

# SKAR REVİZYONU VE FASİYAL REKONSTÜRİKSİYONDA KULLANILAN LOKAL FLEPLER

Talip Talha TANYELİ<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Skar tanımı yaralanmış dokunun tamirinden sonra ortaya çıkan kalıcı iz olarak ifade edilmektedir. Cildin herhangi bir hasarından sonra ortaya çıkan ciltsiz alanlarda skar dokusu kalır ve bu durum vücudun kendini iyileştirme şeklidir.

**İdeal bir skar** hiç bir zaman çıkarılamaz ve elimine edilemez ancak iyileştirilebilir,düzeltiler. Skar estetik çizgilere yada cilt pililerine paralel olmalıdır. İdeal bir skar ciltten bulging yada çökme yapmamalı veya ciltte basamak oluşturmamalıdır. İdeal skarda skarın tüm hatları benzer renkte olmalı yada cilt yüzeyine yakın renkte olmalıdır.

Flep cerrahisinde ideal bir skar oluşturmak için anatomik yapıların çok iyi bilinmesi,defektin çok iyi analiz edilmesi gerekir. Ayrıca cerrah her cerrahi işlemin sınırlayıcı prosedürlerinin farkında olmalı ve skarı daha görünür hale getirecek olan uzun, düzensiz ve aşırı düz insizyonlardan kaçınmalıdır(1,2).

## Skar revizyon zamanı

Geleneksel yaklaşıma göre ilk cerrahiden sonra 6 ile 12 ay arasında zaman geçmeden skar revizyon işlemi uygulanmamalıdır. Bu süre skar olgunlaşmasına izin verir. Yara iyileşmesinin 3. Haftasında skar doku kararlılığı ancak %20 seviyesindedir(3). Skar değişmeye ve yara iyileşmesinin remodelling fazında gelişmeye bu süre boyunca devam eder. Kolejen romedellingi ve reoryantasyonu 18 ay boyunca sürer. Bu süreç çocuklarda daha uzun sür-

mektedir. Skar dermabrazyonu ilk yaradan sonra 6-9 ay boyunca meydana gelir. Yara iyileşmesinin ilk 2 ayında yüksek fibroblast aktivitesi ve kolejen remodellingi söz konusudur ve dermabrazyon bu sürede daha etkili bir şekilde oluşur(4,5).

## Skar revizyonunda kullanılan cerrahi teknikler

Skar revizyonunda en uygun cerrahi tekniğin seçimi skar durumuna ve lokasyonuna bağlıdır. Tedavi yaklaşımları eliptikal eksizyon,irregülari-zasyon(Z-plasty,W-plasty),epitelyal abrazyon ve dolgu implantasyonudur.

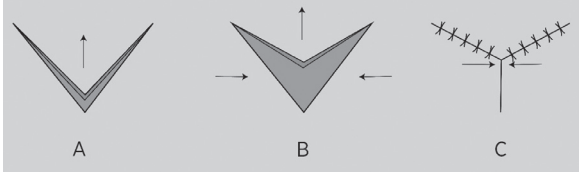
Planlanan cerrahi teknik yara kapanma gerilimini azaltmaya,skar şeklini değiştirmeye,düzgün yaklaşmamış dokuların yaklaştırılmasına ve kontur depresyonunu doldurmaya yöneliktir.

## Eliptikal eksizyon

Dokular arası seviye farkının olduğu skar durumlarında en çok kullanılan skar revizyon tekniği eliptikal eksizyondur. Bozuk veya geniş skarların düzgün estetik sınırlara çekilmesinde oldukça faydalıdır. Eliptikal eksizyon genellikle cilt pililerine paralel ve yüzün uygun alanlarında 2 cm'den küçük skarlar için kullanılır. Fusiform insizyon cilt pililerine paralel şekilde yapılır. Elips şeklinde insizyon cilt bolluğunu korumak için 30° veya daha az açıyla planlanır. Standart eliptikal insizyonla kıyaslandığında lazy S-shaped insizyon yaranın daha kolay kapanmasını sağlayabilir ve yara kapanma geriliminin daha az olmasını sağlar(6).

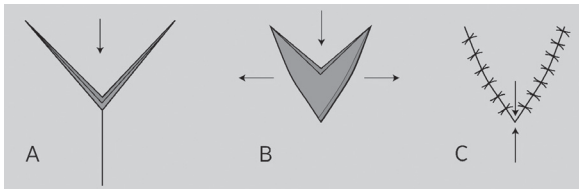
<sup>1</sup> Operatör Doktor, Serbest Hekim, talhatanyeli@gmail.com

oluşmaktadır(Fig. 10). V-Y advancement flep göz kapağı ve vermilion bölgesinde oluşan kontrakte skar dokularının rahatlatılmasında da kullanılmaktadır.



**Şekil 10.** V-Y Advancement flep. Alıcı bölgeye doğru gerilme yada uzatılmadan ziyade geriye yada ileriye ilerleme hareketi yaparak defekt bölgenin kapatıldığı flepler. Yara kapanma şekli Y konfigürasyonunda. Zıt oklar yara kapanma gerilim noktasını göstermektedir. Çizim:Aykut Ateş

Y-V advancement flep de V-Y advancement flebe benzer prensiplere sahiptir sadece oluşan V şekilli flep gerilme ya da uzatılma hareketi ile taşınır (Şek. 11). Oluşturulan V şekilli insizyon doku boşluklarına doğru yayılır ve yara kapanma sırasında oluşan sütür çizgileri V şeklinde ortaya çıkar. Maksimum yara kapanma gerilimi flebin en apeks noktasında meydana gelir.Y-V flepler V-Y fleplere göre daha az uygulama alanına sahiptirler ancak bozulmuş fasiyal bölgelerin yer değiştirme cerrahilerinde daha doğal anatomik pozisyonları nedeni ile daha çok tercih edilirler.



