


Leczenie operacyjne rozległego ubytku tkanek miękkich dołu pachowego – opis przypadku

Operative treatment of excessive soft tissue defect in the axilla – a case report

Andrzej Żyłuk , Ireneusz Walaszek

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin
Pomeranian Medical University in Szczecin, Department of General and Hand Surgery
 azyluk@hotmail.com

ABSTRACT

Posttraumatic axillary soft tissue defects are extremely rare. The report presents the case of a 41-year-old male in whom the defect developed after a traffic accident. A dermato-fascial rotation flap from the lateral chest was used to close the main defect,

with additional skin grafts for completing the repair. A closure of the whole defect was achieved, with only slight restriction of arm abduction. The patient recovered full function of the affected upper extremity.

Keywords: axillary tissue defect; dermato-fascial flap; skin graft.

ABSTRAKT

Pourazowe ubytki tkanek miękkich dołu pachowego są bardzo rzadkie. W pracy przedstawiono przypadek 41-letniego mężczyzny, u którego taki ubytek powstał w następstwie wypadku komunikacyjnego. Do pokrycia ubytku zastosowano skórno-powięziowy płat zrotowany z bocznej strony klatki piersiowej

i przeszczepy skóry pośredniej grubości w miejscach, których płat nie obejmował. Uzyskano całkowite zamknięcie ubytku, z niewielkim ograniczeniem odwiedzenia w stawie ramiennym. Pacjent odzyskał pełną sprawność uszkodzonej kończyny górnej.

Słowa kluczowe: ubytek tkanek dołu pachowego; płat skórno-powięziowy; przeszczep skóry.

WSTĘP

Otwarte obrażenia dołu pachowego nie są częste, ponieważ jest to okolica naturalnie chroniona przez ramię. W rzadkich przypadkach urazów drążących pachy, doznanych przy odwiedzionym ramieniu, może dojść do uszkodzenia naczyń pachowych i nerwów wychodzących ze splotu ramiennego. Urazom zamkniętym, np. zwichnięciu stawu ramiennego, może także towarzyszyć uszkodzenie splotu ramiennego. Jednak obrażenia tej okolicy powodujące ubytek tkanek miękkich są wyjątkowo rzadkie. W pracy przedstawiono taki przypadek powstały u pacjenta w następstwie wypadku motocyklowego.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent w wieku 41 lat został skierowany do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z oddziału torakochirurgii szpitala w innym województwie, 5 tygodni po wypadku motocyklowym, w którym doznał urazu klatki piersiowej ze złamaniem 7 żeber po lewej stronie i odmą opłucnową oraz rozległej rany szarpanej lewego dołu pachowego. W leczeniu zastosowano drenaż ssący odmy opłucnowej i zszycie rany pachy szwami sytuacyjnymi. Po kilku dniach uzyskano wchłonięcie się odmy, ale rana

pachy otworzyła się, ponieważ stłuczona skóra uległa martwicy. W dalszym leczeniu wykonywano kolejne nekrectomie, aż powstał znaczny ubytek obejmujący całą pachę. Badanie kliniczne nie wskazywało na uszkodzenie splotu ramiennego, co zostało potwierdzone w elektromiografii. Po wyczerpaniu możliwości dalszego leczenia poproszono o pomoc ośrodek szczeciński.

Podczas przyjęcia stan pacjenta był zadowalający, a rana po drenażu opłucnowym była zagojona. Cały lewy dół pachowy stanowił ziarninującą ranę (ryc. 1) sączącą treść surowiczą. Posiew wykazał obecność skąpych liczebnie kolonii bakterii *Staphylococcus epidermalis*. Odwiedzenie ramienia było umiarkowanie ograniczone, ale pozwalające na dostęp do rany. W dniu rany wyczuwalne i widoczne było tętnienie tętnicy pachowej świadczące o powierzchownym położeniu naczyń i nerwów tuż pod ziarniną. Taka sytuacja wskazywała, że do zamknięcia ubytku właściwe będzie raczej zastosowanie płata tkankowego niż tylko przeszczepu skóry. Po ocenie sytuacji zaplanowano pokrycie ubytku pachy skórno-powięziowym płatem zrotowanym z bocznej strony klatki piersiowej i przeszczepami skóry pośredniej grubości w miejscach, których płat nie obejmował.

Operację wykonano w znieczuleniu ogólnym, w ułożeniu na boku z podpórką, jak do torakotomii lewostronnej. Kończynę lewą ułożono i ustalono w odwiedzeniu, co zapewniło



