

Sırtta Dev Konjenital Melanositik Nevüsün Abdominoplasti Flebi ile Onarımı

Repair of a Giant Congenital Melanocytic Nevus with an Abdominoplasty Flap: Case Report

Dr. Özgür SUNAY,^a
Dr. Adnan MENDERES,^a
Dr. Seyit Ali KIZILKAYA^b

^aPlastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi AD,
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

^bPlastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği,
Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Giresun
Devlet Hastanesi, Giresun

Geliş Tarihi/Received: 21.04.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 14.10.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Özgür SUNAY
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
ozgur2@hotmail.com

ÖZET Konjenital melanositik nevüsler nevüs hücreleri içermekte olup, doğumda ya da yaşamın ilk yılında ortaya çıkmaktadır. Yirmi cm'den büyük olan nevüsler "dev" olarak adlandırılmaktadır. Bu dev konjenital nevüslerin malignite riski ve kozmetik açıdan eksizyonu gerekmekte, oluşan geniş defektlerin kapatılması her zaman kolay olmamaktadır. Otuz yedi yaşında kadın hasta doğuştan beri mevcut olan sırt ve bel bölgesindeki geniş nevüs şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. "Dev" konjenital nevüs 26x29 cm boyutundaydı ve karın bölgesinden kaldırılan abdominoplasti fleplerinin sagittal split edilip sırt bölgesine rotasyonu ile kapatıldı. Konjenital melanositik nevüsler nadir olarak 20 cm üzerinde "dev" boyutlara ulaşabilmektedir. Kozmetik görünüm yanında malignite riskinin de yüksek olması nedeniyle total eksizyon gerekmektedir. Eksizyon sonrası oluşan geniş defektli alanın kapatılması için uygulanan çeşitli cerrahi tekniklerin yanı sıra, karın bölgesinde yeterli doku fazlası olan hastalarda abdominoplasti flebi ile rekonstrüksiyon da seçenekler arasında değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ben; ben, pigmente

ABSTRACT Congenital melanocytic nevi contains nevus cell of cells of nevus and present at birth or within the first year of life. The nevi with a size of 20 cm are called "giant" nevi. These giant congenital nevi are usually excised due to malignant potential and cosmetic concerns, however resulting wide defects are not easy to repair. Thirty seven year-old-women with a giant congenital nevus of 26 x 29 cm on her back, was admitted to our clinic. The nevus was excised and the defective area was closed with abdominoplasty flaps raised from the abdomen, sagittally splitted and rotated to the back of the patient. Congenital melanocytic nevi rarely exceed giant sizes of more than 20 cm. Total excision is necessary due to malignant potential and cosmetic concerns. Wide defective area may be repaired with various surgical techniques, however, reconstruction with abdominoplasty flaps should also be considered in the patients with an excessive abdominal tissue.

Key Words: Nevus; nevus, pigmented

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(1)260-4

Konjenital melanositik nevüs, melanoblastların normal gelişme, büyüme ve migrasyonunda bozulma sonucu meydana gelir. Nöroektodermal orijinli melanositler ektopik lokalizasyonda anormal birikmektedir.¹ Bu nevüslerin, embriyogenezis sırasında nöral çıkıntının displazisinden kaynaklandığı sanılmaktadır.² Konjenital melanositik nevüsler nevüs hücreleri içermekte olup, doğumda ya da yaşamın ilk yılında ortaya çıkmaktadır. Sonradan beliren lezyonların da doğumda mevcut olduğu ancak pigmentasyonun postnatal periyotta olduğu düşünülmektedir.¹

Genel popülasyonda konjenital melanositik nevüs görülme sıklığı %1 iken,^{5,8} "bathing trunk"⁷ olarak da adlandırılan 20 cm. üzerindeki lezyonların görülme sıklığı ise 1:20.000^{6,8,9}-1:500.000^{5,8} canlı doğumdur. Dev konjenital melanositik nevüs; çapı 20 cm'nin üzerinde olan veya 100 cm² üzerinde yüzey alanı olan ve tek işlemle primer sütürle kapatılması olanaksız lezyon olarak tanımlanmıştır.^{1,2,4} Bununla birlikte büyük ve küçük nevüslerin tanımlanması konusunda fikir birliği yoktur. Bekelerde nevüs büyüklüğü vücut alanına oranlandığında sınıflandırmanın yetersiz oluşu en önemli problemdir ancak genel olarak 20 cm üzeri veya vücut yüzey alanının %2'sinden büyük alan kaplayan lezyonlar dev konjenital melanositik nevüs, 2 cm'den küçük çaplı olanlar küçük konjenital melanositik nevüs ve geri kalanlar da orta büyüklükte konjenital melanositik nevüs olarak isimlendirilmektedir.^{1,6,8} Ruiz-Maldonado ve ark.nın³ yaptıkları çalışmalara göre melanositik nevüsler kızlarda daha sık görülmektedir.

