

SAKREKTOMİ DEFEKTİ REKONSTRÜKSİYONUNDA TRANSABDOMİNAL VERTİKAL REKTUS ABDOMİNİS FLEBİNİN KULLANIMI: OLGU SUNUMU

THE USE OF TRANSABDOMINAL VERTICAL RECTUS ABDOMİNİS FLAP IN RECONSTRUCTION OF SACRECTOMY DEFECTS: A CASE REPORT

Mithat Akan, Mustafa Karaca, İlker Bilgiç, Tayfun Aköz

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Genellikle tümör nedeniyle uygulanan sakrektomi operasyonları sonrasında geniş yumuşak doku defektleri de olmaktadır. Bu hastalarda geniş cerrahi rezeksiyon ve uygulanmış radyoterapi gibi nedenlerle onarımda çevre dokuların kullanımı sınırlı hale gelebilir. Bu nedenle uzak fleplerin kullanımı gündeme gelebilir. Fakat bu kez de alıcı damarların olası hasarı serbest flep cerrahisini engelleyebilir. Bu gibi durumlarda transabdominal vertikal rektus abdominis kas-deri flebi, onarımda uygun seçenek olabilir. Bu çalışmada kordoma nedeniyle sakrektomi uygulanan ve oluşan defektin onarımı için transabdominal vertikal rektus abdominis kas-deri flebi kullanılan bir olgu sunulmuştur. Flebin uygulandığı ve bu bölgenin onarımı için tanımlanmış diğer tedavi seçenekleri gözden geçirilmiştir.

ABSTRACT

Large soft tissue defects may accompany to sacrectomy operations which are frequently performed for tumor ablations. As some factors like extended surgery or applied radiotherapy may limit the usage of local tissues in those patients, then, free flaps may be required. However, possible recipient vessel injuries may restrict free flap surgery. In these circumstances, transabdominal rectus abdominis musculocutaneous flap may be the appropriate choice of reconstruction. In this study, a case with sacrectomy defect due to cordoma resection who has been reconstructed by a transabdominal vertical rectus abdominis musculocutaneous flap is presented. The application of the flap and other reconstructive techniques described for the reconstruction of the sacral area are reviewed.

GİRİŞ

Sakrektomi; nadiren uygulanan, morbiditesi yüksek bir operasyondur. Sakrumu tutan tümörlerin tedavisinde çoğunlukla total sakrektomi gerekmektedir.¹ Kordoma, kondrosarkom, dev hücreli tümör ve invaziv rektal karsinomlar bu bölgedeki en sık tümörlerdir. Bunların cerrahi tedavisi için uygulanan radikal operasyonlar genellikle onarım gerektiren yumuşak doku defektleriyle sonuçlanır. Rezeksiyonun genişliği, ameliyat öncesi uygulanmış radyoterapi gibi faktörler onarımda lokal dokuların kullanımını zorlaştırmaktadır. Yine bu bölgede alıcı damar bulunmasının zorluğu veya hasarlanmış olması da serbest flep operasyonlarını engelleyebilir.² Bu faktörler göz önüne alındığında sakrektomi sonrası defektlerin onarımında transabdominal vertikal rektus abdominis muskulokütan (VRAM) flebi uygun seçenekler arasındadır.

Bu çalışmada; transabdominal VRAM fleple onarılan bir sakrektomi defekti olgusu sunularak, bu bölgedeki diğer tedavi seçenekleri gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU:

Altmış bir yaşında erkek hastada, sakrum bölgesinde kordoma nedeniyle beyin cerrahi ekibi tarafından total sakrektomi ve titanyum posterior lomber stabilizasyonu için enstrümantasyon uygulandı. Bunun sonucunda 21 x 8 x 8 cm cilt ve cilt altı yumuşak doku defekti olduğu görüldü. Gerek lomber stabilizasyon enstrümanının güvenle kapatılması ve gerekse defektin onarımı için kas-deri flebi gerekliliği ortaya çıktı. Bu durumda transabdominal VRAM flep uygulanmasına karar verildi (Şekil 1).

