

İNSAN İSİRİĞİ SONRASI OLUŞAN KULAK LOBÜL HASARININ REKONSTRÜKSİYONU

RECONSTRUCTION OF THE EAR LOBE DEFECT AFTER HUMAN BITE

Mert Demirel, Cem Çerkez, Zeki Can

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Travmatik kulak lobül yokluğu, trafik kazaları, kesici alet yaralanmaları nedeniyle olabileceği gibi insan ısırığı nedeniyle de olabilir. Lobül rekonstrüksiyonu için tanımlanmış birçok yöntem vardır. Bunlardan bir tanesi de David Gault'un tarif ettiği yöntemdir. Olgu sunumumuzda 56 yaşındaki erkek hasta, kulak lobülü hasarı ile kliniğimize başvurmuştur. Bu hasar bir kavga sırasında insan ısırığı nedeniyle gerçekleşmiştir. Hastaya geç dönemde Gault'in lobül rekonstrüksiyon yöntemini modifiye ederek 2 seansta uyguladık. Sonuç memnuniyet vericiydi. Oldukça kolay bir yöntem olduğunu düşündüğümüz modifikasyonun, bu tip olgularda tercih edilebileceğini düşünüyoruz. Bu çalışmada ayrıca diğer kulak lobül rekonstrüksiyon yöntemlerini de tartıştık.

ABSTRACT

Traumatic absence of the ear lobule may be due to traffic accidents, cutting tools injuries or human bites. There are many methods defined for ear lobule reconstruction. One of them is the method which Gault D. was defined. 56 years old male patient admitted to our clinic suffered from ear lobule trauma. He was bitten during a fight, his left ear lobule was cut. We performed Gault D's lobule reconstruction method's modified version in two sessions. The result was satisfactory. We think that this modification would be used for that indication. We also discuss other reconstruction methods of ear lobule.

GİRİŞ

Elli iki yaşında erkek hasta kulak lobül kaybı ile kliniğimize başvurdu. Hasar, taksi şoförü olarak çalışan hastamızın müşterisi tarafından ısırılması sonucu oluşmuştu. Ampüte lobül, hasta ile beraber getirildi. İlk önce ampüte parça, cilt sütürleri ile eski yerine kompozit greft olarak suture edildi. İkinci günde nekroz tam olarak oturdu. Bu dönemde enfeksiyon bulgusu yoktu. Debridman yapıldı ve yara iyileşmesi beklendi (Şekil 1). İki hafta sonra lokal flepler kullanılarak kulak lobül onarımı planlandı. Gault'in tanımladığı yönteme yeni bir modifikasyon planlanarak operasyon iki aşamalı olarak uygulandı.

Modifikasyonumuzda, kulak lobülü ön ve arka lamella olarak düşünüldü. Ön lamellayı kulak inferiöründen horizontal planda kaldırılacak random paternli flep oluşturacaktı (Şekil 2). Flep donör alanı primer onarıldı. Arka lamellayı ise kulak heliksini arka kısmından kaldırılan rotasyon flebi oluşturacaktı (Şekil 3). Rotasyon flebinin donör alanı retroaurikuler bölgeden alınan tam kalınlıklı deri grefti

ile onarıldı. Operasyon sedasyon ve lokal anestezi altında yapıldı. Birinci seans sonrası erken postoperatif dönemde hiçbir problem gelişmedi.

Anterior lamellayı oluşturan random paternli flebin pedikülünden ayrılması ikinci seansa bırakıldı. Üç hafta sonra ikinci seans lokal anestezi altında yapıldı. Pedikül kesilerek flebin proksimal ucu lobüle eklendi. Hasta postoperatif birinci ay sonunda değerlendirildi. Hafif bir flep retraksiyonu haricinde bir problemi yoktu (Şekil 4).

TARTIŞMA

Kulak lobül rekonstrüksiyonu amacı ile birçok teknik tanımlanmıştır. Bu teknikler tek flep,¹⁻⁷ karşılıklı iki flep,⁸⁻¹⁰ veya flep ve greftin birlikte olduğu¹¹ tekniklerdir. Bazı otörler kulak rekonstrüksiyonunda iyi bir sonuç elde etmek için kıkırdak dokusunu da rekonstrüksiyon alanına ilave edilmesini savunmaktadır.¹²⁻¹⁴



Şekil 1: Kompozit greft olarak yerine suture edilen ampute parçanın debridmanı ve yara iyileşmesi sonrasında hastanın görünümü.



Şekil 3: Operasyon sırasında kulağın arkadan görünümü, posterior lamellanın kulak sayvanı arkasından kaldırılan bir rotasyon flebi ile oluşturulduğunu görmekteyiz. Donör alan retroaurikuler bölgeden alınacak tam kalınlıklı deri grefti ile onarılacaktır.



Şekil 2: Anterior lamellayı oluşturacak horizontal, posterior pediküllü flebin planlanması. Flep donör alanı primer olarak onarılacaktır.



Şekil 4: Hastanın postoperatif 1. ayda, önden görünümü.

