

Pollisizasyon, tendon grefti ve radial önkol flebi ile her iki elde tek seanslı rekonstrüksiyon

Tunç Cevat ÖĞÜN, Mehmet ARAZI, Recep MEMİK

S.Ü.T.F. Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Trafik kazası sonrası her iki el yaralanması ile kliniğimize başvuran 52 yaşındaki bayan hastada karpometakarpal seviyeden sağ el başparmak amputasyonu, aynı el ikinci parmakta cilt ve tendon kaybı, sol el dorsalinde cilt ve 2-3. parmak ekstensör tendon kayıpları tespit edildi. Tek seansta rekonstrüksiyon planlanarak, sol elde palmaris longus tendonlarından alınan greftler uygun gerginlikte ekstensör tendon kayıplarının yerine interkalari greftler olarak tatbik edildi. Ardından cilt defekti için ters akımlı 'radial forearm flep' tasarlandı ve yara örtüldü. Takiben sağ el ikinci parmak alınarak Buck-Gramcko'nun tarif ettiği teknikle başparmak yerine transfer edildi. Sekiz ay sonra yapılan kontrolde hastanın sağ elini kullanarak küçük cisimleri tutabildiği, ayrıca geniş ve ağır cisimleri kavrayarak kaldırabildiği görüldü. Sol elde ise bilek ve parmak hareket genişlikleri tam olarak kazanılmıştı. Klasik yoldan farklı tedavi edilen bu vakada tedavinin hastaya göre planlanması gerektiği bir kez daha vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: Kombine yaralanma, pollisizasyon, radial önkol flebi, el, rekonstrüksiyon.

SUMMARY

Reconstuction of both hands using pollicisation, tendon grafts and radial forearm flap in one stage.

A fifty two year old woman sustaining bilateral hand injurles after a traffic accident was admitted to our clinic. She had right thumb amputation from the carpometacarpal level, tendon and skin loss in the right hand second finger, loss of the 2-3 extensor tendons and the overlying dorsal skin in the left hand. Reconstruction in a single session was planned and palmaris longus tendons from both hands were taken and used as intercalary grafts for extensor tendon losses after which the skin loss was covered with a radial forearm flap. Afterwards, the second injured finger in the right hand was taken and pollicisized using the Buck Gramcko technique. At the last follow-up examination 8 months after the injury, she was able to pick up small objects and grip large and heavy objects using her right hand. The range of motion of the wrist and the fingers of the left hand was completely restored. The importance of treatment design tailored individually for each patient was stressed in this case.

Key Words: Combined injury, pollicisation, radial forearm flap, hand, reconstruction.

Başparmağın konjenital veya travmatik yokluğunda el fonksiyonlarının % 40'ının kaybolduğu kabul edilir (1-6). Bu nedenle başparmağın kısmi ya da tam kayıplarında rekonstrüktif cerrahi önde gelen tedavi yöntemidir (1,5,6). rekonstrüktif cerrahinin sık kullanıldığı yerlerden bir diğeri de kemik, tendon ve cilt kayıplarının bir arada bulunduğu kombine el yaralanmalarıdır. Her iki durumda da genellikle iyi bir

yara iyileşmesini takiben birkaç seanslı rekonstrüktif girişimler uygulanır (1-8). Birkaç seanslı rekonstrüksiyon güvenli bir yol olmakla beraber oldukça uzun zaman alır. Bu nedenle başarılı bir sonuç için hastanın uyumlu ve sabırlı olması şarttır.

Burada tek seansta her iki elde rekonstrüksiyon yaptığımız bir olguyu sunduk.

Haberleşme Adresi: Dr. Tunç Cevat ÖĞÜN, S.Ü.T.F Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, KONYA

Geliş Tarihi : 19.01.2001

Yayına Kabul Tarihi : 15.03.2001

OLGU SUNUMU

52 yaşında bayan hasta trafik kazası sonrası her iki el yaralanması ile kliniğimize kabul edildi. Fizik muayene ve radyolojik tetkiklerinde karpometakarpal seviyeden sağ el başparmak amputasyonu, aynı el ikinci parmakta cilt ve tendon kaybı, sol el dorsalinde cilt ve 2-3. parmak ekstensör tendon kayıpları tespit edildi (Şekil 1,2). Yaralar ameliyathane koşullarında debride edilerek temizlendi ve profilaktik antibiyotik tedavisi başlandı. İki gün sonra aynı işlem yineleni. Üçüncü günde hasta rekonstrüktif girişim için ameliyata alındı. Sağ el ikinci parmaktaki yaralanma için kompozit flep onarımı gerekiyordu. Sol eldeki kayıp tendonların da çoklu tendon greftleri ile onarımı ve yine flep ile örtünmenin sağlanması gerekiyordu. Tek