Sağ derin inferior epigastrik arter ve ven eksternal iliak damarlardan dallandığı yere kadar disseke edilerek ortaya kondu ve flep bu pedikül üzerinde sağ rektus abdominis kasın tamamı dahil edilerek 7 cm genişlikte ve kas uzunluğuna yakın uzunlukta cilt adasıyla birlikte ünite olarak kaldırıldı. Cilt adasının batın içinde kalacak inferior kısmı deepitelize edildi (Şekil 2). Flep, pedikül torsiyonu olmayacak şekilde genel cerrahi ekibinin yardımıyla hazırlanan intra-peritoneal yolla sakral bölgeye geçirildi. Flep donör alanında linea semilunaris, linea alba'ya polipropi-



Şekil 1: Flebin planlanması



Şekil 2: Flebin pedikül üzerinde kaldırılması



Şekil 3: Hastanın postoperatif 5. gündeki görüntüsü

len sütürlerle yaklaştırıldı. Anatomik katlar usulüne uygun kapatılarak hasta yüzüstü pozisyona getirildi. Sakruma doğru geçirilmiş olan flep, defekt içinde bulundu. Flep içeriğindeki kas komponenti sayesinde titanyum lomber stabilizasyon sistemi üzerindeki yumuşak doku eksiği onarılırken, cilt defekti de ba-

şarıyla kapatıldı (Şekil 3). Ameliyat sonrası dönemde bir ay takip edilen hastada bu süre içinde donör alanda ya da onarım bölgesinde komplikasyon yaşanmadı.

TARTIŞMA:

Sakrektomi defektlerinin onarımında kalın kitlesi bir yumuşak doku flebi gerekmektedir. Bu amaçla kullanılan onarım seçenekleri arasında transpelvik vertikal rektus abdominis muskükütan (VRAM) flebi, bilateral gluteal ilerletme flepleri ve serbest flepler sayılmaktadır.²

Bilateral gluteal ilerletme flepleri ve gluteal kas-deri flepleri elverişli lokal flepler olmakla birlikte, kullanılabilmesi için gluteal damarların hasarlanmamış olması gerekir. Ayrıca preoperatif radyoterapi söz konusu olduğunda da güvenle kullanılamazlar. Bu gibi durumlarda transpelvik VRAM flep ve serbest flepler düşünülebilir. Sakral bölgede alıcı damar bulunmasının zorluğu nedeniyle, bu bölgenin onarımında serbest fleplerin kullanımı da sınırlıdır.

VRAM flebin avantajları; oldukça güvenli bir pedikülünün olması, hızlı ve kolay kaldırılabilmesi, geniş rotasyon arkı, geniş yumuşak doku içermesi ve kabul edilebilir donör alan morbiditesi olarak sayılabilir.^{3,4}

Transpelvik VRAM flep; literatürde genellikle vajinal ve pelvik onarımlar için kullanılmıştır.⁵⁻⁷ Miles ve ark. VRAM flebi sakral defektler için kullanmışlardır.² Çalışmalarında 10 hastada VRAM flep kullanmış ve hiç flep kaybı görmemişlerdir. Sakrektomi defektlerinin onarımı için hazırladıkları algoritmada radyoterapi öyküsü olan olgular ile radyoterapi öyküsü olmamasına rağmen gluteal damar hasarı olan olgularda ilk seçenek olarak transpelvik VRAM flebi önermektedirler. Bu flebin kullanımını önermedikleri durum ise; geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsüdür.

Sunulan olguda, sakrektomi sırasında yapılan geniş rezeksiyonda gluteal damarlar bağlanmış olduğundan onarım için gluteal dokular kullanılmadı ve transabdominal VRAM flep uygun bir seçenek olarak görüldü.

