

BÖLÜM – II

FLEP

KISIM - 5

SERBEST LATERAL ARM FLEB UYGULAMALARIMIZ VE ERKEN SONUÇLARI

Ibrahim KAPLAN, Sait ADA**, Yağız ADEMOĞLU*, Arslan BORA**

Özet

Nisan 1993- Mayıs 1996 yılları arasında 31'i üst ve 9'u alt ekstremitede küçük ve orta boy cilt defekti olan 40 hastaya Serbest Lateral Arm Flebi uygulandı.

Flep boyutları, uygulama zamanı, hastanede kalış süresi ve karşılaştığımız komplikasyonlar incelendi.

İki flep dolaşım sorunu nedeni ile kaybedildi. Başarı oranı %95'tir.

Materyal ve Metod

Nisan 1993 ve Mayıs 1995 yılları arasında 31'i üst ve 9'u alt ekstremiteye olmak üzere 40 serbest lateral arm flebi uygulandı. Hastaların 3'ü bayan 37'si erkek idi. En küçük yaş 3, en büyük yaş 47 olup, ortalama yaş 25 idi.

14(%35) flep elektif, 18 (%45) flep geç primer ve 8 (%20) flep ise acil olarak uygulandı (3).

Serbest flep uygulanan en küçük cilt defekti 2.5 x 7 cm., en büyük flep 8x13 cm. ve ortalama defekt boyutları 6 x 12 cm. idi (Tablo 1).

Üst ekstremiten için uygulanan 31 flepten 29 (%93.5) tanesi aynı koldan, 2'si ise karşı koldan alındı. Alt ekstremiten için uygulanan 9 flepten 7 tanesi nondominant koldan alındı (Tablo I).

Donör alan 33 (%82.5) hastada primer kapatıldı, 7(%17.5)'inde ise cilt grefti ile kapatıldı (Tablo I).

Ameliyat süresi en az 5 saat, en fazla 10 saat olup, ortalama 7 saat idi. 24 hastada (%60) rejional blok, 16(%40)'sında İ.T. Genel anestezi uygulandı (Tablo I).

En sık yaralanma nedeni pres yaralanması olu, 12 hastada görüldü. Diğer nedenler ise, sırası ile, 8 trafik kazası, 5 ateşi silah, 5 kayış yaralanması, 3 yanık, 2 deri

(*) İzmir, El ve Mikrocerrahi Hastanesi, Ortopedi ve Trav. Uzmanı.

(**) İzmir, El ve Mikrocerrahi Hastanesi, Ortopedi ve Trav. Doçentı.

TABLO I.

Tablo 1: "Serbest Lateral Arm Fleş Uygulamalarımız ve Erken Sonuçları"

zimpara makinası ve 5 ise daha az sık görülen yaralanma nedenleri idi (Tablo I).

Hastaların hastanede kalış süresi en az 6 gün, en fazla 35 gün olup, ortalama 12 gündür (6,7).

Sonuçlar

6 flepte dolaşım sorunu çıktı (%15). Hepsine reeksplorasyon uygulandı. İki flep kaybedildi (%5). Başarı oranı %95 bulundu (Tablo I) (3,6,7,10).

Venöz trombus 2 flepte, arter ve ven trombüsü birlikte 3 flepte görüldü. Bir flepte de reeksplorasyon sırasında sadece venöz spazm bulundu (Tablo I). Sorun çıkan fleplerden 4'ü elektif, 2'si ise geç primer yapılan flep olup, acil yapılan fleplerin hiç birisinde dolaşım sorunu çıkmadı (3).

Bir hastada kullanılan esmark bandajına bağlı olarak her üç sinire ait paralizi görüldü. Ancak 3 ay sonra kendiliğinden düzeldi (Tablo I, 4 no'lú hasta).

Cilt altı yağ dokusu fazla olan 2 hastada primer donör alan kapatılması sonucu ekstremitede venöz konjesyon görüldü (Tablo I,9) ve 13 no'lú hastalar). Bu nedenle sütürler alınıp, ameliyat sonrası 5. günde geç primer kapatıldı. Hiç bir hastada enfeksiyon görülmmedi.

Tartışma

Kompleks el yaralanmalarında alınacak iyi fonksiyonel sonuç, primer yara iyileşmesi ve erken hareket ile sağlanır (3,6).

Primer yara iyileşmesi radikal debridman ve kompozit (kemik, tendon, sinir ve cilt) doku defektinin serbest flap ile tek se-ansta giderilmesi ile mümkündür (1, 2, 3, 6, 7, 8, 11).

Lateral arm flebi, radial forearm ve dorsalis pedis flepleri gibi çok amaçlı kullanılan bir pleptir (1, 2, 6, 8, 10, 11). Ancak diğerlerinden farklı olarak 6 cm. den fazla genişliği olmayan fleplerde donör alan primer kapatılır, ekstremiteye ilave dolaşım sorunu getirmez.

