

GENİŞ LUMBAL MENİNGOMYELOSEL DEFEKTLERİ ONARIMINDA MODİFİYE KAS - DERİ FLEBİ UYGULAMASI*

Dr. O Ata Uysal**

Key words : Lumbal meningomyelocel, musculocutaneous flap.
Anahtar terimler : Lumbal meningomyelocel, kas - deri flebi.

Giriş

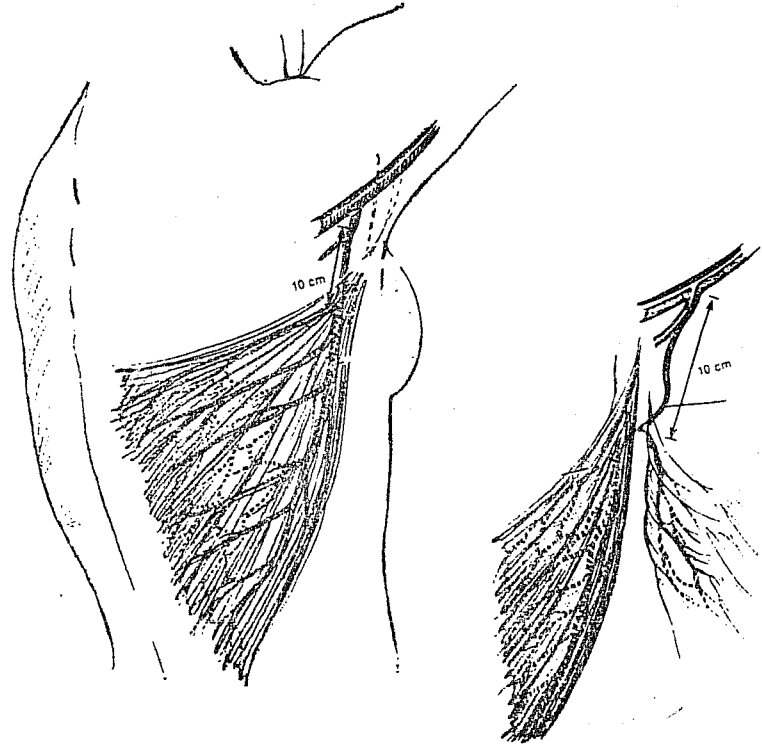
Geniş myelomeningosel ve meningosel en sıklıkla lumbal bölgede olur ve başlıca cerrahi sorun deri defekti kapatılmasıdır.¹

Çok geniş defektlerde primer sütün uygulanamamaktadır. Lateral deri flepleri ile vertikal veya horizontal tek veya ikili deri fleplerinin morbiditesi yenidoğan için çok fazladır ve sonuçları yeterli değildir.^{2,3,4}

Latissimus Dorsi geniş ve yassı bir kastır, lumbal bölgenin büyük bir kısmını örter. Origosu T₆ - L₅ spinöz prosesler ve posterior iliak kristadır. Kas lifleri aksillaya doğru yönlenerken genişçe bir tendon ile humerus üst ucunda insersiyoyu yaparlar ve bu kısmı posterior aksiller katlantıyı oluşturur. Kasın anterior kenarı posterior aksiller çizgi boyunca abdominal fasyaya birleşir. Başlıca kan akımı Torakodorsal Arter'den gelir. Bu supskapuler Arter'in bir dalıdır. Yanısıra motor sinir ve 2 ven eşlik eder. (Şekil 1). Vertebraların 1 - 2 cm. lateralinde, midposterior toraksta ve kas lateral kenarında bazı interkostal perforatörler kasa iç yüzünden girerler.

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Çalışmalarından (Ulusal Nöroşirurji Kongresi - Mersin, 1987'de sunulmuştur.)

** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

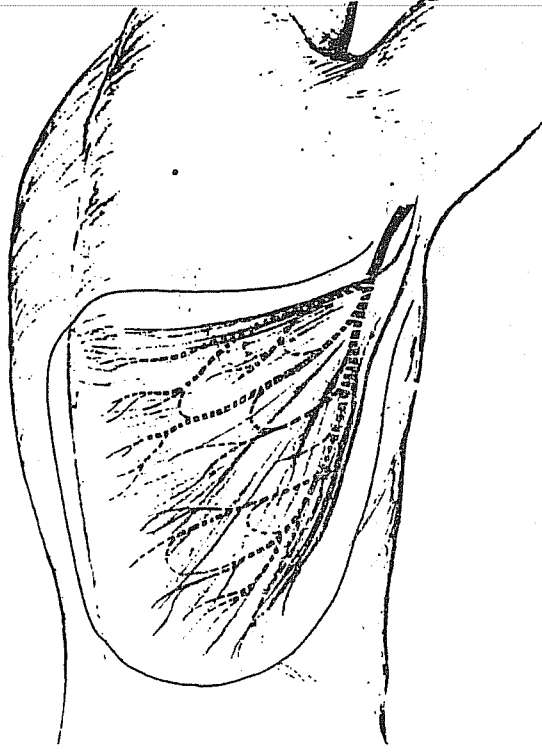


Şekil 1
Latissimus Dorsi kasi anatomisi

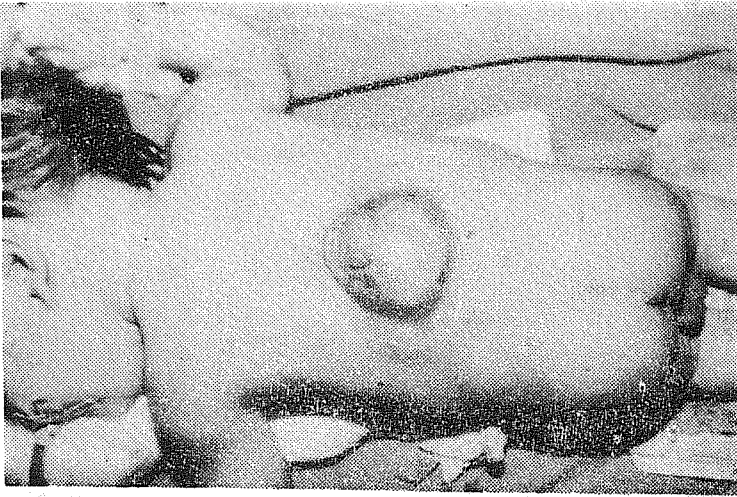
Sırt orta hattından posterior aksiller çizgiye, transaksiller doğrultudan Krista İliaka Posterior'a kadar olan sırt derisini Latissimus Dorsi Kası'ndan deriye gelen muskulokütenöz perforatör damarlar besler. (Şekil 2). Bundan dolayı bu lokalizasyondaki sırt derisi Latissimus Dorsi kasi ile birlikte disseke ve eleve edilerek arka orta hatta kadar ilerletilebilir.

Materyal ve Metod

Hastalarımız 3/30, 5/30 ve 6 aylıktı. Hepsinde meningomyelose tanısı konmuştu. Kese boynu çok genişti. Önce Nöroşirurji Anabilim Dalı tarafından dural defekt onarımı ve bilateral paraspinöz fasya imbrikasyonu yapıldı. (Resim 1-2).



