

Tam Kat Meme Yanığı Olgusunda TDAP-Flap (Torakodorsal Arter Perforatör Flap) ile Meme Rekonstrüksiyonu

Özlem Cemboluk Ebeler, Atacan Emre Koçman

¹ Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, PREC Kliniği, Sakarya

² Osmangazi Üniversitesi, PREC Kliniği, Eskişehir

Amaç

Literatürde meme yanıklarının akut döneminde yanık yarasının tedavi yönetimi üzerine yayınları sınırlıdır^{1,2}. Genelde yanık sonrası skar nedeni ile ortaya çıkan meme deformitelerinin düzeltilmesine odaklanılmıştır. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonuna benzer şekilde bu tip vakalarda da cilt greftleri, doku genişletici uygulamaları ve ya flap rekonstrüksiyonu seçenekleri uygulanır³. Meme dokusu gland ,cilt ve yağ dokusunu içeren kompozit bir yapıdır. Bu durum memenin derin akut yanıklarında iyileşmeyi zorlaştırmaktadır. Meme hipertrofinin mevcut olduğu olgularda yerçekiminin etkisiyle meme aşağı doğru sarkmakta ve yara yerinde spontan epitelizasyon ve skar retraksiyonu gecikmektedir. Primer kapama yönteminde yaranın tekrar ayrışmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu yazı yukarıdaki şartlar nedeni ile iyileşmeyen bir meme yanığı olgusunda TDAP-flap ile defektin kapatılmasının bir tedavi seçeneği olarak teklif etmektedir.

Olgu:

56 yaşında kadın hasta evde çıkan yangın sonrası 3. gün yattığı sağlık merkezinden kliniğimize transfer edildi. Yapılan muayenesinde yüzde, sol kolda, her iki uylukta ve sağ gövde ve meme üzerinde karışık 2. ve 3.derece toplam vücut yüzeyinin %15'ini kaplayan yanıkları mevcuttu. Yaklaşık 3 hafta boyunca pansuman ve debritleme ile takip edilen hastada cerrahiye ihtiyaç duyulmadan sağ meme üst lateral kadrantındaki nekrotik alan hariç spontan iyileşme görüldü. Sağ memedeki nekrotik alan tam kat debride edildi ve de primer olarak kapatıldı. Hasta taburcu edildi. Ancak operasyondan yaklaşık 1 hafta sonra yarada tam kat açılma görüldü. Aynı şekilde debritleme ve kapatma işlemi uygulanmasına rağmen ikinci operasyondan 5 gün sonra tekrar açılma görülmesi üzerine VAC uygulamasına başlandı. Bir haftalık uygulama sonucunda 7x8 cm'lik granülasyonlu alan elde edildi (resim 1). Yara ayrışmalarının sebebi olarak hastanın meme ağırlığına bağlı yerçekiminin etkisi olduğu düşünüldü. Hastaya öncelikle meme küçültme ameliyatı önerilmesine rağmen hasta operasyonu iki taraflı yapılması zorunluluğu nedeniyle reddetti. Bunun üzerine defektin kapatılması amacı ile TDAP-flap planlandı. Usulüne uygun olarak kaldırılan flap defektif alana yerleştirildi. Hastanın 4 aylık takibinde tekrarlayan yara açılması problemi olmadı (resim 2).

Sonuç:

Meme yanıkları akut dönemde konvansiyonel yöntemlerle tedavi edilir ve gerekli hallerde daha sonra rekonstrüksiyonları planlanabilir^{2,4}. Yara bakımı ile sekonder iyileşme beklenebilir. Yağ dokusunu da içeren tam kat yanıklarda ise iyileşme gecikmektedir. Debritleme sonrası primer onarım düşünülse de bu olguda olduğu gibi meme hipertrofi durumlarında yerçekiminin de etkisiyle gerginlik ortaya çıkar ve yara ayrışması ile sonuçlanır. Burvin ve ark. iyileşmesi geciken meme yanıklarının meme küçültme ameliyatları için bir endikasyon olarak belirlemiştir⁴. Ancak iki taraflı yapılmaz zorunluluğu ve sınırlı lokalize yanık yaraları için geniş bir cerrahi girişim olması nedeni ile bu tedavi her hasta için uygun olmayabilir. Bu durumlarda TDAP-flap ;defektif bölgeye yakınlığı, donör alan morbiditesinin az olması nedeniyle hipertrofik memede yerçekiminin etkisiyle ortaya çıkan gerginliği azaltarak defektin kapatılmasını sağlar. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonlarında iyi bir tedavi seçeneği olan TDAP-flap⁵ bu olguda olduğu gibi meme yanıklarının akut döneminde kapatılmayan yanık yaraları için de bir tedavi seçeneği olabilir.

Resim 1: Sağ meme üst lateral kadrantındaki defektif alan



Resim 1: Sağ meme üst lateral kadrantındaki defektif alan



Resim 2: Postoperatif 4. ayda TDAP-flap ile kapatılan alanın görünümü



Kaynaklar

1. Giele HP, Nguyen H, Wood F, Crocker AD. Management of full thickness burns to lactating breasts. *Burns*. 1994 Jun;20(3):278-80.
2. al-Qattan MM, Zuker RM. Management of acute burns of the female pediatric breast: delayed tangential excision versus spontaneous eschar separation. *Ann Plast Surg*. 1994 Jul;33(1):66-7.
3. Loss M, Infanger M, Künzi W, Meyer VE. The burned female breast: a report on four cases. *Burns*. 2002 Sep;28(6):601-5.
4. Burvin R, Robinpour M, Milo Y, Tamir G, Wolf Y, Hauben DJ. Female breast burns: conservative treatment with a reconstructive aim. *Isr J Med Sci*. 1996 Dec;32(12):1297-301.
5. Adler N, Seitz IA, Song DH. Pedicled thoracodorsal artery perforator flap in breast reconstruction: clinical experience. *Eplasty*. 2009 Jun 16;9:231-42.