

# Skalp Rekonstrüksiyonunda Klinik Tecrübelerimiz

## *Our Clinical Experiences in Scalp Reconstruction*

Serdar DÜZGÜN, Erkin ÜNLÜ, Mustafa DEVECİ, Cihan HASÇİÇEK, Yağmur BALI

*Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye*

Yazışma Adresi: Serdar DÜZGÜN / E-posta: serdarduzgun@gmail.com

### ÖZ

Bu çalışma, kliniğimizde 2007-2012 yılları arasında yapılan skalp rekonstrüksiyonlarına dair elde ettiğimiz sonuçları ve tecrübeleri paylaşmayı hedeflemiştir. Skalp defektlerinin rekonstrüksiyonu zorlu bir süreçtir. Scalp'ın kendine has dokusundan dolayı derinin genişlemesi oldukça azdır. bu yüzden vücudun diğer kısımlarında kullanılan ve derinin elastikiyetinden faydalanan flepler scalp'te çoğu zaman elverişsizdir. Nadiren defekt sekonder iyileşmeye bırakılabilir. Bazen de defekt için elverişsiz olan tedaviler fatal sonuçlar doğurabilir. Skalp rekonstrüksiyonunda birçok metod olup, hepsinin avantajları ve devantajları vardır. Bir skalp defektinin rekonstrüksiyonu için kullanılan en iyi metod, diğer bir skalp defekti için çeşitli dezavantajlara sahip olabilir. Onarım metodunu seçerken birçok faktörü göz önünde bulundurmamız gerekmektedir. Defektin büyüklüğü etiyojisi hastanın yaşı genel durumu ve medikal durumu gibi nedenler seçeceğimiz onarım yöntemini etkilemektedir.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** Skalp, Onarım, Serbest flep

### ABSTRACT

This study aims to share our outcomes and experiences we acquired in scalp reconstructions performed in our clinic between 2007 and 2012. Reconstruction of scalp defects is a challenging process. Rarely, a defect may be left to heal by secondary intention. Sometimes unfavorable treatments for the defect may result in fatal outcomes. There are many methods for scalp reconstruction each of which has its own advantages and disadvantages. The best method for a scalp defect may inherently contain various disadvantages for another. One should consider a number of factors in choosing the repair method. Factors such as the size and etiology of the defect, the age, general appearance, and medical status of the patient affect repair method.

**KEYWORDS:** Scalp, Reconstruction, Free flap

### GİRİŞ

Skalp alnı saçsız bir bölge olarak içine alan ve arkada enseye kadar uzanan saçlı deriyi ifade etmektedir. Squamöz hücreli kanser, Bazal hücreli kanser, anjiosarkoma bağlı tümör eksizyonları ve radyasyona bağlı gelişen nekroz yaşlılarda geniş skalp defektlerine sebep olabilmektedir. Gençlerde ise en sık neden travma ve yanığa bağlı defektler izlenir. İngilizce kaynaklarda scalp ifadesinin açılımı skin connective tissue aponeurosis loose connective tissue periosteum dur. Ayrıca temporal bölgede periost ve perikranyumun üzerinde gevşek bağ dokusu aralığında temporal kas ve temporal fasya mevcuttur (1). Skalp'ı+ besleyen damarlar a.temporalis süperfisiyalis a.aurikularis posterior a.oksipitalis a.supraorbitalis ve a.supratroklaristir (2).

### GEREÇ ve YÖNTEM

2007-2012 yılları arasında tedavi ve takip ettiğimiz hastaları retrospektif olarak taradık. Toplam hasta sayısı 20 idi. Bunlarda 1 tanesi primer onarım ile 2 tanesi deri grefti ile 3 tanesi doku genişletme tekniği (7) ile 3 tanesi rotasyon/transpozisyon flebi ile 6 tanesi rotasyon/transpozisyon flebi + deri grefti ile 5 tanesi serbest flep ile onarıldı (Şekil 1, 2).

### BULGULAR

Hastalarımızda ortalama takip süresi 15 ay oldu. Bu süre içinde yaşamını yitiren olmadı. Rotasyon ve transpozisyon flebi ile onarım yapılan 3 hastada flep distalinde minimal parsiyel nekroz izlendi, total flep kaybı izlenmedi. 2 hastada yüzeysel enfeksiyon gelişti. Doku genişletici kullandığımız 1 hastada sütür hattında açılma oldu. Serbest fleplerde enfeksiyon olmadı. Hasta yaş aralığımız 11 ile 69 arasında değişiyordu. Yaş ortalaması 52.7 idi. Hastaların 5'i kadın 15'i erkekti. 3 hastamızda alopesi ortaya çıktı 1 hastamızda yara izi ve 1 hastamızda da renk uyumsuzluğu izlendi.

