

Orijinal makale

Gerçek ve Potansiyel Saçlı Deri Defektleri

Mehmet Oğuz YENİDÜNYA, Onur SERİN, Ali Özgür KARAKAŞ, Murat UÇAK

Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, HATAY

ÖZET

Klinik arşivimizde arkada kalan yıllarda toplanan olgulara yeni gelen olguları da ekleyerek saçlı deri defektlerinin onarımına dair elde ettiğimiz sonuç ve tecrübeleri paylaşmayı amaçlayan bir çalışma yaptık. Saçlı deri defektlerini gerçek ve potansiyel defektler olmak üzere 2 guruba ayırarak değerlendirdik. Gerçek defektler bize geldiklerinde, etyolojik neden ne olursa olsun rekonstrüktif işleme ihtiyaç gösteren doku kayıpları olarak tanımlandı (n:5). Potansiyel defektleri ise bize geldiklerinde doku kaybı olmayan ancak sahip olunan patoloji nedeni ile eksizyonu sonrası defekte sahip olacak hastaların sorunları olarak kabul ettik(n:30). Her iki guruptaki hastalara yardımcı olmak üzere, transpozisyon flebi+deri grefti (n:4), rotasyon flebi+deri grefti(n:2), doku genişletme tekniği (n:5), sadece deri grefti(n:6), veya sadece lokal flepler (n:15), galeal skorlama(n:1), ve bir de primer onarım (n:2) tekniklerinden birini seçtik. Şu sonuçlara vardık: Saçlı deri defektleri ne kadar küçük olursa olsun ciddiye alınmalıdır. Saç içeren skalp defektlerinin onarımında 5-0 sütür materyalinden daha kalın bir iplik kullanma ihtiyacı doğmayacak şekilde, dokular yan yana barışık olarak getirilmelidir. Defekt alan ile donör alanın birlikte onarılabileceği yöntem sadece orta çaplı defektlerde rotasyon flepleri ile mümkün olup, defekt ne kadar küçük olursa olsun mutlaka göreceli olarak büyük bir rotasyon flebi gerekeceği unutulmamalıdır. Potansiyel defektler için doku genişletme tekniği, neoplazik patolojiler hariç mutlaka düşünülmelidir. Saçsız skalp defektlerinde periost korunmuş olduğu takdirde deri greftleri en uygun seçenek olmaya yakındır ve periostun korunmadığı durumlarda da transpozisyon flebi+deri grefti uygun seçenek olacaktır. Galeal skorlama adı verilen yöntem kutis girata tedavisinde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Saçlı deri defektleri; skalp; flep; deri grefti; doku genişletme

GİRİŞ

Skalp deyimi, yüz bölgesinde, alını da saçsız bir bölümü olarak içine alan ve arkada da enseye kadar devam eden, saçlı deriyi ifade etmekte kullanılmaktadır. Saçlar dolayısı ile kadın ve erkeklerde farklı bir anatomopatolojik ve gelişimsel özellikler gösterebilen skalpin, vücudumuzda bir yedeğinin, benzerinin yokluğu önemini artırmaktadır.

Yazışma adresi:

Dr. Mehmet Oğuz YENİDÜNYA
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Antakya-Hatay
e-mail: meogyeh@hotmail.com
Yazının geldiği tarih : 19.07.2011
Yayına kabul tarihi : 24.08.2011

