

SALABRAZYON VE DERMABRAZYON SAHALARININ
ÖRTÜLENMESİNDE AMNİOTİK ZARIN
KULLANILMASI

Dr. İbrahim ÇİVİ (*)

Ö z e t :

Dermabrazyona kimyasal yakma işleminin katılarak deri lezyonlarının tedavi edilmesi işlemine salabrazyon denilmektedir.

Bu cerrahi işlem sırasında yüzeysel deri ve kötü oluşumlar atıldıktan sonra ter bezleri, yağ ve kıl folliküllerinden gelişen epitelizasyon açık sahayı örtmektedir. Bu yeni oluşacak epitelin korunması, enfeksiyona mani olunması için antibiyotik emdirilmiş gazlar örtülmektedir. Bu örtü yerine tarafımızdan daha önce greft alınmış sahaların örtülmesinde çok iyi sonuç aldığımız fizyolojik ve biyolojik özellikleri içeren amniyon zarını taze ve kurutulmuş şekli ile uyguladık.

Aldığımız çok iyi sonuçlar nedeni ile bu yöntemin kullanılmasını önerdik.

S u m m a r y :

(Using an amniotic membran for Cover the Areas of Dermabrasion and Chemical Peeling).

Salabration is the treatment of the skin lesions by adding chemical peeling procedure to dermabrasion.

During this surgical procedure after the superficial skin and effected tissues are removed, the growing epithelisation from the sweat glands, fat and hair follicules is cover the open area. Antibiotics embedded mesh gauses are used to cover the area will be repithelised to protect and prevent from infection.

(*) Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Başasistanı.

We applied, fresh, specially stored and dried amniotic membrane, (which has biological and physiological functions and proved to be excellent effects to cover splitthickness graft donor area) to place mesh gauze cover.

We strongly recommend the use of this method, as we have had excellent results from it.

Yüzdeki izleri silebilmede 18. asırdan bu yana basit ve etkin yöntemler araştırılmış ve uygulanmıştır. Salabrazyon, mekanik ve kimyasal abrazyonun birlikte kullanılmasıdır. İlk kez 1972'de Dupont tarafından uygulanmış ve tanımlanmıştır. Mekanik veya cerrahi abrazyonun amacı travmatik skarlar, akne skarları, çiçek, su çiçeği, nevüs, iyi huylu tümörler ve tatuajların y üzde oluşturduğu renk ve görünüm bozukluğunun giderilmesidir.

Derinin soyulması, aşındırılması veya yontulması anlamına gelen derm-abrasyon, epidermis ve yüzeysel dermal tabakanın deri ekleri korunarak çıkarılması ve re-epitelizasyonun sağlanmasıdır. Dermabrazyondan sonra derinin arta kalan eklerinden (ter, yağ bezleri, kıl follikülleri) yeni epidermal tabaka oluşur. Bu nedenlerle deri eklerinin çok olduğu vücut bölgelerinde dermabrazyona yanıt daha iyi olacaktır. Deri eklerinin az olduğu bölgelerde ise dermabrazyondan sonra iyileşmede yetersizlik ve nedbe dokusu oluşmaktadır. Göz kapakları dışında yüzün derisi vücudun diğer kısımlarındaki derilere göre daha kalın ve deri ekleri yönünden çok zengin olduğundan, yüz vücudun diğer yörelerine göre dermabrazyon için en uygun bölgedir. Abrazyon yapılan bölgenin iyileşmesi split-thickness graft alınan alanların aynı olup deri eklerinden olan epitel ilerlemesi ve yara kenarlarından olan epitel ilerlemesi abraze edilen bölgeyi örtmektedir. Deri eklerinin yüzeyinde, üç gün içinde yeni epidermal hücreler görülmekte, beşinci gün epidermis çok ince olarak tamamen yenilenmektedir. Ancak oluşan epidermis alttaki tabakalara bağlayıcı elemanlardan yoksundur. Derinin yenilenme süresi ve üzerindeki pansuman ve dışardan gelen etkilere bağlı olarak 7-10 gün olup pansumanın erken açılması yeni epiderminin zedelenmesine neden olmaktadır.

Cerrahi abrazyonda deri eklerinden ayrılan epitelial hücreler bazen «milia» denilen küçük epitelial kistlere neden olmaktadır.

