

Büyük Bir Desmoid Tümörü Neticesinde Ortaya Çıkan Karın Duvarı Defektinin Musculus Rectus Femoris ve Fascia Lata ile Onarımı

Zafer ÖZSOY*
Juri TOOMES**
Werner BİRTEL***

ÖZET

Son zamanlarda karın duvarı defektlerinin onarılmasında gittikçe taraftar bulunan kas-deri flepleri kullanılmaktadır. Bizim olgumuzda karın duvarının alt bölümünde lokalize bir desmoid tümör geniş olarak eksize edilmiştir. Ortaya çıkan büyük defekt alan musculus rectus femoris ve fascia lata ile kapatılmıştır. Transpozisyon sonrası kasın donör alanında fonksiyon bozukluğu olmamakta ve kötü bir estetik görünüm oluşmamaktadır.

SUMMARY

The Repair of Abdominal Wall Defect, Following Excision of a Large Desmoid Tumor, Using Musculus Rectus Femoris and Fascia Lata

Increasing number Muscle-skin flaps, are used repairing great defects of the abdominal wall. In our case a desmoid tumor was cutaway from the cover of the abdomen in a large scale. The remaining defect was closed by a transposed m. rectus femoris with fascia lata. Besides there is no loss of function or beauty caused by the transposition of this muscle.

-
- * Yard. Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana-Bilim Dalı Öğretim Üyesi.
** Aachen Üniversitesi Eschweiler Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve El Cerrahisi Kliniği Başkanı.
*** Aachen Üniversitesi Eschweiler Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve El Cerrahisi Kliniği Asistanı.
**** Bu çalışma Aachen Üniversitesi Eschweiler Hastanesi'nde yapılmıştır.

Genel cerrahide, erişkinlerde, büyük karın duvarı defektlerinin görülmesi ender değildir. Bunlar, genellikle karın duvarı tümörlerinin geniş eksizyonları, radyodermitle, infeksiyonları veya nekrozları sonrasında ortaya çıkmaktadır. Cerrahi girişimlerin amacı, karın duvarı defektlerinin oluşmasına neden olan hastalığın tedavisi yanında, fıtıklaşmayı önleyici ve karın duvarının fizyolojik özelliklerini koruyan bir onarım olmalıdır. M. rectus femorisin iyi vaskülarizasyonu ve transpozisyonu onun plastik cerrahide tehlikesizce kullanılmasını mümkün kılar.

