

DEV KILLI NEVÜS TEDAVİSİ

THE MANAGEMENT OF GIANT HAIRY CELL NEVI

Necmettin Kutlu,* Seda Asfuroğlu Barutca,** İlker Üşçetin,** Muhammed Beşir Öztürk,** Ufuk Askeroğlu.**

* Medicana International Hastanesi, İstanbul.

**Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

ÖZET

Giriş: Dev kıllı nevüs tedavisinde cerrahi eksizyon tüm tartışmalara karşın en çok tercih edilen yöntemdir. Tedavi seçenekleri arasında çok aşamalı eksizyonlar, deri grefti veya flepler sayılabilir ancak bu yöntemlerin dezavantajları da vardır. Bu çalışmanın amacı dev kıllı nevüs tedavisinde ekspande edilmiş flep kullanımının kozmetik sonuçlarını sunmaktır.

Hastalar ve Yöntem: 2007-2009 yılları arasında 10 dev konjenital melanositik nevüs hastası (beş erkek, beş bayan) alın, boyun, yanak, lumbal bölge ile göğüs ön duvarı ve sırta yerleştirilen doku genişleticiler sonrası ekspande edilen fleplerle opere edildi. Hastaların yaş ortalaması 18 olup, hastalar 3-23 yaş aralığındaydı. Ortalama takip süresi 13 ay olarak kaydedildi. (6-48 ay arası).

Bulgular: Orta yüz bölgesinde sol göz kapağına, medial kantall bölgeye uzanan ve sırt bölgesinde nevuşu bulunan iki hasta hariç tüm hastalarda dev konjenital nevüs tamamen eksize edildi. Bu hastalardan, orta yüz bölgesinde nevuşu bulunan hasta için kapak kenarı ve kirpiklerin korunması amaçlı totale yakın eksizyon tercih edildi. Sırt bölgesinde nevuşu bulunan hasta için ise greft ile rekonstrüksiyon planlandı. Yüz bölgesindeki rekonstrüksiyonlar tek prosedür ile tamamlanmasına karşın lumbal bölgede ve sırta bulunan nevuşler için iki aşamalı doku genişletici yerleşimine ihtiyaç duyuldu. Beş hastada minör ek revizyonlar yapıldı. Takiplerimizde hastalarda major komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma ve Sonuç: Doku ekspansiyonu iyi doku kalitesine ulaşmak ve tatmin edici kozmetik sonuçlar elde etmek bakımından dev konjenital melanositik nevüs tedavisinde optimal bir tekniktir. Bu yöntem sayesinde minimal morbidite ile birlikte bitişik deriyle uyumlu renk ve kalınlıkta büyük flepler elde edilebilir. Bu yöntem aynı zamanda cerrahi operasyon zamanını kısaltır, mikrocerrahi uzmanlığı gerektirmez ve ek bir donör alana ihtiyaç duyulmaz.

Anahtar Sözcükler: Doku genişletici, dev kıllı nevüs, cerrahi eksizyon

ABSTRACT

Introduction: Despite the controversies, surgical excision remains the mainstay modality of treatment for giant hairy cell nevi. Although staged excisions, skin grafting or free flaps are proposed as options, each inherit drawbacks. Hereby we present how good cosmetic results can be achieved by different expanded flaps.

Patients and Method: In the last two years we operated ten patients (five male, five female) with giant congenital melanocytic nevi using expanded forehead, neck, cheek, anterior thoracic wall and lomber flaps. The mean age of the patients was 18 (ranges 3-23 years) The mean follow up period was 13 months (ranges 6-48 months)

Results: In all cases, the giant cell nevi were completely excised except in two patients. In one patient who had a large nevi on her midface extending into the left eyelid and into the medial canthal area, a nearly total excision was implemented to keep the marginal integrity and to preserve the eyelashes; in the other patient who had a nevi on the back, reconstruction with graft was planned. While the facial reconstruction was completed with one procedure, for the lomber and back area we needed two stage expander insertion. Minor additional revisions were required for five cases. No major complication is reported through our patients in the follow up stage.

Conclusion: Tissue expansion is an optimal technique for the treatment of giant congenital melanocytic nevi with excellent tissue quality and satisfactory cosmetic results. Large flaps of color, thickness and texture matched skin can be harvested with minimal donor site disturbances. It also reduces operation time, needs no microsurgical expertise and does not necessitate additional donor area.