ABSTRACT

True and potential scalp defects

We did a study aiming to share our experience and results coming from our practice on scalp defects including cases that cumulated in the department's archives in the past years and adding on it new comers. We evaluated scalp defects by dividing them into two subgroups: true scalp defects (n:5) and potential scalp defects (n:30). The true defects were diagnosed when a wound was visible requiring reconstructive procedures whatever the reason was. The potential defects were diagnosed when we faced with any pathologies that after its excision a true defect was expected. We selected following techniques to cover both type of defects. Transposition flap and skin grafting (n:4), rotation flap and skin grafting (n:2), tissue expansion technique (n:5), skin grafting alone (n:6), local flaps alone (n:15), galeal scoring (n:1), primary suturing (n:2). We concluded following results: Scalp defects should be taken seriously no matter how much small it is. Scalp defects including hair, should be sutured with 5-0 material keeping tissues together in peace. It should not be forgotten that only a rotation flap can give the chance of closing both donor and recipient site together. Even for a very small defect, a large rotation flap may be required. Tissue expansion technique should always be kept in mind for potential defects unless it is due to a neoplastic pathologies. In scalp defect without hair, a skin graft is close to be the most proper selection when the periosteum is intact. In the cases in which the periosteum is not intact, a transposition flap with skin graft can still be used. Galeal scoring should be preserved for cutis gyrata.

Key Words: Scalp defects; scalp; flap; skin grafting; tissue expansion

Saçlı derinin, kraniyumun beslenmesi üzerine bir etkisi olmamakla beraber, kraniyumun deri ile örtülü olması beklenir. Skalpte ortaya çıkan doku kayıpları, çeşitli etyolojik nedenlerden kaynaklanırsa da biz bunların şu anda varolan doku kayıpları, yani **gerçek skalp defektleri** ve mevcut bir patolojinin tedavisi için yapılacak rezeksiyondan sonra ortaya çıkacak defektler, yani **potansiyel skalp defektleri** olarak ikiye ayrılacağına düşündük.

Rekonstrüksiyona dair bir şeyler söyleyebilmek için her şeyden önce anatominin iyi anlaşılması gerekmektedir. Skalpin anatomik yapısı anlatılırken hemen hemen bütün kaynaklarda İngilizce "scalp" ifadesinin baş harflerine atfedilen tabakalar sayılsa da ("skin, connective tissue, aponeurosis,

loose connective tissue, periosteum”), temporal bölgede periosteum veya perikraniyum denen son tabakanın üzerinde gevşek bağ dokusu aralığını bu kez temporal kasın ve onu örten temporal fasiyanın doldurduğunu hatırlamak zorundayız¹.

Saçlı deriyi besleyen damarlar, direkt kutanöz sisteme ait damarlar olup, temporalis süperfisiyalis, aurikularis posterior, oksipitalis, supraorbitalis ve supratroklearis arterlerinden ibarettir².

Her ne kadar bunları temel alan ince ve uzun flepler kaldırılabilirse de oksipital arterin terminal dallanmalarına o kadar çok güvenilmemesi gerektiği vurgulanmıştır³.

MATERYAL VE METOT

Son 20 yılda takip ve tedavi ettiğimiz olguları geriye dönük olarak değerlendirdik. Bir yandan da yeni gelen olgular oldu ise onları da çalışmaya dahil ettik. Hastaların genel özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Kayıtlardan toplam 35 hastamız olduğu anlaşıldı. Bunların 5 tanesi *gerçek skalp defekti*, 30 tanesi de *potansiyel skalp defekti* olarak değerlendirildi.

Tablo 1. Tedavide Kullanılan Yöntem ve Hasta Sayısı

Primer onarım	2 hasta
Sadece flep ile onarım	14 hasta
Sadece deri grefti ile onarım	6 hasta
Flep+deri grefti	7 hasta
Doku genişletme tekniği	5 hasta
Galeal skrolama	1 hasta

BULGULAR

Hastalarımızın ortalama takip süresi 2 yıl oldu. Bu süre içinde vefat eden hastamız olmadı. Flep veya greft nekrozuna rastlamadık. Bir olguda kraniyopilasta bağlı lokal enfeksiyon bulguları oldu ve takiben flep sütür hattında açılma meydana geldi. En küçük hastamız 4 yaşında ve en yaşlı hastamız da 85 yaşındadır. Yaş ortalaması 42,56’dır. Hastalarımızın 12’si kadın, 23’ü erkeklerden oluştu. Komplikasyonlara baktığımızda, 22 hastamızda komplikasyon gelişmedi. Yedi hastamızda alopesi bir komplikasyon olarak karşımıza çıktı. Üç hastamızda yara izi ve bir hastamızda köpek kulağı deformitesi dikkat çekerken, bir hastamızda da renk uyumsuzluğu fark edildi. Bir hastamızda saçlı deri alanında duyu kaybı ortaya çıkarken, bir hastamızda da flep sütür hattında gerilim olmasına rağmen açılma meydana geldi.