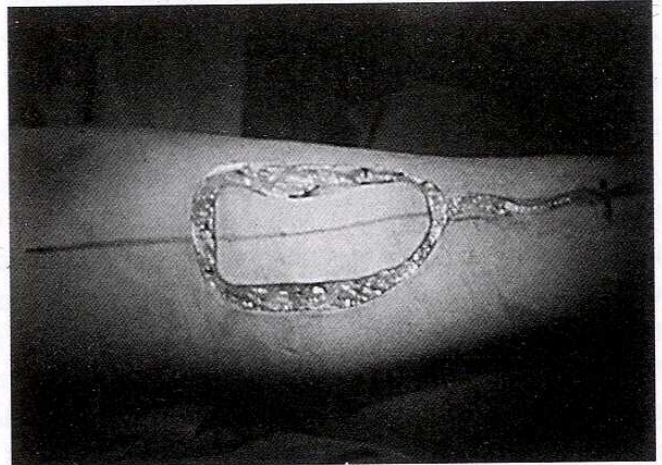
Şekil 1. Sağ el 1. parmakta karpometakarpal seviyeden amputasyon. Aynı zamanda 2. parmak metakarpi, proksimal falanksı ve eklemi açıkta bırakan kombine doku kaybı var.



Şekil 2. Sol el dorsumunda cilt ve ekstensör tendonların kaybı.



Şekil 3. Ekstensör tendon greftlemesi yapılmış.



Şekil 4. Sol önkolda ters alımlı radial önkol flebi tasarlanmış.



Şekil 5. Tendon greftlerinin üzeri flep ile örtülmüş.

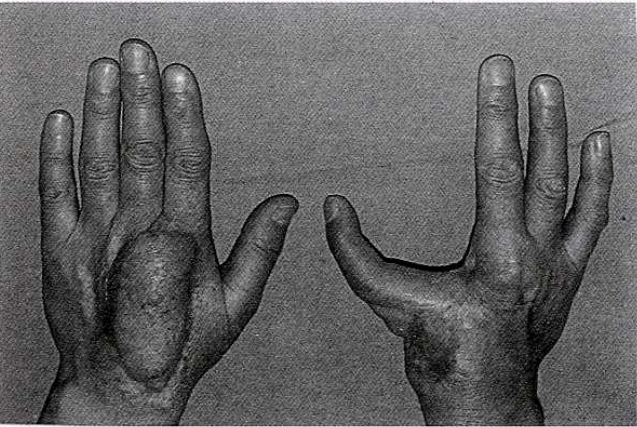
grefti ile kapatıldı. Kısa kol atel uygulandı. Takiben sağ el ikinci parmak alınarak Buck-Gramcko'nun tarif ettiği teknikle başparmak yerine transfer edildi (Şekil 6). Ameliyat sonrası takiplerde komplikasyon gelişmedi. Hasta onuncu günde taburcu edildi. Dördüncü haftadan itibaren her iki el için rehabilitasyon başlandı. Sekiz ay sonra yapılan kontrolde, hastanın sağ elini kullanarak küçük cisimleri tutabildiği, ayrıca geniş ve ağır cisimleri kavrayarak kaldırabildiği görüldü (Şekil 7,8). Ancak interfalangial hareket ve addüksiyon sınırlıydı. Sol elde ise el bilek ve parmak hareket genişlikleri tam olarak kazanılmıştı (Şekil 9).

TARTIŞMA

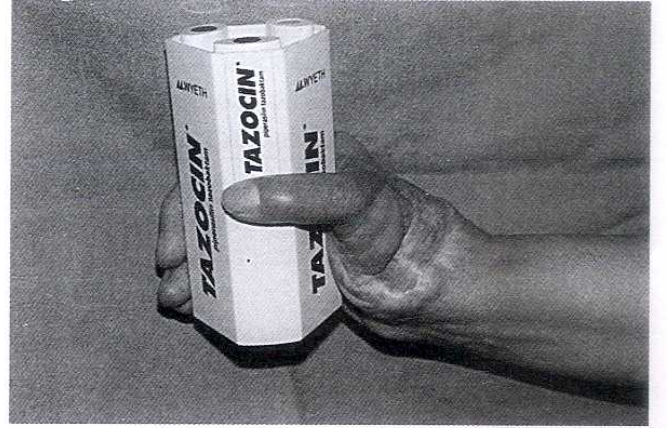
Kombine el yaralanmaları birden fazla anatomik yapının hasar gördüğü travmalar sonucu oluşur (2,4-6). Bizim hastamızda olduğu gibi tendon ve cilt kaybının olduğu durumlarda genellikle önce cilt örtüsü ve tam bir yara iyileşmesi sağlandıktan sonra,



