

DUYSAL İNERVASYONLU LATERAL KOL FLEBİ

Kutlu SEVİN, Mehmet KETENE, İker APAYDIN, Edem YORMUK

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Günümüzde doku defektlerinin onarımında, sadece defektin kapatılması değil, tüm fonksiyonların hastaya geri kazandırılması amaçlanmaktadır. Özellikle eldeki defektlerin onarımında artık duysal inervasyon imkanı olan flepler tercih edilmektedir. Bu yazıda, el sırtında travmatik defekt olan hastada, duysal inervasyonlu serbest lateral kol flebi ile yapılan onarım takdim edilmiştir.

Anahtar Kelime : lateral kol flebi, duysal inervasyon

Lateral kol flebi, ilk defa Song ve arkadaşları tarafından 1982'de yayımlandıktan sonra kısa sürede klinik uygulamalar arasına katıldı (2, 3, 6, 9). Bu flep, özellikle ince deri örtüsü ve renk uyumunun önem kazandığı bölgelerin onarımında hem fonksiyonel hemde kozmetik yönden çok iyi sonuç vermektedir. Çok önemli olan diğer bir özelliği ise, sensitif flep olarak kullanılabilir. Bu yazıda, el sırtında travmatik doku defektli olan bir hastada defektin onarımı için kullanılan lateral kol flebiyle alınan sonuç takdim edilmiştir.

OLGU SUNUMU

Elde oluşan travmatik doku defektli nedeniyle yatırılan 24 yaşında kadın hastanın muayenesinde, sol el dorsalinde tendon ve kemik dokuların üzerlerinin açık durumda olduğu belirlendi (şekil 1). Yara temizliği

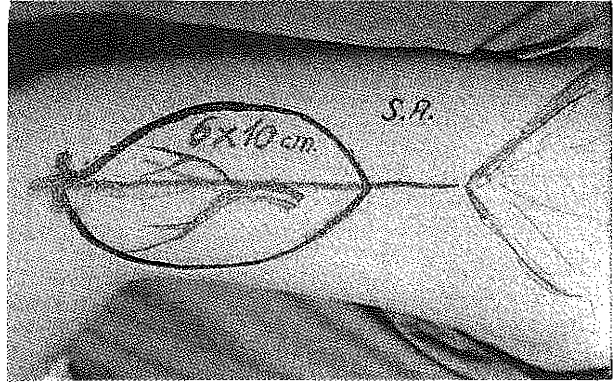


Şekil 1 : Sol el dorsalinde kemik ve tendonların üzerinin açıldığı travmatik doku defektli.

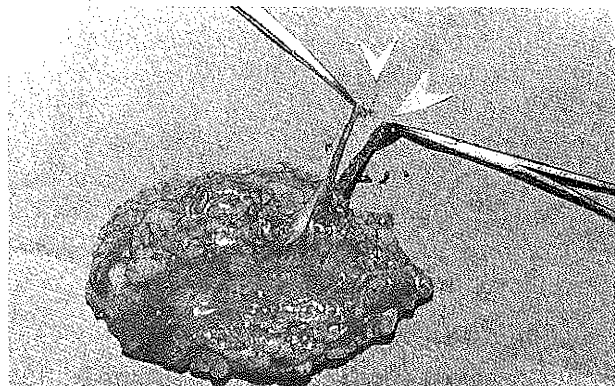
SUMMARY :

Nowadays, the main aim for the reconstruction of tissue defects, is not only to close the defect but also supply the patient complete function. Especially in the treatment of hand soft tissue defects, flaps with sensation are preferred. In this paper, reconstruction made by using sensitively innervated lateral arm flap in a patient with soft tissue defect on the dorsum of hand has been presented.

Key Words : lateral arm flap, sensitive innervation.

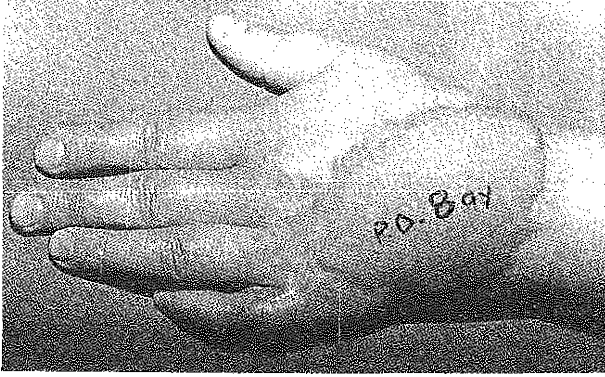


Şekil 2 : Sağ kolda 10x 6 cm boyutunda lateral kol flebi planlandı.