**Şekil 11.** Y-V advancement flep. Yara kapanma şekli V konfigürasyonunda. Zıt oklar yara kapanma gerilim noktasını göstermektedir.

### BİPEDİKÜL ADVANCEMENT FLEP

Bipedikül advancement flep öncelikli olarak skalp bölgesindeki geniş defektlerin kapatılmasında kullanılır.flep defekte yakın bölgede planlanır ve flebin uzun aksı boyunca doğru açıda ilerleme hareketi yaparak defekt bölge kapanır. Bipedikül advancement flepler yüz ve boyun bölgesi rekonstrüksiyonlarında nadiren kullanılır. Buna

rağmen 1 cm'den küçük tamamen ciltsiz hemitip yada alar bölgelerin kapatılmasında burunda tercih edilen bir fleptir. Uzatılmış bir interkartilijöz insizyon yapılır ve flep alar kartilajların alt yüzünden kaldırılarak hemi tip yada alar bölgeye taşınır.

### HİNGE FLEP

Hinge flepler kapak şeklinde flep,turn in flep yada turn down flepler olarak anılırlar. Bu flepler linnere yada eğrisel olarak defekte yakın bölgeden pedikül şeklinde dizayn edilen fleplerdir. Flep ciltaltı dokudan diseke edilir ve flebe doğru kapak gibi kapatılarak oluşturulur.flebin epitelyal kısmı defektin kapatıldığı fasiyal dölgenin internal yada eksternal yüzey kısmını meydana getirir. Hinge flebin açıkta kalan ciltaltı dış yüzey kısmı ise ikinci bir flep ile kaplanır. Bu durun hinge fleplerinde mutlaka ekstra bir flep yada greft kullanılarak oluşan eksternal yüzeyin kapatılması gerekliliğini doğrudur.

Hinge flepler genellikle tamamen ciltsiz olan nazal defektlerin kapatılması için kullanılır. Ayrıca hinge flepler sinofasiyal yada tükrük bezi fistüllerinin kapatılmasında da kullanılırlar.Subkutan doku ve bazaen kas içeren Hinge flepleri cilt üzerinden atlamaksızın kontur defisitlerinin doldurulmasında da kullanılırlar(15).

### SONUÇ

Fasiyal rekonstrüksiyonda lokal flep tercihi hastanın primer patolojisinin anotomik lokalizasyonuna,cerrahın hangi teknikte daha tecrübeli olduğuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. İdeal bir flep dokuyu tam kapatan,en az skar dokusu bırakan ve fonksiyonel açıdan hastada bir kısıtlanmaya yol açmayan bir flep olmalıdır ve cerrah planlamasını bunları göz önünde bulundurarak yapmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Fasiyal rekonstrüksiyon, lokal flepler, skar revizyonu

### Referanslar

1. Tardy ME,Thomas JR,Paschow MS.The camouflage of cutaneous scars.Ear Nose Throat J 1981;60:61.
2. Zakkak TB,Griffin JE,Max DP.Posttraumatic scar revision:a rewiev and case presentation.J Craniomaxillofac Trauma 1984;4:35.
3. Clark RA.Biology of dermal wound repair.Dermatol Clin 1993;11:647.

4. Thomas JR,Hochman M.Scar camouflage.In:Baily BJ,editor.Head & neck surgery-otolaryngology.2nd ed.Philadelphia:Lippincott-Raven;1998.p.2026.
5. Yarborough JM.Ablation of facial scars by programmed dermabrasion.J Dermal Surg Oncol 1998;14:292.
6. Kaplan B,Potter T.Moy RL.Scar revision.Dermatol surg 1997;23:435.
7. Regan JR,Frost TW.Scar revision and camouflage.In:Baker SR,Swanson NA,Editors.Local Flaps in facial reconstruction surgery.St Louis:Mosby;1995.p.587.
8. Thomas JR,Prendiville S.Update in scar revision.Facial Plast Surg 2002;10:103.
9. Gorney M.Tissue dynamics and surgical geometry.In:Kernakan DA, Vistnes LM,editors.Biological aspects of reconstructive surgery.Boston:Little,Brown;1977.
10. Larrabee WF Jr.Design of local skin flaps.Otolaryngol Clin North Am 1990;23:899.
11. Bray DA.Rhombic flaps.In. Baker SR,Swanson NA,Editors.Local Flaps in facial reconstruction surgery.St Louis:Mosby;1995.p.151-63.
12. Zitelli JA.Bilobe flaps. .In. Baker SR,Swanson NA,Editors.Local Flaps in facial reconstruction surgery.St Louis:Mosby;1995.p.165-80.
13. Baker SR,Alford EL.Mid-forehead flaps.Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg 1993;4:24.
14. Menick FJ.Aesthetic refinements in use of the forehead flap for nasal reconstruction:the paramedian forehead flap.Clin Plast Surg 1990;17:607.
15. Johnson TM,Baker SR,Brown MD,et al.Utility of the subcutaneous hinge flap in nasal reconstruction.J Am Acad Dermatol 1994;30:459.