

İSKİAL DEKÜBITUS ÜLSERLERİNİN DERİ-ADALE

(GLUTEUS MAKSİMUS) FLEBİ İLE ONARIMI (*)

Sabri ACARTÜRK (**) Ertuğrul ÖZMEN (***)

Kâmuran KIVANÇ (****)

Ö Z E T

Tıbbî tedavi ile iyileşmeyen dekübitus ülserlerinde cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. İskial ülserler de çoğunlukla cerrahi müdahaleleri gerektirmektedir. Lokal deri flepleri, kas transpozisyonları cerrahi yöntemler olarak kullanılmaktadır. Gluteus maksimus kasının üzerini örten deri, kastan gelen perforan dallar ile de beslenebilmektedir. Bu damar bağlantısı, deri-kas ünitesinin bir arteryel flep olarak kullanılmasına olanak sağlaması yönünden önemlidir.

Bu yazıda, iki hastadaki üç iskiyal ülserasyon için uyguladığımız gluteus maksimus deri-kas flebi ile aldığımız sonuçlar sunulmuştur. Olgularımızdan birinde, iki taraflı iskiyal ülserasyona ilaveten trokanterik bir ülserasyon da vardı. Bu olguda gluteus maksimus deri kas flepleri sadece iskiyal ülserasyonlar için kullanılmış, trokanterik ülserasyon deri flebi ile kapatılmıştır.

Hastaların ameliyat sonrası gözlemlerinde erken ve geç komplikasyona rastlanmamıştır. Gluteus maksimus deri-kas flebinin ülserli bölgeye iyi beslenen bir deri ve iyi bir kas yastığı sağlaması, yöntemin avantajı olarak benimsenmiştir.

(*) Fransız-Türk Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kongresi (Sheraton Oteli, 2-4 Haziran 1980 İstanbul)'da tebliğ edildi.

(**) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kürsüsü, Adana.

(***) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kürsüsü, Adana.

(****) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kürsüsü, Adana.

G İ R İ Ő

Dekübitus ülserleri, organizmadaki kemik çıkıntılarının üzerini örten derinin alışılmıőın dışında bir bası altında kalması ile oluşmaktadır. 1945 yılına kadar cerrahi olmayan yöntemlerle tedavisine çalışılan ülserler, bu yıldan sonra cerrahi girişimlerle tedavi edilmeye başlanmıőtır (1).

Yumuşak dokuların uzun süre bası altında kalması anoksiye ve bu dokulardaki kapillerlerin trombozuna yol açar, zamanla nekroz gelişir. Nekrotik dokular debride edilirse ülserin oluőtuđu görülür. Sekonder enfeksiyon ve drenaj yetersizliği ülserin genişlemesine neden olabileceği gibi alttaki ve çevredeki dokuların da bu o:aya katılmasına yardımcı olur. Yumuşak doku enfeksiyonu gövdenin destek dokularını içine alabilir ve sistemik bir enfeksiyona dönüőebilir (2).

Ülserlerin en sık görüldüğu alanlardan biri de tuber iskiadikumun üzerini örten gluteal bölgedir. Travmatik parapleji, nöropatiler, radyasyon tedavisi ve multipl skleroz etyolojik faktörler arasında sayılabilir (3). Beslenme bozuklukları, ilaç alışkanlıkları ve akut ateőli hastalıklar ülserin meydana gelişini kolaylaőtırıcı etkenler olarak ileri sürülmüőtür (1, 4).

Őüphesiz ki en iyi tedavi ülserden korunmadır. Hastanın konumunun deđiőtirilmesi, özel yastık ve yatakların kullanılması, derinin kuru ve temiz tutulması ile spastisitenin ortadan kaldırılması ülserlerin meydana gelmesini önleyici yöntemler arasındadır (4).

Ülserlerin cerrahi tedavisinde lokal deri flepleri (1, 3, 4) ve flebin kaldırıldığı alana deri grefti konulması ile adale transpozisyonları (1, 5) uygulanmaktadır.