Key words: tissue expander, giant hairy cell nevus, surgical excision

GİRİŞ

Dev konjenital nevüs ve ya nevo-cellular nevus nadir görülen bir nöro-ektodermal lezyon olup, görülme sıklığı yeni doğan bebekler arasında 1/20.000'dir.¹ Dev konjenital nevüsün histolojik özelliği epidermal-dermal kesişim bölgesinde veya epiderminin içinde nevomelanosit kümelerinin bu-

lunmasıdır. Daha büyük dev nevüslerde, nevüs hücrelerinin morfolojisi daha karmaşıktır. Nevüs hücreleri nadiren de olsa derinin daha derinlerindeki yapılara (kemik, kafatası, kas) da yayılabilir.²

Dev konjenital nevüs doğumda veya bazı vakalarda bebekliğin ilk yılında ortaya

çıkar. Genel kanı, lezyonların hamileliğin 5. ve 24. haftaları arasında oluştuğudur. Oluşumu genellikle sporadik olmakla birlikte bazı durumlarda kalıtsal etkileşim de gözlenmiştir.² Doğumda bu lezyonlar açık kahverengi olur ancak zamanla koyulaşarak kıl oluşumu gözlemlenir ve deri yüzeyi pürüzlü hale gelir.³ Genellikle yuvarlak ve ya oval olmakla birlikte; boyları, şekli ve anatomik lokalizasyonu değişebilir.

Dev konjenital nevüsün bulunduğu lokalizasyon ve büyüklüğüne göre pek çok tanımı bulunur. Lezyon erişkin dönemde 20 cm 'den büyük ise dev nevüs olarak tanımlanır (Kopf ve ark.).⁴ Diğer bir tanıma göre de yüzde tek aşamada tamamen eksizyonu ve primer kapatılması mümkün olmayan lezyonlar dev nevüs olarak adlandırılmıştır. (Pilney ve ark.).⁵

Melanoma oluşum riski hakkında tartışmalar olsa da, çoğu uzman dev kılı nevüsün doğrudan melanomaya dönüştüğüne inanmaktadır.⁶⁻¹¹ Dev kılı nevüste malign neoplazm görülme olasılığı %2 ile %31 arasında değişen oranlarda rapor edilmiştir.⁶ Bu hastalarda hayat boyu melanoma oluşma riski genel popülasyona göre 16 kat daha fazladır.⁷

Dev kılı nevüste malign dejenerasyon insidansı ve maligniteye dönüşüm süresi tartışmalı olmasına rağmen bu lezyonların tedavisinde çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bu yöntemler arasında küretaj, dermabrazyon, kimyasal peeling, lazer ablasyon, stage eksizyon, deri grefti, serbest flep ve doku eksizyonu ile birlikte bölgesel flepler sayılabilir.^{2,11-14}

Dev kılı nevüs tedavisinde malign transformasyon riskini azaltmak dışında fonksiyonun ve kozmetik görünümün korunması da çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı dev kılı nevüs tedavisinde doku genişleticilerle ekspande edilmiş fleplerin rekonstrüksiyondaki başarısını ve elde edilen kozmetik sonuçları sunmaktır.

HASTALAR VE YÖNTEM

2007-2009 yılları arasında; yaş ortalaması 18 olan (3-23 yaş arası) 5 erkek, 5 bayan olmak üzere toplam 10 hasta opere edildi. Lezyon boyutları 4×7 cm ile 50×55 cm arasında değişmekle birlikte, ortalaması 11×15 cm olarak kaydedildi. Ortalama takip süresi 13 aydı (6-48 ay arası). Baş, boyun ve gövde yerleşimli nevüslerin çıkarılması sonrası oluşacak (Tablo 1) defektlerin kapatılması için alın, yanak, boyun, lomber bölge ile göğüs ön duvarı ve sırtta planlanan fleplerin altına doku genişletici yerleştirildi.