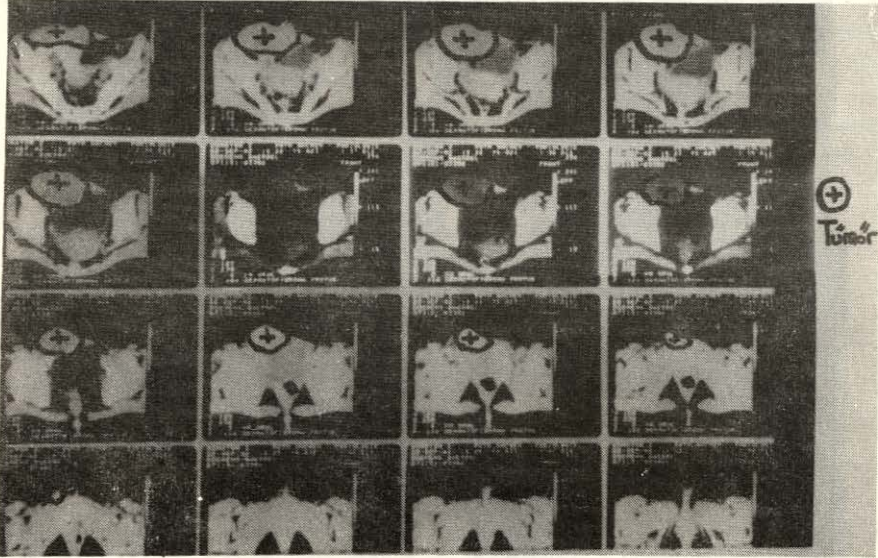
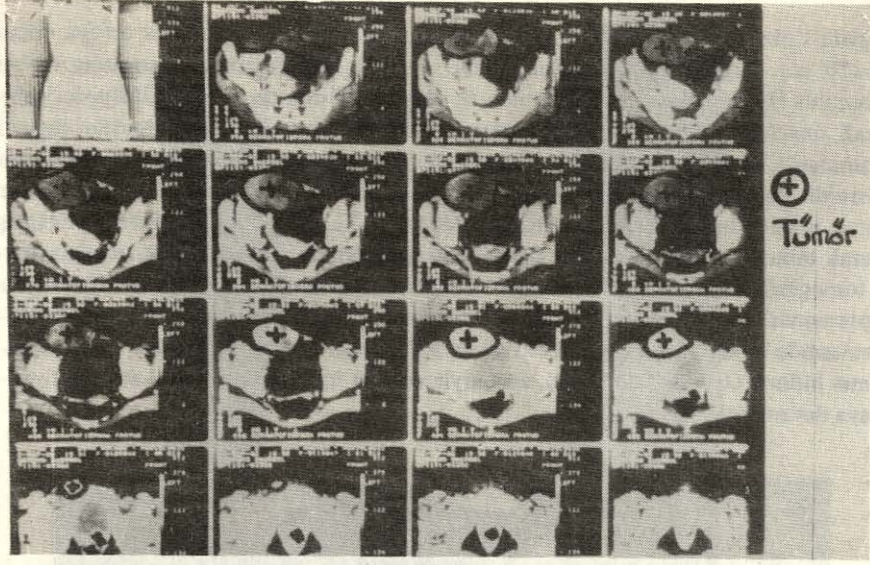
OLGU

Otuzbir yaşındaki kadın hastamız önce bir cerrahi kliniğinde Gardner sendromu nedeniyle 11.3.1981 tarihinde sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi ameliyatı olmuş, daha sonra hamileliği nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde izlenmiş ve Ağustos 1982'de normal doğumla bir kızı dünyaya gelmişti. Doğuma yakın tarihlerde karın alt duvarında bir tümör farkedilen hastamız, bunun şıratle büyümesi nedeniyle, doğumdan sonra bir cerrahi kliniğine başvurmuş, yapılan biopsi neticesinde tümöre "Dermatofibro sarkom" tanısı konmuştu. Bu tanı ile kliniğimize sevk edilen hastanın karın alt duvarında 20x15 cm. büyüklüğünde sert bir tümör saptanmıştır (Şekil: 1). Tümörün komşu organlarla ilişkisi nedeni ile karın duvarının eksizyon sonrası rekonstrüksiyonu ana problemleri oluşturmaktaydı.



Şekil: 1
Karın alt duvarı tümörü

Hastanın preoperatif bilgisayarlı batın tomografisinde, bu büyük karın alt duvarı tümörünün kaudalde symphysis pubis'e, derinde ise vesica urinaria'ya kadar yayıldığı saptandı (Şekil: 2a ve b).