Ameliyat sonu bakımı ve pansuman sonuca etkin olmaktadır. Normal koşullarda ameliyatın sonunda yara yüzeyinde seröz sızıntı olmakta, bu sızıntı kurutulduktan sonra antibiyotikli pomat emdirilmiş gaz bezi konup sarılarak 24-48 saat sonra açılması uygulanmaktadır. Pansuman açıldıktan sonra kurumak üzere bırakılan antibiyotik emdirilmiş gazlar özellikle

birleşme ve katlanma yerlerinde açık bölge kaldığında enfeksiyona neden olmaktadır. Ayrıca tül gazların birleşim yerlerinde iyileşmeden sonra erken dönemlerde uzun süre devam eden nedbeler oluşmaktadır.

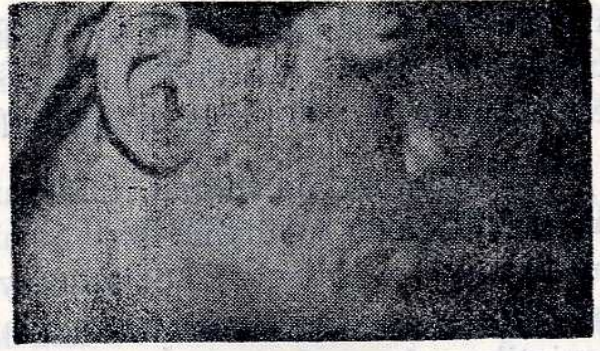
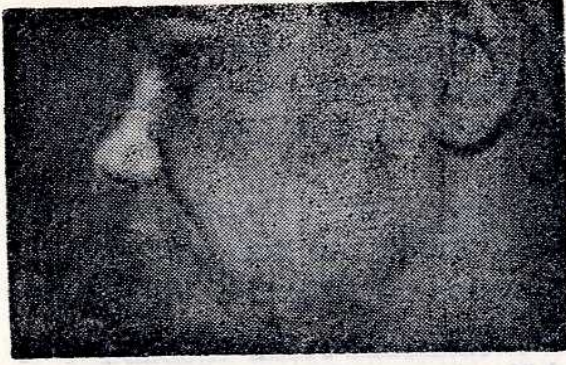
Enfeksiyonun önlenmesi, salabraze bölgenin düzgün biçimde ve kısa sürede iyileşmesi için daha önce tarafımızdan donör alanların enfeksiyondan korunması, düzgün re-epitelizasyonun sağlanması ve kısa sürede iyileştirilmesi amacı ile uygulanmış olan taze, depolanmış veya kurutulmuş amniotik zarların dermabrazyon yapılan bölgelere örtülmesi düşünülmüş ve uygulanmıştır.

Materyel ve Metod :

Son beş yıl içinde (1977-1982) Gülhane Askeri Tıp Akademisinde (G. A.T.A.) 34 vakaya salabrazyon uygulandı. Amniotik zarlar seorlojik ve mikrobiolojik kontrolları tabii olan vaginal doğumların plasentalarından elde edildi. Amniotik zarlar placenta, chorion zarı ve yapışık olan kan pıhtıları ayrılıp serum fizyolojik içinde üç kez yıkandıktan sonra, içerisinde yarı yarıya serum fizyolojik ve serum glikoze olan şişelere konuldu. % 1 oranında streptomycin eklendi. Bu biçimde hazırlanan şişeler buzdolabında +4°-0° C de üç ay süre ile saklanabildi. (11)

Bu şekilde hazırlanan amnion zarları kurutulmak üzere düz yüzey oluşturacak şekilde asıldılar. Kurutulduktan sonra naylon torbalara kondu ve etilen oksit gazı ile sterilize edilerek uygulanıma hazır hale getirildiler.

Vakalarda salabrazyon yapılacak bölgenin genişliğine göre lokal veya genel anestezi altında % 90'lik fenolden 1,5 cc, distile sudan 1 cc, cerrahi sabundan 4 damla coroton yağından 1 damla karıştırılarak hazırlanmış olan fenol solüsyonu sürülerek beş dakika beklendi. Yanmış olan bölgeler dermabratör ile yüzey sıyrılarak atıldı. Bu dermabrazyona derinliği yüzeysel greft alınmış bölgelerde gördüğümüz kanama tipi oluncaya kadar devam edildi. Dermabrazyon bitirildikten sonra bölge serum fizyolojikli kompreslerle ykanarak kurutuldu. Taze hazırlanmış, kurutulmuş veya soğukta muhafaza edilmiş amniotik zarlar bölgeye uygulandı. Üzerine pansuman uygulanmaksızın kendiliğinden kurumaya bırakıldı. Abrazyon yapılan bölgenin etrafa dokunmamasına özen gösterildi. Akne skarlı bir vakada ameliyat öncesi görünüm Resim 1-a ve 1-b de görülmektedir. Salabrazyon yapılan vakaların yaş ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 1 de görülmektedir. Vakaların % 73.5 i 15-34 yaş grubundadır. Vakaların çoğunluğunu hizmet verilen grubun özelliği nedeni ile beklenenin tersine erkekler oluşturmaktadır.