TARTIŞMA

Skalp defektleri, skalpin içerdiği galea aponeurotikanın esnemeye izin vermeyen sıklığı nedeni ile çok küçük olmadıktan sonra primer onarılmaya müsait olmayan bir özellik taşır. Bunu bilen cerrahlar açısından skalp defektlerini kapatmanın en

kolay yolu rotasyon veya transpozisyon yapılan skalp fleplerine ilave olarak donör alanın deri grefti ile örtülmesidir ki bu şart ile tüm skalpin %50’si bile kaybedilmiş olsa onarılabilir⁴.

Ancak bu işlem kaçınılmaz bir şekilde saçlı derinin saçsız deri ile onarılması anlamına gelir ve kimi zaman (kel olmayan hastalarda ve skalplerde) kabul edilebilir vasıfta olmayabilir. Bu durumda doku yedeği yaratmanın bilinen en kolay yolu olan doku genişletme tekniği akla gelir. Bu yöntemin en yararlı olduğu yer skalp defektleridir. İki farklı doku genişletme tekniğinden söz etmek mümkündür: 1. İntraoperatif ve hızlı yapılan, 2. Postoperatif ve yavaş yapılan. İntraoperatif ve hızlı yapılan doku genişletme yöntemi ile deride fizyolojik ve histolojik değişiklikler meydana gelmemektedir.

Bizim tedavi ettiğimiz hastalar arasında intraoperatif ve hızlı yapılan doku genişletme tekniğinden yararlandığımız olgu bulunmamaktadır. Yavaş yapılan doku genişletme işlemine dair, genel olarak büyük defektlerin iki yakasına iki ayrı ekspandır koymak halinde daha güzel sonuçlar alınabileceği vurgulanmaktadır¹. Gerçekten de 5 yaşında bir kız çocuğunda parietal bölgelerin frontal bölge ile birleşme yerinde ortaya çıkan, büyük yanık sekeline bağlı alopesi olgumuzda benzer yöntemle iyi bir sonuç elde ettiğimizi düşünüyoruz (Resim 1).

Doku genişletme tekniğinden yararlanırken onkolojik defektlerde ve dura defekti de olan olgularda endikasyon koymada biraz çekinik davranılması önerilmektedir⁵.



Resim 1. Yanık sekeline bağlı alopesi olgusu

Onkolojik defektlerin onarılması için bir algoritma sunmaya çalışan bir grup çalışmacı da rekonstrüktif işlemleri 5 alt grupta ele almış ve bunlar arasında doku genişletme tekniğine yer vermemiştir. Adı geçen çalışmada onkolojik skalp defektlerinin onarımı için primer onarım-deri greftleri-lokal flepler-bölgesel flepler ve mikrovasküler cerrahi tekniği gerektiren flepler olmak üzere 5 başlık sayılmıştır⁶. Onkolojik skalp defektleri potansiyel defektler gurubunda ele alınabilir.

