

Sakral Bası Yaralarının Rekonstrüksiyonunda Gluteal Fasyokutan V-Y İlerletme Flebi

A.Cemal AYGIT¹, Akın DEMİRALAY², H.Nazmi BAYÇIN²

ÖZET

Amaç: Sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonunda çeşitli fleplerden yararlanılmaktadır. Bu çalışmada gluteal fasyokutan V-Y ilerletme flebi kullanılarak sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonu yapıldı ve alınan sonuçları değerlendirildi.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya katılan 8 hastadan 2'si yürüyebilen hasta olup travma sonucu yoğun bakım ünitesinde yatışı uzun süre içinde bası yarası oluşmuştu. Diğer 6 hastada farklı sebeplerden dolayı yatağa bağımlı ya da paraplejikti. Hastalarda gluteal fasyokutan flep kullanılarak rekonstrüksiyon yapıldı. Sakral ülserin eksizyonunun ardından, oluşan defektin büyüklüğüne göre tek ya da çift taraflı V-Y ilerletme flebi planlandı. Cilt insizyonunun ardından cilt altı dokusu geçildikten sonra gluteus maksimus kasının fasyası cilt insizyonunun izdüşümü şeklinde kesildi. Flebe, fasya da dahil edilerek defekte yakın olan 1/3'lük kısım kastan ayrıldı ve flep mediale doğru ilerletilerek defekt kapatıldı.

Bulgular: Ameliyat sırasında yapılan debridman sonrası oluşan defektler ortalama 6.9 cm çapında idi. Ameliyat sonrası yapılan 5-24 aylık takiplerinde flep nekrozu, fistül formasyonu, yara detaşmanı ve nüks gibi komplikasyonlar gözlenmedi. Yürüyebilen hastalarda fonksiyonel kayıp oluşmadı.

Sonuç: Sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonunda, daha kısa ameliyat süresi gerektirmesi, daha az kanama olması ve kasın feda edilmemesinden dolayı, gluteal fasyokutan flep iyi bir seçenektir.

Anahtar Sözcükler: Sakral bası yarası, fasyokutan flep, V-Y ilerletme flebi.

SUMMARY

GLUTEAL FASCIOCUTANEOUS V-Y ADVANCEMENT FLAP FOR RECONSTRUCTION OF SACRAL PRESSURE SORES

Purpose: For reconstruction of sacral pressure sores, many types of flaps are recommended. In this study, we prepared the gluteal flap as fasciocutaneous fashion and the results were evaluated under the light of literature.

Material-Method: Two patients were ambulatory and their pressure sores were due to lying for a long time in the intensive care unit after a trauma. Other patients were bedridden or paraplegic due to various reasons. Gluteal fasciocutaneous flap was performed in all patients who had sacral pressure sore. After excision the sacral ulcer, bilateral or unilateral gluteal fasciocutaneous V-Y advancement flap was planned to cover the defect. The skin was incised along the marks and then fascial incision of the gluteus maximus is made at the same incision on the skin. One third of the medial flap is elevated as a fasciocutaneous flap by dissecting the layer between the fascia and the muscle. The flap is then advanced medially and sutured.

Findings: Defects were 6.9 cm average diameter after debridement during the operation. In postoperative 5-24 months follow up, complications such as necrosis, fistula formation, detachment or recurrence were not observed. In ambulatory patients functional deficit was not observed.

Conclusion: Gluteal fasciocutaneous flap is a good alternative for reconstruction of sacral pressure sores because of preservation of the muscle, shorter operation time and less bleeding.

Key Words: Sacral pressure sores, fasciocutaneous flap, V-Y advancement flap

GİRİŞ

Akut spinal kord yaralanması olan ya da yoğun bakım servislerinde yatan bilinci kapalı hastalarda sık pozisyon değişikliği yapılmaması sonucu sakral bölgelerindeki yumuşak dokular yatak ile sakral kemik arasında devamlı olarak basıya maruz kalır. Bu durumda sakral bölgede kan dolaşımı zayıflar daha sonra da nekroz gelişip yara

açılmasına neden olur. Ayrıca santral sinir sistemi yaralanmalarında lokal basıya karşı yumuşak doku toleransı azaldığı için yara açılma riski daha da artar (1). Oluşmuş bası yaralarının rekonstrüksiyonunda çeşitli flepler kullanılmaktadır (2).