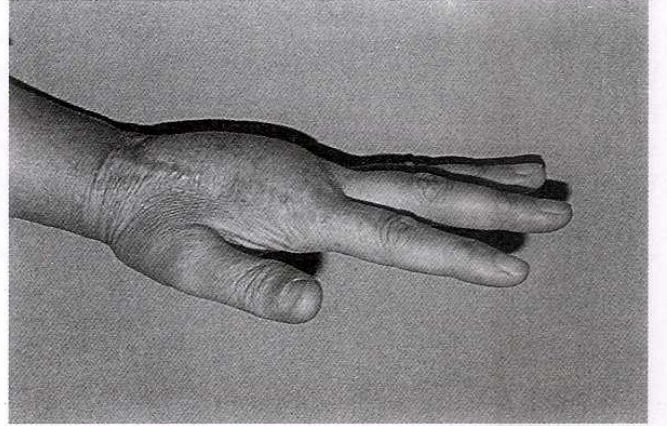
Şekil 6. Sağ el ikinci parmak alınarak Buck-Gramcko tekniği ile pollisize edilmiş.



Şekil 7. Her iki elin iyileştikten sonraki görünümü.



Şekil 8. Sağ el kavrama fonksiyonunu gösteren fotoğraf.



Şekil 9. Sol el parmak ekstansiyonlarını gösteren fonksiyonel fotoğraf.

pasif eklem hareket açıklığı fizik tedavi yöntemleri ile kazanılarak daha sonraki aşamada tendon rekonstrüksiyonları uygulanır (5,6). Bu yol güvenli olmakla birlikte uzun bir tedavi süresi gerektirir ve hasta uyumu başarı için son derece önemlidir. Bizim hastamızda her iki elin fonksiyon göremeyecek derecede yaralanmış olması tedavi süresini mümkün olduğunca kısaltmak gereğini doğurmaktaydı. Her iki el için birkaç seanslı rekonstrüksiyonlar hastanın psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine yol açabilecek, bu olmasa bile uzun tedavi süresi boyunca hasta ellerini kullanamayacaktı. Bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak ve hastayı bir an önce günlük aktivitelerini yapabilir duruma getirebilmek amacıyla biz tek seansa rekonstrüksiyonu tercih ettik. Bunun yanında sağ elin ikinci parmağı için ciddi rekonstrüktif girişimler gerekmekteydi ve hatta bu haliyle amputasyon endikasyonu taşımaktaydı. Başparmağı ol-

mayan bir elde fonksiyonlar ciddi olarak kısıtlanacağından ayrı bir seansta başparmak rekonstrüksiyonun yapılması gerekecekti. Tüm bu olumsuzlukları ortadan kaldırmak amacıyla uyguladığımız tek seanslı bilateral el rekonstrüksiyonu ile birbuçuk ay gibi kısa bir süre sonra hasta tedrici olarak ellerini kullanabilmeye başladı ve ciddi bir re-

habilitasyon ile sekiz ay sonraki kontrolünde her türlü günlük aktivitesini yerine getirebilir hale geldi.

Klasik tedavi yöntemleri güvenli oldukları kanıtlanmış olsa da, hastayı bağımsız olarak değerlendirip tedavi etmek gerektiğini hastamızın tedavisi sırasında bir kez daha görmüş olduk.

KAYNAKLAR

1. Buck-Gramcko D. Pollicization of the index finger: method and results in aplasia and hypoplasia of the thumb. J Bone Joint Surg 1971;53A:1605-9.
2. Gupta A, Kleinert HE. Evaluating the injured hand. Hand Clin 1993;9:195-99.
3. Jobe MT. Microsurgery. In:Canale ST, editors. Campbell's Operative Orthopaedics. 9th ed. St. Louis: Mosby; 1998;p.3173-3270.
4. Riordan DC. Emergency treatment of compound injury of the hand. Orthopedics 1978;1:30-5.
5. Stromberg WB Jr, Mason ML, Bell JL. The management of hand injuries. Surg Clin North Am 1987;38:1501-6.
6. Wright II PE. Acute hand injuries. In: Canale ST, editor Campbell's Operative Orthopaedics. 9th ed. St. Louis: Mosby. 1998;p.3294-3317.
7. Mc Gregor IA. Flap reconstruction in hand surgery: The evaluation of presently used methods. J Hand Surg 1979;4A:1-7.
8. Mühlbauer W, Hendl E, Stock W. The forearm flap. Plast Reconstr Surg 1982;70:336-41.