

PARAPLEJİK HASTALARIN NÜKS ETMİŞ İSKİYAL BASI ÜLSERLERİNDE BİSEPS FEMORİS KAS-DERİ V-Y İLERLETME FLEBİ

Ayhan NUMANOĞLU, Özhan ÇELEBİLER, Mehmet BAYRAMIÇLI,
Raffi GÜRÜNLÜOĞLU, Erdem TEZEL

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Oturan paraplejik hastalarda bası ülselerinin en sık görüldüğü ve nüks ettiği yer, iskiyal bölgedir. İskiyal ülselerin kolaylıkla nüksedebilmesi nedeniyle, hastanın ve cerrahi yöntemin seçimi ile zamanlama çok özenle yapılmalıdır. Diseksiyonunun kolay olması, geniş defektleri güvenli olarak örtebilmesi, nüks durumunda yeniden kullanılabilmesi ve diğer alternatif fleplerin kullanılmasına olanak tanınması gibi avantajlarından dolayı, daha önce sakral, trokanterik ve iskiyal bası yarası nedeniyle bir ile dört kez ameliyat edilmiş olan altı olguda, nüks iskiyal bası ülseri rekonstrüksiyonu amacıyla, yedi adet biceps femoris kas deri V-Y ilerletme flebi uygulandı. Hiçbir hastada on aylık ile altı yıllık takip süresi içerisinde nüks saptanmadı. İskiyal ülselerin rekonstrüksiyonundan sonra nükslerin önlenmesinde hasta ve yakınlarının hasta bakımındaki bilinçli tutumlarının yanı sıra, biceps femoris kas-deri V-Y ilerletme flebinin iyi kanlanması da çok önemli bir rol oynar.

Anahtar Kelimeler: Biceps Femoris, Kas-Deri Flebi, Bası ülseleri.

SUMMARY

The ischial region is the most common site for the development of pressure sores in paraplegic patients who are wheel chair ridden for most of the times. Because of the high recurrence rate, timing is as important as the selection of the patient and surgical technique. The elevation of biceps femoris myocutaneous flap is very simple and large defects can safely be covered with this technique while the possibility of reelevation for recurrences in the future is preserved. Seven biceps femoris myocutaneous V-Y advancement flap operations were carried out for the reconstruction of recurrent ischial ulcers in six patients who had been operated one to four times in the past for sacral, trochanteric and ischial pressure ulcers. No recurrences have been encountered during the ten month to six year follow-up period. Although the training of patients and their relatives play an essential role in the reduction of recurrence rate, the role of abundant blood supply of biceps femoris myocutaneous flap can not be denied.

Key Words: Biceps Femoris, Myocutaneous flap, Pressure Sores

GİRİŞ

Deride duyu innervasyonu olmayan paraplejik hastalar zamanlarının çoğunu yatağa bağlı ya da tekerlekli sandalyede geçirmek zorundadırlar. Bu nedenle pek çok hastada, çoğunluğu iskiyal bölgede olmak üzere çeşitli bası ülseleri ortaya çıkmaktadır¹ (Şekil 1).

Paraplejiklerin bası ülselerinin cerrahi tedavisinde nüks oranının yüksekliği cerrahin hasta seçiminde ve uygun yöntemi belirlemede çok dikkatli olmasını gerektirir.

Bası yaralarında nüks oranı hem hasta hem de yara açısından değerlendirilmektedir. Yara nüksü; daha önce olan bir bölgede yeniden yara açılmasıdır.

Bu yaraların onarımında günümüzde, iskiyal bölgedeki ülselerin eksizyonu ardından çeşitli deri ya da kas-deri flepleri kullanılmaktadır². Bu amaçla, pek sık olmamakla birlikte uyluk transpozisyon deri flebi, skrotal flep ve total uyluk flebi kullanılabilirdiği gibi; iyi kanlanması ve yeterli



Şekil 1: Bilateral iskiyal bası ülseri.

Tablo 1: Altı olgunun daha önce bası yarası lokalizasyonları, onarım yöntemleri ve biceps femoris kas-deri V-Y ilerletme flebi ile onarılan nüks iskiyal bası ülseri boyutları

Olgu	Yaş	C	Önceki bası yarasının yeri	Önceki onarım yöntemi	Biceps femoris kas-deri V-Y ilerletme flebi ile onarılan nüks iskiyal yara boyutu
1	45	B	Sol iskiyal Sakral	EPS, sol gluteus maksimum kas-deri flebi Sağ gluteus maksimum kas-deri flebi	10x12cm.
2	56	E	Sol iskiyal	EPS, sol gluteus maksimum kas-deri flebi	8x10cm
3	28	E	Sağ iskiyal Sol iskiyal Sol trokanterik	EPS EPS EPS, TFL, gluteus maksimum kas-deri flebi	6x8cm. ve 8x8cm. (sağ ve sol iskiyal)
4	46	K	Sağ iskiyal	Gluteus maksimum kas-deri flebi	7x7cm.
5	40	K	Sağ iskiyal	EPS	5x7cm.
6	55	K	Sol iskiyal	Gluteus maksimum kas-deri flebi, EPS	7x8cm.