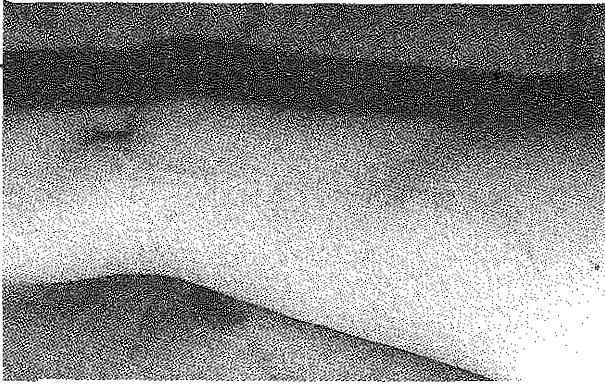


Şekil 3 : Posterior brakial kütanöz sinirle birlikte hazırlanan flebin arter pedikülü 5 cm uzunlukta idi.

nin ortalama 18 mm olduğu belirlendi (Şekil 4). Donör bölgede ise kabul edilebilir bir skar mevcuttu (Şekil 5).



Şekil 4 : Sekiz ay sonraki kontrol muayenesinde tüm el fonksiyonlarının normal olduğu belirlendi.



Şekil 5 : Donör bölgede kabul edilebilir bir skar mevcuttu.

sağlandıktan sonra, defektin onarımı için hasta ameliyata alınarak, sağ koldan 10x6 cm boyutunda lateral kol flebi, sensitif siniriyle birlikte hazırlandı (Şekil 2). Donör alan primer olarak kapatıldı. Pedikülü oluşturan posterior radial kollateral arterin çapı 1.5 mm pedikül uzunluğu ise 5 cm idi (Şekil 3). Flebin venöz dönüşünü sağlamak için arterin konkomitan veni (2 mm. çaplı) hazırlandı. Hazırlanan flebin arteri, defekt yakınında radial artere uç-yan anastomoz edildi. Ven ise, defekt yakınında bulunan bir vene uç-uca anastomoz edildi. Flebin sensitif siniri olan lateral kütanöz sinir, radial sinirin süperfisyal dalına 2 adet 10-0 dikişle anastomoz edildi. Ameliyat sonrası komplikasyon olmadı. Sekiz ay sonra yapılan muayenede, el fonksiyonlarının tamamen normal olduğu, flebin değişik noktalarında yapılan iki nokta ayırım testi-

TARTIŞMA

Olgumuzda doku defektinin bulunduğu bölge derisinin ince olması nedeniyle onarım için inguinal veya skapular serbest flep kullanmayı düşünmedik. Dorsalis pedis flebi sensitif flep özelliğinde ve ince bir deri örtüsüne sahip olduğu halde, donör sahanın greftle kapatılması gerekmekte, sonuç kozmetik ve fonksiyonel yönden kötü olmaktadır(7). Lateral kol flebi ise hem ince bir deri örtüsüne sahip, hemde sensitif özelliği olabilen bir fleptir. Medial kol flebine kıyasla bu flebin anatomik yapısı daha stabildir. Pedikülü oluşturan posterior kollateral arter 1.5-2 mm çapta ve ortalama 6 cm uzunluktadır. Proksimale doğru arteria profunda brachii'nin diske edilmesiyle pedikül daha da uzatılabilmektedir. Olgumuzda flebin pedikül uzunluğu 5 cm uzunlukta idi. Arter, defekt alanı yakınında radial artere uç-yan anastomoz edildi. Özellikle ekstremitelerde distal kısımlarında arterial dolaşımın bozulmaması için uç-uca anastomoz daha çok tercih edilmektedir. Godina ve Ikuta, yaptıkları yayınlarda, uç-uca anastomozlarla uç-yan anastomozlar arasında, açıklık oranları yönünden önemli bir fark olmadığını, hatta uç-yan anastomozlarda damar retraksiyonu ve spazm olasılığının daha az olduğunu savunmuşlardır (4,5).

Venöz dönüşün sağlanması için iki seçenek vardır. Bunlardan biri sefalik ven veya dalları, diğeri ise pedikülü oluşturan arterin konkomitan veninin kullanılmasıdır. Her iki sistemin de flebin beslenmesi için yeterli olduğu bildirilmiştir(8). Bizim olgumuzda arterin konkomitan veni kullanıldı ve ameliyat sonrası venöz dönüşle ilgili hiçbir sorun olmadı. Bu konuda karar verilirken defekt alanındaki venlerin çapı önemlidir. Yüzeysel venöz sistemi oluşturan sefalik ven veya dalları, konkomitan vene göre çok daha geniş çaplı olduğundan, eğer defekt, donör bölgenin çok distalinde ise, konkomitan ven kullanılması anastomoz hattında çap farkı oluşmasını önleyecektir.

