

PARSİYEL KULAK AMPUTASYONUNDA KOPAN PARÇANIN TEMPOROPARİETAL FASYA ARACILIĞI İLE ADAPTASYONU

Mustafa KESKİN, Mustafa SÜTCÜ, Çiğdem KARADAĞ, Nedim SAVACI,

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

Mikrovasküler anastomoz ile replantasyonun uygun olmadığı kulak amputasyonlarında kompozit greft uygulanmasının etkinliği azdır. Ampute parçanın retroauriküler bölgeye gömülerek yaşatılmaya çalışılması ise estetik açıdan başarısız sonuçlara neden olmakta ve en az iki seans gerekmektedir. Bu vaka sunumunda ise fasyal flep transpozisyonu ile kompozit greftin yaşaya bilirliliğini artırtmak yöntemi denenmiştir. Ellidört yaşındaki erkek hastada insan ısırığına bağlı olarak kulak ampütasyonu meydana gelmiştir. Ampute parça kompozit greft gibi orijinal yerine dikildi. Daha sonra ampute kulak parçasının arka cildi ile kıkırdağı arasına temporoparietal fasya transpoze edildi. Vakada ampute parça tam olarak vaskülarite kazandı. Kıkırdakta herhangi bir distorsiyon meydana gelmedi. Estetik açıdan oldukça tatmin edici görüntü elde edildi. İnsan ısırığı nedeni ile ampute olan kulak parçası tarif edilen teknikle implante edilmesi halinde tek seansda başarılı sonuç almak mümkündür.

Anahtar kelimeler: Kulak, ampütasyon, kompozit greft, temporoparietal fasya flebi

Selçuk Tıp Derg 2009;25 (3):158-161

"ADAPTATION OF THE SEVERED EAR WITH TEMPOROPARIETAL FASCIA FLAP IN A PARTIAL EAR AMPUTATION"

Nonmicrovascular replantation of an avulsed auricula as a composite graft is an unreliable solution. The use of retroauricular pocket to enhance survival of the composite ear graft is a multistage procedure and aesthetic results are poor. In this case report the vascularity of the composite graft is attempted to be increased by transposing fascial flap. Fifty-four year old man had an amputation of his ear due to a human bite. The amputated ear was reattached to its original position as a composite graft. Afterwards a temporoparietal fascia flap has been transposed between the posterior skin and the cartilage of the amputated ear. Amputated ear had been revascularised completely without any distorsion at the cartilages. Acceptable aesthetic result was obtained. An ear amputation can succesfully be replanted as a composite graft by using the described technique in a single stage.

Keywords: ear, amputation, composite graft, temporoparietal fascia flap

GİRİŞ

Estetik görünüm ve fonksiyonel açıdan kulak, yüzün en önemli yapılarından biridir. Trafik kazası, hayvan veya insan ısırması sonucu oluşan kulağın travmatik ampütasyonu estetik görünümü etkilemesinin yanısıra hastada olumsuz bir psikolojik etki de bırakmaktadır. Küçük damar yapılarına sahip olması ve ince bir deri ile kaplanmış olması kulak amputasyonlarının tedavisini

zorlaştırmaktadır. Total ya da subtotal kulak amputasyonlarında kullanılan en eski metod ampute parçanın basitçe kompozit greft şeklinde orjinal yerine yerleştirilmesidir. Bu yöntemin etkinliği ve güvenirliliği azdır. Bunun yanısıra kopan kulak parçasının mikrocerrahi yöntemler ile replante edilmesi de bildirilmiştir. Fakat bu şekilde replantasyon teknik açıdan çok zordur ve özellikle ven anastomozunda zorluk yaşanmaktadır.

Resim 1. İnsan ısırığına bağlı ampute sol kulağın görünümü.



Resim 2. Eleve edilen süperfisyal temporal fasya flebinin görünümü.



Alagöz ve ark. 2007 yılında kompozit greft olarak dikilen ampute kulak parçasının içine vasküler fasya flebinin sokulmasının, greft yaşayabilirliğini artırdığını bildirmişlerdir ¹. Bu olgu sunumunda, kavga sırasında insan ısırması sonucu oluşan subtotal kulak amputasyonunda bu tekniğin kullanılması ile gerçekleştirilen rekonstrüksiyon ve elde edilen sonuç sunulmaktadır.