EPS: Eksizyon ve primer sütürasyon C: Cinsiyet

yastık oluşturması gibi avantajlarından dolayı gluteus maksimumus³, grasilis⁴, TFL ve Hamstring (Semitendinöz, Semimembranöz, Biceps Femoris)⁵ kas ya da kas-deri flepleri tercih edilmektedir. İskiya bölgesindeki ülserlerin onarımı amacıyla, tensor fasya lata, grasilis, vastus lateralis ve gluteus maksimum kas-deri fleplerinin yerine öncelikle biceps femoris kas-deri fleplerinin kullanılması konusunda bir fikir ayrılığı vardır. Ancak tensor fasya lata ve grasilis kas-deri flepleri geniş iskiyal yaraların kapatılmasında yetersiz kalmaktadır. Gluteus maksimum ve vastus lateralis kas-deri flepleri, hernekadar biceps femoris kas-deri flebi gibi yeterli ve güvenilir iseler, bu fleplerin ileride ortaya çıkması muhtemel sakral ve trokanterik bası yaralarının kapatılması amacıyla korunmaları uygun olur^{6,7}. Bu düşünce doğrultusunda, biz de kliniğimizde ilk kez

ortaya çıkan iskiyal ülserlerin onarımı amacıyla biceps femoris kas-deri fleplerini öncelikli olarak tercih etmekteyiz. Nüks etmiş iskiyal ülserlerin rekonstrüksiyonunda da, geniş defektleri güvenli olarak örtebilmesi, nüks durumunda yeniden kullanılabilmesi ve diğer alternatif fleplerin kullanılmasına olanak tanınması gibi nedenlerden dolayı biceps femoris kas deri V-Y ilerletme flebini altı olguda uyguladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

1990-1993 yılları arasında kliniğimizde nüks etmiş iskiyal bası ülseri onarımı amacıyla altı olguda yedi adet biceps femoris kas-deri V-Y ilerletme flebi uygulandı. Hepsisi paraplejik olan hastaların üçü erkekti. Dört ile altı yıldan beri paraplejik olan bu hastalar daha önce sakral, trokanterik ve iskiyal bası yarası nedeniyle bir ile dört kez ameliyat olmuşlardı. Bu olgularda, iskiyal bası ülseri onarımı amacıyla daha önce ülser eksizyonu ve primer sütürasyon, gluteus

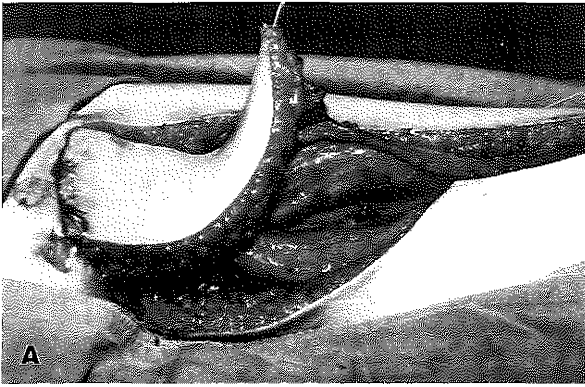
maksimum kas-deri ve TFL flepleri kullanılmıştı (Tablo I). Tüm hastalarda iskiyal bası yaralarına başlangıçta günlük pansumanlar ve periyodik olarak kültür/antibiyoqram yapıldı. Gerektiğinde topikal ya da sistemik antibiyotik tedavisi uygulandı. Basınç noktalarını değiştirmek ve hipoksidede kalmış, duyu innervasyonu bulunmayan ülserli alanları kısmen rahatlatılabilmek amacıyla hastaların pozisyonu sık sık değiştirildi ve pnömatik yatak kullanıldı. Hasta ve hasta yakını eğitimine özen gösterildi. Ameliyat öncesi tüm hastaların nütrisyonel durumları değerlendirilerek, varsa anemi ve hipoproteinemiye ilişkin destekleyici tedavi yapıldı. Mesane ve sfinkter disfonksiyonu bulunan dört hastaya da üretral kateterizasyon uygulandı ve ameliyat sahasının erken postoperatif dönemde gaita ile kontaminasyonunu engellemek amacıyla konstipasyon ajanları verildi.



Şekil 2: İskiyal ülserin en bloc rezeksiyonu.



