

# فلاپ جزیره ای میوکوتانه گلوئتوس ماگزیموس جهت ترمیم دیفکتهای ناحیه ساکروم گزارش مورد

دکتر احمد رضا طاهری، فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی،  
استاد یار دانشگاه علوم پزشکی تهران

## چکیده

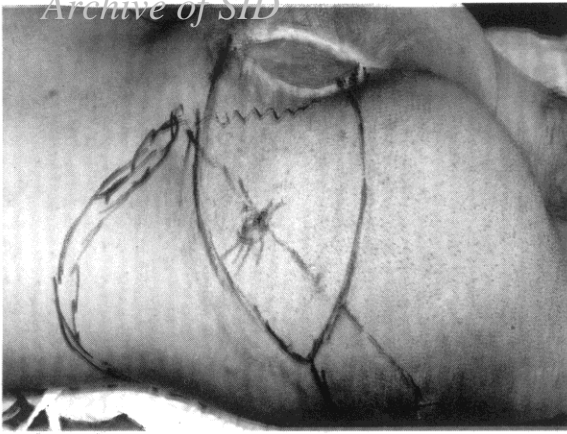
فلاپ جزیره ای گلوئتوس ماگزیموس، فلاپی مفید، مطمئن و کارآمد جهت ترمیم دیفکت های ناحیه ساکروم بشمار می رود. این فلاپ به دلیل داشتن بافت عضلانی و نسج زیر جلدی کافی، پوشش خوبی برای این دیفکت ها فراهم می آورد. در بیمارانی که قادر به راه رفتن هستند، این فلاپ دوام و پایداری دراز مدت و از لحاظ زیبایی و شکل ظاهری برای بیمار بسیار قابل قبول می باشد. از آنجا که با انتقال نیمه فوقانی عضله و با حفظ نیمه تحتانی آن، عملکرد و کارآئی عضله حفظ می گردد، این نکته در اینگونه بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است. اکنون، ما این فلاپ را به عنوان انتخاب اول در ترمیم دیفکت های ساکروم پیشنهاد می کنیم.

## مقدمه

گلوئتوس ماگزیموس پرداختند و مواردی از این فلاپ را به طریق انتقال میکروواسکولار جهت ترمیم پستان در بیمار مبتلا به آپلازی پستان معرفی نمودند. در این مقاله هدف ما این است که نشان دهیم عضله گلوئتوس ماگزیموس را می توان بصورت یک فلاپ جزیره ای میوکوتانه بر پایه عروق مربوطه جهت ترمیم دیفکت های ناحیه ساکروم استفاده نمود. این فلاپ در ترمیم تمامی دیفکت های ناحیه ساکروم اعم از رادیاسیون، زخم های

عضله گلوئتوس ماگزیموس موارد استفاده فراوانی در ترمیم دیفکت های ناحیه ساکروم دارد. از این عضله میتوان بعنوان یک فلاپ Turn over استفاده کرد (۷). و یا بصورت یک فلاپ عضلانی جابجا نمود (۲، ۳). و یا اینکه پوست و عضله را توامان بصورت فلاپ میوکوتانه واقعی جابجا کرد (۶). در سال ۱۹۷۵ میلادی Fujino و همکاران (۱) به معرفی یک فلاپ میوکوتانه بر پایه عضله

## Archive of SID



تصویر ۱- طرح کلی فلاپ جزیره ای و محل خروج تقریبی شریان گلوئتال فوقانی.

در مواردی که از این فلاپ جهت پوشش دیفکت های ناحیه ساکروم استفاده می کنیم از لحاظ تکنیکی راحت تر خواهد بود اگر بخش فوقانی عضله گلوئتوس ماگزیموس را بلند کرده و داخل دیفکت منتقل نماییم .

در بیماران ایکه قادر به حرکت هستند، حفظ عملکرد نیمه تحتانی عضله گلوئتوس ماگزیموس باعث کنتور طبیعی باسن و عملکرد طبیعی اندام تحتانی در حین راه رفتن خواهد شد. محل خارج شدن شریان گلوئتال فوقانی در حد  $1/3$  فوقانی و  $2/3$  تحتانی خطی است که خار ایلیاک فوقانی - خلفی (P.S.I.S.) را به تروکانتر بزرگ فمور متصل میکند .

بر روی فلاپ طراحی شده از قبل ، پوست و نسج زیر جلدی را برش می دهیم . حاشیه های پوستی برش را بلند کرده و در بخش فوقانی برش حد بین عضله گلوئتوس ماگزیموس و گلوئتوس مدیالیس را مشخص می کنیم . سپس عضله گلوئتوس ماگزیموس را از ایلیاک و ساکروم آزاد می کنیم . نیمه فوقانی عضله را در طول محور عضله پیریفرم جدا میسازیم . وقتی بخش فوقانی عضله را به طور کامل از ساکروم آزاد کردیم با کشش ملایم عضله ، عروق گلوئتال فوقانی را به راحتی می توان در سطح خلفی عضله گلوئتوس ماگزیموس مشاهده نمود ( تصویر دو ).

