

7 AYLIK GEBE BİR OLGUDA ACİL POLLİSİZASYON

Ethem GÜNEREN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

Sayın Editor,

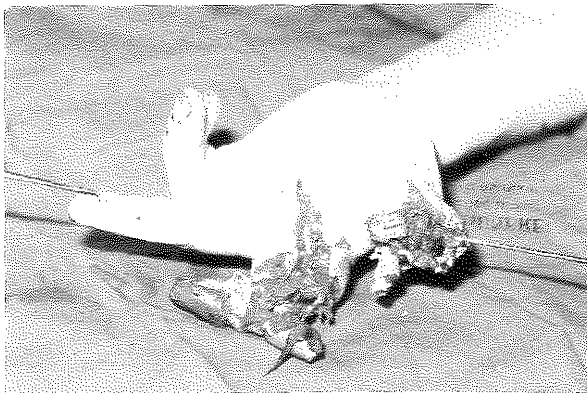
1. parmak proksimal falankstan parçalı amputasyonla gelen 7 aylık gebe hastada, proksimal yaralı ancak distali sağlam olan 2. parmağın lokal anestezi altında deri altından geçirilerek 1. parmağın güdüğüne transfer edildiği olgu nedeniyle edindiğimiz deneyimi aktarmak istiyoruz.

İnsan elinin işlevinin % 40'ını sağlayan 1. parmağın¹⁻³. Ancak yeterli uzunlukta, duyuşsal ve işlevsel kusuru olmayan bir parmak bunu gerçekleştirebilir. 1. parmağın kaybında elin görüntüsü de bozulur. Bu nedenle 1. parmağın kaybı ciddi bir sorundur⁴. Doğmalık nedenlerle 1. parmağın yokluğunda, yanık veya en sık görülen şekliyle travmatik kayıplarda; ayaktan ele serbest parmak transferi veya pollisizasyon denen eldeki başka bir parmağın 1. parmak yerine transferi yapılır⁵⁻⁶.

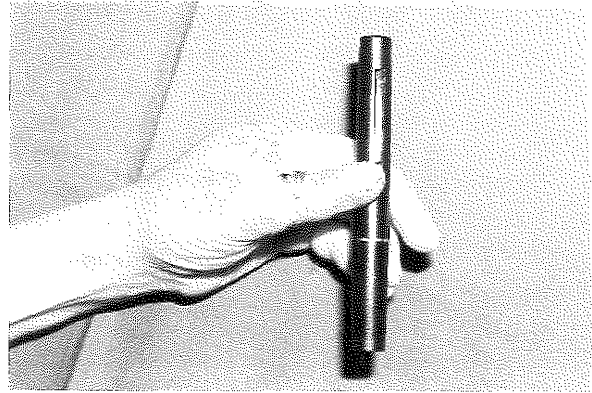
35 yaşında kadın hasta, sol elini pres makinasına sıkıştırmış, 1. parmağın proksimal falankstan parçalı amputasyonu ve 2. parmağın metakarp başı seviyesinden orta falanksa kadar olan kısmında ezilme ve parçalanması mevcuttu (Şekil 1). Genel durumu iyi ve 7 aylık gebeliği bulunan hastaya aksillar blok anestezi altında kola havalı turnike uygulandı. 1. parmağın proksimal falanks 1/2 distalden parçalı olan amputasyon güdüğünün kenarları düzeltilti. 2. parmağın orta falanks 2/3 distalin itibaren sağlam olduğu ve tek ulnar pedikül ile beslendiği görüldü. Derin fleksör tendon dışında diğer tendonlar parçalanmıştı. 2. parmağın kalan kısmının

pediküllü olarak 1. parmağa transferine karar verildi. Ulnar damar sinir paketi ve derin fleksör tendon ile birlikte ada haline getirildi. Fleksör tendon palmar bölgeden tenar krize kadar serbestleştirildi. Mevcut kesilerden girilerek oluşturulan tünelden geçirildikten sonra, yerine yerleştirilen parmakta fleksör tendonun uygun gerilimde olduğu görüldü. 1. parmağın proksimal falanksına araya 2. metakarpın distal güdüğünden alınan 5 mm'lik interpozisyonel kemik grefti ile birlikte miniplak vida ile tespit edildi. Ekstansör tendon onarımı yapıldı. Ameliyattan 4 hafta sonra hastanın parmağını kullanabildiği, kaba kavrama yapabildiği görüldü (Şekil 2). Yaralanmanın ve ameliyatın hastanın gebeliği üzerine olumsuz bir etkisi gözlenmedi. Yaralanmadan 50 gün sonra, miadında sağlıklı bir bebek dünyaya getirdi.

Ayaktan ele serbest parmak transferi ile onarım günümüzde ilerleyen mikrocerrahi teknik ve artan deneyim nedeniyle daha yaygındır ve işlevsel sonuçları da daha iyidir. Travmatik amputasyonlarda ise acil şartlarında replantasyon mutlaka denenmelidir. Ancak replantasyon yapılamadığında ve diğer 4 yada en azından 3 parmağın sağlam olduğu durumlarda daha makul bir girişim olması nedeniyle sağlam bir parmağın 1. parmak yerine transferi ilk rekonstrüksiyon seçeneğidir. Pollisizasyon kolay, güvenli, işlevsel ve duyuşsal açıdan iyi sonuç veren bir yöntemdir. Pollisizasyon seçilmiş hastalarda acil şartlarda da yapılabilir. 2. parmak ilk tercih edilmelidir, çünkü ek yara oluşturmadan, damar,