Resim 1 a) Akne Skarlı bir olgumuzun ameliyat öncesi

Resim 1 b) Akne Skarlı bir olgumuzun ameliyat öncesi

Tablo 1 : Yaş ve Cinsiyete Göre Vakaların Dağılımı

Y A Ş G R U B L A R I

Cinsiyet	15-24		25-34		35-44		45-54		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Erkek	10	29.4	4	11.8	1	2.9	2	5.9	17	50.0
Kadın	6	17.6	5	14.8	3	8.8	3	8.8	17	50.0
Toplam	16	47.0	9	26.6	4	11.7	5	14.7	34	100.0

Salabrazyon uygulanan lezyon çeşitleri Tablo 2'de görülmektedir. Vakalarını çoğun akne skarları ve travmatik skarlar oluşturmakta olup bu grubunda % 57.1'i kadındır. (12 olgu).

Tablo 2 : Lezyon Çeşitlerinin Yaşa ve Cinse Göre Dağılımı

Y A Ş G R U B L A R I

Lezyon Çeşitleri	Cinsi	15-24		25-34		35-54		45-54		Toplam	
		S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Akne	E	2	5.9	2	5.9	—	—	—	—	4	11.8
Skarı	K	2	5.9	2	5.9	1	2.9	—	—	5	14.7
Travmatik	E	3	8.8	1	2.9	1	2.9	—	—	5	14.6
Skarı	K	3	8.8	3	8.9	1	2.9	—	—	7	20.6
Yaşlılık	E	—	—	—	—	—	—	2	6.0	2	6.0
Çizgileri	K	—	—	—	—	1	3.0	3	8.8	4	11.8
Nevus	E	3	8.8	1	2.9	—	—	—	—	4	11.7
Tatuaj	K	1	2.9	—	—	—	—	—	—	1	2.9
	E	2	5.9	—	—	—	—	—	—	2	5.9
Tatuaj	K	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Toplam		16	47.0	9	26.5	4	11.7	5	14.8	34	100.0

Akne skarlı bir vakaya amniotik zarın uygulanışı Resim 2-a'da görülmektedir. Aynı vakanın ameliyat sonu 1. günü Resim 2-b de, 6. günü Resim 3-a ve 3-b de görülmektedir.



Resim 2 a) Akne Skarlı bir olgumuzu ameliyat esnasında amniyon zarının uygulanması