Gluteus maksimus myokutan flebi sakral defektlerin rekonstrüksiyonunda oldukça sık kullanılan bir fleptir. Son zamanlarda ise gluteus

¹ Yrd.Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A..D.

² Arş. Gör. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.

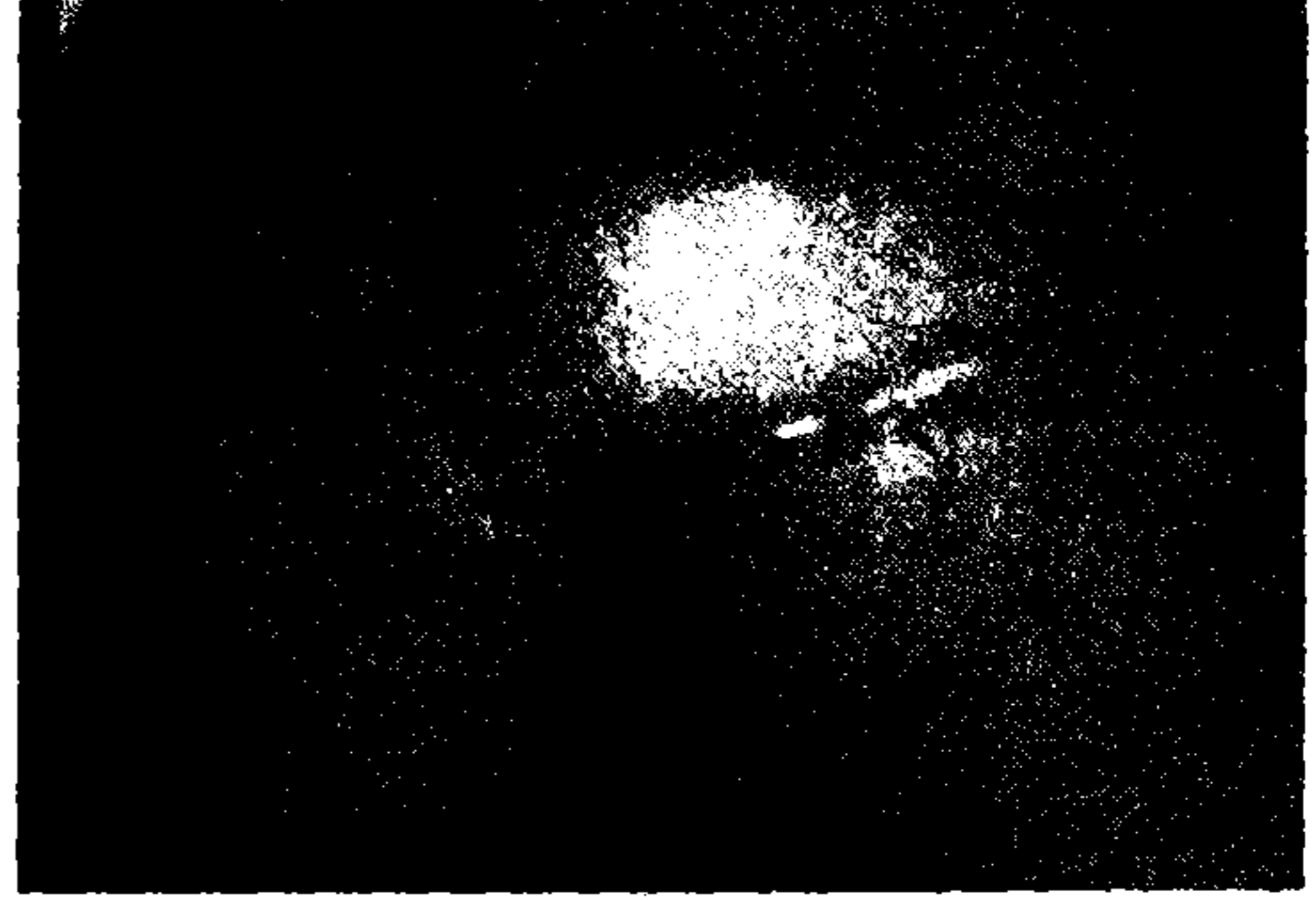
maksimus V-Y ilerletme flebi fasyokutan olarak kullanılmaktadır (3). Bu sayede hem gluteus maksimus kası zarar görmez, hem kanama az olur,

Şekil 1a: 2 no'lu olgunun sakral bası yarasının görünümü.



hem de ameliyat süresi daha kısaldır. Bu makalede gluteal fasyokutan flebin uygulandığı hastalar ve alınan sonuçlar literatür verileri ile irdelendi.