Şekil 3: Flebin planlanması.



Şekil 4A: Biceps femoris kas deri flebinin hazırlanması. B: V-Y tekniği ile defektin kapatılması.

CERRAHİ TEKNİK

Olguların tümü maksimum fleksiyondayken prone Jacknife pozisyonunda ameliyat edildi. Ülser etrafındaki bir santimetre sağlam cilt ile birlikte eksize edildi (Şekil 2). İskiyal tüberosite rezeke edildi ve iskiyum basınç noktalarını yaymak amacıyla düzleştirilerek şekillendirildi. Ülserin ve zemindeki kemiğin en bloc rezeksiyonunu takiben oluşan defektin distalinde uyluk arka yüzünde, taban genişliği örtülecek defektin eni kadar olan üçgen deri adası işaretlendi (Şekil 3). Biceps femoris kası insersiyosundan ayrıldıktan sonra, diseksiyona distalden proksimale kasın derin yüzeyi boyunca devam edildi. Biceps femorisin kısa başı femurdaki linea asperadan ayrıldı. Lateralde, derin diseksiyon planının belirlenmesi için siyatik sinir izole edildi. Proksimalde, biceps femorisin uzun başı diske edilerek gluteus maksimus kasından ayrıldı. Biceps femorisin uzun başı iskiyumdan tamamen ayrılarak, muskulokütan ünite

mobilize edildi. Flebin proksimal kısmı defekt içine ilerletilerek gerginlik olmaksızın sütüre edildikten sonra defekt, V-Y tekniği ile kapatıldı (Şekil 4a-b).

Hastalar ameliyat sonrası iki hafta süreyle prone pozisyonda yatırıldı. Altı hafta süreyle koltukta ya da tekerlekli sandalyede, ancak Roho oturma tamponu ile oturmaları sağlandı. Altı haftadan sonra, ameliyat sahası üzerinc aşamalı olarak yarım, bir ve iki saatlik bası oluşturulmasına izin verildi. Hiçbir hastada on ay ile altı yıl arasında değişen izleme süresinde nüks saptanmadı.

TARTIŞMA

İskiyal bası yaralarının kapatılması amacıyla, yaşamı boyunca muhtelif flep ameliyatlarına ihtiyaç duyan hastalar için iyi seçilmiş ve düşünülmüş bir cerrahi stratejinin belirlenmesi gerekmektedir. Öyle ki; bir önceki flep ameliyatı uygulandığında, gelecekte kullanılması muhtemel fleplerin vasküler

pedikülleri yaralanmamalıdır. Bası yaralarının nüks özelliği akılda tutularak her rekonstrüksiyon seçeneğinin ileride alternatif yöntemleri uygulama olasılığını koruyacak şekilde planlanması gerekmektedir.

İskiyal bası yaralarının rekonstrüksiyonunda, gluteus maksimus, vastus lateralis, tensor fasya lata ve grasilis kas-deri fleplerinden ziyade, biceps femoris kas-deri fleplerinin öncelikle kullanılması hakkında fikir ayrılıkları vardır. Ancak tensor fasya lata (TFL) ve grasilis kas-deri fleplerinin geniş iskiyal defektlerin kapatılmasında yetersiz kaldığı bilinmektedir. Ayrıca, paraplejik hastalarda gelecekte sakral ve trokanterik bölgelerde bası yaraları ortaya çıkma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Gluteus maksimus, vastus lateralis, tensor fasya lata ve grasilis kas-deri flepleri ileride ortaya çıkması beklenen sakral ve trokanterik yaraların kapatılabilmesi için elde saklanmalıdır^{6,7}.

Bu nedenle, biz kliniğimizde, ilk kez ortaya çıkan iskiyal ülser tedavisinde, biceps femoris kas-deri flebinin öncelikle kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz. Biceps femoris kas-deri flebinin daha önce denenmiş flep cerrahisinden sonra nüks etmiş iskiyal ülser tedavisinde de kullanılması seçkin cerrahi yöntemdir. Biceps femoris flepleri transpozisyon, turnover kas flepleri şeklinde de kullanılabilir. Biceps femoris kas deri flebi transpozisyon halinde uygulandığında rekonstrüksiyon sonrası doku kayıplarına neden olabilmektedir. Çünkü kasın transpozisyonu segmental olarak beslenen bu kasın distal majör vasküler pediküllerini kesmeyi gerektirir. Oysa, ilerletme modifikasyonu ile nörovasküler pediküllerin korunması mümkün olabilmektedir⁸.

