

FASİAL PARALİZİ DEFÖRMİTELERİ İÇİN TEMPORALİS KASI DİNAMİK ASKISI UYGULAMASI*

Dr. O. Ata Uysal**

Key words : Facial paralysis deformity treatment, Facial Dynamic sling.
Anahtar terimler : Fasial Paralizi tedavisi, Dinamik askı.

Fasial paralizi deformiteleri cerrahi rehabilitasyonunda statik yöntemler geniş yer tutmaktadır ve çeşitlidir. Bunların çoğu askı niteliğindedir. Dinamik yöntemler de tanımlanmıştır ve fonksiyonel sonuçlar sağlayabilecek alternatiflerdir.¹

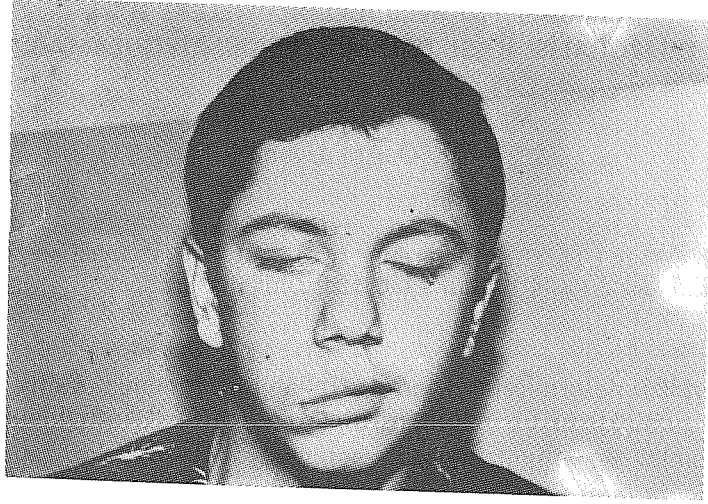
Dinamik fasial rehabilitasyon için uygulanan temporalis kası transpozisyonu hem paralitik gözkapığı hem de dudakı beraberce rehabilite edebilmektedir. Önceleri Temporalis kasına tesbit edilen fasial greftleri ile askı oluşturulmuştur. Artık sadece kasın kendisi kullanılmaktadır.²

Vaka Takdimi

Olgu 17 Y. erkek. Yaklaşık 10 yıl önce aniden yüzünün sol tarafında felç olmuş. O zamandan beri sol gözünü tam kapatamıyor ve sol ağız köşesi sarkıyormuş. Yapılan fizik incelemede sol lagofthalmus, sol alt palpebral paralizi, sol oral komissür immobilitesi saptandı. EMG incelemesi de yapılarak sol periferik fasial paralizi tanısı kondu. (Resim 1).

* Öndokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Çalışmalarından. X. Türk Plastik Cerrahi Kongresi (1986)nde sunulmuştur.

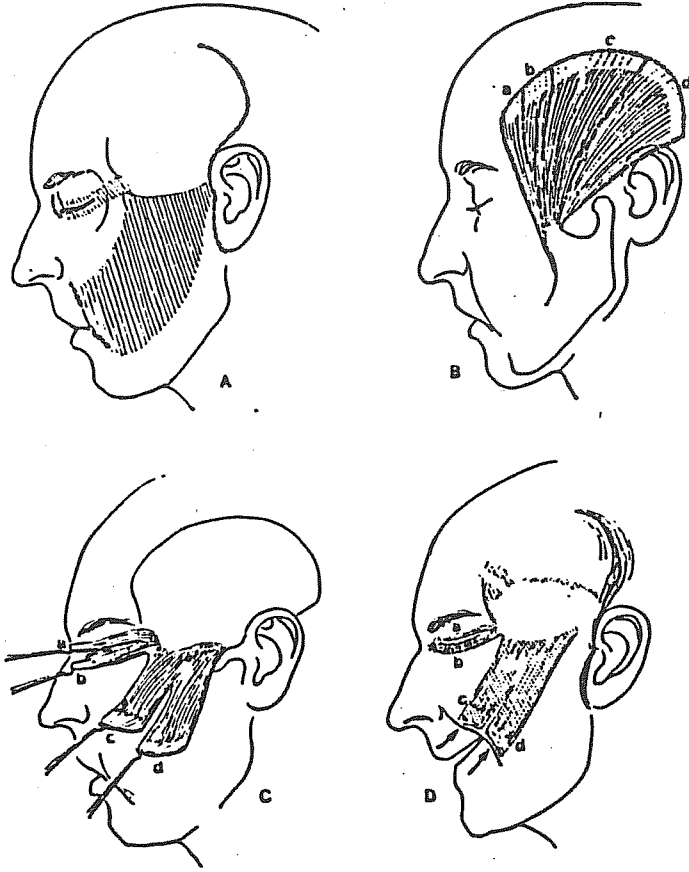
** Öndokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.