Şekil 1b: 2 no'lu olgunun ameliyat sonrası 20. aydaki görünümü.

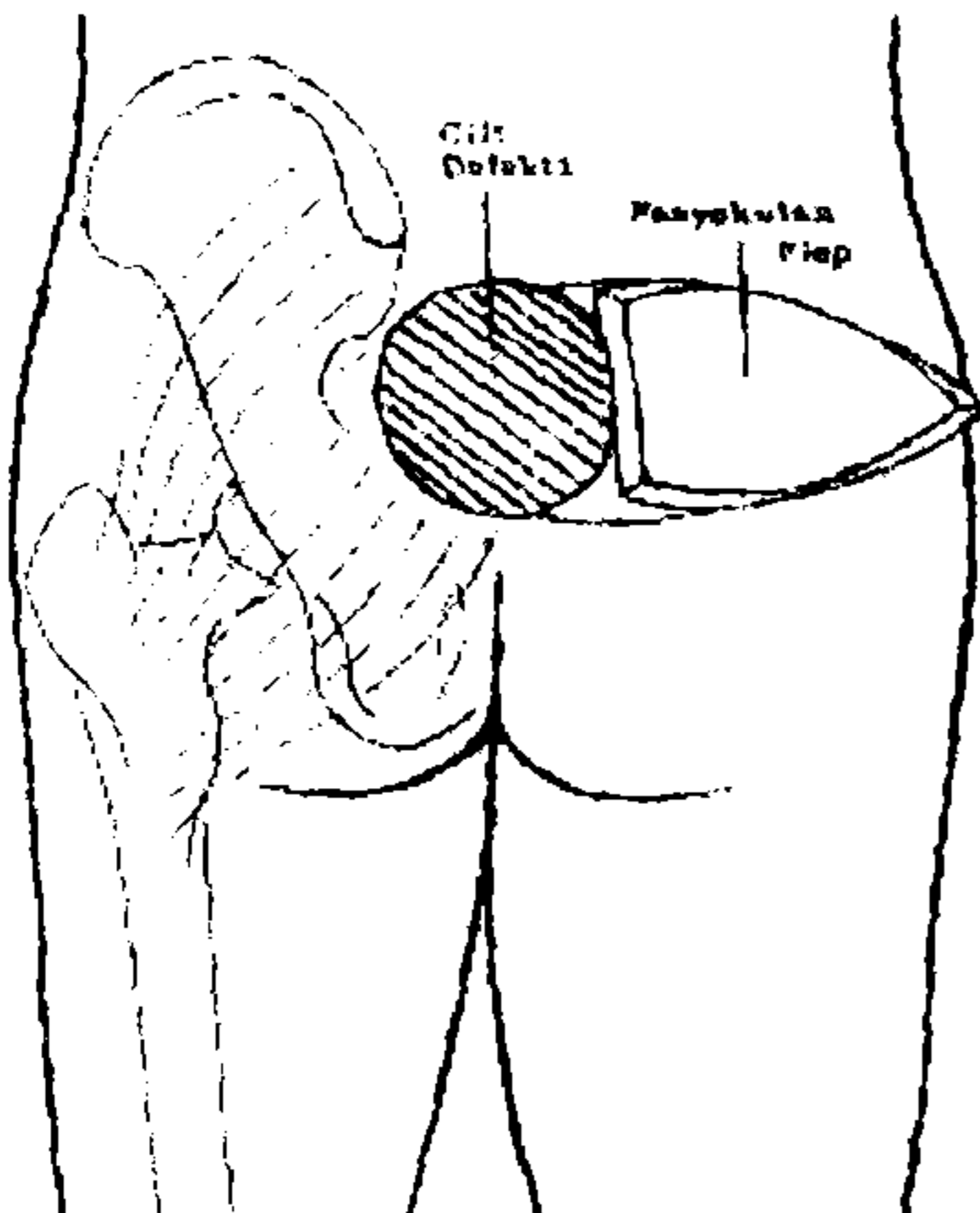


MATERYAL VE METOD

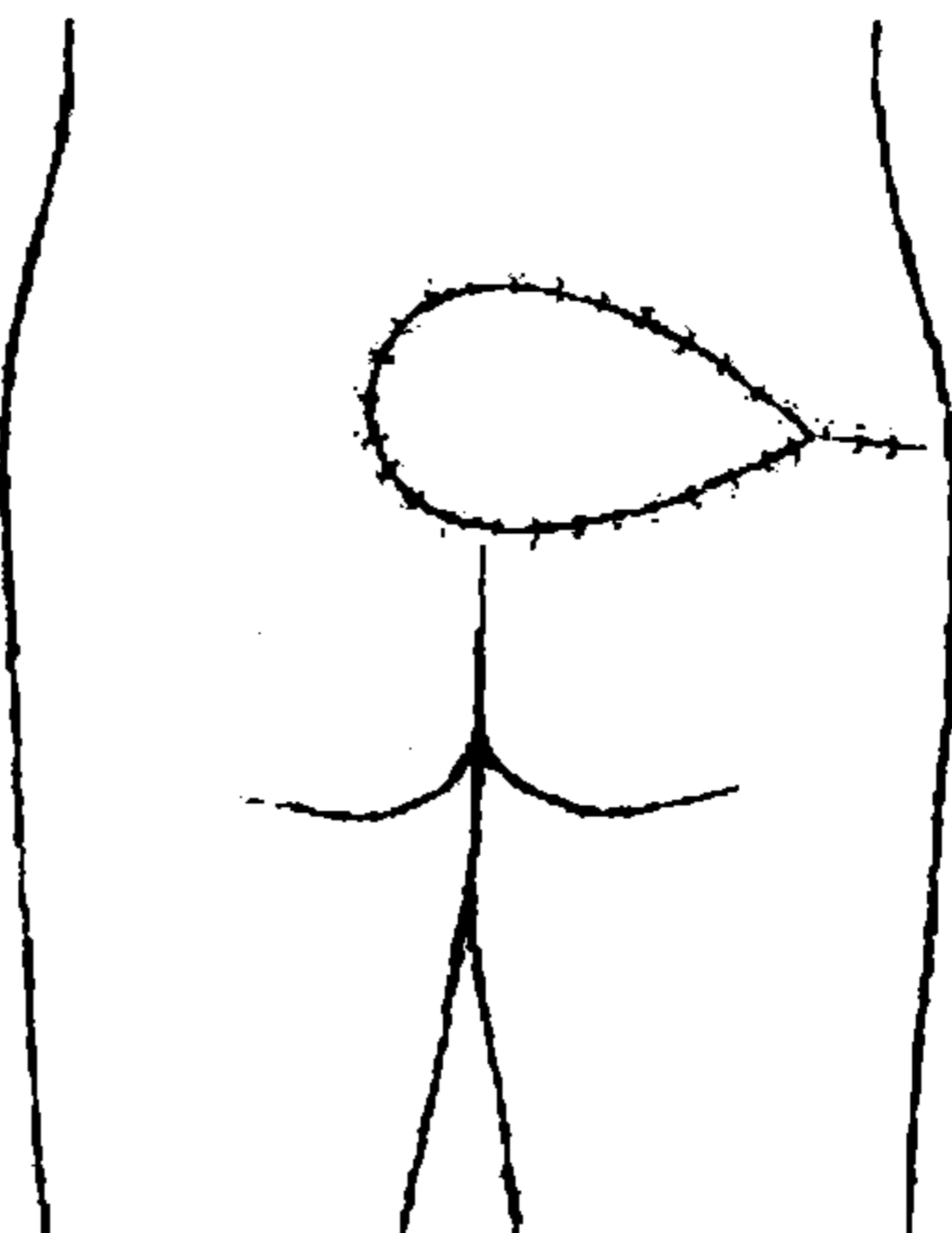
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğinde Aralık 1996-Ekim 1998 tarihleri arasında ameliyat edilen 8 hasta bu çalışmaya katıldı. Bu hastalardan iki tanesi yürüyebilen, altı tanesi ise paraplejik ve yatağa bağımlı idi. Hastaların yaşları 12 ile 64 arasında değişmekte ve ortalama yaş 34.8 idi. Sakral bölgedeki defektin transvers çapı 4-12 cm., ortalama çap 6.9 cm. idi. Bu çap 6 cm. veya daha küçük ise tek taraflı, 6 cm. nin üzerinde ise çift taraflı fasyokutan V-Y ilerletme flebi ile onarıldı. Bu teknikle ameliyat edilen olguların 6'sı travma, dorsal spinal arter trombozu, lomber disk hernisi (Şekil 1a-b), Mal de Pott, anevrizma ameliyatı