Bazı adalelerin üzerini örten derinin adaleden gelen arter dalları ile beslenmesi, deri ve adalenin, arteryel bir flep olarak birlikte kullanılmasına olanak sağlamaktadır (5). Gluteus maksimus adalesinin üzerini örten deri de bu tür bir arteryel flep oluşturur (5, 6).

Gluteus maksimus deri-kas flebi sakral, trokanterik ve iskiyal bölge dekübitus ülserlerinde kullanılmaya başlanmıőtır (6). Mathes ve arkadaşları (5), gluteus maksimus deri-kas flebini meningomyelosel nedeni ile yapılan bir spinal füzyon ameliyatında uygulamıőlardır. Ayrıca bu flep, Fujino ve arkadaşları (7) tarafından, dermis-

ya-kas serbest flebi şeklinde toraks duvarı ve meme rekonstrüksiyonunda başarı ile uygulanmıştır.

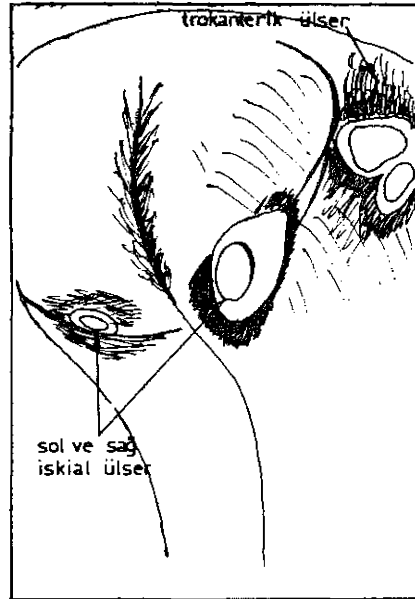
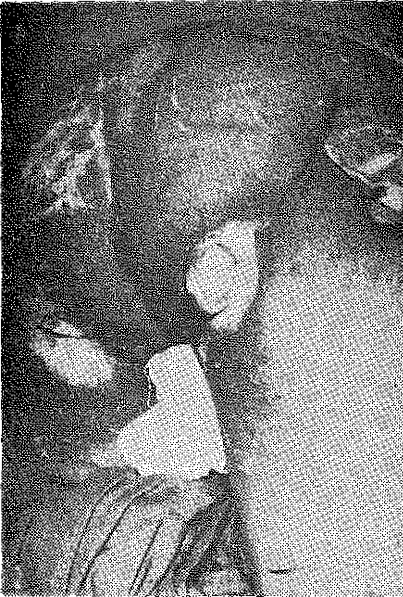
Biz de kliniğimizde, iskiyal bölgede ülseri bulunan iki olgumuzda gluteus maksimus deri-kas flebini uyguladık ve aldığımız sonuçları sunuyoruz.

OLGU BİLDİRİMİ

1 — O.O. Erkek, 1951 doğumlu (Kl. Prot. no 2901/178).

Her iki kalçasındaki yaralar nedeni ile kliniğimize başvurdu.

Öyküsünden, 22.7.1977 tarihinde geçirdiği trafik kazası sonucu torakal 5 seviyede medulla spinalis kesisi ve perineal bölgede geniş bir zedelenmenin olduğu saptandı. Meydana gelen rekto-vezikal fistülün onarımı için iki defa fistül ameliyatı ve kolostomi yapılmış. Kazadan 6 ay sonra sakral bölge ile daha sonra sağ ve sol iskiyal bölgelerde dekübitus ülserleri meydana gelmeye başlamış. Sakral ülserasyon tıbbi tedavi ile iyileşmiş. 24.2.1979 da gelişen bir mekanik ileus ile laparotomi ve bridektomi, 1 ay sonra üretero-kütanöz fistül onarımı yapılmış.