Lateral kol flebi, direkt olarak posterior brakial kütanöz sinir ile innerve olur. Bu sinir korunarak flep hazırlandığında, sensitif flep olarak kullanılabilir. Flebin diğer bir uyulama alanı ise, altında geçen posterior antebraial sinir ile birlikte vaskülarize sinir grefti nakli imkanındır. Hastamızın sekiz ay sonraki muayenesinde, iki nokta ayırım testi ortalama 18 mm olarak saptandı. Bu duysal hassasiyet, koruma amaçlı dyu için yeterli olarak bildirilmiştir(1).

Katsaros ve arkadaşları, yaptıkları lateks enjeksiyon çalışmaları ile humerustan 10x1 cm vaskülarize kemik alınabileceğini saptadılar(6). Arnez ve arkadaşları, osteokütanöz lateral kol flebini sensitif olarak üç hastada baş-

LATERAL KOL FLEBİ

parmak rekonstrüksiyonu için kullandılar(1).

Flebin diğer olumlu tarafı, deri örtüsünün nispeten ince olmasıdır. Özellikle flep distal ucunun lateral epikondile ulaşacak şekilde planlanması ile bu bölgedeki ince derinin kullanılması mümkün olabilmektedir(1). Flep 6 cm eninde hazırlanırsa, oluşan defekt primer kapatılabilmektedir. Daha geniş boyutta dokuya ihtiyaç duyulduğunda, 15 x 13 cm'e kadar genişlikte bir flep rahatlıkla hazırlanabilmektedir(1). Hastamızda 6 cm enindeki donör alan defekti, hiçbir dolaşım sorunu olmadan primer olarak kapatıldı. Lateral kol flebinin, hasta sırtüstü pozisyonda yatarken hazırlanabilmesi nedeniyle iki ekibin aynı anda çalışmasına uygun olması, ameliyat süresini kısaltmaktadır. Katsaros ve arkadaşları, flebin aksillaya yakın steril turnike konarak hazırlanmasını önermişlerdir(6). Olgumuzda da flep diseksiyonu turnike altında yapılmıştır.

Sonuç olarak, özellikle ince deri örtüsü gerektiren ve sensitif innervasyonun önem kazandığı doku defektlerinin onarımında, lateral kol flebi hatırlanması gereken uygun seçeneklerden biridir.

Dr. Kutlu SEVIN

Ankara Üniversitesi, Tıp Fak.

Plastik ve Rek. Cer. ABD, Cebeci 06100, Ankara

KAYNAKLAR

1. Arnez ZM, Kersnic M, Smith RW, Godina M: Free lateral arm osteocutaneous neurosensory flap for thumb reconstruction. *J Hand Surg* 16B:395, 1991
2. Cormack GC, Lamberty BG: A classification of fasciocutaneous flaps according to their patterns of vascularization. *Br J Plast Reconstr Surg* 74:244, 1984.
3. Cormack GC, Lamberty BG: Fasciocutaneous vessels in the upper arm: application to the design of new fasciocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg* 74:244, 1984.
4. Godina M: Preferential use of end to side arterial anastomoses in free flap transfers. *Plast Reconstr Surg*, 64:673, 1979.
5. Ikuta Y: Free flap transfers by end to side arterial anastomosis. *Br J Plast Surg*, 28:1, 1975.
6. Katsaros J, Schusterman M, Beppu M, Banis JC and Aclad RD: The lateral upper arm flap: anatomy and clinical applications. *Ann Plast Surg* 12:489, 1984.
7. Meleod AM, and Robinson DW: reconstruction of defects involving the mandible and floor of the mouth by free osteocutaneous flaps derived from the foot. *Brit J Plast Surg*, 35:239, 1982.
8. Scheker L, Lister G: microvascular free transfer of the lateral arm fasciocutaneous flap. In *Grabb's encyclopedia of falps*, Strauch B, Vasconez LO, Hall-Findlay Ej (Eds.) Little Brown Co, Boston, 1990, pp 1127-1130.
9. Song R, Song Y, Yu Y, Song Y: The upper arm free flap. *Clin Plast Surg* 9:27, 1982.