OLGU

Ellidört yaşında erkek hasta kavga sırasında insan ısırması sonucu oluşan sol kulak subtotal amputasyonu nedeniyle acil serviste görüldü. Fizik muayenede sol kulak antiheliks seviyesinden

itibaren ampute idi, lobül sağlamdı (Resim 1). Ampute kulak parçasında ve kulak güdüğünde mikrovasküler anastomoz yapılacak uygun vasküler yapının olmadığı gözlemlendi. Bunun üzerine kopan kulak parçasının kompozit greft olarak orijinal yerine dikilmesine ve greftin vaskülaritesini artırmak için de temporoparietal fasya flebi transpozisyonuna karar verildi. Lokal anestezi altında temporal bölgede, kulak superiorundan itibaren T insizyonu ile girilerek süperfisyal temporal fasya flebi kaldırıldı (Resim 2). Bu flep, mevcut kulak yapısının üzerini örtecek şekilde inferiora transpoze edildi (Resim 3). Ampute

Resim 3. Inferiora transpoze edilen süperfisyal temporal fasya flebi.



Resim 4. Ampute kulak parçasının orijinal yerine adapte edilmesi.





Resim 5. Postoperatif 2. aydaki görünüm.

kulak parçasının arka yüzeyindeki cilt, kartilajın perikondriumu üzerinden eleve edildi. Ampute kulak parçası orijinal anatomik yerine adapte edildi. Fasya flebi ampute kulak parçasının kıkırdağı ile arka cilt arasında oluşturulan tünelin içine sokuldu. Son olarak temporal bölgedeki cilt insizyonları primer kapatıldı (Resim 4). Ameliyat sonrası takiplerinde hastanın ampute kulak parçasının üzerindeki cilt zaman içinde normal rengine kavuştu. Sadece heliksin süperiorunda 0.5 x 0.5 cm'lik alanda nekrotik krut meydana geldi. Debride edilen bu bölge günlük pansumanlar ve lokal yara bakımı ile takip edilerek sekonder iyileşme elde edildi. İkinci ayın sonunda tüm insizyonlar iyileşti ve tamamen normal görünümde ve estetik açıdan tatmin edici kulak görüntüsü elde edildi (Resim 5).

TARTIŞMA

Vücutta ampute kısmın yerine dikilmesinde en zorluk çekilen bölge kulaktır. Kulak amputasyonlarının büyük çoğunluğu düz kesiden ziyade koparma ve ezme şeklinde meydana geldiğinden mikrovasküler anastomoz için uygun arter ve ven bulmayı son derece zorlaştırmaktadır. Pennington tarafından kulak replantasyonunun tarif edildiği 1980'den beri elde edilen tecrübelerle göre ampute parçada replantasyon için uygun damar bulunsa bile mikrovasküler anastomoz sonrası başarısızlık oranı son

derece fazladır ². Bunun nedeni olarak kulak venlerinin çok küçük çaplı olması ve akımın çok yavaş olması olarak açıklanmaktadır. Ama yine de ampute kulak parçasında anastomoz için uygun damar bulunduğu, başarısız olma ihtimalinin yüksek olmasına rağmen mikrovasküler anastomoz denenmelidir ³.

İnsan veya hayvan ısırması sonrası kulak amputasyonlarında mikrovasküler anastomoz mümkün olmadığı durumlarda alternatif yöntemler denenmelidir. Bu yöntemler arasında en klasik yöntem ampute parçanın basit kompozit greft olarak orijinal anatomik bölgesine dikilmesidir ^{4,5}. Cerrahi sonrası ampute parçanın yaşayabilirliğini artırmak için vazodilatör ve antikoagülan ajanlar gibi çeşitli medikal tedavilerle destek olursa bile bu kompozit greftlerin çapı 2 cm'den büyük olanlarının beslenip tutunma şansı hemen hemen hiç yoktur.

Kompozit greftin beslenmesini ve dolayısıyla yaşayabilirliğini artırmak için çeşitli cerrahi yöntemler tarif edilmiştir. Mladick ve arkadaşları ampute kulak parçasının arka ve ön cildini deepitelize ederek ortaya çıkan kıkırdağı kulaktaki orijinal yerine dikip postauriküler bölgede subkutanöz cebin içine gömmektedirler. Uygun bir bekleme süresini takiben postauriküler cildi ve kıkırdağı kaldırıp arka sulkusu greftlemektedirler ⁶. Baudet ve arkadaşları ise sadece posteriordaki cildi deepitelize ederek ampute kulak parçasını kulaktaki orijinal yerine dikmekte ve ampute parçanın cilt içermeyen arka yüzeyini postauriküler bölgede oluşturduğu cebe gömmektedirler ⁷. İkinci aşamada ise vaskülarite kazanmış kulak parçasını kaldırarak arka yüzeyi ve donör sahayı greftlemektedirler. Bu teknik günümüzde de kullanılmaya devam etmektedir. Destro ve Speranzini ise orijinal yerine dikilen deepitelize edilmiş ampute kulak parçasını postauriküler bölgeden hazırlanan flep ile örtmekte ve ikinci seansta retroauriküler bölgeden kulak ayrılması sonrası meydana gelen doku defektini tam kalınlıkta deri grefti ile örtmektedirler ⁸. Bu tarif edilen tekniklerde cildi soyulmuş kıkırdağın skar dokusu nedeniyle distorsiyone uğraması, katlantıların belirginliğinin bozulması