sonucu ve subaraknoid kanama gibi nedenlerle oluşan paraplejik ya da yatağa bağımlı hastalardı. Yürüyebilen hastalarda ise trafik kazası sonucu uzun süre yoğun bakım servisinde yattıkları dönemde oluşmuş sakral yara mevcuttu. Hastaların yaralarından yapılan kültür antibiogram sonucu enfeksiyon var ise uygun antibiotiklerle enfeksiyon kontrol altına alındı. Ameliyattan önce gluteal bölge cildi defekt üzerine doğru itilerek cilt bolluğu muayene edildi. Sakral ülser yatağının ve sakral kemiğin tanjansiyel osteotomi ile eksizyonunun ardından oluşan defektin çapına göre tek taraflı ya da çift taraflı V-Y fasyokutan ilerletme flebi planlandı. Cilt ve cilt altı geçildikten sonra fasya da cilt insizyonunun izdüşümü şeklinde insize

Şekil 2a: Flebin üçte bir medial kısmının fasyokutanöz olarak kaldırılışı.



Şekil 2b: Flebin mediale doğru çekilerek defektin kapatılması.



edildi. Fleplerin defekte yakın olan 1/3 lük kısımları sakral defektli alandan girilerek kas ile fasya arasında bir ucundan diseke edildi ve fasyakutan olarak kaldırıldı (Şekil 2a). Flep lateral kısmı ise subkutan dokudan yeterli kalınlıkta klasik V-Y flebi şeklinde kaldırıldı. Ardından flep ilerletilerek defekt kapatıldı ve sütüre edildi (Şekil 2b). Cilt ve

açıktaki kalan kısımlar V-Y ilerletme tekniğine uygun olarak kapatılarak vakumlu dren yerleştirildi. Ameliyat sonrası dönemde yürüyebilen hastalar 5 gün, paraplejik hastalar 10 gün boyunca supin ya da lateral dekübit pozisyonunda yatırıldı. Erken ameliyat sonrası dönemde komplikasyon ile karşılaşmadı (Şekil 3a-b).

Şekil 3a: 8 no'lu olgunun ameliyat öncesi görünümü. İşaretli alan yara poşunu göstermektedir.



Şekil 3b: 8 no'lu olgunun ameliyat sonrası 6. aydaki görünümü.



TABLO 1

| Olgu No | Yaş | Cinsiyet | Etyoloji | Lokalizasyon | Defekt Çapı (cm) | Ameliyat | Takip Süresi | Komplikasyon |
|---------|-----|----------|---------------------|----------------|------------------|------------|--------------|--------------|
| 1 | 39 | E | Travma | Sakral | 11 | Bilateral | 2 yıl | yok |
| 2 | 57 | E | LDH Ameliyatı | Sakral | 5 | Unilateral | 20 ay | yok |
| 3 | 39 | E | Travma | Sakral | 6 | Unilateral | 23 ay | yok |
| 4 | 64 | K | DSAT | Sakral | 5,5 | Unilateral | 21 ay | yok |
| 5 | 19 | E | Travma | Sakral | 12 | Bilateral | 15 ay | yok |
| 6 | 37 | E | Anevrizma Ameliyatı | Sakral | 6 | Unilateral | 12 ay | yok |
| 7 | 12 | E | Mal de pott | Sakrokoksigeal | 4 | Unilateral | 10 ay | yok |
| 8 | 32 | E | SAK | Sakral | 6 | Unilateral | 6 ay | yok |

LDH = Lomber Disk Hernisi

DSAT = Dorsal spinal arter trombozu

SAK = Sub araknoidal kanama

Hastaların takip süresi 5 ay ile 2 yıl arasında değişmekte olup ortalama 16.2 ay idi. Hiçbir hastada flep nekrozu, fistül gelişimi ya da detaşmana rastlanmadı. Uzun süreli takipte hiçbir nüks olgusuna rastlanmadı. Yürüyebilen hastalarda fonksiyonel bozukluk görülmedi. (Tablo 1).