Şekil 2
Latissimus Dorsi kasının kanlandığı deri alanı

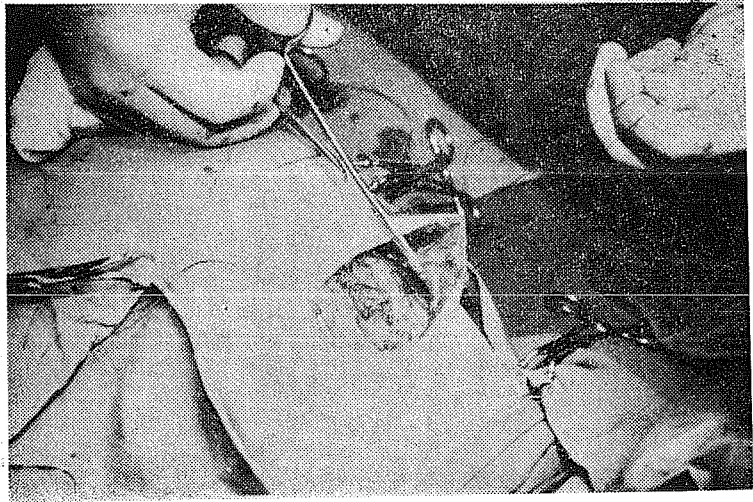


Resim 1
Lumbal meningomyelosel

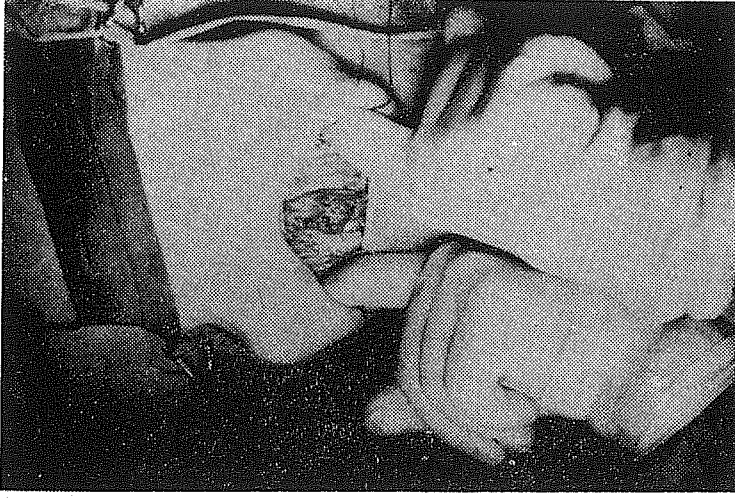


Resim 2
Dura defekti onarımı yapılmış lumbal meningomyelosele

Deri defekti kenarlarında sağlam deri ve derialtı dokusuna ulaşınca kadar debridman yapıldı. Önce orta hattın bir tarafında paraspinoz kasların fasyasının üzerinde Latissimus Dorsi kasının fasyal origosu bulundu. Sonra kristal iliaka posteriordaki inferior fasyal origosu insize edildi. Latissimus Dorsi adelesi altındaki plan künt olarak disseke edilirken karşılaşılan seyrek interkostal perforatörler, bipolar olarak koterlendi ve kesildi. Künt disseksiyon posterior aksiller çizgiye kadar ilerletildi. Böylece bu tarafta-

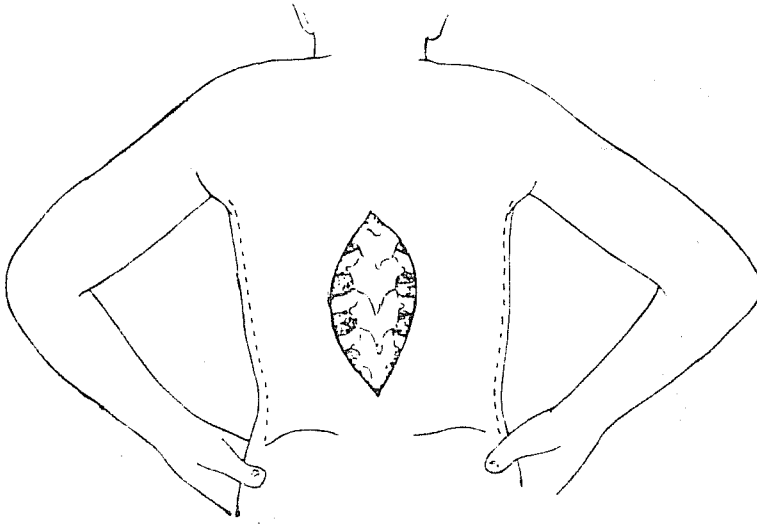


Resim 3
Latissimus Dorsi kasının bulunması



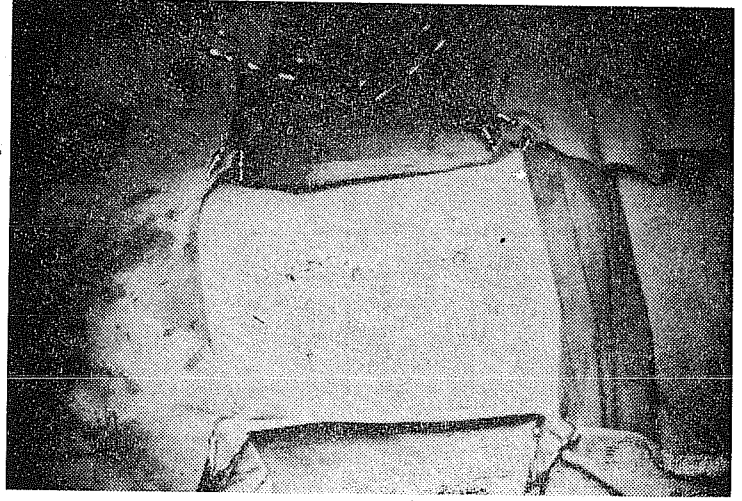
Resim 4
Latissimus Dorsi kası bilateral diseksiyonu

ki Latissimus Dorsi kası, üzerindeki sırt derisi ile birlikte tamamen serbestleştirilerek kas-deri flebi olarak orta hatta kadar gerginlik olmadan getirilebildi. (Resim 3-4). Olgularımızdan birinde bunu sağlamak için posterior aksiller çizgide subkutan olarak Latissimus Dorsi kası abdominal fasyadan küt ve keskin diseksiyon uygulanarak ayrıldı. (Şekil 3). Aynı