Ayrıca paraskapular ve skapular flepten farklı olarak, diseksiyon için ilave pozisyon gerektirmez (4,5).

Pedikul çapının yeterli ve varyasyonunun olmaması nedeniyle de, Groin fllep'e tercih edilen bir flleptir (1, 2, 4, 8, 9).

Rejional anestezi ile yapılabilmesi yine skapular flep, Groin flep ve dorsalis pedis flebine olan üstünlüğündür. Biz hastalarımızın 24'ünde (%60) rejional blok uyguladık (5,11,12). 40 serbest flepten 2 tanesinin dolaşım sorunu nedeni ile kaybedilmesi (%5) güvenilirliğinin fazla olduğunu göstermektedir (3,6,7).

Literatürde kompozit flep olarak kullanılabileceği belirtilmiş ise de biz bütün hastalarımızda cilt defekti için kullandık (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Literatürde bildirilmemesine rağmen biz bir hastamızda kullanılan Esmark bandajına bağlı olarak her üç sinire ait geçici paralizi gördük (Tablo I, 4 no'lu hasta). Esmark bandajı kullanılırken bölgenin kompres

ile çok iyi desteklenmesi ve turnike zamanının aşılması gereği düşündürmektedir. Venöz konjesyonu önlemek için, cilt altı yağ dokusu fazla olan hastalarda, flep genişliği 6 cm.'ye kadar olan donör alan defektlerin geç primer kapatılması uygundur (1,8).

Literatürde pediküllü olarak ve daha büyük defektler için radial forearm ile birlikte alınabildiği bildirilmiş ise de biz bu amaç ile kullanmadık (2,9).

Lateral arm flebi, donör alan defektinin primer kapatılabilmesi, anatomi varyasyonunun olmaması, ekstremiteye ilave dolashım sorunu getirmemesi, ameliyat sahasında kalması ve ilave pozisyon gerektirmemesi, regional blok ile yapılabilmesi ve diseksi-

yonunun kolay olması nedeni ile üst ve alt ekstremité küçük ve ortaboy defektlerinin örtülmesinde seçilmesi gereken fleptir.

Kaynaklar

1. Acland R.D.: An Extended Approach for the vascular pedicle of the Lateral Arm Free Flap. Plastic Reconstr. Surg., 89: 259-267, 1992.
2. Arnez Z., Tyler M., Giacomarra V., Planinsek F.: Radial Forearm-Lateral arm Mega Free Flap. British J. Plastic Surg., 48: 27-29, 1995.
3. Chen S.H.T., Wei F.C., Chen H.C., Chuang C.C. and Noordhoff M.S.: Emergency Free-Flap Transfere for reconstruction of Acute Complex Extremity Wounds.



Resim I: 30 yaşında erkek hasta. Deri işleme makinası ile yaralanma sonucu sol 2., 3., 4., 5. parmaklarda dorsalde cilt ve ekstensor tendon defekti olmuş. Acil Lateral Arm Flebi uygulandı. Bir yıl sonrası fonksiyonel sonuç.



Resim II: 25 yaşında bayan hasta. Sağ aşıloplasti sonrası aşıl üzerinde cilt nekrozu oluşmuş. Lateral Arm Flebi uygulandı. Bir yıl sonrası topuğun görünüşü.

- 4- Cormack G.C. and Lamberty B.G.H.: Fasciocutaneous Vessels in the upper Arm: Application to the Design of New Fasciocutaneus Flaps. Plastic Reconstr. Surg., 74: 244-249, 1984.
5. Dos Santos L.F.: The vascular Anatomy and dissection of the Free Scapular Flap. Plastic Reconstr. Surg., 73: 599-604, 1984.
6. Foo I.T.H., Malata C.M. and Kay S.P.J.: Free Tissue Transfers to the Upper Limb. J. Hand Surg, 18-B: 279-284, 1984.
7. Harashina T.: Analysis of 200 Free Flaps. British J. Plastic Surg., 41: 33-36, 1988.
8. Katsaroş J., Tan E., Zoltie N. and Venkataramkrishnan. The use of the use of the Lateral Arm Flap in upper limb Surg., J. Hand Surg., 16-A 598-604, 1991.
9. LAI C.S., Lin D., Chon C.K. and Tsai C.C.: The Reverse Lateral Arm Flap, based on the interosseous recurrent artery, for cubital fossa burns. British J. Plastic Surg., 47: 341-345, 1994.
10. Lee S.K., Park S.W. and Kim Y.H.: Tendocutaneus Free Flap Transfere from the dorsum of the Foot. Microsurgery, 15: 882-885, 1994.
11. Soutar D.S. and Tanner N.S.B.: The Radial Forearm Flap in he Management of Soft Tissue injuries of the hand. British J. Plastic Surg., 37: 18-26, 1984.
12. Taylor G.I. and Watson N. : One-stage Repair of Compoud Leg Defects with Free, Revascularized Flaps of Groin Skin and Iliac Bone. Plastic Reconstr. Surg. 61: 494-506, 1978.