). *Plast Reconstr Surg.* 1982;70(6):718-24.
2. Bishop J B, Fisher J, Bostwick J III. The burned female breast. *Ann. Plast. Surg* 1980; 4: 25-30.
3. Sadove A M, Aalst J A V. Congenital and Acquired Pediatric Breast Anomalies: A Review of 20 Years' Experience. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115:1039-50.
4. MacLennan S E, Wells M D, Neale HW. Reconstruction of the burned breast. *Clin. Plast Surg.* 2000;27(1):113-9.
5. Caroline E. Payne, Charles M. Malata. Correction of Postburn Breast Asymmetry Using the Lejour-Type Mammoplasti Technique. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(2): 805-9.
6. Slator R C, Phil D, Postburn Breast Reconstruction: Tissue Expansion Prior to Contracture Release. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90(4):668-74
7. Loss M, Infanger M, Künzi W, Meyer V E. The Burned Female Breast: a Report On Four Cases. *Burns* 2002; 28: 601-5.