عروق گلوئتال فوقانی، عروق انتخابی جهت طراحی فلاپ جزیره ای محسوب می شود . آناستوموز عروقی بین بخش فوقانی و تحتانی عضله را لیگاتور کرده و می بندیم . سپس

فشاری ، تروما ، زخم های مزمن پرینه ، اوستئومیلیت ها و غیره کاربرد دارد

## آناتومی کاربردی :

عضله گلوئتوس ماگزیموس عضله ای ضخیم و پهن بوده که از خط گلوئتال خلفی روی استخوان ایلئوم و همچنین از سطح لترال ساکروم و کوکسیکس ولیگامان ساکروتوبروز و فاسیای روی عضله گلوئتوس مدیالیس منشا می گیرد .

محل اتصال عضله به ایلئوتیبیال تراکت و توبروزیته گلوئتال استخوان فمور است . این عضله در طبقه بندی Mathes و Nahai جز تپ سه عضلانی با دو پدیکول غالب طبقه بندی می شود . خون رسانی عضله از شریان های گلوئتال فوقانی و تحتانی که شاخه هائی از عروق ایلیاک داخلی است ، فراهم میشود . شریان گلوئتال فوقانی که شاخه بزرگتر از این دو رگ محسوب می شود، از بالای عضله پیریفرم از لگن خارج شده و بخش فوقانی عضله گلوئتوس ماگزیموس را مشروب می کند .

عصب رسانی عضله ، از عصب گلوئتال تحتانی که به موازات عروق گلوئتال تحتانی طی مسیر می کند ، فراهم می شود . پوست و نسج زیر جلدی ناحیه باسن توسط عروق پرفوراتور که از فاسیای روی عضله گلوئتوس ماگزیموس به آن میرسند، خون رسانی می شود .

## تکنیک عمل :

بیمار را به صورت prone ( خوابیده روی شکم ) بر روی تخت اتاق عمل قرار می دهیم . دیفکت ناحیه ساکروم را تا رسیدن به نسج سالم دبریدمان کرده و هرگونه برجستگی استخوان ساکروم را حذف می کنیم . سپس یک فلاپ پوست و عضله جهت پوشاندن دیفکت مزبور طراحی می کنیم . اندازه فلاپ بسته به اندازه دیفکت و پهنای باسن بیمار میتواند مختلف باشد. ولی در عمل این فلاپ می تواند از حاشیه دیفکت بر روی ساکروم تا قسمت داخلی حاشیه خلفی تروکانتر بزرگ فمور، امتداد داشته باشد . به این ترتیب این فلاپ را می توان با ابعادی حدود  $25 \times 10$  سانتی متر بلند نمود ( تصویر یک ) .

### معرفی بیمار

بیمار مرد ۲۴ ساله ای است که بدنبال تصادف اتومبیل از حدود ۵ سال قبل، دچار صدمه نخاعی در حد T7-8 شده است. این صدمه منجر به بروز پاراپلژی در نزد بیمار گشته است. اکنون در معاینه فیزیکی دارای یک زخم عمیق به ابعاد ۱۰×۱۲ سانتی متر در ناحیه ساکروم می باشد (تصویر چهار).



تصویر ۴- نمای کلی زخم عمیق بیمار در ناحیه ساکروم قبل از دبریدمان آن.

علاوه بر این چندین زخم کوچک در نواحی تروکانتر راست و چپ دارد. پس از اصلاح آنمی و هیپوآلبومینمی در نزد بیمار، جهت عمل جراحی آماده شد. ابتدا دبریدمان زخم انجام شد (تصویر پنج).



تصویر ۵- نمای زخم پس از انجام دبریدمان و حذف نسوج نکروزه.



تصویر ۲- مشاهده عروق گلوئتال فوقانی در سطح خلفی عضله گلوئتوس ماگزیموس و آناستوموز عروقی بین بخش فوقانی و تحتانی عضله که بایستی لیگاتور شود

اتصال فمورال عضله را قطع کرده و فلاپ را به صورت یک فلاپ جزیره ای واقعی بر پایه عروق گلوئتال فوقانی در می آوریم (تصویر سه).



تصویر ۳- با قطع اتصال فمورال عضله، فلاپ ما بصورت یک فلاپ جزیره ای واقعی بر پایه عروق گلوئتال فوقانی در می آید.

به چندین روش می توان فلاپ را به داخل دیفکت منتقل نمود. یکی از این روش ها، چرخش ۹۰ درجه فلاپ در حول محور عروقی آن و جابجا کردن به داخل دیفکت ناحیه ساکروم است.

