

گزارش یک مورد ترمیم نقص صورت به وسیله فلاپ پوستی عضلانی پکتورالیس ماژور با پدیکول خارجی

دکتر علیرضا رضایی*^۱

چکیده

مقدمه: فلاپ عضلانی پوستی پکتورالیس ماژور بهترین فلاپ برای مواردی است که نیازمند فلاپ برای نقایص بزرگ است، به خصوص مواقعی که خطر کاهش خون‌رسانی به موضع وجود داشته باشد، ولی از عیوب روش استاندارد، شامل تغییر شکل مسیر چرخاندن فلاپ و نیز نیاز به شکستن استخوان ترقوه و نیاز به تونل زدن زیر پوستی و احتمال فشار به پایه عروقی و خطر تخریب بافتی می‌باشد و دیگر این که برای نقایص دوردست به علت نداشتن بافت عضلانی پوستی کافی ممکن نمی‌باشد. هدف از این روش این است که با کم‌ترین نقص عضو بهترین نتیجه ظاهری گرفته شود.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۵۶ ساله بود که به دلیل یک نقص تمام‌جداری در سمت چپ صورتش از زمان کودکی مراجعه نمود. قبلاً دو بار سعی در ترمیم شده که با شکست مواجه شده بود. به علت بزرگی نقص و فاصله زیاد آن از محل‌های دهنده فلاپ و ضرورت نیاز به یک فلاپ با پایه عروقی قوی و مطمئن تصمیم گرفته شد از یک روش جدید که ویژگی‌های مذکور را داشته باشد استفاده شود؛ لذا از روش چرخاندن فلاپ از خارج پوست استفاده شد که نیاز به کشیدن زیاد نداشت و دیگر این که فلپ تحت فشار قرار نمی‌گرفت. پس از انجام روش مذکور پایه عروقی قطع شد و فلاپ بدون هیچ‌گونه اختلالی به کار خود ادامه داد.

نتیجه‌گیری: روش استفاده از فلاپ پکتورالیس ماژور خارجی روشی بسیار عالی در بیماران با نقایص بزرگ با فاصله زیاد از محل دهنده فلاپ با نتایج ظاهری می‌باشد. توصیه می‌گردد در مواردی که در استفاده از فلاپ‌های استاندارد محدودیت وجود دارد از روش فلاپ خارجی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: پدیکول خارجی، فلاپ پوستی عضلانی پکتورالیس ماژور.

«دریافت: ۸۵/۳/۲۰ پذیرش: ۸۶/۱۲/۲۱»

۱. متخصص گوش، حلق و بینی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بیمارستان بیستون، تلفن: ۰۸۳۱-۸۳۲۳۷۷۲

مقدمه

استفاده از قسمتی از بدن برای رفع نقص در قسمتی دیگر از بدن سابقه‌ای بسیار طولانی دارد (۱) و به‌خصوص استفاده از قسمتی از پوست برای اصلاح قسمتی دیگر از بدن روشی معمول می‌باشد و زمانی که محل گیرنده نیاز به سطح پوستی بیشتری داشته باشد ضرورت توجه به میزان خون‌رسانی عضو، اهمیت ویژه پیدا می‌کند، چرا که در صورت نداشتن خون‌رسانی کافی، بافت جدید نیز از بین خواهد رفت و مشکل را دوچندان می‌کند؛ لذا در چنین مواردی باید از بافت با پایه عروقی مناسب استفاده شود که در فلاپ‌های سر و گردن توجه زیادی روی فلاپ‌های پوستی عضلانی معطوف می‌باشد و فلاپ پکتورالیس ماژور یکی از این فلاپ‌ها می‌باشد (۲). انواع دیگر فلاپ شامل دلتوپکتورال ولاتیسیموسی دورسی می‌باشد (۳). فلاپ پکتورالیس ماژور، فلاپی با اجزای عضلانی پوستی است که دارای پایه عروقی مناسب است و برای نقایص پوستی عضلانی نزدیک به قفسه صدری به‌کار می‌رود. فلاپ دلتوپکتورال، فلاپی است که بیشتر در نقایص با جداره نازک، به‌طور مثال نقص پوستی به‌تنهایی به‌کار می‌رود و پدیکول عروقی ضعیف‌تری دارد، ولی فلاپ لاتیسیموسی دورسی پدیکول عروقی مناسبی دارد و برای مواقعی است که فلاپ با طول بلندتر نیاز است مناسب است، اما عیب عمده همه این فلاپ‌ها نیاز به تونل زدن زیر پوستی و خطر فشار به پایه عروقی و تغییر شکل دائمی ایجادشده در محل ایجاد تونل می‌باشد (۴). از عیوب عمده دیگر این فلاپ‌ها، کوتاه شدن آن‌ها در اثر تونل زدن است که گاهی به‌خاطر کم کردن فشار روی پایه عروقی و نیاز به کشش کم‌تر،