Tablo 2. Hastalara Dair Bulguların Özeti

No	Defektin Türü	Patolojik Tanı	Defektin Yerleşim Yeri	Yararlanılan Yöntem	Komplikasyon	Yaş Cins
1	Gerçek	Trafik kazası	Sol temporal bölge	Transpozisyon flebi+tam kalınlıkta deri grefti	Alopesi	25-E
2	Potansiyel	Skatrisyel alopesi	Sol temporal bölge	Doku genişletme tekniği	Köpek kulağı deformitesi	12-E
3	Gerçek	Binek hayvandan düşme	Sağ temporoparietal bölge	Rotasyon flebi+tam kalınlıkta deri grefti	Alopesi	8-E
4	Gerçek	Kraniyoplasti Ekspozisyonu	Sol parietofrontal bölge	Transpozisyon flebi +kısmi kalınlıkta deri grefti	Alopesi+Enf. bağlı flep ayrılması	11 -E
5	Potansiyel	Skatrisyel Alopesi	Parietofrontal bölge	Doku genişletme tekniği	Yok	4-K
6	Potansiyel	Deri grefti ile örtülmüş skalp defekti	Sol temporo frontal bölge	Doku genişletme tekniği	Yok	10-E
7	Potansiyel	Skatrisyel alopesi	Sağ temporal bölge	Doku genişletme tekniği	Yok	7-E
8	Potansiyel	Skatrisyel alopesi	Sol frontoparietal bölge	Doku genişletme tekniği	Yok	18-K
9	Potansiyel	Benign deri tümörü	Verteks	İki loblu flep	Yok	40-E
10	Potansiyel	Benign deri tümörü	Osipital bölge	Ying-Yang flep	Yok	17-K
11	Potansiyel	Türban tümörü	Parietooksipital bölge	Eksizyon+Deri grefti	Alopesi	70-K
12	Potansiyel	Yassı hücreli karsinom	Sol temporal bölge	Eksizyon+Deri grefti	Yok	75-E
13	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	47-K
14	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	62-K
15	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	72-K
16	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	59-E
17	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	65-E
18	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	75-K
19	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	75-E
20	Potansiyel	Lenfanjiyom	Alın bölgesi	Eksizyon+İki loblu flep	Yok	48-E
21	Potansiyel	Kutis girata	Tüm skalp	Eksizyon+Galeal skorlama	Bazı alanlarda his kaybı	35-E
22	Gerçek	İyatrojenik	Parietooksipital bölge	Rotasyon flebi+ Deri grefti	Deri grefti alanında minimal çukurlaşma	82-E
23	Gerçek	Trafik kazasına bağlı doku defekti	Parietofrontal bölge	Deri grefti	Yok	32-E
24	Potansiyel	Bazoselüler karsinom	Sol temporoparietal bölge	Tranzpozisyon filebi+deri grefti	Alopesi	65-K
25	Potansiyel	Yassı hücreli karsinom	Verteks	Limberg filebi	Yok	75-E
26	Potansiyel	Deprese skar	Parietal bölge	İki loblu flep	Yok	40-E
27	Potansiyel	Benign deri tümörü	Oksipital bölge	Primer onarım	Yok	17-E
28	Potansiyel	Konjenital dev nevüs	Sol frontotemporal bölge	Tam kalınlıkta deri grefti	Yok	21-K
29	Potansiyel	Sebase nevüs	Frontotemporal bölge	Eksizyon+Primer onarım	Yara izi	17-E
30	Potansiyel	Yassı hücreli karsinom	Verteks	Eksizyon+ Blobe flep	Yok	68-E
31	Potansiyel	Yassı hücreli karsinom	Sağ Frontal bölge	Tam kalınlıkta deri grefti	Deri grefti renk uyumsuzluğu	18-K
32	Potansiyel	Konjenital dev nevüs	Verteks	V - Y plasti	Sütür hattında alopesi	18 - E
33	Potansiyel	Yassı hücreli karsinom	Parietal	Blobe flep+ Tam kalınlıkta deri grefti	Graft iyileşme alanında deplase skar	55 - E
34	Potansiyel	Bazal hücreli karsinom	Sol frontoparietal	Tam kalınlıkta deri grefti	Alopesi	85-K
35	Potansiyel	Yassı hücreli karsinom	Sağ parietal	Transpozisyon flebi+ Kısmi kalınlıkta deri grefti	yok	55-E

Çünkü hastalar bize ulaştıklarında hastalıklı da olsa bir saçlı deri örtüsüne sahiptirler. Buna karşılık gerçek skalp defektleri genellikle travmaları izleyen, kimi zaman kraniyum kaybıyla da birlikte olabilen defektlerdir (Resim 2,3,4).