Resim 2 b) Amniyon zarının Ameliyat sonrası birinci gün



Resim 3 a) Akne Skarlı bir olgumuz ameliyat sonrası 6ncı gün

Resim 3 b) Akne Skarlı bir olgumuz ameliyat sonrası 6 ncı gün

Resim 3 c) Olgumuzun ameliyat sonrası birinci ayı

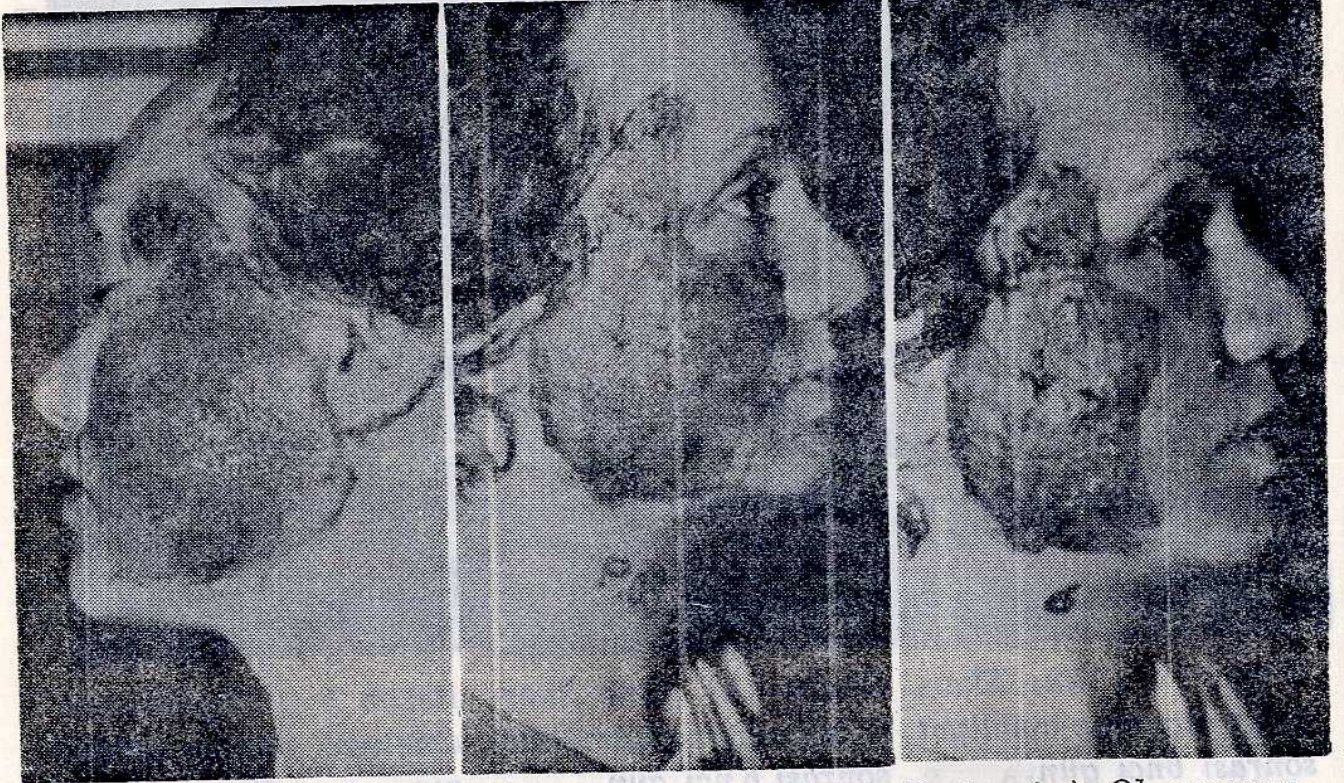
Salabrasyon sahalarına uyguladığımız taze, depolanmış veya kurutulmuş amnion zarları çok kolayca alttaki dokuya yapışmakta idiler. Uygulamada aralarında bu yönde bir farklılık saptanmadı.

Lezyonlara göre uyguladığımız amnion zarı çeşitlerinin dağılımı tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3 : Salabrazyon Yapılan Lezyon Çeşitlerinde Kullanılan Amnion Zarlarına Göre Dağılımı

Lezyonlar	Amnion Zarları						Toplam	
	Taze		Saklanmış		Kurutulmuş		S	%
	S	%	S	%	S	%	S	%
Akne Skarı	5	14.7	2	5.9	2	5.9	9	26.5
Travmatik Skar	5	14.7	4	11.8	3	8.8	12	35.3
Yaşlılık Çizgileri	1	2.9	3	8.8	2	5.9	6	17.6
Yüzde Nevüs	1	2.9	—	—	4	11.8	5	14.7
Tatuaj	1	2.9	—	—	1	2.9	2	5.9
Toplam	13	38.2	9	26.5	12	35.3	34	100.0

Kurutulmuş amnion zarı uygulamasına ait vakalarımızdan bir tanesinde ameliyat günü, ameliyat sonu 3. gün ve 6. gün, Resim 4 (a-b-c) de görülmektedir.



Resim 4 a) Kurutulmuş amniyon zarı uygulanmış bir olgumuzun ameliyat günü

Resim 4 b) Olgumuzun P.O. 3 ncü günü

Resim 4 c) Olgumuzun P.O. 6 ncü günü

Amniotik zar ile örtülmüş lezyonlarda iyileşme ve zarın yapıştığı yüzeyden ayrılma günleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4 : Amnion Zarlarının Uygulandııkları Sahadan Ayrıldııkları Günlere Göre Dağılımı