TARTIŞMA

Gluteus maksimus kası sakral bası yaralarının tedavisinde rotasyon (4), ada (5) ya da V-Y ilerletme flebi (6-8) olarak kullanılmaktadır. Bu flepler oldukça iyi kanlandıklarından dolayı güvenilir fleplerdir. Ancak ya altta uzanan gluteus medius kasından ayrılmakta, ya da V-Y ilerletme flebinde olduğu gibi başlangıç ve tutunma yerlerinden ayrılmaktadır (7). Gluteus maksimus kasının motor inervasyonu inferior gluteal artere

paralel olarak uzanan inferior gluteal sinirce olmaktadır. Gluteus maksimus kasının alt fibrilleri kalça ekleminin adduksiyonuna yardımcı olur. Üst fibrilleri ise abduksiyona yardımcı olur. İliotibial hattaki insersiyosu diz ekleminin stabilize edilmesine yardımcı olur. Bu kasın bilateral güçsüzlüğü, yürümenin zorlaşmasına neden olur ve hasta koltuk değneğine ihtiyaç duyar (9). Ohjimi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonunda V-Y ilerletme tekniği fasyokutan flep olarak kullanılmıştır (3). Biz de flebi fasyokutan olarak hazırladık, bu sayede gluteus maksimus kası harcanmamış oldu. Parasakral vasküler perforanlar kasa sakrumun hemen lateralinden girerler (10,11). Dolayısıyla bu bölgede kasın diseksiyonu hem daha fazla kanamaya yol açmakta, hem de zaman almaktadır (3). Fasyokutan flepte ise kanlanma gluteus

fasyasından çıkan perforanlarla olduğu için hem kanama daha az olmakta hem de ameliyat süresi kısalmaktadır.

Bası yarası olan hastalarda flep seçimi yapılırken seçilen flebin, nüks durumunda ya da yeni yaraların açılması halinde alternatif fleplerin kullanılmasını engellememesi önemlidir. Gluteal fasyokutan flep bu açıdan da ileriye yönelik avantaj taşımaktadır.

Hastalarımızda nüks olmaması kullanılan flebin iyi kanlanması ve güvenilir olmasının yanı

sıra, hasta ve hasta yakınlarının tarafımızca bilgilendirilip bilinçli ve özenli bir şekilde hasta bakımlarının yapılmasının da etkisi olduğu kanaatindeyiz.

Biz paraplejik ya da yürüyebilen hastalardaki sakral bası yaralarının rekonstrüksiyonunda, fasyokutan flebin kısa ameliyat süresi, az kanama olması ve kasın harcanmaması gibi nedenlerle iyi bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Mancoll JS, Phillips LG: Pressure Sores. In Aston SJ, Beasley RW, Thome CHM (Eds) *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 5th edit. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997:1083-1097.
2. Colen SR.: Pressure Sores. In Mc Carthy JG (Ed) *Plastic Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1990: 3797-3838.
3. Ohjimi H, Ogata K, Setsu Y, Haraga I: Modification of the gluteus maximus V-Y advancement flap for sacral ulcers: The gluteal fasciocutaneous flap method. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1996; 98: 1247-1252.
4. Baek SM, Williams GD, McElhinney AJ, Simon BE: The gluteus maximus myocutaneous flap in the management of pressure sores. *Annals of Plastic Surgery*. 1980; 5: 471-476.
5. Maruyama Y, Nakajima H, Wada M: A gluteus maximus myocutaneous island flap for the repair of a sacral dekubitus ulcer. *British Journal of Plastic Surgery* 1980; 33:150-155.
6. Schefflan M, Nahai F, Bostwick J. Gluteus Maximus island musculocutaneous flap for closure of sacral, and ischial ulcers. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1981; 68:533-238
7. Fisher J, Arnold PG, Waldorf J, Woods JE: The gluteus maximus musculocutaneous V-Y advancement flap for large sacral defects. *Annals of Plastic Surgery*. 1983; 11: 517-522.
8. Ramirez OM, Orlando JC, Hurwitz DJ: The sliding gluteus maximus myocutaneous flap: Its relevance in ambulatory patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1984; 74: 68-75.
9. Williams PL, Warwick R, Dyson M, Bannister LH: *Gray's Anatomy*. 37th edit. Edingburg: Churchill Livingstone, 1989: 641-642.
10. Kroll SS, Rosenfield L: Perforator-based flaps for low posterior midline defects. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1988; 81: 561-566.
11. Gould WL, Montero N, Cukic J: The split gluteus maximus musculocutaneous flap. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1994; 93: 330-336.