

DERLEME

DIŞ KULAK YOLU ATREZİLERİNİN REKONSTRÜKSİYONU VE PEDİKÜLLÜ FLEP KULLANIMI

THE RECONSTRUCTION OF THE EXTERNAL EAR CANAL ATRESIA AND THE USE OF THE PEDICLATED FLAPS

Dr. Alev ÜNERİ (*), Dr. Cüneyt ÜNERİ (), Dr. Alper TUTKUN (**),
Dr. Çağlar BATMAN (**), Dr. Altuğ ÖZAĞAR (**)**

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 ; 57-58

ÖZET : Gebelik sırasında ilaç alımına veya geçirilen infeksiyonlara bağlı olarak veya bazı sendromlarla birlikte görülen dış kulak yolu atrezilerinin rekonstrüksiyonları cerrahi olarak 3 basamakta yapılmaktadır : 1) Meatoplasti, 2) Dış kulak yolu plastiği ve timpanoplasti, 3) pediküllü flep kullanımı ile kanal cilt örtüsünün sağlanması. Ameliyatın unilaterale atrezilerde erişkin yaşta, binaural atrezilerde ise 6-7 yaşlarında yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler : Dış kulak yola, atrezi, pediküllü flep

SUMMARY : There are three steps in reconstruction surgery of the congenital atresia of the external ear canal caused by intrauterine infections and medications or accompanied by some congenital syndromes : 1) Meatoplasty. 2) External ear canal pasty and tympanoplasty, 3) Grafting of the external ear canal with pediclated flaps. Surgical treatment should be performed between 6-7 years of age for the binaural atresias and after puberty for the unilateral atresias.

Key Words : External ear canal, atresia, pediclated flab.

GİRİŞ

Konjenital auriküler atrezilerin düzeltilmesi oto-lojik cerrahinin en zor problemlerinden biridir. Yeterli bir işitmenin sağlanması, oluşturulacak olan dış kulak yolu kanalının, daralmaması, ameliyat sırasındaki potansiyel risklerden kaçınılabilme (fasyal paralizi, sensorinöral işitme kaybı), bu bölgeye anatomik olarak çok iyi hakim olmayı, ayrıca ortaya çıkacak orta kulak patolojisinin düzeltilmesi ve işitmenin sağlanması, tüm timpanoplasti tekniklerini kullanabilmeyi gerektirir. Preoperatif hasta seçimi ve değerlendirilmesi de ameliyatın başarılı olması için birinci derecede önem taşır. Unilateral konjenital atrezilerde binaural işitme her ne kadar önemliyse de, acil ameliyatı gerektirecek problemler yoksa (kolesteatoma, mastoidit gibi) ameliyatın erişkin yaşta yapılması önerilmektedir. Binaural atrezilerde ise 6-7 yaş ameliyat için uygun kabul edilir (1-8, 10).

Dış kulak yolu atrezilerinin rekonstrüksiyonunda cerrahi olarak üç basamak mevcuttur. Bunlar,

1. Meatoplasti
2. Dış kulak yolu plastiği + Timpanoplasti
3. Yeni oluşturulan kanalın cilt örtüsünün sağlanmasıdır (2,8).

1. Meatoplasti : Meatoplasti insizyonuna başlarken fonksiyonel büyüklükte kanal oluşturabilmek için yeterli miktarda yumuşak doku, cilt ve kıkırdığın kaldırılması gerektiği hatırlanmalıdır. Anterior bazal pediküllü flep konka ve vestigial meatus (eğer varsa) cildini kapsayacak şekilde çizilir, eğer tragus mevcutsa bunun kıkırdığı çıkartılmalıdır. Bu hazırlanmış flep daha sonra oluşturulacak olan kulak kanalının ön duvarını örtecektir. Hazırlanan flep kaldırıldığında oluşan meatus yaklaşık 1-1.5 cm. çapında olmalıdır (Cerrahin baş parmağının geçebileceği genişlikte) (2, 6, 8).

Meatoplasti tamamlandıktan sonra postauriküler insizyon yapılır. Klasik metodla bu insizyon yapılırken 1 cm. genişlikte elipsoid cilt çıkarılır, bunun amacı ameliyat tamamlandıktan sonra aurikülün arka ve yukarıya kaldırılmasıdır. Bizim kullandığımız teknikte postauriküler insizyon mastoid tepesi 1.5 cm. kadar geçilerek SCM (Stenokleidomastoid) üzerine uzatılır, pedikül ucu geniş bırakılarak ve flep uzunluğu ile taban arasındaki 1/3 oran korunmaya dikkat edilerek, yaklaşık 1.5 cm. genişlikte olacak şekilde insizyon geri döndürülür. Bu flep mümkün olduğunca ince (split thickness) olacak şekilde kaldırılır ve ameliyat süresince sıcak ıslak gazlı beze sarılarak saklanır (Fig. 1).