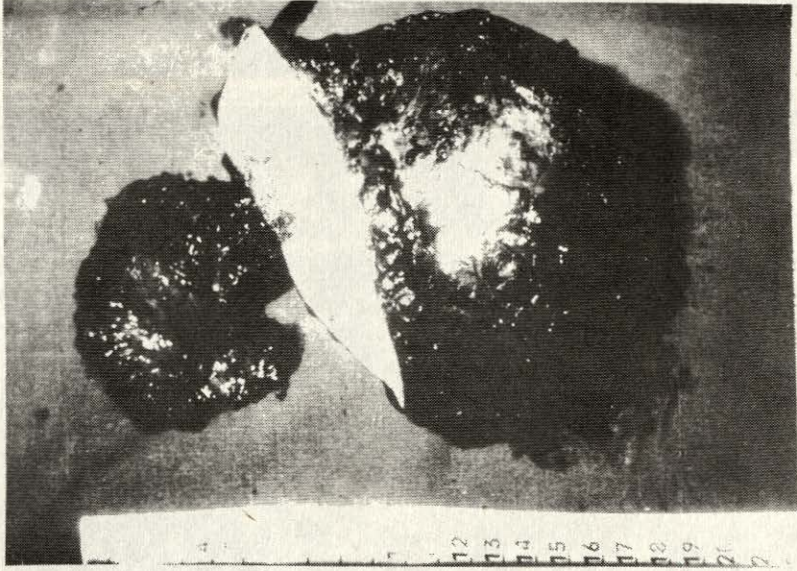


Şekil: 2a ve b

Preoperatif bilgisayarlı tomografiler. Karın alt duvarındaki büyük bir tümör (desmoid) derinde vesica urinaria'ya kadar yayılmıştır.

Hasta 22.10.1982 tarihinde ameliyata alındı, tümörün karın alt duvarını tahrip ederek symphysis pubis, sağ kasık bandı ile laparotomi nedbesine kadar yayıldığı görüldü, ayrıca bazı bölgelerde peritona yapışık olduğu saptandı. Tümör sağ kasık bandı, symphysis pubis'in bir kısmı ve peritonla geniş bir şekilde, kenarlarda

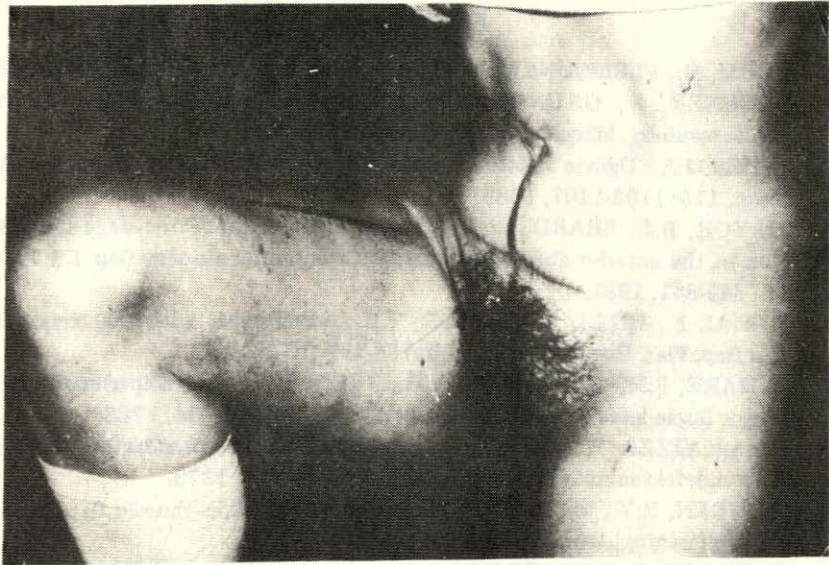
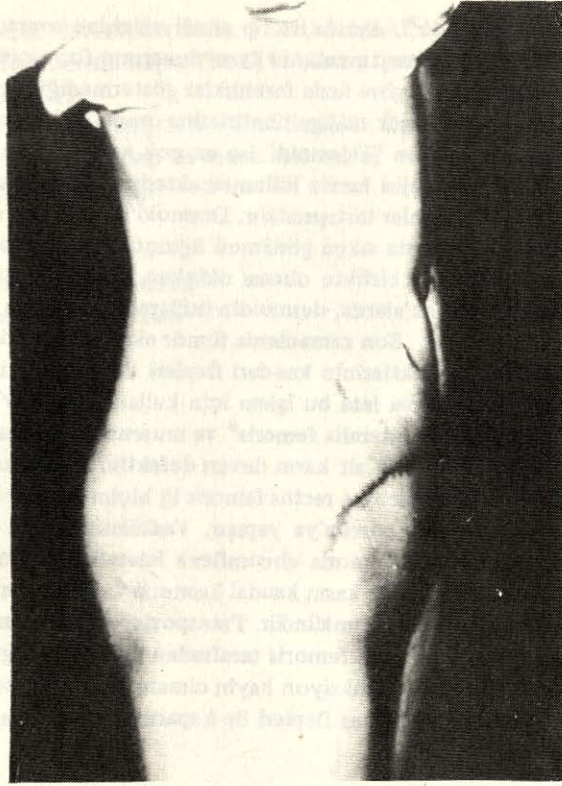
sağlam dokularında eksizyonu yapılarak çıkarıldı (Şekil: 3). Geride ortaya çıkan 15x15 cm. büyüklüğündeki karın duvarı defekti, sağ bacadan transpone edilen musculus rectus femoris ve fascia lata ile kasık bandının da rekonstrüksiyonu yapılarak onarıldı. Operasyon preparatının histopatolojik incelemesi tümörün agresif fibromatöz türünde bir desmoid olduğu ve eksizyon sınırlarının sağlam olduğunu gösterdi. Postoperatif dönem komplikasyonsuz seyretti ve hastamız iki haftalık bir yatak istirahatinden sonra mobilize edildi ve 13.11.1982 günü klinikten iyileşmiş olarak taburcu edildi. Şubat ve Ekim 1983 tarihlerinde yapılan klinik ve bilgisayarlı tomografi kontrollerinde hastamızda herhangi bir tümör rezidivi veya fıtıklaşma saptanmadı. Hastamızın yürütmesinde, merdiven çıkmasında veya sağ bacağını kaldırmasında zorlanma yoktu (Şekil: 4a ve b). Estetik yönden de netice iyiydi. Hastamız bilinen Gardner sendromu nedeniyle cerrahi kliniğinde kontrol altında tutulmaya devam etti.



