

GENİŞ DERİ KAYIPLARINDA MESH GREFT UYGULAMALARI

Mehmet Oğuz Yenidünya*

Erdem Yormuk*

Kutlu Sevin*

Serdar Gültaş*

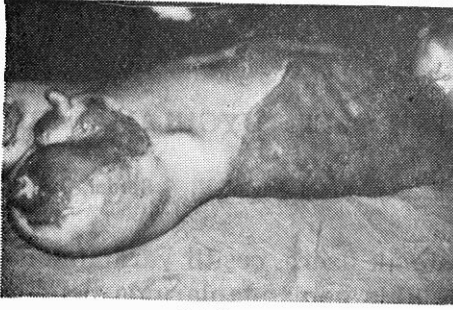
Başta trafik kazaları ve yanık olmak üzere, çeşitli yaralanmalar sonucu oluşan deri defektlerinin özellikle geniş olanlarında defektin kısa sürede kapatılması hastanın genel durumunun da bir an önce düzelmesi bakımından önem kazanmaktadır. Bu süre, defekt alanın geniş, enfeksiyona açık olması ve yaradan sürekli serohemorajik yapıda sıvı, elektrolit ve plazma proteinleri kaybı sebebiyle uzamaktadır. Özellikle bu tip olgularda «mesh» greft uygulaması, yara yüzeyinin epitelizasyonu için iyi vasıflarda biyolojik örtüyü sağladığı gibi, eksudanın da dışarıya drene olmasına izin vererek iyileşme sürecini uzatan faktörlere karşı koymaktadır.

MATERYAL VE METOD

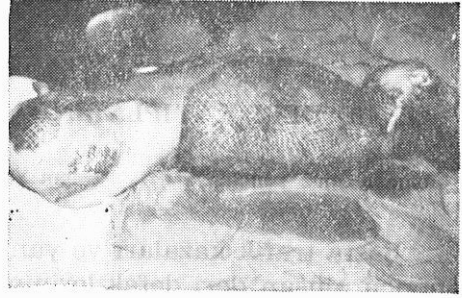
Kliniğimizde çeşitli sebeplerle ortaya çıkmış deri kayıpları için, 1985 - 1989 yılları arasında değerlendirilen ve mesh greft uygulanan olgular arasından sadece bir ekstremiteyi büyük oranda kapsayanlar ile ortalama 15x7 cm'den büyük olanlar bu çalışmaya katılmıştır. Buna göre çalışmaya alınan hastalarımızın sayısı 22 dir.

Defekt onarımı için her zaman kısmi kalınlıkta deri greftleri kullanıldı. Greftler, W.link 10.1922/04 kodlu mesh makinası ile mesh hale getirildi. Alıcı alana greft tesbitinde, genel anestesi süresini uzatmamak için sorunsuz bölgelerde steril stripler ve herşeye rağmen yerleşimi itibarıyla peroperatuar pansumanında bile kolaylıkla greft hareketliliğine sebep olabilecek alanlarda da katgüt kullanıldı. Ameliyat sırasındaki ilk pansumanda klorheksidin içeren malzemeler kullanıldı (Şekil 1 a,b,c,d). Üç gün sonra başlamak üzere, sonraki pansumanlarda rifamisin ile yara bakımı yapıldı. Greft alanlarının üzeri gündüz aerasyonun temini ve akıntıların mikroorganizmalar için bir besiyeri ödevi görmesini önlemek amacıyla açık tutuldu, hasta gece yatarken olası travmalardan korumak için yine klorheksidin içeren malzemeler ile kapatıldı. Greft alanı üzerinde oluşan krutların te-

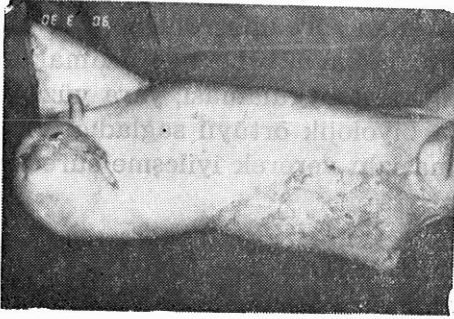
* A. Ü. Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı .



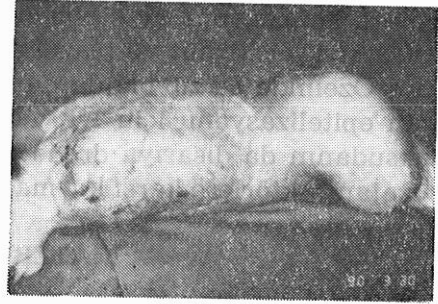
Şekil : 1 A



Şekil : 1 B



Şekil : 1 C



Şekil : 1 D

mizlenmesinde, penset vb. aletlerle mekanik uzaklaştırma yerine, içine yirmi milyon ünite penisilin kristalize kırılarak hazırlanmış litrelik serum fizyolojik ile ıslatılmış petler koyuldu ve içerdiği suyun buharlaşması sırasında krutlara yapacağı mekanik itmeden faydalanıldı. Greft aralıklarında reepitelizasyonunu önleyen grnülasyon dokularının ortadan kaldırılmasında gümüş nitrat kaleminden faydalanıldı. Tüm olgularda ameliyat sonrası profilaktik antibioterapi yapıldı.

BULGULAR

Hastalara ait genel özellikler Tablo I de sunulmuştur. Tabloda adı geçen kalış süresi ameliyat günü ile taburcu edilen gün arasında geçen süreyi göstermektedir. Ortalama kalış süresi 3 haftadır. Olguların % 90'ında deri defektinin alt ekstremitede olduğu dikkati çekmektedir. Etyolojide en çok rastlanan sebep trafik kazaları olarak saptandı (% 50).