Resim 2,3,4. Hayvandan düşme sonucu ortaya çıkmış gerçek skalp defekti ve doku genişletme tekniği ile elde edilen sonuç

Gerçek defektler kimi zaman karşımıza başarısızlıkla sonuçlanmış primer onarım çabalarını takiben, yani iyatrojenik olarak da çıkabilirler (Resim 5,6,7).



Resim 5,6,7,8. Temporalis süperfişyalis pediküllü transpozisyon flebinin planlanması

Potansiyel defektler arasında daha sıklıkla karşılaştığımız skatrisyel alopesi olgularıdır. Şunu çok rahatlıkla söyleyebiliriz ki, potansiyel skalp defektleri başlığı altında ele aldığımız skatrisyel alopesinin tedavisi için en uygun yöntem doku genişletme tekniğidir. Bizim bu yazıda sunduğumuz olgular arasında 8 hastamızda bu yöntemden yararlandık (Resim 8,9,10,11). Bu tür hastaların defektleri küçük olduğunda saç ekme bir yöntem olarak mutlaka düşünülmelidir.



Resim 9,10,11,12. Transpozisyon flebinin taşınmasını takiben ortaya çıkan periostlu donör alan defekti

On hastada meydana gelen tam kat skalp defektleri için, parietal, temporal ve oksipital tabanlı transpozisyon flepleri ile defekt alanını örttükten sonra donör alanlarını deri grefti ile örten bir grup çalışmacı, eşlik eden dura defektleri için de fasiya lata grefti kullanılabileceğine vurgu yapmışlardır. Seride sunulan hastaların 4 tanesi ameliyattan sonra, sırası ile ikisi erken dönemde, ikisi de 6-8. aylarda vefat etmişlerdir⁴.

Benzer şekilde 5 onkolojik olgunun sunulduğu bir seride de bir olgu 6 ay sonra vefat etmiştir. Söz konusu çalışmada 4 hastanın frontal bölgede geniş defektleri bulunmaktadır ve temporalis süperfisiyalis arterini taban alan büyük flepler transfer edilerek defekt alanlar deri grefti ile örtülmüştür⁵.

Bazı kaynaklarda, özellikle temporal arter pediküllü olmak üzere bipediküler köprü şeklinde flep ile parietofrontal bölge defektlerinin kapatılabileceği vurgulanmışsa da⁷ bizim bipediküler flepler ile ilgili hiç klinik tecrübemiz olmadı. Ayrıca gelen onkolojik defektlerin çoğunda kraniyum sağlamdı (Resim 12).

Skalp defektlerinin onarımı tartışılırken mutlaka galeal skorlama adı verilen, flebi kaldırdıktan sonra galeal taraftan flebin en sıkı iç ünitesi olan galeaya yapılan gevşetici insizyonları anlıyoruz. Bunların, en fazla, flepte 1-2 cm'lik bir genişlemeye yol açabilecekleri ve üstüne üstlük damarlara kaza sonucu da olsa zarar vermek ihtimalini yanında taşıdığından en iyisi hiç yapılmamaları gerektiğini öneren yazılar olduğu gibi⁵, translüminasyon

eşliğinde dikkatlice yapılmasını öneren yazılar da vardır^{1,4,7}. Bizim olgularımız arasından galeal skorlama veya galeal relaksasyon insizyonları aracılığı ile en büyük yardımı gördüğümüz olgu bir kutis girata hastası oldu (Resim 13,14). Kutis girata gerçekten sık görülmeyen bir durumdur, o kadar ki biz 20 yılda yalnızca bir olgu ile karşılaştık.



Resim 13.



Resim 14.