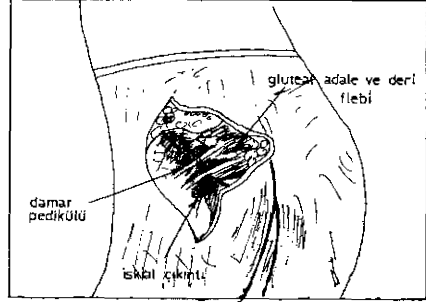
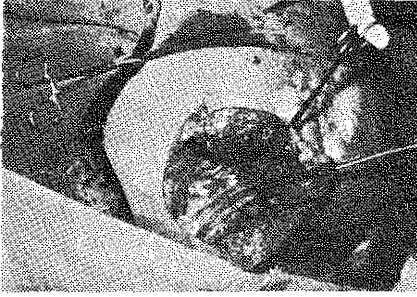


Sekil 1 : İki taraflı iskiyal ve sağda trokanterik dekübitus ülserleri.

Fizik muayenede, her iki iskiyal bölgelerde 5x6 cm ve 5x7 cm lik derin ve sağ trokanterik bölgede 8x10 cm lik yüzeysel dekübitus ülserleri ve sakral bölgede nedbeier saptandı (Şekil 1).

Her iki alt ekstremitede spastisite vardı. Spastisitenin ortadan kaldırılması için 25.5.1979 tarihinde Fakültemiz Sinir Sistemi Cerrahisi Kliniğinde L₂ seviyesinden total laminektomi ve rizotomi uygulandı.

Dekübitus ülserlerinin tedavisi için 7.6.1979 da genel anestezi ile ameliyata alındı. Yüzü koyun yatırıldı. Soldaki iskiyal ülserin onarımı için, ülserin eksizyonu ve iskiyal kemik çıkıntısının rezeksiyonu yapıldıktan sonra, gluteus maksimus kası üzerini örten deri ile birlikte flep şeklinde kaldırılarak (Şekil 2) ülserli bölgeye çevrildi. He-



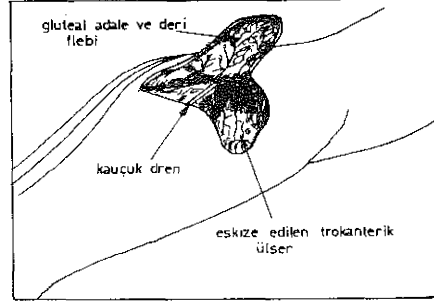
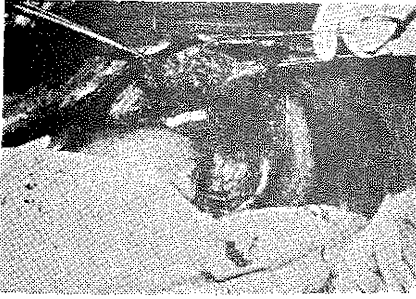
Şekil 2 : Sol iskiyal ülser için gluteus maksimus deri-adale flebinin kaldırılması.

mostaz ve kalın kauçuk dren yerleştirilmesinden sonra kas, düzeltilen tüber iskiadikum üzerine gelecek şekilde yara kenarlarına dikildi, deri primer olarak kapatıldı (Şekil 4). Sağdaki iskiyal ülserasyon için solda uygulanan yöntemle bir deri-kas flebi kaldırıldı (Şekil 3). Sağ trokanterik ülser için trokanterik kemik çıkıntısının eksizyonundan sonra, uyluk arka yüzden, medial pediküllü bir deri flebi kaldırıldı. Kalın kauçuk dren konulmasından sonra, kesiler primer olarak kapatıldı (Şekil 4).