Şekil 1: Ameliyat öncesi görünümü



Şekil 2: Ameliyattan 4 hafta sonra kaba kavrama yapabilmesi

sinir ve tendonlar kolaylıkla transfer edilebilir. Ancak 1. parmağın ampute, 2. parmağın sağlam fakat başka parmaklarında yaralı olduğu durumlarda 2. parmak korunmalı ve diğer seçenekler gözden geçirilmelidir. Olgumuzda 1. parmağın proksimal falanks ½ den amputasyon yanında 2. parmağın metakarp başı ile proksimal falanksı içeren radial bölgesindeki hasar nedeniyle ulnar pedikül ile beslenen ada flebi tarzında yaralanmış olması polлизasyon için uygun hatta hazır bir seçenek oldu. İşlevsel sonuç elde edilmesi açısından da uygun olduğu düşünülen transfer lokal anestezi uygulandığı için uyanık olan hastaya danışıldı ve onayı alındıktan sonra gerçekleştirildi. 1. parmağa uygun boy elde etmek için araya konan interpozisyonel kemik grefti 2. metakarpın proksimal güdüğünden alındığı için ek donör alan morbiditesi oluşmadı. Ameliyatın hastanın gebeliğine bir etkisi olmadı. Gebelik normal seyrinde gitti ve zamanında doğum gerçekleşti. Sorunsuz iyileşmenin ardından hastanın elini kullanabildiği ve durumdan memnun olduğu gözlemlendi. Travmatik el yaralanmalarında rekonstrüksiyon seçenekleri her hasta için farklıdır. Değerlendirmede hastanın işi, yaşı ve genel durumu göz önüne alınarak seçenekler sunulur. Hastanın kendi tercihi özenle dikkate alınarak, en az ameliyat sayısı ile kısa zamanda, iyi işlevsel ve duyuşsal sonucun elde edilmesi amaçlanır.

Ethem GÜNEREN

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.
SAMSUN*

KAYNAKLAR

1. Ege Rıdvan. El ve Üst Ekstremitede Amputasyon ve Dezartikülasyon. Ed. Rıdvan Ege, El Cerrahisi, Ankara, Bl. 17, s; 531-559, 1991.
2. Strickland James W, Kleinman William B. Thumb Reconstruction. Ed. David P Green, Operative Hand Surgery, NewYork, Churchill Livingstone, v.2, p:2043-2156, 1993.
3. Litter William J. Finger Pollicization for Traumatic Loss. Ed. McCarthy Joseph G, Plastic Surgery, Sec. Eds. May James W, Litter William J, The Hand, Philadelphia, W.B. Saunders Co, v.8, p:5135-5152, 1990.
4. Michon J, Merle M, Bouchon Y, Foucher G. Functional comparison between pollicization and toe-to-hand transfer for thumb reconstruction J Reconstr Microsurg. 1:103, 1984.
5. Emerson ET, Krizek TJ, Greenwald DP. Anatomy, physiology, and functional restoration of the thumb. Ann Plast Surg. 36:180, 1996.
6. Egloff DV, Verdant C. Pollicization of the index finger for reconstruction of the congenitally hypoplastic or absent thumb. J Hand Surg [Am]. 8:839, 1983.

ASFALT YANIKLARINDA PRATİK BİR TEDAVİ METODU: VAZELİN UYGULAMASI

Bırol CİVELEK, Dilek BAĞDATLI, Selim ÇELEBİOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Dışkapı, Ankara

Sıcak zifte bağlı yanık riski, asfalt ve çatı yapımı ile uğraşan işçilerde yüksektir. Bu işçilerin maruz kaldığı kazaların % 16'sı zift yanıklarındadır. Büyük kısmı yüz ve üst ekstremiteleri kapsamaktadır. Asfalt yanıklarında katılaşmış zift, soğutma işlemi takiben, çözücüler yardımı ile ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Katılaşmış asfaltın dokudan yetersiz bir şekilde uzaklaştırılması ve temizlenmesi, yetersiz bir debridman ve suboptimal bir temizleme sağlayacağından enfeksiyon riskini arttıracaktır. İlgili literatür gözden geçirildiğinde, erken soğutma işlemi yapılmasının ve sıvı çözücülerin ya da petrolatum bazlı pomadların kullanılmasının önemli olduğu dikkati çekmektedir.¹⁻⁴ Kliniğimize başvuran olgularda su ile erken soğutma işlemi takiben çözücü olarak vazelin kullanılmış, sonuçlar sunulmuştur.

Kliniğimize 2000-2003 yılları arasında asfalt yanığı nedeni ile başvuran üç hasta takibe alındı, ve tümü ayakta tedavi edildi. Hastaların her üçü de asfalt yapım işçisiydi, ve hiçbirisinde yanığa eşlik eden yaralanma yoktu. Başvuran hastalarda su ile soğutma yıkama işlemi takiben, çözücü olarak 2-4 saat aralıklarla vazelin uygulandı. 24-48 saatte zift tamamen uzaklaştırıldı. Daha sonra antibiyotikli pomadlar ile tedaviye devam edildi. Hiçbir hastada yanıklı dokuya eksizyon uygulanmadı. Tedavi esnasında enfeksiyon gelişmeyen hastalar poliklinikte düzenli olarak takip edildi (Şekil 1,2).

İş kazasına bağlı gelişen yanıklar, nüfusunun büyük bölümünü işçi kesiminin oluşturduğu ülkemizde, önemli bir sorundur. Bunların bir bölümünü de asfalt yanıkları