Biceps femoris kas deri V-Y ilerletme flebi güvenli ve teknik olarak diseksiyonu kolay bir fleptir. Hiçbir olgumuzda bu diseksiyon bir saatten fazla zaman almadı ve herhangi bir sorunla karşılaşmaksızın işlem tamamlandı. İskiyal defektlerin kapatılması amacıyla, pek çok başarılı yöntem bulunmakta ise de, biceps femoris kas deri V-Y ilerletme ile rekonstrüksiyonu, üç temel nedenden dolayı tercih edilmektedir. Öncelikle, tüm derin vasküler pediküller korunur ve bu nedenle son

derece güvenlidir¹. İkincisi, gerektiğinde geniş defektlerin kolaylıkla kapatılabilmesi mümkün olabilir. Biz de bu fleple, en büyüğü 10x12 cm. boyutlarında olan çeşitli genişlikteki defektleri rahatça kapattık. İlerletme yaptığımız en büyük flebin kısa kenarı 12, uzun kenarı 25 cm. kadardı. Üçüncü avantajı ise gerektiğinde, gelecekte diğer komşu kasların kullanılabilmesine olanak sağlamasıdır. En uzun izleme süremiz altı yıl olup hiçbir hastamızda olmadığı gibi bu hastamızda da herhangi bir nüks görülmemiştir. Erken dönemde ortaya çıkan nüks hasta seçimindeki yanlışlığın ve hasta eğitimindeki eksikliğin bir yansıması olabilir¹. Bu duruma hastanın ve yakınlarının hasta bakımındaki bilinçli ve özenli tutumlarının büyük katkıda bulunduğu yadsınmamakla birlikte flebin iyi beslenmesi ve güvenilirliğinin de önemli bir faktör olduğu ortadadır (Şekil 5). Ayrıca hiçbir hastamızda erken dönemde görülen minimal üriner infeksiyon dışında bir infeksiyon görülmemesi literatür verileriyle uyum göstermekte ve bu yöntemle üretranın zarar görmediği savını desteklemektedir⁸.



Şekil 5: Flebin ameliyat sonrası geç dönem görünüşü

Geniş iskiyal defektleri kolaylıkla ve güvenilir olarak örtebilmesi, yeterli yastık oluşturabilmesi, nüks durumunda diğer alternatif fleplerin kullanılmasına olanak tanınması, tekrar elevasyon imkanının bulunması, membranöz üretrayı korunması, oturma pozisyonunda pelvisi dengelemesi, semitendinöz ve semimembranöz kasları ile kullanıldığında spastisiteyi önlemesi gibi

NÜKS İSKİYAL BASI YARALARI

avantajlarından dolayı, hem ilk kez ortaya çıkan hem de nüks etmiş iskiyal bası yaralarının rekonstrüksiyonunda biceps femoris kas deri V-Y ilerletme flebinin ilk akla getirilmesi gereken seçenek olduğu düşüncesindeyiz.

Prof. Dr. Ayhan NUMANOĞLU
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D. Başkanı
81190 Altunizade-İstanbul/Türkiye

KAYNAKLAR

1. Kroll, S.S., Hamilton, S.: Multiple and repetitive uses of extended hamstring V-Y myocutaneous flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 84: 296, 1989.
2. Hurteau, J.E., Bostwick, J., Nahai, F., Hester, R., Jurkiewicz, M.J.: V-Y advancement of hamstring musculocutaneous flap for coverage of ischial pressure sores. *Plast. Reconstr. Surg.* 68: 539, 1981.
3. Mills, R.L.: Gluteus maximus musculocutaneous flap. In Strauch Vascones, O.L., Hall-Findlay, E.J. (Ed.). *Grabbs's encyclopedia of flaps.* Boston: Little, Brown, 1610, 1990.
4. Labander, H.B.: The gracilis muscle and musculocutaneous flap in the repair of perineal and ischial defects. *Brit. J. Plast. Surg.* 33; 95, 1980.
5. Colen, S.R.: Pressure sores. In McCarthy, J.G., May, J.W., Littler, J.W. (ed.). *McCarthy Plastic Surgery.* Philadelphia: W.B. Saunders Company, 3797, 1990.
6. Colen, S.R.: Pressure sores. In McCarthy, J.G., May, J.W., Littler, J.W. (Ed.). *McCarthy Plastic Surgery.* Philadelphia: W.B. Saunders Company, 3823, 1990.
7. McCraw J.B., Arnold P.G.: Biceps femoris. In McCraw J.B., Arnold P.G. (Ed.). *Atlas of muscle and musculocutaneous flaps.* Virginia, Norfolk: Hampton Press Publishing Company, 377, 1986.
8. Tobin, G.R.: Biceps femoris flaps. In Strauch Vascones, O.L., Hall-Findlay, E.J. (Ed.). *Grabbs's encyclopedia of flaps.* Boston: Little, Brown, 1614, 1990.