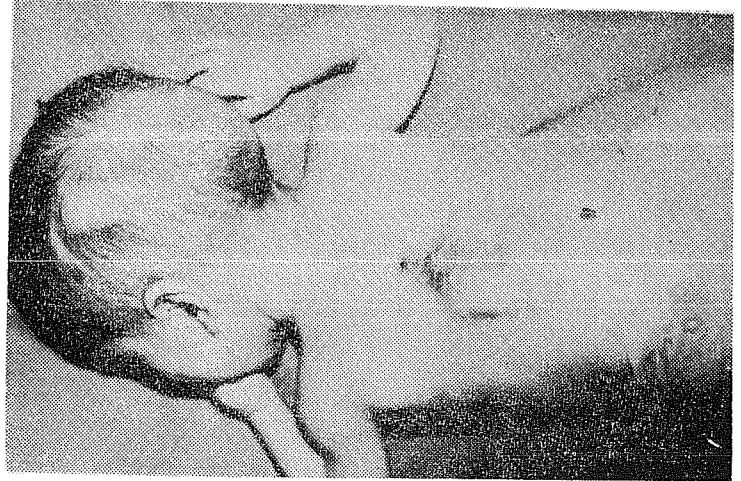


Şekil 3
Latissimus Dorsi kası subkutan relaksasyonu

disseksiyon orta hattın diğer tarafında da Latissimus Dorsi kas-deri flebi oluşturacak şekilde tekrarlandı. Sonuçta orta hattın iki tarafındaki defekt kenarları gerginlik olmadan karşı karşıya getirildi ve olgularımızın hiçbirinde deri relaksasyon insizyonlarına gerek kalmadı. Önce Latissimus Dorsi kaslarının fasyal origoları ipek tek dikişlerle, sonra subkutan doku kromik dikişlerle ve deri naylon tek dikişlerle suture edildi. Dren kullanılmadı. (Resim 5).



Resim 5
Bilateral Latissimus Dorsi kas-deri flebi ilerletilmesi
ile onarılmış lumbal meningomyelose



Resim 6
Ameliyattan sonra geç devredeki onarılmış lumbal
meningomyelose

Tartışma

Meningomyelose ve meningoşellerde başlıca cerrahi sorun deri defekti kapatılmasıdır. Ayrıca bunun sonuçları dura defekti sonuçlarını etkiler.¹ İyi bir yara iyileşmesi sağlamak için yara kenarlarının beslenmesi iyi olmalı ve dikiş hattında gerginlik bulunmamalıdır. Sağlam deri ve derialtı dokusuna ulaşıncaya kadar debridman yapılması iyi beslenen yara kenarları elde edilmesini sağlar.

Eğer debridman sonrası defekt, sırt genişliğinin yarısından küçükse defekt çevresinde fasya üzeri deri dekolmanı ile sağlanan deri fleplerinin orta hatta ulaşması mümkün olabilir,⁵ fakat bu her zaman güvenilir bir yara iyileşmesi sağlayamaz çünkü bu yara kenarları beslenmesi sadece dermal kan akımı ile sağlanır.

Meningomyelose ve meningoşellerde debridman sonrası deri defekti sırt genişliğinin yarısından daha büyük olduğunda lateral rotasyon flepleri ve vertikal veya horizontal tek veya ikili deri flepleri önerilmiştir.^{2,3,4} Fakat yenidoğan çağında uygulandığında bunların morbiditesi çok fazladır ve genellikle kan transfüzyonu gerektirir. Çünkü fleplerin hazırlandıkları donör sahalarının sekonder iyileşmeye bırakılması gerekir, bu açık yaradan devamlı protein kaybı ve enfeksiyon riski demektir, veya donör sahalar greftlenir, bu durumda greftlerin alındığı geniş sahaların sekonder iyileşmeye bırakılması aynı açık yara sorunlarını ortaya çıkarır. Diğer taraftan defektin kapatılması için relaksasyon insizyonlarının kullanılması durumunda da aynı sorunlar sözkonusudur.