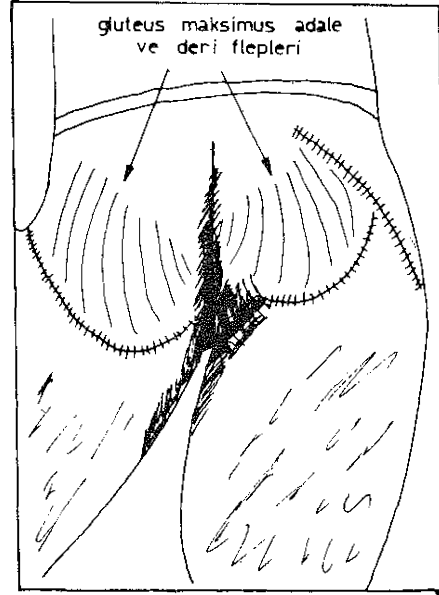
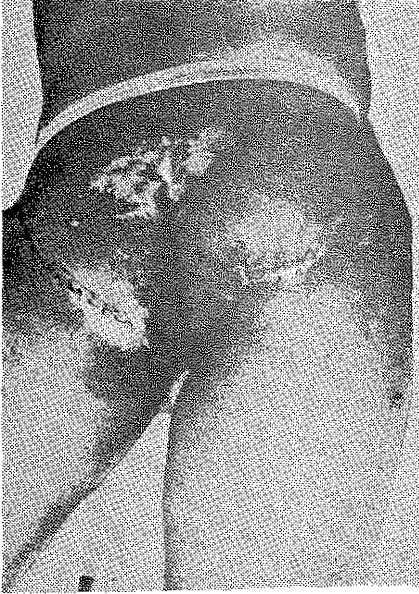
Hasta 15 gün müddetle yüzü koyun yatırıldı, 7. gün kauçuk drenler çekildi. 12 nci gün dikişleri alındı. Erken ve geç ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülmedi.

2 — S.B. Kadın, 1959 doğumlu (Kl. Prot. no. 13406/395).

Sol kalçasındaki yara nedeni ile kliniğimize başvurdu.



Şekil 3 : Sağ iskiyal ülser için gluteus maksimus deri-adale flebi ile trokanterik ülser için deri flebinin hazırlanması.

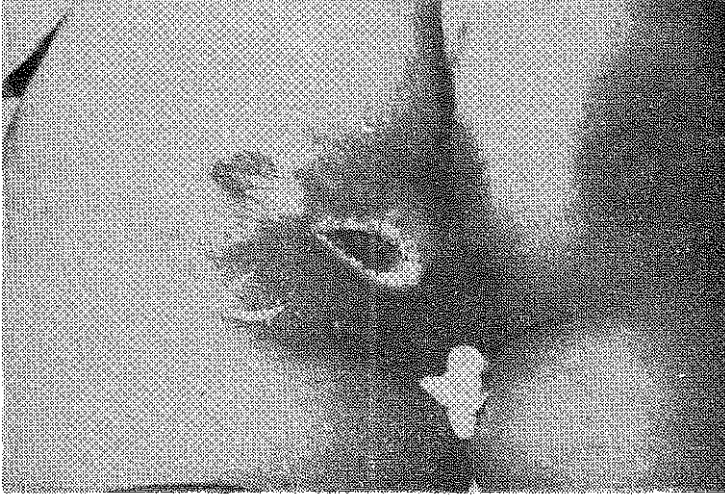


Şekil 4 : Fleplerin yerlerine dikildikten sonraki görünümleri.