RYCINA 1. Widok ubytku podczas przyjęcia do szpitala



RYCINA 2. Planowanie płata zrotowanego. Widoczna zszyta górna część rany



RYCINA 3. Sprawdzenie czy podniesiony płat sięga do szczytu ubytku



RYCINA 4. Główny ubytek zamknięty płatem zrotowanym



RYCINA 5. Ubytek tkanki po przesunięciu płata pokryty przeszczepem skóry



RYCINA 6. Obraz w 6. dobie po operacji ukazujący prawidłowe gojenie się ran

dobry dostęp do dołu pachowego. Na rycinie 2 przedstawiono zarys planowanego płata skórno-powięziowego; widoczne jest także zszycie górnej części ubytku, po wcześniejszej mobilizacji brzegów rany. Płat podnoszono ostrożnie, mając cały czas pod kontrolą jego naczynie osiowe. Po zakończeniu preparowania szczyt płata sięgał do górnego brzegu ubytku, co pozwalało na jego zamknięcie od strony tylnej i pokrycie powierzchni położonych naczyń i nerwów (ryc. 3 i 4). Ubytek na klatce piersiowej powstały po przesunięciu płata pokryto przeszczepem skóry pośredniej grubości pobranym dermatomem z uda (ryc. 5). Przebieg pooperacyjny był niepowikłany i uzyskano zagojenie rany przy umiarkowanym ubytku odwiedzenia ramienia (ryc. 6). W badaniu kontrolnym po 2 miesiącach od operacji pacjent miał zagojoną ranę i niezaburzoną czynność lewej ręki, którą posługiwał się bez problemów (ryc. 7). Także ruchy w stawie łokciowym były w pełnym zakresie. Utrzymał się tylko deficyt odwiedzenia ramienia.

OMÓWIENIE

Pourazowe ubytki tkanek dołu pachowego są bardzo rzadkie. Autorzy nie znaleźli podobnego przypadku w piśmiennictwie. Częściej chirurdzy mają do czynienia z ubytkami powstałymi w następstwie wycinania nowotworów tej okolicy (np. czerniaka skóry), operacyjnego leczenia przewlekłego, ropnego zapalenia gruczołów potowych pachy lub uwalniania pooparzeniowych przykurczów stawu ramiennego [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Przewlekłe, ropne zapalenie gruczołów potowych pachy, występujące też pod nazwą ropnie mnogie pach (łac. *hydradenitis axillaris suppurativa*), jest rzadką, przewlekłą chorobą zapalną gruczołów potowych (apokrynowych) skóry o etiologii bakteryjnej, zwykle gronkowcowej. Charakteryzuje się powstawaniem licznych ropni i przetok ropnych w skórze zajętej okolicy, które na przemian otwierają się i zamykają, co prowadzi do bliznowacenia i powstawania przykurczów. Schorzenie lokalizuje się zwykle w dołach pachowych, pachwinach i na kroczu. Łagodne postaci leczy się zachowawczo, ale w ciężkich, opornych na leczenie przypadkach postępowaniem z wyboru jest radykalne wycięcie zmienionych tkanek, co skutkuje powstaniem rozległego ubytku skóry i tkanki podskórnej.



RYCINA 7. Wynik leczenia podczas kontroli po 2 miesiącach od operacji

Aby zamknąć taki defekt, konieczne jest użycie – zwykle uszypułowanych – płatów skórno-powięziowych z okolicy np. klatki piersiowej, ramienia lub grzbietu [4, 5].

W leczeniu ubytków tkanek miękkich dołu pachowego stosowano różne metody: skórno-powięziowy płat Limberga zaopatrywany z perforatorów tętnicy piersiowo-grzbietowej [1, 4, 5], płat z mięśnia piersiowego mniejszego [2], wolne lub uszypułowane płaty skórno-mięśniowe [3] i skórno-powięziowy płat uszypułowany z tylnej powierzchni ramienia [6]. Płat Limberga jest techniką chirurgii rekonstrukcyjnej polegającą na pokryciu ubytku skóry i tkanki podskórnej o kształcie rombu powstałego po wycięciu zmiany chorobowej za pomocą uszypułowanego płata skórno-tłuszczowego lub skórno-powięziowego pobranego z sąsiedztwa. Oprócz pokrywania ubytków po wycięciu np. nowotworów skóry, jest także stosowany w leczeniu zatoki włosowej (łac. *cystis pilonidalis*) w okolicy krzyżowej [7].

PODSUMOWANIE

Przedstawiony w pracy przypadek stanowi interesujące rozwiązanie kłopotliwego, choć bardzo rzadkiego problemu, jakim

jest rozległy ubytek tkanek miękkich dołu pachowego. Zastosowana technika była skuteczna i umożliwiła choremu odzyskanie pełnej sprawności kończyny.

PIŚMIENNICTWO

1. Visconti G, Eltahir Y, van Ginkel RJ, Werker PM. Reconstruction of an extended defect in the axilla using a thoracodorsal fasciocutaneous perforator flap. *Aesthetic Plast Surg* 2008;32:813-6.
2. Tehrani H, Srinivasan JR. The pectoralis minor pedicled muscle flap in axillary reconstruction. *Ann Plast Surg* 2009;62:405-6.
3. Kim JY, Ross MI, Butler CE. Reconstruction following radical resection of recurrent metastatic axillary melanoma. *Plast Reconstr Surg* 2006;117:1576-83.
4. Hallock GG. Island thoracodorsal artery perforator-based V-Y advancement flap after radical excision of axillary hidradenitis. *Ann Plast Surg* 2013;71:390-3.
5. Ortiz CL, Castillo VL, Pilarte FS, Barraguer EL. Experience using the thoracodorsal artery perforator flap in axillary hidradenitis suppurativa cases. *Aesthetic Plast Surg* 2010;34:785-92.
6. Guha G, Agarwal AK, Gupta S, Gupta S, Murmu MB, Chumbale P, et al. Posterior arm flap in management of axillary contracture. *Burns* 2013;39:972-7.
7. Spychała A, Murawa D. The Limberg flap procedure in the treatment of pilonidal cyst disease of the sacrum – initial report. *Pol Przegl Chir* 2014;86:257-62.