Meningomyelose defektlerinin en sıklıkla yer aldığı torakolumbal bölgede sırt derisi, hemen altındaki Latissimus Dorsi kasları tarafından kanlandırılır. Bu nedenle bütün bu sırt derisi bu kaslar ile birlikte eleve edilebilir ve sırt genişliğinin yarısından fazla genişliği olan defektlerde bile orta hatta ilerletilebilir.⁶ Bunu sağlayan deri ve altındaki kasın elastikiyetidir. Bu kas - deri flebi kanlanma bakımından bağımsız bir ünite olduklarından ilerletme sırasında oluşacak gerginlik beslenmelerini kritik şekilde etkilemez ve yara iyileşmesini engellemez. Olgularımızda yara iyileşmesinde sorun olmadı ve enfeksiyon görülmedi. Eğer bu kas - deri flebinin ilerletilmesinde gerginlik fazla oluyorsa o zaman posterior aksiller çizgide Latissimus Dorsi'nin abdominal fasya'dan ayrılması gerginliği azaltır. Olgularımızdan birinde bunu uyguladık. Böylece sırt orta hattında ratensiyon suturu kullanma zorunluluğu ortadan kalktı.

Bu kas - deri fleplerinin orta hattın iki tarafında hazırlanması morbiditeyi arttırmamaktadır çünkü disseksiyon avasküler bir planda yapılır, rastlanan seyrek perforatör damarlar görülebilir ve koterlenebilir. Ayrıca disseksiyon künt olarak yapılabilir, bu da hem zamanı kısaltır hem de perforatör damarların yaralanmasını önler.

Dikkatli disseksiyon yapılırsa kanama olmayacağından dren kullanmak gerekmez. Bu ise drene bağlı enfeksiyon riskini ortadan kaldırır. Olgularımızda dren kullanmadık.

Bu modifiye kas - deri flebi ilerletilmesi, gerginliğin özellikle aksiller çizgiden başlayarak deriye ve altındaki Latissimus Dorsi kasına dağılması ile gerçekleşir. Aksiller çizgide Eksternus obliquus Abdominis kası origosu boyunca deri oldukça immobildir. Böylece modifiye Latissimus Dorsi kas - deri flebi ilerletilmesi ile karın derisine gerginlik yansımaz ve bunun yaratabileceği sorunlar oluşmaz. Gerektiğinde aksiller çizgide Latissimus Dorsi kası lateral kenarı abdominal fasyadan subkutan olarak ayrılır ve böylece deri relaksasyon insizyonlarına gerek olmadan orta hatta kadar ulaşabilecek ilerletilme sağlanabilir. Bunu bir olgumuzda kullandık.

Sonuç olarak geniş lumbal meningomyelose'l'erde Latissimus Dorsi kası altından aksiller çizgiye kadar yapılan disseksiyonla sağlanan bilateral modifiye kas-deri flepleri ile deri defektleri onarılabilir.

Özet

Geniş lumbal meningomyelose ve meningose olgularımızda bilateral modifiye Latissimus Dorsi kas - deri flebi ilerletilmesi ile defekt onarımı sunulmuştur.

SUMMARY

Our experience with the Latissimus Dorsi musculocutaneous flap advancement technique for the wide meningomyelocele and meningocele has been presented.

KAYNAKLAR

1. Paterson, T.J.S., Till, K. The use of rotation flaps following excision of lumbar myelomeningoceles, **Br. J. Surg.**, 46, 606, 1959.
2. Edgerton, M.T. Plastic repair of congenital defects associated with spina bifida and cranium bifidum, **Surg. Clin. N. Am.**, 32, 1327, 1952.
3. Matson, D.D. Surgical repair of myelomeningocele, **J. Neurosurg.** 27, (2), 180, 1967.
4. Zook, E.G., Denitis, A.J., Bennet, J.E., Repair of large myelomeningoceles, **Arch. Surg**, 98, (1), 41, 1969.
5. Cocke, W. Midline fusion defects and defects of formation. Youmans. JR (ed.) **Neurological Surgery**, Philadelphia : W.B. Saunders 1268, 1982.
6. Mathes, S.S., Nahai, F., **Clinical Applications for Muscle and Musculocutaneous Flaps**. St. Louis : C.V. Mosby 46-48, 1982.