Şekil: 3
Ameliyat preparatı

IARTIŞMA

Büyük karın duvarı defektlerinin onarımında pek çok değişik plastik cerrahi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu ameliyatlara ana amaçları fıtıklaşmaya engel olacak ve karın duvarı fizyolojik özelliklerini taşıyabilecek bir onarım olmasıdır. İntra-abdominal infeksiyonlar neticesinde oluşan geniş karın duvarı defektlerinin alloplastik materyallerle onarılması sakıncalı olabilmektedir. Bunlarda ortaya çıkabilecek ikinci bir infeksiyon kötü vak'alarda eksitusa neden olabilir³. Bu tip olgularda organizmanın kendi materyallerinin kullanılması, mesela "Corium plastiklerinde" daha



Şekil: 4a ve b
Hasta sağ bacağına kolaylıkla kaldırabilmektedir.

iyi neticeler alınabilmektedir⁸. Ayrıca bu tip ameliyatlardan sonra intraabdominal basınç ölçmeleri ile yapılan araştırmalarda karın duvarının fizyolojik fonksiyonlarının sağlam kontrol gruplarına göre fazla farklılıklar göstermediği saptanmıştır⁸. Karın duvarı metastazlarına, primer malign tümörlerine oranla daha sık rastlanılmaktadır. Semimalign bir tümör olan "Desmoid" ise en çok karın duvarında lokalize olmaktadır. Bu tümörün etyolojisi henüz bilinmemektedir. Travmatik (operasyonlar, doğumlar) ve hormonal nedenler tartışmalıdır. Desmoid'in özellikle ameliyat nedbe-lerinde ve doğurmuş kadınlarda sıkça görülmesi ilginçtir². Bu tümörün olgumuzdaki gibi Gardner sendromuyla birlikte olması oldukça fazladır¹. Bilhassa tümörün tam olarak çıkarılmadığı vak'alarda, desmoidin infiltratif yayılması nedeniyle lokal nükslerine çoklukla rastlanır². Son zamanlarda tümör eksizyonlarından sonra ortaya çıkan geniş karın duvarı defektlerinin kas-deri flepleri ile onarıldığı görülmektedir. En çok musculus tensor fascia lata bu işlem için kullanılmaktadır^{4-7, 11}. Küçük defektler ise musculus vastus lateralis femoris⁹ ve musculus rectus abdomines¹⁰ ile onarılabilir. Olgumuzda bu geniş alt karın duvarı defektini musculus rectus femoris ve fascia lata ile kapattık. Musculus rectus femoris iğ biçiminde bir kas olup, krani-alde spina iliaca'ya, kaudalde patella'ya yapışır. Vaskülarizasyonu arteria femoris profunda'nın dalı olan arteria femoris circumflexa lateralis'ten alır. Bu arter kasa kranial kısımdan girer. Böylelikle kasın kaudal kısmının vaskülarizasyonunu bozmadan kolaylıkla serbestleştirmek mümkündür. Transpozisyonundan sonra bu kasın görevi tamamıyla musculus quadriceps femoris tarafından üstlenilir. Olgumuzda olduğu gibi donör alanda herhangi bir fonksiyon kaybı olmamıştır. Aldığımız sonuç, geniş karın duvarı defektlerinin fascia-kas flepleri ile kapatılmasının daha başarılı olacağı kanısını doğurmuştur.

