

YÜZÜK AVÜLSİYON YARALANMASINA BAĞLI AMPÜTE PARMAKTA REPLANTASYON

A Successful Replantation of an Amputated Finger With A Ring

Ali SAKINSEL, Gürsel TURGUT, İsmail KURAN, Ümit BORATAÇ, Lütfü BAŞ

Şişli Etfal Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

ÖZET

Yüzük avülsiyon yaralanmasına bağlı ampüte olmuş bir parmakta replantasyon başarısı sınırlı olduğu halde bazı durumlarda replantasyon denenebilmektedir. Sunulan olguda replantasyon için bağıntılı kontrendikasyonlar bulunduğu halde, sosyal endikasyonlar göz önüne alınarak hastaya replantasyon uygulanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Replantasyon, Yüzük Yaralanması.

SUMMARY

Avulsion Injury: Case Report.

A successful replantation of an amputated finger with a ring avulsion injury can hardly be achieved. Although there were many relative contraindication for the presented case the social status and the motivation of the patient made us to try this replantation.

Key Words: Replantation, Ring injury.

GİRİŞ

Yüzük avülsiyon yaralanması ile ampüte olmuş bir parmakta damar ve sinirlerinin hasarı sadece ampütasyon düzeyinde olmamakta; proksimal ve distal olarak bu yapıların hasarı, belirli bir mesafeye kadar uzanmaktadır. Bu hasarın damar endotelinde, optik mikroskopta proksimal ve distal bölümde 8 mm.'ye, elektron mikroskobunda ise 4 cm.'ye kadar uzanabileceği gösterilmiştir. Böyle yaralanmalar kötü sinir rejenerasyonuna ve vasküler anostomozlarda başarısızlığa neden olur. Burada damarların iyi durumda oldukları gözlenirse bile sıklıkla distalde avülse olmuş damarlar bulunmazlar. Bazen ise uygun görünümli distal güdük bulunabildiği halde genellikle başarılı parmak replantasyonuna ven greftlerinin kullanılmasıyla ulaşılır. Parmak duyusunun geri dönüşü ise ideal olmaktan uzaktır (1).

Yüzük yaralanmaları 3 gruba ayrılır:

Clas I: Yeterli dolaşımı olan parmak.

Clas II: Yetersiz dolaşımı olan parmak.

Clas III: Tam degloving veya tam ampütasyon.

Yazışma Adresi:

Ali Sakinsel
Fulya Caddesi Akşit Apartmanı 11/9
Mecidiyeköy, İSTANBUL
Tel : (0 212) 212 87 12
Fax : (0 212) 225 94 84

Bu sınıflamada, Urbaniak ve diğer araştırmacılar tam yüzük avülsiyon ampütasyonlarının potansiyel olarak zayıf işlevli ve tam degloving tipi yaralanmaların revaskülarizasyonunun ise zor veya olanaksız olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle araştırmacılar, Clas III ampütasyonlarda replantasyon önerilmesini tartışmalı bulmuşlardır (2).

OLGU SUNUSU

M.K.B., 27 yaşında erkek hasta, bekar, serbest meslek ile uğraşiyor. (Protokol No: 7786/178, Plastik Cerrahi Kliniği)

10/10/1996 tarihinde minibüsten inerken yüzüğünün kapıya takılması sonucu sağ el 4. parmakta ampütasyon oluşmuş. Tedavi amacıyla çeşitli hastanelere giden ve replantasyon için olumlu cevap alamayan hasta kliniğimize replantasyon yapılması amacıyla başvurdu. Ampütat bir gazlı beze sarılı halde birçok kliniği dolaşmış olarak hastanın elinde getirildi. Bu durum sıcak iskemi dönemini artırmıştır (6st).

Sağ el 4. parmak proksimal İnterfalangeal eklem seviyesinde yumuşak dokuda yüzük avülsiyon tarzında amputasyon, distal interfalangeal eklem seviyesinde ise kemik dokuda amputasyon mevcuttu. Hastada FDP kesisi mevcut olup, FDS ise midfalanksta intakt bulunmaktaydı. Yapılan muayenede her iki taraf nörovasküler yapıları ampütattan avülse ve proksimal güdükte 1,5 cm. uzunluğunda uçları serbest olarak

bulunmaktaydılar. Mikroskopla yapılan nörovasküler yapıların muayenesinde nöral yapılarda parçalı kesikler ve ciddi ezilme mevcuttu.

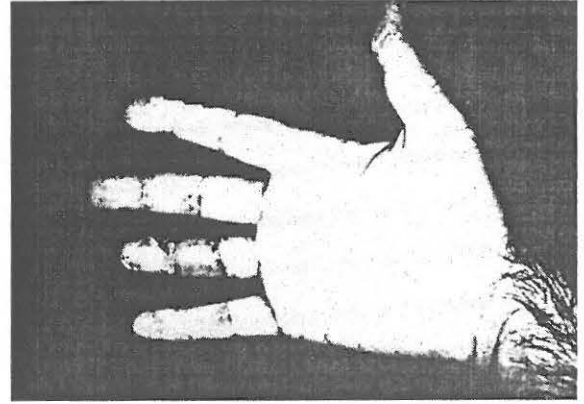
Amputata midlateral insizyon ile girilerek vasküler yapılar eksplore edildi. Proksimal ve distaldeki vasküler yapılar incelendiğinde uçlarda bulunan 0.5 cm.'lik bölümlerde ekstremitasyona olduğu gözlemlendi.



Resim 1: Ampütat ve elin preoperatif görünümü

Radyolojik İnceleme: Sağ el D4 DIP seviyesinde distal falanks amputasyonu mevcuttu.