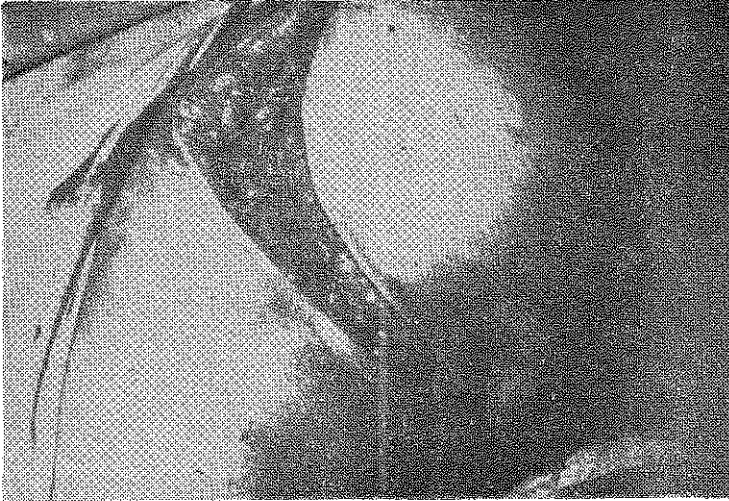
Öyküsünden, 8 yaşında sipina bifida ameliyatı sonrası alt ekstremitelerde parezi geliştiği, 10 yaşında sol ayağına nedeni ortaya konamıyan bir gangren dolayısı ile, 1/3 tibia proksimalinden amputasyon yapıldığı öğrenildi. Protez ve koltuk değneği yardımı ile yürümekte. Her iki gluteal bölgelerde mühtelif zamanlarda açılıp medikal tedavi ile iyileşen küçük ülserasyonlar meydana gelmekte imiş.

Sol iskiyal bölgede 1 yıl önce açılan derin bir ülserasyon hiçbir medikal tedaviye cevap vermemiş ve zamanla derinleşip büyümüş.

Fizik muayenede, sol tuber iskiadikum üzerinde 10x8 cm boyutlarında derin ülserasyon mevcut (Şekil 5).

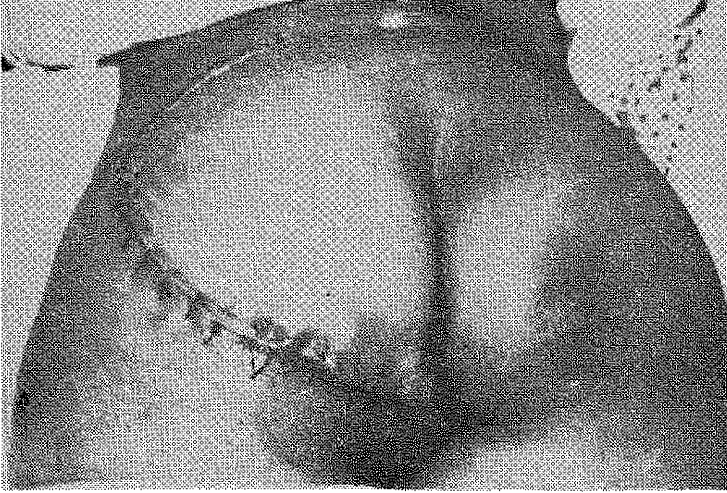


Şekil 5 : Solda derin iskiyal ülserasyon.

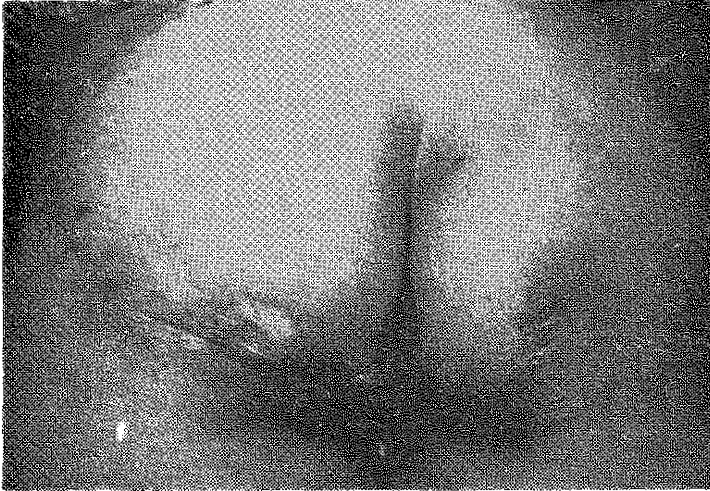


Şekil 6 : Gluteus maksimus deri-adalet flebinin hazırlanması.