جراح را مجبور به شکستن استخوان ترقوه می‌کند (۲) و (۵) تا یک فضا (که خود این‌کار احتمال آسیب به عروق بزرگ گردن مدیاستن و نیز آسیب به شبکه عصبی اگزیلاری را بالا می‌برد و می‌تواند در مورد اول خطر مرگ و در مورد دوم خطر فلج اندام فوقانی سمت درگیر را به‌همراه داشته باشد) برای این که عضله داخل آن قرار گیرد، ایجاد نماید (۱) تا همان‌طوری که در بالا ذکر گردید فشار روی پایه عروقی کم شود و دیگر این‌که از تغییر شکلی که در ناحیه گردن ایجاد می‌شود کاسته گردد. خطر فشار به عروق در روش‌های کلاسیک، بالا است که خود این، یک تهدید بالقوه و یک فاجعه برای جراح و بیمار می‌باشد. همه اشکالات ذکر شده در روش خارجی وجود ندارد و یا حداقل می‌باشد.

معرفی مورد

بیمار آقای ۵۶ ساله بود که به‌دنبال یک حادثه از دوران کودکی دچار نقص وسیعی در ناحیه صورت شده بود (تصویر ۱). ضایعه به‌مرور زمان بزرگ‌تر شده بود و طی این مدت دو بار تحت جراحی قرار گرفته بود، که یک‌بار طبق گفته بیمار از فلاپ آزاد استفاده شده بود و یک‌بار از فلاپ دلتوپکتورال، که هر دو بار با شکست روبرو شده بود. با توجه به این پیش‌زمینه و با توجه به این‌که ضایعه به حداکثر اندازه خودش رسیده بود، به‌طوری‌که فقط حدود نیم سانتی‌متر از پوست گوشه لب بیمار باقی مانده بود. اندازه نقص، شکست مکرر روش‌های جراحی قبلی و آلوده بودن محل به‌علت تماس با حفره دهان؛ همه و همه ضرورت استفاده از یک روش مناسب که بتواند موفقیت روش را تضمین کند می‌رساند. چیزی که بیشتر از همه

نقص را نیز تازه کرده سپس قسمت داخلی فلاپ به لایه مخاطی با نخ کروم سه صفر، لایه عضلانی با نخ ویکریل دو صفر به لایه عضلانی صورت و پایه پوستی فلاپ را به پوست صورت با نخ نایلون پنج صفر دوخته شد. اطراف پایه فلاپ را که از سینه تا صورت کشیده شده و حاوی عضله پکتورالیس ماژور و شریان توراسیک بود، داخل سه لایه گاز وازلین پیچانده و سپس محل های دهنده و گیرنده، پانسمان شد. پانسمان محل فلاپ روز دوم بررسی شد و رنگ فلاپ طبیعی بود. بیمار ۷۲ ساعت تحت درمان آنتی بیوتیکی بود، سپس ترخیص و به مدت یک هفته تحت درمان آنتی بیوتیک خوراکی قرار گرفت. پانسمان محل دهنده و گیرنده فلاپ تا دو هفته و پانسمان اطراف پایه فلاپ تا سه هفته بعد مرتب تعویض می شد و هیچ گونه مشکلی مشاهده نشد (تصویر ۲). پس از سه هفته پایه فلاپ قطع و فلاپ با موفقیت در محل پیوند شد (تصویر ۳). روند بهبودی بیمار تا دو سال پس از پیوند