### TARTIŞMA

Skalp defektlerinde sekonder iyileşme çok küçük ve yüzeysel defektlerde mümkün olmakta bu da uzun bir zaman almakta ve yara yerinin sekonder enfeksiyonlardan uzak tutmakla mümkün olmaktadır. Galea aponeurotikanın esnemeye izin vermeyen sıklığı nedeni ile 3cm çapın altındaki defekler primer olarak kapatılabilir. Perikranyum veya fasya intakt ise cilt grefti kullanılabilir. Greftin yaşabilirliğini artırmak için de kemiğin en dış tabakasını delmemiz gerekmektedir. Skalp'teki defektlerin kapatmanın kuşkusuz en kolay yolu transpozisyon ve rotasyon flepleri ve donör alanların da cilt grefti ile kapatılmasıdır. Eşlik eden dura defektinin onarımı için de fasya lata

grefti kullanılmaktadır. Böylece saçlı deri saçsız deri ile onarılır. Bunu önlemek için doku genişletme tekniği kullanılabilir (3). Defektin iki yanına defektin %20'sinden daha büyük ekspansiyon koyularak yapılır (4). V-Y ilerletme flepleri de çapı 4-5 cm ulaşan defektlerde başarılı olmaktadır. Yapılacak insizyonlar saç foliküllerine paralel olmalıdır. Komplike olarak da sütür hatlarında alopesi ortaya çıkmaktadır (5). 9 hastada tam kat skalp defektlerinin rekonstrüksiyonu için oksipital superfisyal temporal aurikularis posterior arter tabanlı rotasyon ve transpozisyon flepleri kullanıldı. Saçlı deri defektleri için rotasyon flebi onarım yöntemi olarak kullanılırsa transpozisyon flebinde mecbur olduğumuz donör sahaya greft koyma mecburiyetimiz ortadan kalkmaktadır (6). Bu arada flep kaldırıldıktan sonra galeal taraftan flebi en sıkı iç ünitesi olan galeaya gevşetici insizyonlar yaptık, buna galeal skorlama deniyor.

Bazı yazarlar bu insizyonların damarlara zarar verebileceğini düşündüğünden yapılmaması gerektiğini savunmuştur. Biz 8 cm çapın üzerindeki defektleri ise serbest flep ile onardık (Şekil 3, 4). Özellikle mikrocerrahinin ilerlemesiyle beraber tüm vücuttaki geniş defektlerin onarımında lokal fleplerin kullanılmadığı durumlarda rekonstrüktif mikrocerrahi cerrahlara önemli ölçüde yardım etmektedir. 5 hastanın 3 tanesi latissimus dorsi kas deri flebi ile 1 hasta radial ön kol flebi ile ve 1 hasta anterolateral uyluk flebi ile onarıldı. Skalpteki alıcı damarların özellikle venlerin anatomisinin ve çap farkının dikkatlice elimine edilmesi gerekmektedir. Özellikle elektrik yaralanmalarına bağlı olan defektlerde damarsal injuri zonu (geçici ve/veya kalıcı endotel hasarı) bir hayli proksimalde olduğundan seçilecek flebin pedikül uzunluğu dikkate alınmalıdır. Özellikle alını içeren defektlerde s.temporal arterin



Şekil 1: Yanığa bağlı skalp defekti.



Şekil 2: Doku genişletici uygulaması.



Şekil 3: Elektrik yanığı sonrası skalp defekti.



Şekil 4: Serbest doku aktarımı sonrası defektin kapatılması.

hasarına bağlı olarak uzun bir pediküllü flep seçilerek fasiyal arter ve vene veya onun yaklaşık 2 cm altında s. tiroid artere anastomoz yapılabilir. Çap farkının ortadan kaldırılmasında ise gene daha proksimal alanlardaki venler tercih edilmelidir. Alt ekstremitte yaralanmalarına bağlı defektlerin serbest flepler ile onarım zamanlaması genel kabul görmüş isede diğer alanlara yapılacak serbest flep aktarımlarında herhangi bir süre (endotelial hasarın ilerlemesine bağlı olarak gelişebilecek anastomoz sonrası vasküler problemlerin elimine edilmesi için) belirtilmemiştir. Ancak klinik olarak akut evrede (ilk 6 gün) veya 2. Haftadan sonra serbest flep aktarımı yapılmasını düşünmekteyiz.

#### **KAYNAKLAR**

1. Hoffmann JF: Management of scalp defects. Otolaryngologic Clinics of North America 34(3):571-582, 2001
2. Cormack GC, Lamberty BG: The arterial anatomy of skin flaps, 2nd ed., Hong Kong: Churchill Livingstone, 1994
3. Azzolini A, Riberti C, Cavalca D: Skin expansion in head neck reconstructive surgery. Plast Reconstr Surg 90:799-807, 1992
4. Elliot LF, Jurkiewicz MJ: Scalp and calvarium. In: Jurkiewicz MJ, Krizek TJ, Mathes SJ, Aryan S, eds. Plastic Surgery: Principles and Practice. St. Louis, MO: Mosby, 1990:419-440
5. Demir Z, Velidedeoğlu H, Celebioğlu S: V-Y-S plasty for scalp defects. Plast Reconstr Surg 112:1054-1058, 2003
6. Geoffrey G, Hallock, Allan E: Trevaskis. Refinements of the subcutaneous pedicle flap for closure of forehead and scalp defects. Plast Reconstr Surg 75:903-905, 1985
7. Wackym PA, Feuerman T, Strasnick B, Calcaterra TC: Reconstruction of massive defects of the scalp, cranium, and dura after resection of scalp neoplasms. Head and Neck 247-253, 1990