Amnion Zarı	G ü n l e r						Toplam	
	5-6		7-8		9-10			
Çeşitleri	S	%	S	%	S	%	S	%
Taze	1	2.9	10	29.4	2	5.9	13	38.2
Saklanmış	—	—	6	17.7	3	8.8	9	26.5
Kurutulmuş	1	2.9	4	11.8	7	20.6	12	35.3
Toplam	2	5.8	20	58.8	12	35.3	34	100.0

Vakaların çoğunda (% 58.8) zarların 7-8. günlerde yüzeyden ayrıldığı saptanmıştır. Uygulanan zar çeşitlerinin yüzeyden ayrılma zamanları arasında fark saptanmamıştır (Tablo 4). Lezyon çeşitlerine göre uygulanan amniotik zarların salabrazyon alanlarından ayrılma günleri Tablo 5'de görülmektedir.

Tablo 5 : Lezyon Çeşitlerine Göre Salabrazyon Sahasından Amnion Zarlarının Ayrılma Günlere Göre Dağılımı

Lezyonlar	G ü n l e r						Toplam	
	5-6		7-8		9-10			
	S	%	S	%	S	%	S	%
Akne Skarı	1	2.9	7	20.7	1	2.9	9	26.4
Travmatik Skar	1	2.9	6	17.7	5	14.8	12	35.2
Yaşlılık Çizgileri	—	—	3	8.8	3	8.8	6	17.6
Nevus	—	—	3	8.8	2	5.9	5	14.7
Tatuaj	—	—	1	2.9	1	2.9	2	5.8
Toplam	2	5.8	20	58.8	12	35.3	34	100.0

Amniotik zarların lezyon çeşidine göre farklılık göstermeyip çoğunlukla (% 58.8) 7-8. günlerde yüzeyden ayrıldığı görülmektedir (Tablo 5).

Amniotik zar uygulanan vakalarda görülen komplikasyonlar Tablo 6'da görülmektedir. (F. : 9)

Tablo 6 : Amnion Zarı Uygulanmış Vakalarda Görülen Komplikaşyonların Lezyon Çeşidine Göre Dağılımı

Komplikasyon	Lezyonlar				Tatuaj	Toplam
	Akne Skarı	Skarı	Yaşlılık Çizgileri	Yüzde Nevüs		
Kanama	—	—	—	1	1	2
Serum toplanması	—	1	—	—	1	2
Enfeksion	—	—	—	—	—	—
Fenol zehirlenmesi	—	—	—	—	—	—
Milia	3	—	1	—	—	4
Hiperpigmentasyon	2	—	1	—	—	3
Skar	—	—	—	—	—	—
Toplam	5	1	2	1	2	11

Komplikasyon olarak 3 vakada milia oluşumu, 2 vakada hiperpigmentasyon görüldü. Açık pansuman ile kanama ve serum toplanması sonucu enfeksion olabileceği fikrine karşılık ancak 1 vakada amniotik zar altında minimal bir kanama, bir diğer vakada zarın değişimine gerek oluşturmayan serum toplanması saptandı.

Tartışma :

Kimyasal yüzey tabakaların yakılmasından sonra, yüzeyde kalmış yanık dokuların uzaklaştırılması ve kimyasal etkinin kaldırılması amacı ile dermbratör kullanılması, yapılan işlemin tam ve kesin olması içindir. Salabrazyon diyebileceğimiz bu işlem Horton tarafından önerilmiş ve uygulanmıştır. Dermabrazyon çoğu kere akne skarlarının tedavisi için uygulanan bir yöntemdir 2, 16. Kimyasal yakma ise yaşlılık çizgileri, anormal pigmentasyon ve hiperkeratoziste uygulanmaktadır 2, 4. Her iki yöntemin birlikte uygulanması ise birbirlerinin etkilerini arttırdığı gibi uygulanım alanlarını da arttırmaktadır. Salabrazyon dediğimiz bu kombine yöntem akne, su çiçeği, çiçek, yaralanma sonucu oluşan nedbeler, döğmeler, yüzeyel geniş benler, rinofima, yaşlılık çizgileri, anormal hiperpigmentasyonlar ve hiperkeratoziste uygulanmaktadır 2, 4, 7. Yüz dermabrazyon için en uygun bölgedir 2, 12, 13.