فیبرهای عضله گلوئتوس فلاپ را به دقت به عضله طرف مقابل بخیه می زنیم و پوست را در لایه مجزا میدوزیم. پوست محل دهنده را به صورت فلاپ Y- to -V ترمیم میکنیم. به طور معمول از ساکشن درن در زیر فلاپ استفاده کرده که تا زمان باقی بودن ترشحات، حفظ می شود.

سپس فلاپ جزیره ای میوکوتانه گلوئتوس ماگزیموس بر پایه شریان گلوئتال فوقانی و بلند شد (تصویرشش).



تصویر ۶- طراحی و بلند کردن فلاپ جزیره ای میوکوتانه گلوئتوس ماگزیموس بر پایه شریان گلوئتال فوقانی.

پس از چرخش، جهت پوشش ناحیه ساکروم مورد استفاده قرار گرفت (تصویر هفت).

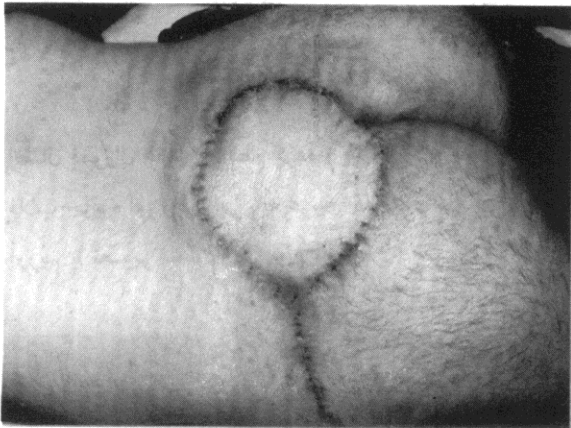


تصویر ۷- چرخش ۹۰ درجه فلاپ حول محور عروقی آن و قرار گرفتن در دیفکت ناحیه ساکروم.

پس از عمل، التیام زخم بطور کامل و بدون هیچ عارضه ای سپری شد (تصاویر هشت و نه).



تصویر ۸- نمای زخم پس از ترمیم ۲۴ ساعت پس از عمل جراحی.



تصویر ۹- نمای زخم پس از گذشت ۲۱ روز از عمل جراحی.

## بحث

Minami و همکاران (۶) در سال ۱۹۷۷ فلاپ چرخشی گلوئتوس ماگزیموس (rotation flap) را جهت ترمیم دیفکت های ناحیه ساکروم شرح دادند. ولی میزان تحرک این فلاپ محدود بوده و اغلب جهت پوشاندن محل دهنده، نیاز به گرافت پوستی می باشد.

Ger و Samuel (۳) در سال ۱۹۷۶ فلاپ انتقالی گلوئتوس ماگزیموس (transposition flap) را شرح دادند. این فلاپ نیز معایب محدودیت حرکت و نیاز به استفاده از گرافت پوستی جهت محل دهنده را، دارا بود.

۲) این فلاپ را می توان به میزان بیشتری نسبت به فلاپ های turn - over و چرخشی جابجا نمود .  
 ۳) محل دهنده را می توان معمولاً به طور اولیه ترمیم کرد .  
 لذا جهت پوشش محل دهنده ، نیاز به استفاده از گرافت پوستی وجود ندارد و بدین ترتیب مراقبت های پس از عمل و بازتوانی بیمار بسیار تسهیل می شود .

برعکس ، فلاپ جزیره ای گلوئتوس ماگزیموس که ما در این مقاله به شرح آن پرداختیم ، نه تنها فاقد معایب بالا بوده بلکه محاسن متعددی نیز دارد :  
 ۱) برای آوردن این فلاپ، نیاز به آماده کردن آن در یک عمل جراحی قبلی نمی باشد .

## منابع

- 1) Fujino T. , Aoyagi F. , Reconstruction for aplasia of the breast and pectoral region by microvascular transfer of a free flap from the buttock. *Plas. Reconstr.surg.* 1975,58:178.
- 2) Ger R.,The surgical management of decubitus ulcers by muscle transposition. *Surgery.*1971,69:106.
- 3) Ger R. ,Samuel L. ,Management of decubitus ulcers by muscle transposition. *Plas. Reconstr.surg.* 1979 ,58:419.
- 4) Mathes S.J.,Vasconez L.O.,Jurkiewicz M.J., Extention and further application of muscle flap transposition. *Plas. Reconstr.surg.* 1977, 60:6.
- 5) Mathes J.M.,Nahai F.,eds. Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps. *st.louisi Mosby*,1982;426-432.
- 6) Minami R.T.,Mills R.,Pardoe R., Gluteus maximus Myocutaneous flaps for repair of pressure sores. *Plas. Reconstr.surg.* 1977, 60:242.
- 7) Stallings T.O.,Delgado J.P.,Converse J.M., Turn over island flap of gluteus Maximus muscle for the repair of sacral decubitus ulcer. *Plas. Reconstr.surg.* 1974, 54:52.
- 8) Williams P.L., ed. *Gray's anatomy*, 38th. Ed. New York; Churchill living-stone, 1995.