تصویر ۱- نقص ناحیه صورت در سمت چپ

حایز اهمیت می باشد استفاده از یک روش با استفاده از پایه عروقی قوی می باشد که بتواند بقای فلاپ را تضمین کند. بدین منظور چند فلاپ محدود ناحیه ای بیشتر وجود نداشت که شامل پکتورالی ماژور فلاپ و لاتیسیموسی دورسی فلاپ بود که دومی به علت فاصله زیاد از محل نقص، احتمال شکست آن زیاد بود. لذا تصمیم گرفته شد از فلاپ پکتورالیس ماژور استفاده شود. با توجه به این که این فلاپ و فلاپ های مشابه آن دارای اشکالاتی می باشد لذا تصمیم گرفته شد در حالی که از این فلاپ استفاده می شود روش انجام عمل به نحوی تغییر داده شود که معایب قبلی آن رفع شود؛ لذا به جای روش کلاسیک فلاپ پکتورالیس ماژور از روش خارجی آن استفاده گردید که در ادامه بحث توضیح داده خواهد شد. بیمار، مشکل سیستمیک زمینه ای نداشت و از نظر توانایی جسمی وضعیت خوبی داشت. ابتدا عین روش استاندارد، فلاپ پکتورالیس ماژور را با حفظ شریان توراسیک و حفظ پادل پوستی از بستر تا ناحیه استخوان ترقوه جدا نموده و از اینجا به بعد به جای تونل زدن زیر پوستی و شکستن استخوان ترقوه از خارج پوست فلاپ را چرخانده و در محل نقص قرار داده شد. لبه های محل



تصویر ۲- نقص ناحیه صورت پس از انجام پیوند

زیر پوستی و شکستن استخوان ترقوه (۲، ۷ و ۹) از خارج پوست فلاپ را چرخانده و گرافت در محل قرار داده می‌شود، که با توجه به عدم عبور فلاپ از زیر پوست احتمال فشار به پایه فلاپ و همچنین کوتاه شدن فلاپ و نیز تغییر شکل ظاهری ناحیه محل عبور فلاپ دیده نمی‌شود، ولی نکته‌ای که باید به آن اشاره کرد و در بالا نیز به آن تأکید شد نیاز به جراحی دوم می‌باشد، گرچه این مرحله بدون نیاز به بیهوشی عمومی می‌باشد و ضعف دیگر این روش ریسک بالاتر عفونت می‌باشد که به‌خصوص در بیماران ناتوان‌تر جسمی خطر آن می‌تواند افزایش یابد. در پایان پیشنهاد می‌شود این روش در مواردی که نیازمند به فلاپ طولانی با حداقل نقص عضو ظاهری است مدنظر قرار گیرد. در روش جدید که برای اولین بار است انجام می‌شود تاکنون مورد مشابهی برای آن گزارش نگردیده و به‌علت این که روش‌های قبلی دارای نقایصی از قبیل شکستن استخوان ترقوه و یا تغییر شکل دائمی در ناحیه گردن بیمار می‌شود؛ لذا با توجه به اشکالات مذکور، محقق به فکر روش جدیدی افتاد که این اشکالات در آن رفع شده باشد (۱، ۴، ۱۰ و ۱۱).

نتیجه‌گیری

از مباحث مذکور چنین نتیجه‌گیری می‌شود که هر روشی در کنار مزایایی که دارد می‌تواند معایبی نیز داشته باشد و این جراح است که با توجه به شرایط موجود و شرایط بیمار می‌تواند تصمیم صحیح‌تری را اعمال نماید. به طور مثال در یک بیمار با بیماری زمینه‌ای دیابت با سن بالا که تغییر شکل محل گرافت برای او مهم نیست و جراحی ثانویه می‌تواند دربرگیرنده مخاطراتی باشد و نیز فاصله



تصویر ۳- نتیجه نهایی نقص صورت پس از قطع پایه پیوند

پیگیری شد و هیچ مشکلی نداشت، فقط رنگ فلاپ هنوز قدری با پوست صورت متفاوت بود و دیگر این که سطح فلاپ قدری در قسمت مرکزی بالاتر از اطراف آن بود که پیشنهاد بازسازی به بیمار داده شد ولی هنوز برای انجام آن مراجعه نکرده است.