Salabrazyon Tablo 2'de görüldüğü gibi daha az tür lezyonda uygulanmıştır. Son yılların modası haline gelen laser (özellikle Argon laseri) ışınları yüzeyel hemangiomalar, tatuaj, nevüs ve seboreik keratoz gibi değişik pigmente deri lezyonlarının tedavisinde uygulanmakta ve iyi sonuçlar bildirilmektedir. 1

Kimyasal yakma işleminde kullanılan fenol ileri derecede toksik, yakıcı bir madde olup değişik oranlarda hazırlanmaktadır 8, 15. Bazı araştırmacılar yüzde kullanıldığında hiç toksik etki görülmediğini belirtmektedirler 8. Fenolün ileri derecede toksik oluşuna karşın yine yakıcı bir madde olan triklorasetik asit ile hiç toksik etki görülmemektedir 9. Triklorasetik asidin % 50'lik solüzyonu ile beş dakikalık bir yakma işlemi sonucu etkisi benzalkonium klorid ile durdurulabilmektedir 9.

Dermabrazyon ve kimyasal yakma ile oluşturulmuş lezyonların örtülmesinde antibiotik emdirilmiş yağlı bir gaz olan «Gass tul» kullanılmaktadır 6, 7, 9. Yakılmış bölgenin kurutulmasından sonra üzerine antibakteriel ve kurutucu bir madde olan Thymol İodide pudrası kullanan da vardır 2, 8. Bunun altında toplanan serum ve az miktarda kan kuruduktan sonra oluşan kabuk hastanın hareketleri ile çatlayabilmektedir 8. Çatlama bölgeleri çoğu kez ağız kenarları olduğundan buralarda oluşan skarlar nedeni ile ameliyat sonrasında ağız açma sorunları oluşmaktadır 8. Bunun önlenmesi için kabuğun nemlendirilmesi veya yağlanması önerilmektedir 2, 7, 8' Salabrazyon bir tür split thickness greft alınmış saha olarak kabul edilirse bu bölgenin iyileşmesi, sahada arta kalmış ter bezleri, yağ bezleri ve kıl follikülleri epitelinin çoğalarak bölgeyi kapatması ile oluşmaktadır 2, 8, 11. Bu yapıların canlılıklarının korunması, enfeksiyon sorununun çözülmesi yanında epitel çoğalımının artırılması için destekleyici tedavi de önem kazanmaktadır ve pansumanın erken açılması yeni epidermisin zedelenmesine neden olmaktadır 5, 8, 10.

Kimyasal yakma işlemi yapılan vakalarda yeni oluşan ve bölgeyi kaplayan epitel ve altında bir takım değişiklikler olduğunu savunanlar vardır. Bu değişiklikler kollagende farklı derecede Verhoeff'in elâstik materyalinin artımı, melanin granüllerinin artımı şeklindedir 2, 3. Bazı yazarlar bu görünümün boyama tekniğinden dolayı sadece ışık mikroskobunda saptandığını, elektron mikroskobunda kollagen yapımında değişiklik veya elastin yapımında artımın saptanmadığını iddia etmektedirler 5, 8. Erken abrazyon sonrası dönemde, deri çukurlarının dolmasının nedeni intradermal ödemdir. Ödemin çözülmesinden sonra lezyonlar arası kontraksiyon fenomeni ile yavaş, yavaş ortadan kalkar 14, 15. İlk ay içinde epidermisin bazal tabakalarında pigment artımı dikkati çeker. Ayın sonunda mikroskopik olarak pigment granülleri daha da belirginleşirler 3, 10, 12, 13.

Salabrazyon vakalarında saptadığımız komplikasyonlar diğer yayınlara göre çok düşük düzeyde olup, her biri için çeşitli önlemler ve tedaviler uygulanmıştır. Yayınlarda görüldüğü ileri sürülen peroral skar bizim vakalarımızda saptanmamıştır 2, 8.

Yanık ve greft alınmış bölgelerin örtülenmesinde iyi sonuç aldığımız fizyolojik ve biyolojik özellikleri içeren amnion zarları ile salabrazyon sahalarının örtülmesinde eskiden uyguladığımız antibiotikli özel hazırlanmış yağlı mesh gazlara göre şu üstünlükler saptanmıştır. a) Amniotik zarlar hemen her yerde bulunabilirler. b) Parasal yönden ödeme gerektirmez. c) Kolay uygulanabilirler d) Tekrar pansuman ve bakım gerektirmez. e) Re-epitelizasyon daha kısa sürede tamamlanabilmektedir. f) Alerjik reaksiyonlara neden olmamaktadırlar.