Resim 13,14. Transpozisyon flebine ilave olarak deri grefti ile onarılmış defektin erken postoperatif görünümü

Bu hastamız için frontal bölgeden yaptığımız eksizyonlara ilave olarak yine frontal bölgede galeal skorlama işlemini damar ve sinirlerin seyrine paralel değil dik olarak yaptık. Çünkü paralel yapmak halinde arzu ettiğimiz yönde gevşemeye yardımcı olmuyordu. Damar ve sinirlere dik gelen yönelimlerle galeal skorlama yapmamız gerekli olduğu için de mutlaka damar ve sinirleri ameliyat lambası yardımı ile translüminasyon yaptırmak eşliğinde kesileri tamamladık.

Literatür taramalarımız sırasında ilgimizi çeken ve sunulan fotoğrafları da gerçekten etkileyici olan bir makaleye rastladık. Hindistan'dan gönderilen ve 7 olguyu içeren bu çalışmada verteks ile purto-tuberensiy oksipitalis eksterna arasında yerleşik

ve çok değişik etyolojilere sahip (onkolojik, doğumsal ve travmatik), ortalama 6x5 cm.lik defektler için oksipital arteri pedikül sayan ve enlemesine planlanmış V-Y ilerletme flepleri tarif edilmiştir. Çalışmacılar 7 olgunun 4 tanesinde iki taraflı, 3 tanesinde de tek taraflı bu flebi kaldırmışlardır. Ciddiye alınabilecek komplikasyon özellikle sütür hatlarında ortaya çıkan alopesi sunulmuştur⁸. Buna benzer tarzda alın bölgesinde de frontal kasların bilateral supraorbital ve supratroclear arterlere zarar verilmeden serbestleştirilmesini takiben yine enlemesine planlanan V-Y fleplerden yararlanılabileceği 2 olgu eşliğinde sunulmuştur. Bu 2 olgu eşliğinde, subkutan pediküllü skalp flebi ile alın defektlerini kapatan çalışmacılardan ikinci isim olan çalışmacı daha önce yazdığı başka bir makalesine de atıfta bulunarak, subkutan pediküllü flep hazırlamanın skalp gibi kemiğe yakın dokularda çok kolay olmadığını da dile getirmektedir. Bu makalede yazarlar 2 olgu sunmakla beraber son 10 yılda benzer yöntemle 20 rekonstrüksiyon gerçekleştirdiklerini de dile getirmişlerdir⁹.

Oniki benign patolojiye ait defektleri içeren bir klinik çalışmada, yine skalpte subkutan pediküllü flepten yararlanılmıştır. Ancak bunlar genel olarak küçük çaplı defektlerde kullanılmıştır¹⁰.

Saçlı deri defektleri için rotasyon flepleri bir onarım yöntemi olarak seçildiğinde, transpozisyon fleplerinden farklı olarak donör alanın greftlenme ihtiyacı ortadan kalkabilir. Ancak rotasyon fleplerinin köpek kulağı deformitesi ve bekkat işlemine ihtiyaç göstermesi gibi söz konusu edilebilecek dezavantajlarından kurtulmak gayesi ile farklı bir dizaynda planlanmalarının mümkün olduğu, Hindistan'dan bir çalışmacı tarafından iddia edilmiştir. Küçük ve orta çaplı olarak adlandırabileceğimiz defektler için uygun olduğu söylenen bu yöntemin anlatıldığı makalede, tümörlere bağlı defektler dışında burun rekonstrüksiyonu için kullanılan alın orta hat fleplerinin donör alanlarını kapatmakta da bilateral olarak bu tür rotasyon flebi dizaynlarının kapatma kolaylığı sağlayacağı vurgulanmıştır.