بحث

روش‌های استاندارد سال‌هاست که دارای کاربرد و مزایای خاصی هستند (۳-۵)، که از جمله مزایای آن‌ها روش جدید عدم نیاز به جراحی ثانویه برای قطع فلاپ می‌باشد که خود این کار از مخاطرات جراحی دوم و از هزینه‌های مالی آن و اتلاف وقت بیمار می‌کاهد. مزیت دیگر روش استاندارد، ریسک پایین عفونت است و دلیل آن این است که پایه فلاپ از زیر پوست رد می‌شود و احتمال عفونت به حداقل می‌رسد (۴، ۵، ۷ و ۸). در روش جدید مراحل اولیه یعنی برداشتن فلاپ و چرخاندن آن و محاسبه سطح پوست مورد نیاز شبیه روش استاندارد است، ولی بقیه مسیر تا مرحله نصب فلاپ متفاوت می‌باشد. در روش جدید به جای تونل زدن

خارجی که می‌تواند برای تمام فلاپ‌هایی که روش استاندارد دارند نیز استفاده شود و یک روش جدید و برای اولین بار در دنیا است و تاکنون گزارش نشده است، استفاده گردد.

بین محل دهنده فلاپ و گیرنده آن نزدیک است روش مناسب همان روش کلاسیک می‌باشد، اما بر عکس این حالت، نمی‌تواند صحیح باشد و باید از روشی استفاده کرد که بیشترین مقبولیت را در طولانی مدت داشته باشد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد از روش جدید استفاده از فلاپ

Archive of SID

Abstract:

Face Amendment Using Pectoralis Major Myocutaneous Flap: A Case Report

Rezaei, A.R.

1. Assistant Professor in Otolaryngiology Kermanshah university of Medical Sciences.

Introduction: *The pectoralis major flap is the best flap for head and neck defects. This flap has both a vascular pedicle and some disadvantages such as deformity, needing tunneling, clavicular f.x and shortening after the tunneling.*

Case Presentation: *The patient was a 56 years old man with large face defect from child hood. The patient had two surgical failures in her history. External pectoralis major flap, was used since the patient had large defect with far distance between donor and recipient site.*

Conclusion: *Pectoralis major flap was cut after 3 weeks and it continues its work with no problem, so this technique is a new method for large and more distant defects. This method has a little morbidity with excellent cosmetic result.*

Key Words: *Pectoralis Major Myocutaneous Flap, External Pedicle*

منابع

1. Baker H. Regional flap in facial reconstion. *Facial Plast Surg* 1990; 23(5):5-25
2. Ariyan S. The pectoralis major flap. Aversataile flap for reconstruction in the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63:73-81
3. Siogle RG. Reconstruction of the forehead: In: Barer SR, Swanson A, editors. Local flaps in facial reconstruction. Stlouis, Mosby; 1995, 11:76-86
4. Cummings CW. *Otolaryngology: head and neck surgery*. 2nd ed. Philadelphia: Mosby; 2005, PP.1746-48
5. Montgomery. *Head and neck surgery technique*. 2nd ed. Boston: Mosby; 1987, PP.1205-30
۴. کامینگز. اتولارینگولوژی و جراحی سر و گردن. ۲۰۰۵ فصل ۷۶ صفحه: ۱۷۴۶
۵. مونتگومری. تکنیک‌های جراحی سر و گردن. جلد ۲، فصل ۵۳، سال ۱۹۸۷؛ صفحه: ۱۲۰۵
6. Bakmjian VY: A two-stage method for pharyngo esopharyngeal reconstruction with a primary pectoral skin flap. *Plast Reconstr Surg* 2003; 13:36-39
7. Ariyan S. The pectoralis myocutaneous flap: a versatile flap for reconstruction in the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1997; 63:73-81
8. Bozola RA. The buccinatur musculomucosal flap: anatomical study and clinical application. *Plast Reconstr Surge* 1989; 84:250
9. Ariyan S. Further experiences with the sternoclidomastoid myocutaneous flap: a clinical appraisal of 31 cases. *Plastr Surg* 1997; 99:61-69
10. Freeman JL, Walker EP, Wilson JS, Shaw HJ. The vascular anatomy of the pectoralis major flap. *Br J Plast Surg* 1981; 34(1):3-10
11. Hutnbrink KB. Temporalis muscle facial flap for covering defects in the oropharynx: report of 4 years experiences with 26 cases. *Laryngorhinootologic* 1989; 68:272-5. [In German]