Dev konjenital melanositik nevüs en çok gövdede bulunur ve vücut yüzeyinin %35'ini işgal edebilir. Sınırları belirgin fakat düzensizdir ve çoğu olguda bir dermatom dağılımı gösterme eğilimindedir. En sık anatomik lokalizasyonları; gövde, bacak, kol ve baş-boyun bölgesidir. İsimlendirme, lezyonun aldığı şekile ya da üzerinde kıl bulunmasına göre verilir. Şekilleri genellikle etol, ceket ve pelerin gibi giysilere benzetilir.⁶ Gövdeye yerleşen konjenital melanositik nevüsler "bathing suit" olarak adlandırılan görünümü oluştururlar.^{5,7} El içi ve ayak tabanlarında nadir görülür. Daha küçük nevüsler büyük nevüs etrafında veya vücutta dağınık şekilde yer alabilirler.

Hipertrikozis bu lezyonların yaklaşık %95'inde bulunur. Nevüsün rengi çocuğun büyümesi ile birlikte progressif olarak koyulaşır. Üzerinde papül, nodul ve verrüköz plaklar gelişebilir. Değişiklikler pubertede hızlanır daha sonra büyüme durur ve renk soluklaşabilir.²

Konjenital dev melanositik nevüste melanoma insidansı %1.8-41 arasında bildirilmesine rağmen yaşam boyu malignleşme riskinin %4.6-6.3 arasında olduğu düşünülmektedir.^{2,6,8,11} Melanoma çoğunlukla hayatın ilk dekadında oluşur. Çocuklarda

görülen malign melanomun %40'ı dev konjenital melanositik nevüs üzerinde gelişir.⁶ Bu nevüslerden gelişen malign melanomda prognoz son derece kötüdür. Bunun nedeni, muhtemelen nevüsün koyu pigmente ve düzensiz yüzeyi arasında melanoma gelişiminin geç farkedilmesi ve melanomanın daha çok lezyonun derin dokularında gelişmesine bağlanmaktadır.¹⁰ Ayrıca derinde oluşan malign melanomda metastaz da erken gelişmektedir.²

Konjenital melanositik nevüslerin eksizyonu sonrasında geniş bir defektli alan oluşmaktadır. Özellikle vücut alanının %20'sinden fazlasını kaplayan lezyonların cerrahisi hâlâ zorlu bir süreçtir ve iyi planlanmış multipl cerrahi prosedürler gerektirmektedir.¹³ Geleneksel olarak bu defektli alanlar kısmi kalınlıkta deri grefti, tam kalınlıkta deri grefti, doku genişleticiler veya flep seçenekleri ile kapatılmaktadır.⁴ Son zamanlarda deri eşdeğerleri de geniş alanları kapatabilmesi, donör alan morbiditesi oluşturmaması, daha az skar ve yara kontraksiyonu oluşturması gibi avantajları nedeniyle kullanılmaya başlanmıştır.^{4,5} Ancak çok yüksek maliyetleri ve frajil olmaları nedeniyle rutin kullanımları sınırlıdır. Küretaj, dermabrazyon, lazer ve kimyasal peeling gibi yüzeysel uygulamalar literatürde bulunmakla beraber malignite riski ekarte edilemediği için nevüsün yüzeysel olduğu küçük yaşlarda bile önerilmemektedir.¹

Bu çalışmanın amacı literatürde nadir görülen dev konjenital melanositik nevüs ve bu nevüsün sıradışı bir yaklaşım olan abdominoplasti flebi ile rekonstrüksiyonun sunulmasıdır.

OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında kadın hasta sırt bölgesindeki nevüs nedeniyle kliniğimize başvurdu. Alınan öyküde hasta, lezyonun sırt bölgesinde doğuştan beri mevcut olduğunu ve yaşla birlikte büyüme gösterdiğini ifade ediyordu. Yapılan fizik muayanesinde, T10 seviyesinden lumbosakral alana ve her iki posterior iliak spin seviyesine uzanan 26X29 cm büyüklüğünde, tabanı dar bir üçgen şeklinde, kahverengi, yüzeyi pütürlü ve lezyon sınırları kıllı dev bir konjenital melanositik nevüs olduğu görüldü (Resim 1). Operasyon öncesi olası malign transformasyonu ekarte etmek amacıyla dört kad-



RESİM 1: 37 y. K, sırta nevüs şikayetiyle başvuran hastanın preoperatif görünümü.

randan insizyonel biopsi alındı. Örnek alınan tüm bölgelerde biopsi sonucu melanositik nevüs olarak rapor edildi.