Literatürde sunulan benzer olguların pek çoğunda, flebin batin içinden geçirilişinde retroperitoneal bir tünel açıldığından bahsedilmesine rağmen, intraperitoneal yolu kullanan ve bu yolun daha pratik ve flep yaşayabilirliği için daha güvenli olduğunu savunan yazarlar da mevcuttur.^{8,9} Çalışmamızda sunulan olguda genel cerrahi ekibi ile birlikte retroperitoneal tünel açılmaya çalışılmasına rağmen, başarılı olunamadı. Bu nedenle flep intraperitoneal yolla sakral bölgeye geçirildi. Ameliyat sonrası dönemde hastada barsak motilitesi normal seyretti.

Olgumuzda, altı ay önce ileus nedeniyle geçirilmiş batın operasyonu öyküsü vardı. İnsizyon skarının orta hatta olması, daha lateralde kalan ve rektus abdominis kasının pedikülü olan derin inferior epigastrik damarların sağlam olacağını düşündürdü. Flep kaldırıldığında pedikülün hasarsız olduğu görüldü. Bu nedenle; geçirilmiş batın operasyonlarının VRAM flep uygulaması için kontrendike olduğunu savunan yazarlar olmasına rağmen, bizim olgumuzda da olduğu gibi geçirilmiş batın cerrahisi her hastada kontrendikasyon oluşturmamaktadır.

Sonuç olarak, özellikle radyoterapi yada agresif cerrahi gibi etkilerle çevre dokuların hasarlı olduğu geniş sakral defektli olgularda transabdominal VRAM flep, uzak bir donör alanın kullanılması, yeterli yumuşak doku kitlesi sağlaması gibi avantajları nedeni ile ideal seçenektir.

Dr. Mustafa KARACA
Esentepe Mh. Milangaz Cd.
Ünlüer Sitesi B blok D: 8
Kartal/Istanbul
E-posta: mustafa81karaca@yahoo.com

KAYNAKLAR:

1. Zileli M. Sacral Chordomas. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007, 3(51):123-129.
2. Miles WK, Chang DW, Kroll SS, Miller MJ, Langstein HN, Reece GP, Evans GR, Robb GL. Reconstruction of large sacral defects following total sacrectomy. Plast Reconstr Surg. 2000; 105(7):2387-2394.
3. Taylor GI, Corlett RJ, Boyd JB. The versatile deep inferior epigastric (inferior rectus abdominis) flap. Br J Plast Surg 1984; 37: 330-350.
4. Tei TM, Stolzenburg T, Buntzen S, Laurberg S, Kjeldsen H. Use of transpelvic rectus abdominis musculocutaneous flap for anal cancer salvage surgery. Br J Surg. 2003; 90(5):575-80.
5. Tobin GR, Pursell SH, Day TG Jr. Refinements in vaginal reconstruction using rectus abdominis flaps. Clin Plast Surg 1990; 17: 705-712.
6. Wanebo, H. J., Gaker, D. L., Whitehill, R., et al. Pelvic recurrence of rectal cancer: Options for curative resection. Ann. Surg. 1987; 205: 482-495.
7. McAllister, E., Wells, K., Chaet, M., et al. Perineal reconstruction after surgical extirpation of pelvic malignancies using the transpelvic transverse rectus abdominal myocutaneous flap. Ann. Surg. Oncol. 1994; 1: 164.
8. Ho K, Warrier S, Solomon MJ, Lee K. A prepelvic tunnel for the rectus abdominis myocutaneous flap in perineal reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006; 59(12): 1415-1419.
9. Glatt BS, Disa JJ, Mehrara BJ, Pusic AL, Boland P, Cordeiro PG. Reconstruction of extensive partial or total sacrectomy defects with a transabdominal vertical rectus abdominis myocutaneous flap. Ann Plast Surg. 2006; 56(5): 526-530.