Bu üstünlükleri nedeni ile yüzeysel deri kaybı olan salabrazyon veya yalnız dermabrazyonda amnion zarlarının örtücü materyal olarak kullanılmasının tercih edilmesi gereğine inanmaktayız.

L İ T E R A T Ü R

- 1) Apfelberg, D. B., Maser, M. R., Lash, H. : *Extend clinical use of the argon laser of cutaneous lesions. Arch. Dermatol. 115 : 719, 1979.*
- 2) Baker, T. J., Gordon, H. L. : *Chemical face peeling and dermabrasion Surg. Clin. North Am. 51 : 387, 1971.*
- 3) Baker, T. J., Gordon, H. L. et al : *Long term histological study of skin after chemical face peeling. Plast. Reconst. Surg. 53 : 522, 1974.*
- 4) Bernard, F. D. : *Dermabrasion tattooing a preliminary report. Plast. Reconst. Surg. 22 : 267, 1958.*
- 5) Bhangos, K. I. : *Histological changes following chemical face peeling. Plast. Reconst. Surg. 54 : 599, 1974.*
- 6) Murray, R. D. : *Abrasive surgery in negroes. Plast. Reconst. Surg. 21 : 42, 1958.*
- 7) Picrell, K., Matton, C. et al : *Dermabrasion of extensive keratotic lesions of the forehead and scalp. Plast. Reconst. Surg. 30 : 32, 1962.*
- 8) Spire, M., Gerow, F. J. and Hardy, J. B. : *Complication of chemical face peeling. Plast. Reconst. Surg. 54 : 397, 1974.*
- 9) Wolfort, F. S., Dalton, W. E. and Hoopes, J. E. : *Chemical peel with trichloroacetic acide. Br. J. Plast. Surg. 25 : 333, 1972.*
- 10) Wynn - Williams, D. : *Dermabrasion. Br. J. Plast. Surg. 12 : 170, 1959.*
- 11) Çivi, İ. : *Deri greft alanlarının örtülmesinde yeni bir yöntem. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Bülteni. 22 : 53, 1980.*
- 12) Ayres, S., Wilson, J. W., Luikart, R. : *Dermal changes following abrasion. A. M. A. Arch. Dermatol. 79 : 553, 1959.*
- 13) Sawhney, C. P., Subbaraju, G. V., Charkravarti, R. M. : *Healing of donor sites of split skin grafts. Brit. J. Plast. Surg. 22 : 359, 1969.*

- 14) Sheehan, J. E., Swanker, W. A.: Obliteration of scars by sharing. *Plast. Reconst. Surg.* 6 : 153, 1950.
- 15) Campbell, M. R.: *Surgical and chemical peeling of the skin. Textbook of Reconstructive Plastic Surgery. Editor Converse, J. M. Second edition. W. B. Saunders comp. Philadelphia 1977. Pages : 422.*
- 16) Gezen, C.: *Akne ve tedavisi. Aynı kitabı, Kasım-Aralık 1981. Ege Üniversitesi Tıp Fak. Yayınları, İzmir.*

Dr. İbrahim Çivi

Ö Z E T

Kont Chigot Dupuytren tarafından (1831) tanımlandığından beri üzerinde çalışılan bu hastalığın halen etyolojisi ve patogenezi tam açıklık kazanmamıştır.

Son beş yıl içerisinde cerrahi girişim yaptığımız 21 olgumuzu kaynakların ışığı altında tartıştık. Olguların %66,6 lateral olmak üzere toplam 27 ele yaptığımız Z plasti veya Skoog kuartangular deri kesimleri ile regional veya total fardiektomi yöntemlerini, Michon-Tubiana değerlendirme tablosuna göre aldığımız sonuçları sunuyoruz.

Türk tıp kaynaklarında bu hastalığa yer ayrıldığında çok denecek kadar az olduğunu tespit etmek üzere çalışarak bizlere konu rapor edilmiştir.

S U M M A R Y

(Are there Dupuytren's Contractures in Our Community)

The etiology and pathogenesis of Dupuytren contractures, which have been studied and described by Cont Chigot, since 1831 is not clear yet.

We have discussed the 21 cases which we operated during the last five years. We compared these with the literature. We have operated on 21 hands by regional or total fardiectiony using Z plasty or Skoog's quadran-gular skin incision. We compared our results by Michon-Tubiana's classification table.

We have tried to draw attention to this conditions because very few cases have ben reported in Turkish Medical Literature.