10.10.1996 tarihinde lokal anestezi altında midlateral insizyonla her iki taraf proksimal ve distal nörovasküler yapılar eksplore edildi. Distal ve proksimal arterlerin 0.5 cm.'lik ekstremitasyona olan uçları eksize edildi. Proksimal segmentteki fazla ezilmiş bilateral nöral yapılar eksize edildi. Amputatta ise nöral yapılar avulse olduklarından dolayı bulunamadılar. Dorsalde bir adet sağlıklı ven gözlemlendi. Midfalanksın 1 cm.'lik bölümü eksize edildi ve DIP ekleme artrodez uygulanarak K-teli ile tesbit edildi. Radial taraf digital arter ve dorsaldeki ven 10-0 Ethilon ile ayrı ayrı uç-uca anastomoze edildi. Nöral yapıların distal uçları bulunamadığından sinir grefti ile onarım yapılmadı. Kesik FDP tendonuna, DIP'de artrodez uygulandığı için tenorafi yapılmadı. Operasyon yaklaşık olarak 4 saatte tamamlandı. Hasta 7 gün sonra salih ile taburcu edildi. Takiplerinde herhangi bir sorunu olmayan hastaya 5 hafta süre ile dorsal önkol ateli uygulandı. Bu sürecin sonunda ateli ve K-teli alınarak şifa ile Fizik Tedavi Kliniğine rehabilitasyon amacıyla gönderildi.



Resim 2: Elin postoperatif olarak görünümü

TARTIŞMA

Bir parmak veya uzvun replantasyonuna karar verebilmek için, hekim bazı kriterleri göz önüne almak zorundadır. Aksi durumunda replantasyon girişiminin başarısızlığı kaçınılmaz olur ve replantasyonla hastaya sağlanmaya çalışılan yarar, çok rahatlıkla zarara dönüşebilir. Bunun için:

Replantasyon vakalarında kesin kontrendikasyonlar:

1) Eşlik eden önemli bir yaralanmanın bulunması: Gövde ve kafa travması gibi yaşamı tehlikeye sokan önemli yaralanma bulunması çok nadirdir. Ampüte olmuş parçanın çoklu fraktürlerinin bulunması kontrendikasyon oluşturur.

2) Kronik hastalık bulunması: Uzayacak cerrahi girişim süresinin hasta için tehlikeli olacağı ve hastanın naklini engelleyecek kalp hastalığı gibi önemli bir kronik hastalık bulunması (1).

Bağıntılı kontrendikasyonlar:

1) Tek parmak amputasyonları: Proksimal interfalangeal eklem distalindeki amputasyonlar ve 3, 4 ve 5. parmaklardaki amputasyonların replantasyondan sonra hareket kısıtlılığı oluşturacağı düşünülüyor ise, ortak FDP tendonları nedeni ile bu parmakların birindeki hareket kısıtlılığı diğer iki parmaktada fonksiyonların azalmasına neden olur.

2) Yaş: Özellikle dejeneratif vasküler değişiklikleri mevcut olan yaşlı hastalar.

3) Avülsiyon yaralanmaları.

4) Uzun süreli sıcak iskemik dönem: Oda sıcaklığında

kaslar 6 saatte, Konnektif dokular, sinirler, tendonlar, deri ve kemik ise değişik periodlarda 12 saatten sonra irreversibl değişikliklere giderler. Fakat +4°C saklanmış bir ampütatın 27 saate kadar başarılı bir şekilde replantasyonunu bildiren yayınlar mevcuttur.

5) Ciddi kontaminasyon.

6) Ampütata ait daha önce geçirilmiş ciddi yaralanma veya cerrahi girişim mevcudiyeti.

7) Psikolojik rahatsızlıklar.

Bağıntılı kontrendikasyonlar, aşağıda açıklanan üç durumda göz ardı edilerek replantasyon uygulanır. Bu replantasyonlara "Kurtarma Replantasyonları" denir (1).

Kurtarma replantasyonları:

1) Çocuklar.

2) Multipl parmak yaralanmaları: Hastanın kolu, eli ve iki parmaktan fazlasının kaybı durumlarında cerrah replantasyonu denemelidir.

3) Başparmak amputasyonları (1)

Bu hastamızda, degloving tipi bir ampütasyon olması, sıcak iskemi zamanının 8 saat olması uygulanacak replantasyon işleminin başarı şansını düşürmesi ve nöral yapılarıdaki eksiklik nedeni ile duyu restorasyonu yapılamaması nedeni ile hastada replantasyon için bağıntılı kontrendikasyonlar mevcut idi. Tüm bu bilgiler doğrultusunda hasta ile konuşuldu. Hastada replantasyon için sosyal endikasyon olduğuna karar verilerek bu hastaya replantasyon uygulanmıştır.

KAYNAKLAR

- 1 Graham D. Lister: Replantation. Grabb and Smith's Plastic Surgery, Fourth Edition, Little, Brown and Company, Boston/Toronto/London, 1991, 1079-1112.
- 2 James R. Urbaniak: Replantation. Operative Hand Surgery, Third Edition Churchill Livingstone, Newyork/Edinburgh/London/Tokyo/Melbourne, 1993, 1085-1102.
- 3 Nancy H. McKee; Amputation Stump Management and Function Preservation; Plastic Surgery, Volume 7, McCarthy 1990 London, 4329-4351.
- 4 Robert C. Russel, Beth Bergman, Brent Graham: Amputations; Cohen, Mastery of Plastic and Rec. Surgery, Vol. III, London 1994, 1625-1645.