Resim 1

Ameliyat öncesi fasial paralizi

Temporal bölgede skalpte T biçimi insizyon yapıldı. Temporal kasa ulaşarak çevresindeki 2 cm. genişliğindeki epikranium ile birlikte temporal fossa'dan disseke edildi ve zigomatik ark seviyesine kadar serbestleştirildi. Temporaldeki insizyona preaurikuler uzantı eklendi. Nasolabial katlantıya ve palpebralara uzanan derialtı tüneller disseke edildi. (Şekil 1) (Resim 2-3)

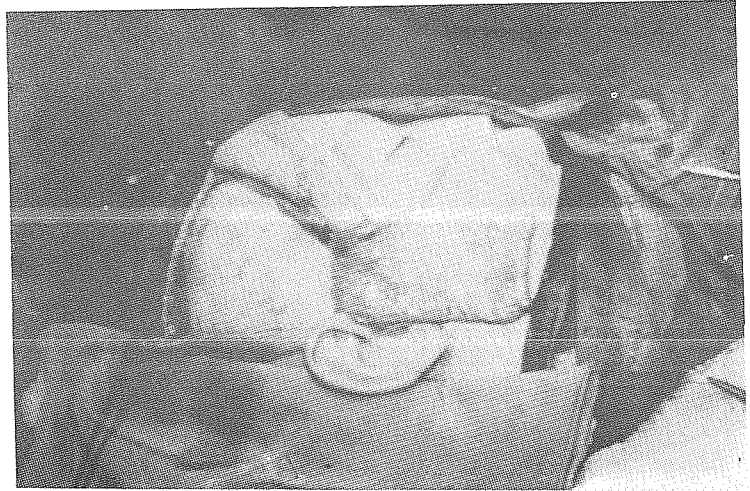


Şekil 1

Temporalis kası ile dinamik fasial askı yöntemi

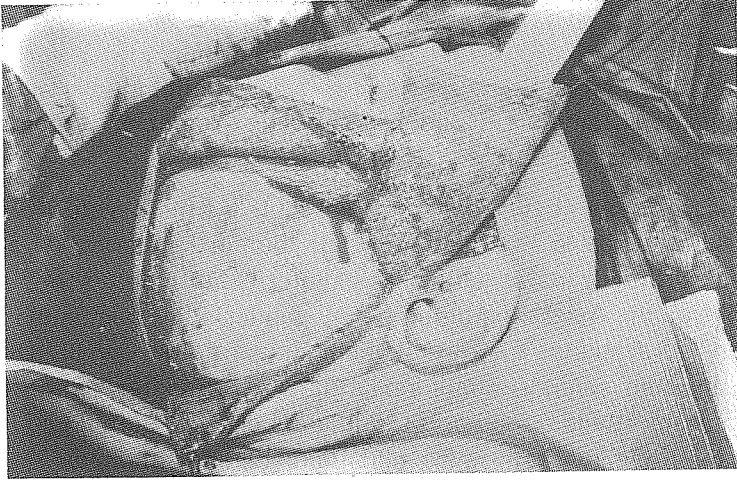
Önceden hazırlanan Temporalis kası, kas lifleri doğrultusunda ikiye ayrıldı. Bunlardan anterior olan palpebralar için, posterior olan dudaklar için ikişer flep halinde hazırlandı. Bu kas flepleri derialtı tünellerinden geçirildi. Bundan sonra palpebralardaki flepler medial kantusa, diğer flepler nasolabial sulkus medialinde dermise nonabsorbabl suturlerle fikse edildi. Bunu yaparken kas flepleri, üst palpebra kenarı alt palpebranın üzerine taşacak ve orâl komissür aşırı eleve olacak şekilde uygulandı. Hemostazdan sonra dren konuldu ve insizyonlar dikildi. Yüz derisi flasterlerle temporale doğru askıya alındı.