Karşılıklı iki flep kullanılarak yapılan operasyonlar birçok avantajlara sahiptir. Bu yöntemlerde fleplerin boyları kısa ve güvenli olur, kontraksiyona uğramaz ve içerisinde kıkırdak dokusu konmasına gereksinim duymaz. Ancak avantajları yanında otörler tarafından not edilen dezavantajları da mevcuttur. Fleplerin boyutları küçük olmasından dolayı, ki bu özellikle ince yapılı retromandibuler flepte belirgindir, yeterli dolgunluğa sahip olamayan bir kulak

lobülünün elde edildiği belirtilmiştir.

Bu olguda kullandığımız modifikasyonda karşılıklı iki flep kullanılarak yapılmıştır. Uygulanan flep basit ve lokal anestezi altında yapılabilen bir yöntemdir. Kulak arkasındaki donör alan, tam kalınlıklı deri grefti ile, kulak inferiorundaki ise primer olarak onarılmıştır. Rekonstrüksiyon iki seansta uygulanmış iki operasyon arasında 3 haftalık süre bulunmaktadır.

Bu yöntemin, Gault'ın uyguladığı yöntemden farkı anterior lamellayı oluşturacak flebin yönünün tam ters yönde olmasıdır. Bu modifikasyon pedikülün posteriora alınmasını sağlamıştır. Orak şeklinde kaldırılan flebin pedikül kısmı, uç kısmına göre daha geniştir. Pedikül kesilme aşamasında pedikül tarafı daha geniş olacağından, bu bölgede gelişecek skar dokusu da daha geniş olacaktır. Modifikasyonumuzda posteriora taşınan pedikül sayesinde skar dokusu da posteriora taşınmış olacaktır. Daha az dikkat çeken bu bölgeye taşınan skar nedeniyle daha estetik bir görünüm sağlanabilecektir.¹⁵

Yöntemin avantajları; kolay anlaşılan ve uygulanan bir yöntem olması, donör alanların ikisinin de yüz ve boynun doğal çizgileri arasına gizleniyor olması ve lokal anestezi altında uygulanabiliyor olmasıdır. Dezavantajı bu yöntemin iki seansta uygulanıyor olmasıdır. Fakat bütün işlemin üç hafta içerisinde bitmesi nedeniyle bu kabul edilebilir bir durumdur. Bunun yanı sıra, postoperatif kontraksiyon az da olsa estetik kusur yaratmıştır. Hastaya bu nedenle, lobül augmentasyonu amacıyla yağ enjeksiyonu planlamaktayız.

Kulak rekonstrüksiyonunda kullandığımız bu yöntem tatminkar bir sonuç vermiştir. Bununla beraber eski tekniklere oranla daha az dezavantaja sahiptir. Olgumuzda ampüte parçanın kompozit greft olarak sütüre edilmesi nedeniyle esas operasyona geç dönemde geçilmiştir. Fakat biz bu yöntemi erken dönem onarımlarda da öneriyoruz.

Dr. Mert DEMİREL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi

06540 Mamak/Ankara

Tel: 0312 5956175

Faks: 03123198139

E-posta: drmertdemirel@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Alanis SZ. A new method for earlobe reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1970;45:254-7.
2. Alconchel MD, Rodrigo J, Cimorra A. A combined flap technique for earlobe reconstruction in one stage. *Br J Plast Surg* 1996;49:242-4.
3. Brent B. Earlobe construction with an auriculo-mastoid flap. *Plast Reconstr Surg* 1976;57(3):389-91.
4. Emiroglu M, Al-Saedi M. Gavello's procedure: An old earlobe reconstruction method, revisited and touched up. *Aesthetic Plast Surg* 2001;25:187-8.
5. Okada E, Maruyama Y. A simple method for earlobe reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1998;101(1):162-6.
6. Preaux J. A simple procedure for reconstruction of the lower part of the auricle. *Ann Chir Plast* 1971;16(3):60-2 [In French].
7. Singh A, Singh G. Earlobe reconstruction using a Limberg flap in six ears. *Br J Plast Surg* 2003;56:33-6.
8. D'Hooghe PJ. Earlobe reconstruction with a bilobed caudally-based flap. *Plast Reconstr Surg* 1977;59:764.
9. Mohan M, Appukuttan PK, Srinivasan A. Earlobe reconstruction with a preauricular flap. *Plast Reconstr Surg* 1978;62: 267-70.
10. Subba Rao YV, Venkateswara Rao P. A quick technique for earlobe reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1968;41(1): 13-6.
11. Converse JM. Reconstruction of the auricle. *Plast Reconstr Surg* 1958;22(2):150-8.
12. Ohsumi N. Earlobe reconstruction with a reversed flow chondrocutaneous postauricular flap and a local flap. *Plast Reconstr Surg* 1994;94(2):364-8.
13. Yotsuyanagi T. Earlobe reconstruction using a chondrocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* 1994;94(7):1073-8.
14. Yotsuyanagi T, Yamashita K, Sawada Y. Reconstruction of congenital and acquired earlobe deformity. *Clin Plast Surg* 2002;29:249-55.
15. Gault D. Post traumatic ear reconstruction. *J Plast Reconstr Aest Surg* 2008; 61 : 5-12.