Ülserin onarımı için hasta 3.1.1980 günü genel anestezi ile yüzü koyun pozisyonda ameliyata alındı. Ülser eksizyonu ve iskiadik bölgedeki kemik çıkıntının alınmasından sonra gluteus maksimus kası üzerini örten deri ile birlikte flep şeklinde kaldırıldı, ülserli



Şekil 7 : Ameliyat sonrası 10 uncu gün.



Şekil 8 : Ameliyat sonrası 22 nci gün.

bölgeye çevrildi (Şekil 6). Hemostaz ve kalın kauçuk dren yerleştirilmesinden sonra kas yara kenarlarına dikilerek, tüber iskiadikum üzerine kasın gelmesi sağlandı. Deri primer olarak kapatıldı (Şekil 7).

Hasta 15 gün müddetle yüzü koyun yatırıldı, 6 ncı gün dreni çekildi ve 11 nci gün dikişleri alındı (Şekil 8). Erken ve geç ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA

Dekübitus ülserleri çoğunlukla travmatik parapleji hastalarında oluşmaktadır (1). Bu hastalarda mevcut sakatlığa eklenen ülserasyon, hastanın bakımını daha önemli duruma getirmektedir. İyi bir tıbbi bakım ile kapanabilen ülserler yanında, bazen ciddi boyutlara ulaşan komplikasyonlar da ortaya çıkmaktadır. Griffith (2)'ye göre bu komplikasyonlar sekonder enfeksiyon, ülser altında bursit, periostit, osteit ve osteomyelit ile sistemik enfeksiyonlardır. Paraplejik hastalarda kronik dekübitus ülserlerinin amiloid gelişimi yönünden önemli bir etken olduğu da belirtilmiştir. Böbrek amiloidosisine bağlı olarak gelişen böbrek yetmezliği, paraplejik hastalarda ölüm nedenlerinden birini oluşturur (1).

Ülserlerin lokal cerrahi müdahalelerle kapanmaları bazen devamlı bir iyilik sağlayabilirse de, görülen nöksler yeniden cerrahi girişimleri gerekli kılmaktadır.

Gluteal bölge ülserlerinin bir bölümünü teşkil eden iskiyal ülserasyonlarda, lokal deri flepleri (3) yanında, kas transpozisyonları, iskiyal çıkıntı üzerinde yastık görevi yüklenmeleri nedeni ile kullanılmaktadır (1).

Kalça derisinin gluteus maksimus kasından gelen perforan dallar ile de beslenebilmesi özelliği bu derinin üzerini örttüğü kas ile birlikte bir arteriyel flep olarak kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Ancak bu tür flep bir tek ülserasyon için çevrilebilmektedir.

Birinci olgumuzda, sağ gluteal bölgedeki iskiyal ülserasyonun trokanterik ülser ile birlikte bulunması, gluteus maksimus deri-kas flebinin sadece bir ülser için kullanılmasına olanak sağlamıştır. Deri-kas flebi, hasta için daha gerekli olduğunu kabul ettiğimiz iskiyal bölgeye çevrilmiş, trokanterik ülserasyon, uyluk arka yüzden medial pediküllü bir deri flebi ile kapatılmıştır.

Her iki olgumuzda sol gluteal bölgelerdeki iskiyal ülserasyonlar deri-kas flebi ile kapatılmış, flebin kaldırıldığı alana deri grefti konulmasına gerek kalmadan primer olarak kapatılmıştır. Bu alana deri grefti konulmasını öneren araştırmacılar da vardır (6).

Ameliyat anında dikkatli bir hemostaz ve 6-7 gün süreli drenaj esas olarak kabul edilmiştir. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemlerde bir komplikasyona rastlanmamıştır. Campbell ve Delgado (1), dekübitus ülserleri için yapılan ameliyatlardan sonrası nekroz, hematom, enfeksiyon, yara açılması ve nüksleri komplikasyonlar olarak belirtmişlerdir.