Drenler çıkarılıp dikişler alındıktan sonra transfer edilen temporalis kasını kullanması hastaya öğretildi. Olgunun ameliyattan 6 ay sonraki görünümü verilmiştir. (Resim 4)



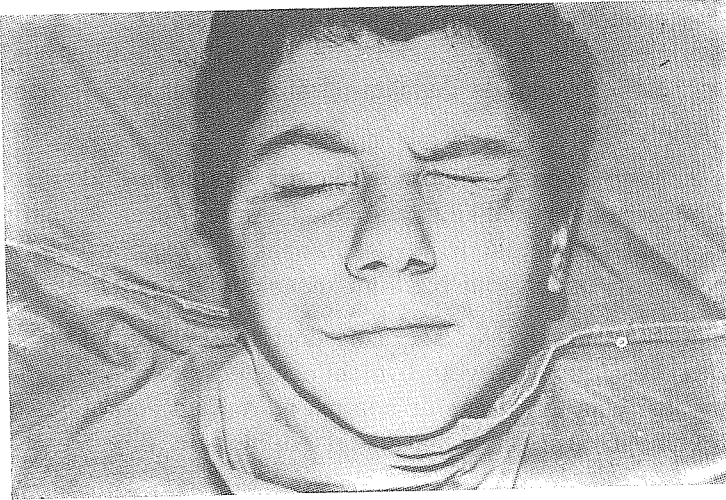
Resim 2

Temporalis kası dinamik palpebral askısı hazırlanması



Resim 3

Temporalis kası dinamik labial askısı hazırlanması



Resim 4

Ameliyat sonrası Temporalis dinamik askılı fasial paralizi

Tartışma

Fasial paralizi tedavisinde amaç dinlenmede, istemli ve istemsiz mimiklerde simetriyi sağlamaktır. Fasial sinire yönelik yöntemler uygulanamıyor veya sonuç vermiyorsa o zaman fasial paralizi deformitelerinin cerrahi rehabilitasyonu yapılmalıdır.³

Fasial paralizi deformiteleri cerrahi rehabilitasyonu için statik ve dinamik yöntemler tanımlanmıştır. Statik yöntemler askı niteliğindedir ve fasial paralizi tedavisindeki amaçların tümünü gerçekleştiremezler. Dinamik yöntemler kas transferleridir.

Yüze kas transferi, kas gövdesinin tümü veya bir kısmının yeterli vaskülarizasyon ve innervasyonla transpozisyonudur. Bunun için origo veya inseriyo yer değiştirilir. Transfer edilen kas, yeterli eğitimden sonra istemli hareket sağlayabilir. Ayrıca paralitik fasial yapılar için askı işlevi görür. Böylece yüze kas transferi hem statik hem dinamik etki sağlar. Diğer taraftan paralitik ama sağlıklı mimik kaslarının yüze transfer edilen kastaki motor nöronlar tarafından reinnerve edildikleri ortaya konmuştur.⁴ Dolayısıyla kas transferi myonörotizasyon olasılığını da sağlamaktadır.

Fasial paralizde kas transferleri için en uygun olan mastikatör kaslardır. Çünkü Trigeminal sinir tarafından innerve edilirler, komşu yerleşimdedirler ve transfer sonrası fonksiyon kaybı oluşturmazlar. Temporalis kası, Masseter kasından daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Çünkü hem paralitik gözkapağı hem de dudağı beraberce rehabilite edilmektedir. Olgumuzda hem gözkapağı hem de dudakta paralizi olduğu için Temporalis kası transferini uyguladık.

Temporalis kasının Fossa Temporalis'ten disseksiyonu dikkatle yapılmalıdır. Çünkü nörovasküler pedikül, kasın medialinden girer. Transfer sonrası kasın fonksiyonel olabilmesi için vaskülarizasyon ve innervasyonunun intact olması şarttır. Bunun için biz künt disseksiyon uyguladık.