(*) M.E.B. Validebağ Hastanesi KBB Kliniği

(**) Marmara Üniversitesi Hastanesi KBB ABD - İstanbul



Fig 1 : İnsizyon ve flebin kaldırılması

2. Kanal plastiği : İnsizyon tamamlandıktan sonra periost üzerinden disseksiyon yapılarak atrezik kanal bölgesine kadar açılır. Daha sonra mastoid periostuna arka üstten insizyon yapılarak periost öne doğru kaldırılır ve temporomandibüler eklem (TME) glenoid fossa identifiye edilir. Geniş kesici bir tur ucu kullanılarak linea temporalise paralel, zygoma köküne ya kın kesi yapılır ve dura seçilene kadar turlanır, daha sonra siriodural açı bulunur ve bu takip edilerek lateral semisirküler kanal veya malleus, inkus görülene kadar turlamaya devam edilir. Fasyal sinir 2. dirsek seviyesinde bulunur. Bu bölge açılırken turlamayı aralıklı yapmak ve eğer varsa en kısa zamanda inkudotapedial eklemi ayırmak akustik travmayı önlemek açısından önemlidir. Mastoid hücrelerin exantrasyonu tamamlanır. Kemikçik sistem mobil hale geçirilmeye çalışılır. Eğer kemikçik zincir intakt ise greft bunların üzerine yerleştirilebilir. Ancak inkus ve malleus ileri derecede deforme ise veya kemikçikler TME altına doğru ise Tip III timpanoplasti önerilir. Bazen stapes çok uzakta kalabilir ve üzerine kemik veya kıkırdak 'greft veya PORP konulması gerekebilir. Grefti yerleştirmede en büyük sorun greft lateralizasyonudur. Greftin zircire sıkıca oturduğuna emin olmak gerekir. Greftin ön kısmı da protimpanuma, östaki ağzına doğru sıkıca yerleştirilir. Ameliyat sonu işitme kazancının iyi olmasının en önemli sebebi greft lateralizasyonudur ve bu genellikle postop ilk yıl içinde ortaya çıkar (2, 6, 7, 8, 9).

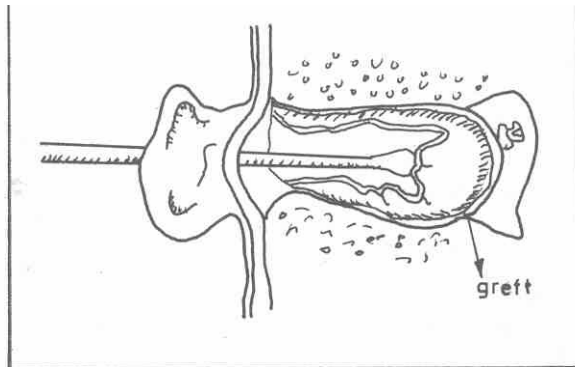


Fig 2 : Flebin greft üzerine ve dış kulak yoluna yayılması

Greft yerleştirildikten sonra, daha önceden hazırlanmış flep arkadaki insizyondan geçirilerek arka duvara ve greft üzerine yatırılır (Fig. 2). Flebin üst ve alt kenarları oluşan kanalın alt ve üst duvarlarına yatırılarak düzeltilir. Ön duvara meatoplasti sırasında hazırlanmış olan ön pediküllü flep devrilir. Kanal içi gel foamlarla doldurularak, postauriküler insizyon hep köküne kadar dikilir. Mastoid sargı uygulanarak ameliyata son verilir.

Post operatif 20. gün kulak içi pansumanı yapılır. Pansuman sırasında flep beslenmesi iyi ise sapından kesilir. Bu şekilde hazırlanmış bir fleple kulak yolunun tekrar daralması olasılığı en aza indirildiği gibi oluşturulan timpanik membranın da daha erken epitelize olması sağlanmış olur.

Yazışma Adresi : Dr. Cüneyt ÜNERİ

Marmara Üniversitesi Hastanesi
KBB Anabilim Dalı, Tophanelioğlu Cad.
81190 Altunizade - Üsküdar. İstanbul

KAYNAKLAR

1. BELLUCI R.J. ; Congenital Auricular Malformations. Indications, Contraindications and Timing of Middle Ear Surgery. Ann Otol Clinical Laryngol. 81:659-663, 1972.
2. DELA CRUZ A. Linthicum, Luxford WM; Congenital Atresia of the External Auditory canal. Laryngoscope 95:421-427, 1985.
3. GILL. N.W. Congenital Atresia of the Ear. J. Laryngol. Otol 85:1251-1254, 1971.
4. HOUSE H.P. Management of Congenital Ear Atresia. Laryngoscope. 63:916-949, 1953.
5. MEURMANN. Y. Congenital Microtia Meatal Atresia Observation and Aspects of Treatment. Arch. Otolaryngol.
6. NAGER G.T. Congenital Aural Atresia : Anatomy and Surgical Management, Otolaryngology Vol. H, Paparella and
7. REUDI L. the Surgical treatment of the Atresia Auris Congenita A Clinical and Histological Report : Trans Am Laryngol. Rhinol. Otol. Soc, pp 373-393, 1954.
8. SCHUKNECHT H.F. Congenital Aural Atresia. Laryngoscope 99:908-17. 1989.
9. SCHUKNECHT, HF. Reconstructive Procedures for Congenital Aural Atresia. Arch, Otolaryngol. 101:170-172, 1975.
10. VALVASSORI, G.E. Discussions. Remarks in Preoperative Tomography in Congenital Malformation of the Ear. By L.G. Kaseffpp. 67,68 Trans Am Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 70:59-68, 1966.