Ameliyat edilen olgularımızın bugüne kadarki 4 ve 10 aylık takiplerinde nüks görülmemiştir.

Minami ve arkadaşları (6), 22 iskiyal ülser olgusunda uyguladıkları gluteus maksimus deri-adale flebinin 14 aya kadar varan takiplerinde herhangi bir açılmaya rastlamadıklarını bildirmişler ve ameliyat sonrası dönemde hastanın eğitiminin önemini vurgulamışlardır. Gluteus maksimus deri-kas flebinin uygulanmasında flebin beslenmesindeki yeterlilik, değişik yöntemlere çevrilebilmesi, kolay ve az kanlı bir disseksiyon, kasın alt dokulara yapışmasındaki kolaylık ve bölgeye iyi bir kas yastığının taşınabilmesi metodun avantajları olarak aynı yazarlar tarafından belirtilmiştir.

Ger (8), kasın, basınca dayanabilen yumuşak bir yastık olarak görev yapabileceğine dikkati çekmiştir.

İki klinik olgumuzda uyguladığımız üç gluteus maksimus deri-kas flebi ile aldığımız sonuçlar, olgu sayımızın azlığına ve ameliyat sonrası takip süresinin 4 ve 10 ay gibi kısa bir devrede bulunmasına rağmen, bu flebin, iskiyal bölgenin ülserlerinde güvenle kullanılabilir niteliklerde olduğunu göstermektedir.

SUMMARY

Repair of ischial pressure sores by
myocutaneous (Gluteus maximus) flaps

Decubitus ulcers which are resistant to medical therapy are cured by surgical methods. Ischial ulcerations often require surgical intervention. Local skin flaps and muscle transpositions are being used as surgical methods. Skin covering the gluteus maximus muscle

may also be nourished by perforating vessels of the muscle. This vascular arrangement is important for providing the use of the myocutaneous unit as an arterial flap.

In this article, the results obtained from the three ischial ulceration in our two patients have been presented. One of our patients, trochanteric ulceration was present in addition to two sided ischial ulcer. In this case, gluteus maximus myocutaneous flaps were only used for the closure of ischial ulcers and the trochanteric ulcer was closed by a skin flap.

In the follow-up period the patients showed no early and late postoperative complications. Obtaining a good vascularized skin and a good muscle bed to the ulcerated region has been accepted as the advantages of gluteus maximus myocutaneous flaps.

KAYNAKLAR

1. Campbell, R.M., and Delgado, J.P.: The pressure sore, in *Reconstructive Plastic Surgery*, ed. by J.M. Monverse, 2 nd ed. p. 3763. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, 1977.
2. Griffith, B.H.: Pressure sores, in *Plastic Surgery*, ed. by W.C. Grabb and J.W. Smith, p. 931, Little Brown and Company, Boston, 1973.
3. Hoehn, J.G., Elliott, R.A., and Stayman, J.W.: The use of Limberg flaps for repairing small decubitus ulcers. *Plast. Reconstr. Surg.*, 60 :548, 1977.
4. Griffith, B.H.: Flaps for closure of pressure sores, in *Skin Flaps*, ed. by W.C. Grabb and M.B. Myers, p. 461, Little Brown and Company, Boston 1975.
5. Mathes, S.J., Vasconez, L.O., and Jurkiewicz, M.J.: Extensions and further applications of muscle flap transposition. *Plast. Reconstr. Surg.*, 60: 6, 1977.
6. Minami, R.T., Mills, R., and Pardoe, R.: Gluteus maximus myocutaneous flaps for repair of pressure sores. *Plast. Reconstr. Surg.*, 60: 242, 1977.
7. Fujino, T., Harashina, T., and Aoyagi, F.: Reconstruction for aplasia of the breast and pectoral region by microvascular transfer of a free flap from the buttock. *Plast. Reconstr. Surg.*, 56: 178, 1975.
8. Ger, R.: The surgical management of decubitus ulcers by muscle transposition. *Surgery*, 69: 106, 1971.