KAYNAKLAR

1. BORM, D., FLEISCHNER, B.: Das Desmoid. Chir. Praxis 30: 451-453, 1982.
2. BÜCHNER, F., GRUNDMANN, E.: Spezielle Pathologie Band II, Urban Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1975, p. 422.
3. GORIS, J.A.: Ogilvie's Method Applied to enfected wound disruption. Arch. Surg., 115: 1103-1107, 1980.
4. MAYOR, B.J., BEARD, R.C., ABDULNOUR, E.E.: A one-stage reconstruction of the anterior abdominal wall with a musculocutaneous flap. Br. J. Surg., 68: 840-841, 1981.
5. NAHAI, F., HILLI, L., HESTER, T.R.: Experiences with the tensor fascia lata flap. Plas. Reconstr. Surg., 63: 788-789, 1979.
6. O HARE, P.M., LEONHARD, A.G., BRENNEN, M.D.: Experience with the tensor fascia latae free flap. Br. J. Plast. Surg., 36: 98-104, 1983.
7. PIZA-KATZER, H., MEISSL, G., STACHER, G.: Rekonstruktion von Bauchdeckendefekten mit Corium. Chirurg., 50: 775-779, 1979.
8. DOWDEN, R.V., Mc CRAW, J.B.: The vastus lateralis muscle flap technique an applications. Ann. Plast. Surg., 4: 396-404, 1980.
9. PARKASH, S., RAMAKRISTAN, K.: A myocuten eus island flap in the treatment of a gall chronic radionecrotic ulcer of the abdominal wall. Br. J. Plast. Surg. 33: 138-139, 1980.

10. STEPHEN, J., MATHES, M.D., FORD NAHAI, M.D.: Clinical atlas of muscle an musculocutaneous flaps. The C.V. Mosby Company St. Louis-Toronto-London, 1979, p. 41.
11. WHITE, D.N., PEARL, R.M., LAUB, D.R., De FIEBRE, B.K.: Tensor fascia lata myocutaneous flap in lower abdominal wall reconstruction. Ann. Plast. Surg., 7:155-163, 1981.

Yard. Doç. Dr. Zafer ÖZSOY
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
Anabilim Dalı
BURSA