Klasik rotasyon fleplerinden farklı olarak, önerilen rotasyon flebinin planlanmasında defekt alanı bir üçgen şeklinde çerçevedikten sonra rotasyon flebine taraf kalan üçgenin kenarını proksimale doğru uzatmak ve o noktaya rotasyon yapıyormuş gibi planlama yapmak önerilmektedir. Yani, aslında yazarlar defekte değil de ondan daha büyük hayali bir defekte rotasyon flebi önermiş olmaktadır, bir farkla ki, sağlam bir miktar doku bekkat tarafında değil de defekte komşu tarafta atılmayı gerekli kılmaktadır¹¹. Ancak bu atılacak doku miktarı da uzatma işlemi sonsuza uzadığında geometrik anlamda sifıra yaklaşmaktadır.

Biz bu çalışmada hastalarımızı gerçek ve potansiyel skalp defektleri olarak ikiye ayırarak değerlendirdik. Gerçek defektler ile potansiyel defektler arasındaki farklar Tablo 3'de özetlenmiştir. Aslında böyle bir ayırım yapmayı gerekli bulduğumuzda beklentimiz, her iki grupta aşağı yukarı birbirine yakın sayılarda hastamız olacağı yönünde idi. Öyle olmadığını geriye dönük olarak anlamış olduk.

Gerçek defektlerin sayısı potansiyel defektlerden daha azdır. Ancak bu az oluş, *gerçek skalp defekti* diye bir kavramı yok saymamızı gerektirmez. Diğer yandan gerçek skalp defektleri iyatrojenik olmadıkları takdirde genç insanlarda ortaya çıkma eğilimindedir (yaş ortalaması 19).

Nihayet, gerçek skalp defektlerinin tümü de erkek hastalarda meydana gelmiştir. Bu durum erkek popülasyonunun travmalara daha açık bir hayat yaşamakta olması ile ilgili olabilir diye yorumlandı.

Tablo 3. Gerçek Defektler ile Potansiyel Defektlerin Tanımsal Özelliklerinin Kıyaslanması

Özellik	Gerçek Skalp Defekti	Potansiyel Skalp Defekti
Planlama için vakit	Az	Çok
Rekonstrüksiyon anındaki defekt ile boyut	Aynı	Farklı olabilir
Hasta beklentileri	Gerçeğe yakın	Gerçeklerden uzak olabilir
Kanama potansiyeli	Yok	Var

REFERANSLAR

- Hoffmann JF. Management of scalp defects. Otolaryngologic Clinics of North America 2001;34(3):571-82.
- Cormack GC, Lamberty BG. The arterial anatomy of skin flaps, second edition, Churchill Livingstone, Printed in Hong Kong 1994.
- Oishi SN, Luce EA. The difficult scalp and skull wound. Clinics In Plastic Surgery 1995;22(1):51-9.
- Lesavoy MA, Dubrow TJ, Schwartz RJ, Wackym PA, Eisenhauer DM, McGuire M, et al. Management of large scalp defects with local pedicle flaps, Plast reconstr Surg 1993;91(5):783-90.
- 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 1990;247-53.

- Iblher N, Ziegler MC, Penna V, Eisenhardt SU, Stark GB, Bannasch H. An algorithm for oncologic scalp reconstruction. Plast Reconstr Surg 2010;126(2):450-9.
- Lawrence MF. Scalp flaps, J Dermatol Surg Oncol 1991;17:190-9.
- Sharma RK, Tuli P. Occipital artery Island V-Y advancement flap for reconstruction of posterior scalp defects. J Plast reconstr Aesthet Surg 2010;63:410-15.
- Geoffrey G, Hallock, Allan E. Trevaskis. Refinements of the Subcutaneous Pedicle Flap for Closure of Forehead and Scalp Defects, Plast Reconstr Surg 1985;75:903-5.
- Sakai S, Soeda S, Terayama I. Subcutaneous pedicle flaps for scalp defects. BRJ Plast Surg 1988;41:255-61.
- Ahuja RB. Geometric considerations in the design of rotation flaps in the scalp and forehead region. Plast Reconstr Surg 1988;81(6):900-6.