CERRAHİ TEKNİK

Rektanguler ve yuvarlak doku genişleticiler portları dışarıda bırakılarak yerleştirildi. Doku genişleticilerin hacimleri 400cc ile 950cc arasında de-

Tablo 1: Hasta Özeti

Hasta sayısı :	9
Yaş	
Yaş Aralığı:	3-23
Ortalama Yaş:	18
Cinsiyet	
Bayan:	5
Erkek:	5
Lokalizasyon	
Baş ve Boyun:	6
Gövde:	4
Boyut	
Boyut Aralığı:	4x7cm- 50x25cm
Ortalama Boyut:	11x15cm
Takip Süresi :	4-48 ay

ğişmekteydi ve 450 cc ile 1100 cc arasında sıvı ile dolduruldu. İnsizyonlar yanak, boyun, sırt ve lomber bölgede planlanan flepler için nevüsün kenarından ve alın flebi için ise saçlı deriden yapıldı. Doku genişleticiler alın flebi planlanan hastada submusküler, diğer hastalarda ise subkutan olarak yerleştirildi ve tüm hastalara dren kondu. Doku genişleticilerin ilk operasyon sırasında kısmi olarak doldurulması (hacminin %10'luk bölümü) uygun bir şekilde yüzey kıvrımı olmadan konumlandırılmasına ve ölü boşluğun azaltılmasına olanak sağladı. Postoperatif 10. günün ardından 3- 5 gün arayla şişirme işlemine başlandı ve 6-8 hafta boyunca devam edildi.

İkinci operasyonda doku genişleticiler çıkarıldı. Bazı vakalarda rotasyon ve ilerlemeyi sağlamak için kapsül eksize edildi. Flepler alıcı alana yerleştirildi ve donör alan primer olarak kapatıldı.

BULGULAR

Doku ekspansiyonunu takiben tüm rekonstrüksiyonlar başarılı bir şekilde tamamlandı. İki hasta hariç nevüsler tamamen eksize edilerek normal sağlıklı deri ile kapatıldı. Bu hastalardan orta yüz bölgesinde sol göz kapağına ve medyal kantale alana yayılan büyük bir nevüsü olan hasta için kapak kenar bütünlüğü ve kirpikleri korumak amacı ile totale yakın eksizyon yapıldı (Şekil.1,2). Sırt bölgesinde nevusu bulunan hasta için ise iki set doku genişletici yerleştirilmesinin ardından kalan lezyon için greft ile rekonstrüksiyon planlandı (Şekil.3). Yüz rekonstrüksiyonu tek aşamada tamamlanırken, iki vakada (lomber bölgede ve sırtta bulunan nevüsler) iki aşamalı doku genişletici yerleşimine gereksinim duyulmuştur. Beş vakada (3 yüz, 1 lomber bölge, 1 sırt) aşamalı eksizyon ve skar revizyonunu içeren minor ek girişimlere ihtiyaç duyulmuştur (Şekil 4). Takiplerimizde hastalarda major bir komplikasyon gözlenmemiştir.

TARTIŞMA

Dev kılı nevüs tedavisi gerek plastik cerrah gerekse hasta ve yakınları açısından oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Tedavi ile mortal malign melonama riski ortadan kalktığı gibi hastada psikolojik ve duygusal açıdan da olumlu sonuçlar gözlemlenir.

En son çalışmalar melanoma oluşma riskinin %3 ila %9 arasında olduğunu göstermektedir.¹¹⁻¹⁷ Farklı bir çalışma ise dev konjenital melanositik nevüsü bulunan hastalarda malign melanoma oluşma riskinin genel popülasyona oranla %52 daha fazla olduğunu desteklemektedir.¹⁸

Vakaların %70'inde malign transformasyonun 13 yaşında meydana geldiği ve bu nedenle cerrahi eksizyonun çocukluğun ilk yıllarında yapılmasının uygun olduğu bildirilmiştir. Karşın^{9,19} Bize başvuran hastaların yaş ortalaması 18 olmakla birlikte çalışmamıza dahil edilen hastaların hiç birinde malign melonama oluşumu gözlemlenmemiştir.

Küretaj, dermabrazyon, kimyasal peeling ve lazer ablasyon en yaygın tedavi seçeneklerindedir. Bu girişimlerin nevüsleri yok etme konusundaki etkinlikleri ölçülmemiştir.²⁰⁻²² Lazer veya dermabrazyon tedavisini takiben malign transformasyon riskinin azaldığını ortaya koyan bir çalışma da yoktur. Esasında pigmente olmuş dev konjenital kılı nevüsün ışına maruz kalması, lezyonun malign transformasyona dönüşme belirtilerinin takip edilmesini zorlaştırabilir ve lezyondaki pigmentasyon değişiklikleri takip edilemeyebilir.