nedeni ile estetik sonuçlar istenen seviyede değildir. Ayrıca iki aşamalı cerrahi gerektirmesi ve donör sahanın cilt grefti ile onarım gerektirmesi bu tekniklerin diğer olumsuz yanlarıdır.

Konjenital aurikula agenezilerinin rekonstrüksiyonunda uygulandığı gibi kıkırdağın greftlenmiş temporoparietal fasyal flep ile örtülmesi de tarif edilmiştir^{9,10}. Ampute kulağın kıkırdağın projeksiyonu ve kalınlığı kostadan hazırlanan kıkırdak çatıya göre daha az olduğu için elde edilen estetik sonuç daha başarısızdır.

Ampute kulak parçası önkol cildi altına gömülerek, prefabrike flep hazırlanması ise 1991'de Sucur tarafından tarif edilmiştir¹¹. Prefabrike edilen önkol flebi ikinci seansta radial arter pedikülü ile orijinal yerine transfer edilmektedir. Bu tekniğin iki seanslı olması, mikrovasküler transferin yapıldığı seansın uzun sürmesi, cilt renginin ve kalitesinin uyumsuz olması bu tekniğin kullanımını sınırlamaktadır.

Bizim vakada kullandığımız teknik ise süperfisyel temporal ven ve arterin fasya ile birlikte kaldırılarak ampute kulağın arka yüzünden tünelize edilmesi ile ampute kulak parçasının beslenmesini artırmaya yönelik bir tekniktir. Diğer tekniklerle kıyaslandığında, lokal anestezi altında kısa sürede gerçekleştirilebilir olması, tek aşamalı olması, yüksek başarı oranı ile, düşük morbidite riskine sahip olması gibi özellikler taşımaktadır. Ampute kulak parçasının içine sokulan flep anterior cilt ve kıkırdaktan oluşan kompozit dokuyu besleyebilmektedir.

Mikrovasküler replantasyonun mümkün olmadığı kulak ampütasyonlarında, kompozit kulak greftinin vaskülaritesini ve tutma olasılığını artırmak için temporoparietal fasya flebinin greft içine sokulması basit ve etkili cerrahi seçenek oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Alagöz MS, Uysal AC, İşgören S, Erdoğan C, İşken T, Şen C ve ark. A new method in the treatment of ear amputation Experimental and clinical study. *Ann Plast Surg.* 2007; 59 :277-86.
2. Pennington, D. G., Lai, M. F., and Pelly, A. D. Successful replantation of a completely avulsed ear by microvascular anastomosis. *Plast. Reconstr. Surg.* 1980; 65: 820-3.
3. Kind GM, Buncke GM, Placik OJ, Jansen DA, D'Amore T, Buncke HJ Jr. Total ear replantation. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99:1858-67.
4. McDowell F. Successful replantation of a severed half ear. *Plast Reconstr Surg.* 1971;48:281-5.
5. Gifford GH. Replantation of severed part of ear. *Plast Reconstr Surg.* 1972; 49: 202-3.
6. Mladick RA, Horton CE, Adamson JE, Cohen BI. The pocket principle: a new technique for the reattachment of a severed ear part. *Plast Reconstr Surg.* 1971;48:219-23.
7. Baudet J, Tramond P, Goumain A. A propos d'un procede original de reimplantation pavillon de reille totalement separe. *Ann Chir Plast.* 1972;17:67-72.
8. Destro MWB, Speranzini MB. Total reconstruction of the auricle after traumatic amputation. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94:859-64.
9. Anous MM, Hallock GG. Immediate reconstruction of the auricle using amputated cartilage and the temporoparietal fascia. *Ann Plast Surg* 1988;21:378-81.
10. Jenkins AM, Funican T. Primary nonmicrosurgical reconstruction following ear avulsion using the temporoparietal fascial island flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 1989; 83:148-152.
11. Sucur D, Ninkovic M, Markovic S, Babovic S. Reconstruction of an avulsed ear by constructing a composite free flap. *Br J Plast Surg.* 1991;44:153-4.