Aynı nedenlerle kasın ikiye ve sonra da dört flebe ayrılması sırasında kesiler kas liflerine paralel ve yeterli olabilecek en az kısıklıkta yapılmalıdır. Kas flepleri hazırlanırken, transfer sonrası aşırı kitle görünümü oluşturmayacak en geniş boyutta olmasına dikkat edilmelidir. Böylece hem yeterli hareket hem de askı işlevi sağlayabilir. Literatürdeki gibi bütün bu şartları sağlayacak şekilde flep dizaynında Temporalis kasının anterior 1/3'ünü palpebrale, posterior 2/3'ünü labiale aktarılacak flepler için kullandık.³

Medial kantusa ve nazolabial sulkusa erişebilmesi için fleplerin uçlarına temporalis fasiyasını suture ederek uzatma veya zigomatik ark eksizyonu tarif edilmiştir.⁵ Fakat bu yöntem myonörotizasyonu zorlaştırıcıdır.² Olgumuzda hazırladığımız fleplerin uçlarını medial kantusa ve nazolabial sulkusa ulaştırıp tesbit edebildik.

Transfer sırasında Temporalis kasının gerginliği, vaskülarizasyonu bozacak ama kontraksiyonu iletebilecek ve overkorreksiyon sağlayacak derecede olmalıdır.³

Overkorreksiyon, üst palpebranın alt palpebra kenarına taşmasını ve oral komissurun nonparalitik komissurdan daha fazla elevasyonunu sağlayacak şekilde olmalıdır.² Zamanla bu overkorreksiyonun azaldığını gözledik. Transfer sonrası Temporalis kası, atrofik hemifasial lokalizasyonda augmentasyon sağlamaktadır. Erken devrede bu aşırı gibi görünse de zamanla azalmaktadır.

Transfer sonrası temporal donör alanda depresyon söz konusudur. Bu durum, saçlarla örtülebilir. Bu yeterli olmuyorsa silastik bir blok ile doldurulabilir.²

Temporalis kasında transferden birkaç hafta sonra minimal hareket beklenilebilir. Bu hareket mastikatör kas hareketleriyle beraberdir.² Olgumuzda harekette benzer nitelikler gözledik. En fazla hareket yanaklar ve dudakta ortaya çıkmaktadır. Yeterli myonörotizasyon oluşursa 1-2 yıl süresince hareket paralitik kasları da içine alabilir. Hareket daima istemlidir, emosyonla bağıntılı değildir. Fakat hastalar, emosyonel durumu taklit etmek için eğitilebilirler.²

Temporalis kas transferi sonrasında kas hareketi için uyarı trigeminal sinirden geldiğinden mandibula hareketi ile paralitik hemifasial alanda hareket ortaya çıkabilmektedir.

Temporalis kas transferi kongenital, postoperatif ve uzun süreli paralizde diğer yöntemler etkili olmadığında kullanılmıştır.¹ Fakat bu yöntem, total periferik fasial paralizde ilk olarak uygulanabilir. Biz de bu endikasyonda kullandık.

Özet olarak temporalis kas transferi paralitik yüze efektif hareket verebilen, tek seansta hem palpebral hem labial rehabilitasyon sağlayan, myonörotizasyon olasılığı olan, fonksiyon kaybı oluşturmeyen ve ilk olarak uygulanabilecek bir yöntemdir.

Özet

Fasial paralizi labial ve palpebral deformiteleri için Temporalis kası transferi ile dinamik askı yöntemi uygulaması sunulmuştur.

SUMMARY

Temporalis Muscle Dynamic Sling for the Correction of Facial Paralysis Deformities.

Dynamic sling method by Temporalis muscle transposition for the correction of labial and palpebral deformities of facial paralysis has been presented.

KAYNAKLAR

- 1 — Owens N. Surgical correction of facial paralysis. *Plast Reconstr Surg* 2:25, 1947.
- 2 — Baker DC, Conley J : Regional Muscle Transposition for rehabilitation of the paralyzed face. *Clin Plast Surg* 6: 317, 1979.
- 3 — Freeman BS : Facial palsy. In Converse JM(Ed) *Reconstructive Plastic Surgery*. Vol. 3, 2. ed. Philadelphia : WB Saunders Co, 1977, 1774.
- 4 — Owens N : Surgical Treatment of Facial Paralysis. *Plast Reconstr Surg*. 7:61, 1951.
- 5 — Rubin L : The anatomy of a smile. Its importance in the treatment of facial paralysis. *Plast Reconstr Surg*. 53:384, 1974.