Cerrahi eksizyon bu lezyonların giderilmesinde tek tedavi yöntemi olarak vurgulanmalıdır çünkü; bu tekniğin nevüs hücrelerinin alınmasındaki etkinliği dökümente edilmiştir.²¹ Literatür taramasındaki bulgulara göre dev konjenital melanositik nevüsün malign melanomaya dönüşme riski %7,5 iken, cerrahi eksizyonu takiben bu oran %0,6 düzeyine inmektedir. Bu bulgular dev konjenital nevüsün cerrahi olarak eksize edilmesinin malign melonama oluşumunun önlenmesi üzerinde profilaktik etkisi olduğunu desteklemektedir.²³

Cerrahi seçenekler stage eksizyon, deri grefti, serbest flep ve doku genişletici kullanılarak planlanan bölgesel flepleri içerir.

Arun K. tarafından da vurgulanan dev konjenital kılı nevüs tedavi algoritmasında; ekstremiteleri içeren diz veya dirsek ekleminin distalindeki lezyonlarda deri grefti kullanılması önerilir.²⁴ Seri eksizyon iki ve ya daha az prosedür gereken, bitişik yapılara zarar verilme riski olmayan lezyonlarda tercih edilebilir. Doku ekspansiyonu baş, boyun veya gövde gibi bölgeleri içeren lezyonlarda önerilir ve bu yöntemle deri greftinden daha iyi sonuç alınır.²⁵

Doku genişletme ameliyatlarında major komplikasyonlar; doku genişleticinin hasarlanması, ekzpozisyonu, flep iskemisi ya da çıkarılmasını gerektiren enfeksiyon oluşması dolayısıyla ek bir ameliyat gerekmesidir. Minör komplikasyonlar genişletmeye bağlı geçici ağrı, seroma, donör sahada köpek kulağı deformitesi, skarın genişlemesidir.

Bu çalışmada boyun, yanak, alın, sırt ve lomber bölgede bulunan dev kılı nevüslerde doku genişleticilerle ekspande edilen flepler kullanılmıştır ve bu fleplerin kozmetik açıdan üstünlüğü ortaya konulmaya çalışılmıştır. Orta yüz ve sırt bölgesinde bulunan lezyonlar tamamen eksize edilmemiştir (Şekil 1,4). Orta yüz bölgesindeki lezyonda ektropiyonu ve kirpik kaybını önlemek için sol medial kantallarda minimal bir lezyon bırakılmış (Şekil 2,3), sırt bölgesindeki lezyon için de greft ile rekonstrüksiyon planlanmıştır (Şekil 4). Cerrahi tedavisi halen devam etmekte olan bir hasta dışında tüm lezyonların eksizyonu başarı ile tamamlanmıştır (Şekil 4b). Yalnızca sırt ve lomber bölgedeki lezyonlar için iki set doku genişletici kullanılması gerekli olmuştur. Flep kaybı, doku genişletici ekzpozisyonu ve enfeksiyon gibi major bir komplikasyona rastlanmamıştır. Tüm hastalardaki fonksiyonel ve estetik sonuçlar tatmin edicidir.

SONUÇ

Rekonstrüktif tedavilerdeki gelişmelere rağmen, uygun olmayan donör alan ve fonksiyonel bölgelerin (göz kapağı gibi) tamamen rekonstrüksiyonunun mümkün olmaması tüm lezyonların kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlarla eksize edilmesine engel teşkil etmektedir. Bu noktada doku ekspansiyonu geleneksel rekonstrüksiyon yöntemlerine iyi bir alternatif olabilir. Doku genişleticiler yeterli büyüklükte ilerletme, rotasyon ve transpozisyon flepleri planlanmasına olanak sağlarlar.²⁶ Ayrıca bitişik dokuyla aynı renk, şekil ve kıl büyümesine sahip homojen bir doku elde edilmesi avantajını sağlarlar.²⁷ Aynı zamanda operasyon süresini kısaltması, mikrocerrahi uzmanlık gerektirmeyişi ve ek bir donör alana ihtiyaç olmaması da ek faydalarındandır. Günümüzde doku ekspansiyonu dev konjenital melanositik nevüsün tedavisi için çok önemli bir gelişmedir.

Dr. Muhammed Beşir Öztürk

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği.