Tablo 1 : Olgular ve Özellikleri

Adı	Etyoloji	Lokalizasyon	Kalış Süresi	Yaşı
M.B.	trf. kazası	sağ uyluk ön	80 gün	35
A.U.M.	yanık sek.	sol ayak dor.	10 gün	2
A.A.	trf. kazası	sol uyluk ön.	8 gün	33
A.S.	trf. kazası	sol peritibial	39 gün	44
V.B.	trf. kazası	sağ uyluk ön	40 gün	35
M.B.	yanık	sırt. glut. uylu.	23 gün	37
C.A.	trf. kazası	bil. peritibial	11 gün	8
H.A.	yanık	bil. uyluk arka	11 gün	73
Ö.T.	travma	sol post tibial	11 gün	4
H.Ç.	trf. kazası	sol kol mediali	8 gün	43
M.Ç.	yanık	bil. gluteal	22 gün	4
S.K.	trf. kazası	sağ önkol	35 gün	47
A.D.	trf. kazası	sağ peritibial	27 gün	19
F.G.	lenfödem op.	sağ peritibial	34 gün	30
M.D.	atonik yara	sağ uyluk lat.	22 gün	46
H.K.	trf. kazası	sağ peritibial	11 gün	70
Ş.O.	trf. kazası	sağ kol	6 gün	47
N.Ş.	trf. kazası	sol uyluk lat.	22 gün	24
G.T.	yanık sek.	sol. uyluk ön	21 gün	11
S.Ö.	trf. kazası	sağ peritibial	16 gün	6
T.K.	elk. yanığı	sol toraks duv.	60 gün	9
F.Ö.	skalp tm.	sol temporal	15 gün	5
Ortalama :			21 gün	24

TARTIŞMA

Deri defektlerinin onarımında yaygın olan tedavi biçimi lokal flepler ile basit greft uygulamalarıdır (1,2,3). Ancak geniş defektlerde verici alan problemi ortaya çıkmaktadır (3,4). Verici ve alıcı alanlarda genişliğe bakılmaksızın bir denge kurulabilse bile, büyük defekt alanlarına transplante edilen basit greftlerin yaşayabilirliği seröz ve hemorajik özellikli olası birikintiler sebebiyle tehlikeye düşmektedir (4). Oysa mesh greft için böyle bir tehlike söz konusu değildir.

İşte gerek hemoraji ve gerekse seropürülan materyallerin sızma tehlikesi bulunan defektlerin onarımında, bu birikintilerin greft tabanından dışa çıkabileceği perforasyonların oluşturulmasıyla elde edilen mesh greft kullanılabilir. İlk mesh greft tanımlaması 1964 yılında TANNER ve arkadaşlarınca yapılmıştır (4). Mesh greft, normal greft alımını takiben özel mesh dermatomundan geçirilerek elde edilir. Greft üzerinde oluşturulan perforasyonlar sayesinde greftin genişleme yeteneği artar. İdeal genişleme ölçüsü 3 : 1 olarak verilmektedir (1,4).

Mesh greftde reepitelizasyonun 7 ile 10 günde gerçekleşebileceği, yine Tanner ve arkadaşlarınınca kanıtlanmıştır (4). Hareketliliği fazla fleksör eklem üzerindeki alanlara mesh greft uygulaması, artmış sekonder kontraksiyon olasılığı sebebi ile doğru değildir (2). Ayrıca mesh greft uygulamasından sonra ortaya çıkan file görünümü kalıcı olduğu için kozmetik önemi olan yerlerde de kullanılmamalıdır.

Olgularımızın hemen hepsinde defekt alanlar, ekstensör yüzlerde ve kozmetik önem taşımayan yerlerde idi.

SONUÇ

Mesh greft uygulaması kozmetik açıdan önem taşımayan alanlarda, kontraksiyon olasılığı da dikkate alınarak geniş deri defektlerinin kısa sürede kapatılması için, uygun ve titiz bir bakımla, oldukça büyük kolaylıklar sağlamaktadır.

ÖZET

Kliniğimize 1985 - 1989 yılları arasında, avulsiyon yaralanması, yanık başta olmak üzere travmalar ve diğer bazı sebeplerle ortaya çıkan geniş deri defektlerinin onarımı için, başvuran 22 hastada mesh greft uygulaması yapılmıştır. Özellikle bir olguya ait resimler ile istatistiksel bazı sonuçlar yazıda sunulmuş ve «mesh» greftin üstünlükleri tartışılmıştır.

SUMMARY

The Application Of Mesh Graft In Wide Skin Losses

The speciality of plastic and reconstructive surgery is based on the transplantation and reorganization of tissue. In many instances, this involves the coverage of tissue defects. In cases which the skin defect is larger than the available donor skin area, such as in large burns, the mesh grafting solves the problem. A mesh graft is formed by passing the skin graft through a mesh-dermatome thus forming parallel perforations. A mesh graft is always a split thickness skin graft. In this paper, we have discussed mesh grafting and presented the treatment and results in 22 patients having large skin defects.

KAYNAKLAR

1. Mackett MEJ : Restoration of Skin Cover : The use of free grafts, in : Operative Surgery, edit. Barclay, J.L., Kernahan, D.A., fourth ed. Blantyre Printing Limited, Butterworths s. 23, 1986.
2. Penn JG : Skin grafts and skin flaps, In Manual Of Patient Care In Plastic Surgery, edit. Barret B.M., Little Brown and Company, first ed, London, s 315, 1984.
3. Robert BS : Use of the mesh skin greft in treatment of massive casualty wounds, Plastic reconstr surgery 40 : 161-162, 1967.
4. Tanner JC Vandeput J Olley FJ : The mesh skin graft, Plastic and Reconstr Surgery, 34 : 287, 1964.