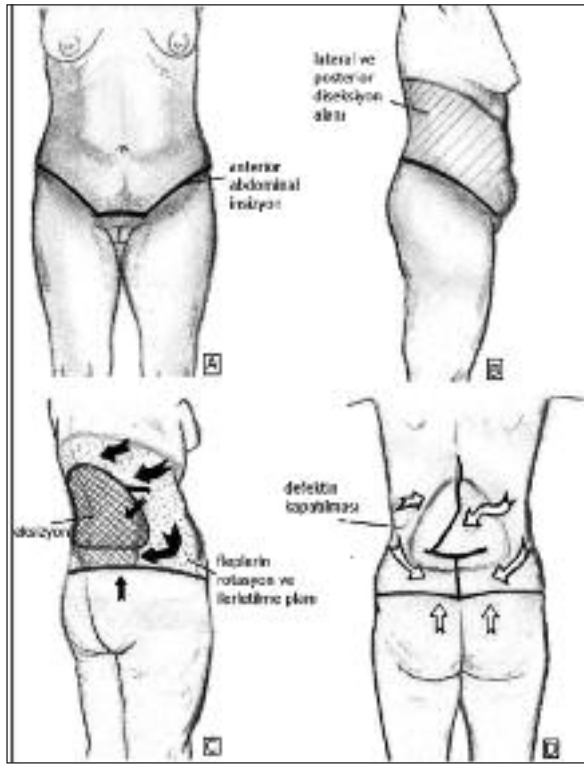
Operasyon planı açısından hasta değerlendirildiğinde, lezyonun tamamının çıkarılıp primer kapatılmasının imkânsız olduğu anlaşılıyordu. Deri grefti ile onarım hem donör alanda bırakacağı skar hem de sırt bölgesinde deprese ve çirkin bir görüntü oluşturacağı için düşünülmedi. Hastanın abdominal bölgesindeki cilt ve yağ fazlalığının sırt bölgesi rekonstrüksiyonunda kullanılmasının uygun olacağına karar verildi (Resim 2).

Genel anestezi altında önce supin pozisyonda abdominoplasti flepleri kostal marjine kadar kas fasyası üzerinden eleve edildi ve umblikus serbestleştirildi (Şekil 1-a). Flep elevasyonu eksternal oblik kas ve latissimus dorsi kasının fasyası üzerinden her iki lateral lomber bölgeye doğru devam edildi (Şekil 1-b). Flep distali orta hattan umblikus insizyonunun olduğu yere kadar sagittal olarak ortadan ikiye ayrıldı. Pubik bölge ve flep santraline “key” sütürlerin konulmasının ardından hasta prone pozisyona alındı, mevcut lezyon 0.5 cm cerrahi sınır ile eksize edildi ve tabanda torakovertebral fasya üzerinden eksizyon yapıldı (Şekil 1-c).

Üçgen şeklindeki lezyon eksize edildiğinde oluşan defektin superior kısmı primer olarak sütüre edildi. Anterior superior iliak spin seviyesinde



RESİM 2: Hastanın preoperatif karın bölgesi cilt ve yağ doku fazlası görünümü.



ŞEKİL 1: Operasyonun şematik görünümü (Şema eklendi). a: Anterior abdominal insizyon. b: Lateral insizyon ve lateral-posterior diseksiyon alanı. c: Eksizyon alanı ve fleplerin rotasyon ve ilerletme planı. d: Rotasyon ve ilerletme flepleri ile defektin kapatılması.

olan lateral insizyonlar posteriorda defektin zeminine kadar uzatıldı. Geri kalan defektli alanlar için her iki yanda oluşturulmuş olan flepler rotasyon ve ilerletme ile defektin tamamının kapatılmasına olanak sağladı (Şekil 1-d). İki adet diren yerleştirilmesinin ardından operasyon sonlandırıldı. Hastanın postoperatif takiplerinde, yara yerinde açılma, seroma, hematoma ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara rastlanmadı. Hastanın erken dönem ve 12 aylık geç dönem takiplerinde yara iyileşmesinin iyi olduğu ve sırt bölgesinde kabul edilebilir bir skar ile iyileşme olduğu görüldü (Resim 3).