E-Posta: muhammedozturk@msn.com

KAYNAKLAR

1. Castilla EE, Da Graca Dutra M, and Orioli-Parreiras IM. Epidemiology of congenital pigmented nevi: Incidence rates and relative frequencies. *Br J Dermatol* 1981 Mar;104(3):307-15.
2. Charles H. Thorne. *Grabb&Smith's Plastic Surgery*, 6th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2006
3. Jacobson M, Baker DC. Extensive Dev konjenital melanocytic nevus of the face and scalp. *Am J Dermatopathol* 1985;7 Suppl:177-81.
4. Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol* 1979 Aug;1(2):123-30.
5. Pilney FT, Broadbent TR, Woolf RM. Giant pigmented nevus of the face: Surgical management. *Plast Reconstr Surg* 1967 Nov;40(5):469-74.
6. Mark GJ, Mihm MC, Liteplo MG et al. Congenital melanocytic nevi of the small and garment type: Clinical, histologic and ultrastructural studies. *Hum Pathol* 1973 Sep;4(3):395-418.
7. Rhodes AR, Wood WC, Sober A et al. Jr. Nonepidermal origin of malignant melanoma associated with a Dev konjenital nevocellular nevus. *Plast Reconstr Surg* 1981 Jun;67(6):782-90.
8. Egan CL, Oliveria SA, Elenitsas R, et al. Cutaneous melanoma risk and phenotypic changes in large congenital nevi: a follow-up study of 46 patients. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:923-32.
9. Quaba AA, Wallace AF. The incidence of malignant melanoma (0 to 15 years of age) arising in "large" congenital nevocellular nevi. *Plast Reconstr Surg* 1986;78(2):174-9.
10. Ruiz-Maldonado R, Tamayo L, Laterza AM, et al. Giant pigmented nevi: clinical, histopathologic, and therapeutic considerations. *J Pediatr* 1992;120:906-11.
11. Swerdlow AJ, English JSC, Qiao Z. The risk of melanoma in patients with congenital nevi: a cohort study. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:595-9.
12. Arons MS, Hurwitz S. Congenital nevocellular nevus: A review of the treatment controversy and a report of 46 cases. *Plast Reconstr Surg* 1983Sep;72(3):355-65.
13. Bauer BS, Vicari FA. An approach to excision of congenital giant pigmented nevi in infancy and early childhood. *Plast Reconstr Surg* 1988 Dec;82(6):1012-21.
14. Yamamoto Y, Minakawa H, Sugihara T. et al. Facial reconstruction with free-tissue transfer. *Plast Reconstr Surg* 1994 Sep;94(3):483-9.
15. Gur E, Zucker RM. Complex facial nevi:a surgical algorithm.*Plast Reconstr Surg* 2000;106(1):25-35
16. Kaplan EN. The risk of malignancy in large congenital nevi. *Plast Reconstr Surg* 1974;53:421-428.
17. Watt AJ, Kotsis SV, Chung KC. Risk of melanoma arising in large congenital melanocytic nevi: A systematic review. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:1968-74.
18. Zaal LH, Wolter JM, Klip H, van der Horst CM. Risk of malignant transformation of congenital melanocytic nevi: A retrospective nationwide study from the Netherlands. *Plast. Reconstr Surg* 2005;116:1902-9.
19. Watt AJ, Kotsis SV, Chung KC. Risk of melanoma arising in large congenital melanocytic nevi: A systematic review. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:1968-1974.
20. Rompel R, Möser M, Petres J. Dermabrasion of congenital nevocellular nevi: Experience in 215 patients. *Dermatology* 1997;194(3):261-7.
21. Zitelli JA, Grant MG, Abell E et al. Histologic patterns of congenital nevocytic nevi and implications for treatment. *J Am Acad Dermatol* 1984 Sep;11(3):402-9.
22. Grevelink JM, Van Leeuwen RL, Anderson RR et al. Clinical and histological responses of congenital melanocytic nevi after single treatment with Q-switched lasers. *Arch Dermatol* 1997 Mar;133(3):349-53.
23. Marghoob AA, Agero AC, Benvenuto-Andrade C, Dusza SW. Large congenital melanocytic nevi, risk of cutaneous melanoma, and prophylactic surgery. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:868-870; discussion 871-3.
24. Gosain AK, Santoro TD, Larson DL et al. Dev konjenital killi nevüs: A 20-Year Experience and an Algorithm for Their Management. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Sep 1;108(3):622-36.
25. Arneja, Jugal S. M.D.; Gosain, Arun K. M.D. Giant Congenital Melanocytic Nevi. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(1):1e-13e
26. Arneja JS, Gosain AK. Dev konjenital melanocytic nevi of the trunk and an algorithm for treatment. *J Craniofac Surg*. 2005;16:886-93
27. Lindzon G, Zuker RM. Congenital melanocytic nevi. *J Craniofac Surg*. 2003;14:876-9.