

Spaghetti Kesilerine Olgu Sunumu Eşliğinde Yaklaşım

2

Mehmet Emre YEĞİN¹

GİRİŞ

Ülkemizde de oldukça yaygın şekilde görülen üst ekstremitte yaralanmaları, ciddi sakatlık ve uzuv kayıplarına sebep olmaktadır. Özellikle volar yüzde oluşan kesiler, bu yüzdeki yapıların karmaşıklığı nedeniyle daha kötü prognoz gösterebilir(1). Genellikle erkek ve genç yaşta, dominant elin yaralanması sık görülür2. “Full House Yaralanması” veya “İntihar Bileği” olarak da adlandırılan Spagetti kesileri, bilek seviyesinde volar yapıların kesisini belirtir(1). Daha detaylı bir tanımla, distal bilek kıvrımı ile fleksör kasların muskulotendinöz bileşkesi arasındaki bir seviyede gelişen, en az bir sinir veya arterin dahil olduğu en az 3 tam kat tendon kesisidir(3). Ayrıca bu seviyede sıkgörülen ulnar ve radial triad olarak da adlandırılan, sırasıyla ulnar arter-sinir-fleksör carpi ulnaris (FCU) tendonu ve palmaris longus (PL)-Fleksör Carpi Radialis (FCR)- Median sinir kesileri de tanımlanmıştır(2).

Özellikle cam kesileri, ülkemizde üst ekstremitedeki kesiler için sık karşılaşılan bir nedendir. Yaralanmaların deri üzerindeki genişliğine bakılarak tedavi planlanabilmekte, alttaki yapıların kesileri atlanabilmekte ve bu durum hastaların fonksiyonel kapasitelerini sınırlandırabilmektedir. Ne var ki, laserasyonların tanısı, uygun tedavisi ve yeterli bir rehabilitasyon protokolüyle geri dönüşü yüz güldürücü olabilmektedir(4). Bu bölümümüzde de, spagetti kesisine sebep olmuş minimal deri laserasyonlu iki hasta bu konuya ışık tutmak üzere irdelenmiştir.

¹ Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstruktif Ve Estetik Cerrahi A.B.D. , mehmetemreyegin@yahoo.com

ılarak, ince onarıma uygun bir zemin oluşturulur. Sonrasında damar ve sinir, uygun mikrocerrahi teknikle onarılmalı, gerginliksiz onarım sağlanabilmelidir. Sinir onarımı esnasında bilek nötral pozisyonda tutulmalı, gerginliksiz onarım sağlanamıyorsa sinir grefti ile onarım düşünülmelidir(5). Vasa nervorum yerleşimlerine dikkat edilerek uygun koaptasyon sağlanmalıdır¹. Yüzeysel tendonların onarımı sonrası deri kapatılmalıdır. Bu noktada dikkat edilmesi gereken, deri kapatılması için gerekebilecek flep veya greft ihtiyacının önceden tahmin edilmesidir. Gereğinde FDS kas disali, genellikle açıkta kalabilen FCR tendonu üzerine yayılarak, üzeri açık tendonu greftabl hale getirebilir(5).

Postoperatif dönemde en önemli sorun, hastaların rehabilitasyon programına düzenli katılımının sağlanmasıdır(1). Erken pasif egzersizle ROM açıklığının korunması, aynı zamanda stabilizasyonla sinir iyileşmesinin kolaylaştırılması gerekmektedir(3,6). Sinir iyileşmesinin günde 1 mm olmasından dolayı aylar sürecektir olan bu sürecin başında minimal hareket önerilmektedir(5). Tüm bu kurallara uygun rehabilitasyonla yeterli dönüş sağlanabilmektedir. Vakalarımızda olduğu gibi literatürde de, kendine zarar verme amaçlı yaralanan hastalarda rehabilitasyon sürecine uyum düşüktür(3). Bu sebeple iyileşmenin daha uzun süreceği, geri dönüşün daha az olacağı öngörülebilir. Gerçekten de, kaza sonucu yaralananlardan ziyade kendine zarar verme davranışı sonucu yaralananların, daha Acil Servis şartlarındaki ilk muayenedepsikolojik olarak debil görüldüğü bildirilmiştir(3). Bu da uyumsuzluk ve kötü prognoz göstergesi olarak uyarıcı olmalıdır.

SONUÇ

Spaghettili yaralanmaları, sık karşılaşılan yaralanmalar olmaları yanında, genellikle cam kesileri sonucu gelişir. Bu nedenle, yaralanma sonrası mutlaka eksplozasyon yapılmalı, hastaların yüksek sakatlık ihtimali nedeniyle uyarılmaları ve uygun cerrahi tedavi sonrası fizik tedaviye mutlak uyum sağlanması gerektiğinin anlatılması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Demirdover C, Ozturk FA, Yazgan HS, Yogurtcu N, Sevindik M, Vayvada H. Surgical treatment and functional outcomes of multicomponent soft tissue injuries of the wrist. *Hand Surgery and Rehabilitation*. 2018;37(3):160-166. doi:10.1016/j.hansur.2018.02.001
2. Yazdanshenas H, Naeni A, Ashouri A, Washington E, Shamie A, Azari K. Treatment and Postsurgery Functional Outcome of Spaghetti Wrist. *Journal of Hand and Microsurgery*. 2016;08(03):127-133. doi:10.1055/s-0036-1586487
3. Yildirim A, Nas K. Evaluation of postoperative early mobilization in patients with repaired flexor tendons of the wrist, the spaghetti wrist. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 2010;23(4):193-200. doi:10.3233/BMR-2010-0266
4. Tuncali D, Yavuz N, Terzioğlu A, Asian G. The rate of upper-extremity deep-structure injuries through small penetrating lacerations. *Annals of Plastic Surgery*. 2005;55(2):146-148. doi:10.1097/01.sap.0000168884.88016.e1
5. Meals CG, Chang J. Ten tips to simplify the spaghetti wrist. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*. 2018;6(12):1-8. doi:10.1097/GOX.0000000000001971
6. Koshy K, Prakash R, Luckiewicz A, Alamouti R, Nikkhah D. An Extensive Volar Forearm Laceration – The Spaghetti Wrist: A Systematic Review. *JPRAS Open*. 2018;18:1-17. doi:10.1016/j.jprra.2018.06.003