iyi neticeler alınabilmektedir⁸. Ayrıca bu tip ameliyatlardan sonra intraabdominal basınç ölçmeleri ile yapılan araştırmalarda karın duvarının fizyolojik fonksiyonlarının sağlam kontrol gruplarına göre fazla farklılıklar göstermediği saptanmıştır⁸. Karın duvarı metastazlarına, primer malign tümörlerine oranla daha sık rastlanılmaktadır. Semimalign bir tümör olan "Desmoid" ise en çok karın duvarında lokalize olmaktadır. Bu tümörün etyolojisi henüz bilinmemektedir. Travmatik (operasyonlar, doğumlar) ve hormonal nedenler tartışmalıdır. Desmoid'in özellikle ameliyat nedbe-lerinde ve doğurmuş kadınlarda sıkça görülmesi ilginçtir². Bu tümörün olgumuzdaki gibi Gardner sendromuyla birlikte olması oldukça fazladır¹. Bilhassa tümörün tam olarak çıkarılamadığı vak'alarda, desmoidin infiltratif yayılması nedeniyle lokal nükslerine çoklukla rastlanır². Son zamanlarda tümör eksizyonlarından sonra ortaya çıkan geniş karın duvarı defektlerinin kas-deri flepleri ile onarıldığı görülmektedir. En çok musculus tensor fascia lata bu işlem için kullanılmaktadır^{4-7, 11}. Küçük defektler ise musculus vastus lateralis femoris⁹ ve musculus rectus abdomines¹⁰ ile onarılabilir. Olgumuzda bu geniş alt karın duvarı defektini musculus rectus femoris ve fascia lata ile kapattık. Musculus rectus femoris iğ biçiminde bir kas olup, kranialde spina iliaca'ya, kaudalde patella'ya yapışır. Vaskülarizasyonu arteria femoris profunda'nın dalı olan arteria femoris circumflexa lateralis'ten alır. Bu arter kasa kranial kısımdan girer. Böylelikle kasın kaudal kısmının vaskülarizasyonunu bozmadan kolaylıkla serbestleştirmek mümkündür. Transpozisyonundan sonra bu kasın görevi tamamıyla musculus quadriceps femoris tarafından üstlenilir. Olgumuzda olduğu gibi donör alanda herhangi bir fonksiyon kaybı olmamıştır. Aldığımız sonuç, geniş karın duvarı defektlerinin fascia-kas flepleri ile kapatılmasının daha başarılı olacağı kanısını doğurmuştur.

KAYNAKLAR

1. BORM, D., FLEISCHNER, B.: Das Desmoid. Chir. Praxis 30: 451-453, 1982.
2. BÜCHNER, F., GRUNDMANN, E.: Spezielle Pathologie Band II, Urban Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1975, p. 422.
3. GORIS, J.A.: Ogilvie's Method Applied to infected wound disruption. Arch. Surg., 115: 1103-1107, 1980.
4. MAYOR, B.J., BEARD, R.C., ABDULNOUR, E.E.: A one-stage reconstruction of the anterior abdominal wall with a musculocutaneous flap. Br. J. Surg., 68: 840-841, 1981.
5. NAHAI, F., HILLI, L., HESTER, T.R.: Experiences with the tensor fascia lata flap. Plas. Reconstr. Surg., 63: 788-789, 1979.
6. O HARE, P.M., LEONHARD, A.G., BRENNEN, M.D.: Experience with the tensor fascia latae free flap. Br. J. Plast. Surg., 36: 98-104, 1983.
7. PIZA-KATZER, H., MEISSL, G., STACHER, G.: Rekonstruktion von Bauchdeckendefekten mit Corium. Chirurg., 50: 775-779, 1979.
8. DOWDEN, R.V., Mc CRAW, J.B.: The vastus lateralis muscle flap technique an applications. Ann. Plast. Surg., 4: 396-404, 1980.
9. PARKASH, S., RAMAKRISTAN, K.: A myocutaneous island flap in the treatment of a gall chronic radionecrotic ulcer of the abdominal wall. Br. J. Plast. Surg. 33: 138-139, 1980.

10. STEPHEN, J., MATHES, M.D., FORD NAHAI, M.D.: Clinical atlas of muscle an musculocutaneous flaps. The C.V. Mosby Company St. Louis-Toronto-London, 1979, p. 41.
11. WHITE, D.N., PEARL, R.M., LAUB, D.R., De FIEBRE, B.K.: Tensor fascia lata myocutaneous flap in lower abdominal wall reconstruction. Ann. Plast. Surg., 7: 155-163, 1981.

Yard. Doç. Dr. Zafer ÖZSOY
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
Anabilim Dalı
BURSA