TARTIŞMA

Gövde ya da ekstremitelerdeki dev konjenital kıllı nevüslerin ekspansif flep ya da greftler ile onarımı yaygındır. Ekspansif ya da ekspansif olmadan uygulanan deri greftlerinin uzun dönem sonuçları incelendiğinde operasyon alanının deprese, kötü kozmetik görünümlü ve zaman zaman hipertrofik

skarlı olduğu, ayrıca kontür düzensizliklerinin eşlik ettiğinin görülmesi cerrahları flepler ile onarıma yönlendirmiştir.³

Doku genişleticilerin kullanılmaya başlanması ile birlikte dev konjenital nevüslerin cerrahisinde devrimsel bir süreç yaşandığı söylenebilir.^{12,14} Doku genişletici kullanılmasıyla birlikte elde edilen daha geniş yüzey alanları ile daha büyük defektler kapatılabilmiş ve donör alan morbiditesi daha az olmuştur. Doku genişleticilerin uygulama sonrası komplikasyon oranları da oldukça düşüktür. Doku



RESİM 3: Hastanın postoperatif 12. ay operasyon alanı görünümü.

genişletici uygulamalarında yaş önem kazanmakta olup çocuk ve infantlarda doku ekspansiyonunun daha iyi olduğu bilinmektedir.^{3,14}

Doku genişleticilerin önemli dezavantajları; 4-6 hafta civarında şişirme süresi, birden fazla cerrahi prosedür, hospitalizasyon süresinin artması, hastanın işgücüne dönme süresinin uzaması ve erişkin hastalar tarafından tolere edilebilirliğinin az olmasıdır.

Sunulan vakada, lezyonun eksizyonu sonrası oldukça büyük bir defekt oluşacağı, sırt bölgesi elastisitesinin az olması nedeniyle birden fazla seans doku genişletici uygulaması gerekebilecek olması, doku genişleticilerin sırt bölgesine yerleş-

tirilmesi ve uzun süre şişirilmesinin hastanın konforunu kötü yönde etkileyebileceği öngörülmüş, ayrıca hastanın abdominal bölgesinde yeterli doku fazlası olduğu da göz önüne alınarak abdominal flepler ile tek seanslı onarım planlanmıştır. Tek seanslı bu operasyon sonrası hastanın erken dönemde işgücüne dönebilmesi sağlanmıştır. Hastanın 12 aylık uzun dönem takiplerinde kabul edilebilir bir skar ile iyileştiği görülmüştür.

Yeterli abdominal doku fazlası olan hastalarda, karın ön yüzünden kaldırılacak olan abdominoplasti flebi, rotasyon ve ilerletme ile bel ve sırt bölgesi defekti onarımlarında farklı bir alternatif olarak göz önünde bulundurulabilir.

KAYNAKLAR

- Arneja JS, Gosain AK. Giant congenital melanocytic nevi. *Plast Reconstr Surg* 2007;120(2): 26e-40e.
- Akyurek N, Aktaş E. [A case of giant congenital melanocytic nevus]. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 1994;4(1):44-6.
- Ruiz-Maldonado R, Tamayo L, Laterza AM, Durán C. Giant pigmented nevi: clinical, histopathologic, and therapeutic considerations. *J Pediatr* 1992;120(6):906-11.
- Earle SA, Marshall DM. Management of giant congenital nevi with artificial skin substitutes in children. *J Craniofac Surg* 2005;16(5):904-7.
- Warner PM, Yakuboff KP, Kagan RJ, Boyce S, Warden GD. An 18-year experience in the management of congenital nevi. *Ann Plast Surg* 2008;60(3):283-7.
- Amer A, Fischer H. Giant congenital melanocytic nevi. *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47(8):824-6.
- Gupta RR, Puri KJ, Sahani SS. Giant hairy 'bathing trunk' naevus with multiple congenital melanocytic naevi. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68(6):344.
- Rhodes AR. Melanocytic precursors of cutaneous melanoma. Estimated risks and guidelines for management. *Med Clin North Am* 1986;70(1):3-37.
- Hale EK, Stein J, Ben-Porat L, Panageas KS, Eichenbaum MS, Marghoob AA, et al. Association of melanoma and neurocutaneous melanocytosis with large congenital melanocytic naevi--results from the NYU-LCMN registry. *Br J Dermatol* 2005;152(3):512-7.
- Marghoob AA, Schoenbach SP, Kopf AW, Orlow SJ, Nossa R, Bart RS. Large congenital melanocytic nevi and the risk for the development of malignant melanoma. A prospective study. *Arch Dermatol* 1996;132(2):170-5.
- Lorentzen M, Pers M, Bretteville-Jensen G. The incidence of malignant transformation in giant pigmented nevi. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1977;11(2):163-7.
- Koçer U, Aksoy HM, Tiftikçioğlu YÖ, Çöloğlu H, Arslan C. [Reconstruction of the defects of the face resulting from excision of congenital melanocytic nevi with bilobed flaps after tissue expansion]. *Türkiye Klinikleri J Med Res* 2001;19(3):146-51.
- Kryger ZB, Bauer BS. Surgical management of large and giant congenital pigmented nevi of the lower extremity. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(5):1674-84.
- Bauer BS, Margulis A. The expanded transposition flap: shifting paradigms based on experience gained from two decades of pediatric tissue expansion. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114(1):98-106.