

FASİYAL PARALİZİDE ALTIN AĞIRLIK OPERASYONU

**Cenk GÖRKEN, Reha GENÇOSMANOĞLU, Tahir GÜRLER,
Ufuk BİLKAY, Cüneyt ÖZEK, Yalçın AKIN**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Değerlendirme: Doç.Dr. Gürhan Özcan
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik Cerrahi AD Ankara

Yazar (lar) periferik fasiyal paralizili beş hastada göz kapağına altın ağırlık yerleştirerek başarılı sonuç elde ettiklerini ifade etmektedir. Altının eskiden beri bilinen mükemmel bir inert madde olması, cerrahi prosedürün lokal anestezi altında çok pratik uygulanabilirliği, ve fonksiyonel sonucun iyi olması nedeniyle bu teknik fasiyal paralizili göz kapağında 1991 yılından bu yana standart teknik olarak tarafımdan uygulanmaktadır. Bu teknikte altının hazırlanma şekli önemli bir detaydır. Piyasada kullanıma hazır plaklar olmasına rağmen, yazarın hastalara özel implant hazırladığı anlaşılmaktadır; bu bizim de izlediğimiz yoldur. Bir diş protez laboratuvarında önce göz kapalı pozisyondayken üst kapakta glob eğimine uygun ve üst tars boyutlarında akriliğe şekil verilerek bir model hazırlanır, bunu eğitilen bir laboratuvar teknisyeni yapabilir. Biz altın implantın tars şekil ve boyutlarında olması ve tüm kapağa yayılmasının uygun olduğunu düşünüyoruz. Daha sonra bu modele göre istenilen ağırlıkta altın implant hazırlanır. Göz kapalı konumda iken implant eğimi şekillendirildiğinden göz kapağı açık konuma gelince özellikle lateralde implanta ait bir çıkıntı oluşmakta ve deride çok aşikar belli olmaktadır. Bunun nedeni gözün açık ve kapalı durumlarında kapak eğiminin eşit olmamasıdır. Bunu dikkate alarak teknisyen hazırladığı implantın hem medial hem lateral uçlarını bir miktar bükür.

Implant ağırlığı açısından herkesin hemfikir olduğu bir ağırlık yoktur. Yazarın ameliyat öncesi kullandığı deneme ağırlıkları ile geçici olarak bir fikir edinilmekle birlikte, bu

ağırlıkların kalıcı implant açısından yeterli fikir vermediğini düşünmekteyiz. Hasta için yeterli kapanma yaptığını düşündüğümüz bazı implantlar 6 ay sonra özellikle akşam yorgunluğu sırasında (Müller etkisinin azalması ile) aşırı pitoz yapmıştır. Halihazırda erişkin hastalarda rutin olarak 2 gm ağırlık hazırlanmaktadır. 2 gm. 'dam hafif olan implantlarda kapağın kapanması ya tam olmamakta, ya da kapağın kapanma süresi çok uzamakta, böylelikle kapak fonksiyonu yetersiz kalmaktadır. İmplantın yerleştirilmesi veya çıkarılması gibi operatif detaylar yazarın uygulaması gibidir. Ancak biz implantta delik açtırmamakta ve implantın tarsi tespit edilmesinin gereksiz olduğunu düşünmekteyiz.

Altın ağırlık uygulaması optimum hazırlıklar yerine getirilerek yapıldığında korneayı korumada çok yararlı bir prosedür olmakla birlikte fasiyal paralizinin göz kapağı deformitelerinin bütününe etkili değildir. Bunlar içinde belki de en önemli olanı alt kapaktaki sarkmadır. Kanımızca alt kapak için en yararlı yöntem uygun bir kıkırdak destektir ve altın implant ameliyatıyla rahatlıkla kombine edilebilir.

Yazarın da başından beri belirttiği gibi prosedürün basit olması göz kapağı ameliyatlarında gösterilmesi gereken asgari titizlikten ödün verilmesi anlamına gelmez. Fasiyal paralizinin göz kapağı problemleri günümüzde hala fonksiyon ve estetik olarak bir cerrahi sorundur. Yazar (lar) altın ağırlık uygulamada ki titiz çalışmaları nedeniyle kutlanmayı hak etmişlerdir.

Sayın Editör,

Dr. M. Nebil BOZDOĞAN ve arkadaşlarının yazdığı ve Türk Plastik Cerrahi Dergisi'nin 3.Cilt I.Sayısında yayınlanan "Süperomedial dermoglandüler pedikül yöntemi ile küçültme mammaplasti" adlı makaleyi okudum. Değerli meslektaşlarımı bu güzel yayınlarından dolayı kutlarım. Ben de, redüksiyon mammaplastilerde 12 senedir yanında ihtisasını yaptığım hocam Dr. Toomes'in modifiye ederek uyguladığı süperomedial tekniğini kullanmaktayım (1,2).

Yazarın kullandığı teknik ile kullandığımız yöntem arasında fazla bir farklılık yoktur. Farklar kısaca şöyle özetlenebilir:

1. Çizimler hastaya özel yapılmakta herhangi bir patern (örneğin strömbeck veya wise paterni) kullanılmamaktadır.

2. Areola yeri ameliyat başında değil, pedikül deri altına gömüldükten sonra intra operatif tekrar ölçümler yapıp, en uygun yer saptandıktan sonra açılmaktadır. Böylece simetri daha iyi sağlanabilmektedir (1,2).

Ancak anılan makaledeki bazı belirsizlikleri ve muayene sonuçlarını burada tartışmadan geçemeyeceğim;

1. Ameliyat içi kanama miktarları ve ortalama miktar verilmesine rağmen, bunların nasıl tesbit edilip hesaplandığı belirtilmemiştir. Burada preop ve postop hemoglobin değerleri verilmesi daha uygun olabilirdi.

2. Meme altı skar hipertrofisi ancak iki olguda görülmüş. Bu tabii ki sevindirici düşük bir oran olmasına rağmen hepimizin bildiği gibi, ırkımızda ne yazık ki bu oran çok daha yüksektir (3).

3. Nipple duyusu testlerinin kaç hastada yapıldığı ve postoperatif takipleri belirtilmemiştir.

4. Laktasyon fonksiyonları araştırılmamıştır.

5. Kaç hastanın yapılan küçültmeden memnun olduğu belirtilmemiştir.

6. Postoperatif revizyon yapıp yapılmadığı, yapıldı ise kaç hastada neler yapıldığı anlatılmamıştır.

7. Süperomedial pedikül ilk olarak 1930 yılında Schwarzman (4) tarafından tanımlanmasına rağmen otör çok daha geç 1975 yılında ilk olarak Orlando tarafından yapıldığını varsaymıştır.

8. Süperomedial pedikül kanlanması kendi tecrübelerime göre de çok iyi olmasına rağmen otörün belirttiği gibi her vak'a da uygulanabileceği hatta çok daha ileri gidip sonuçta: "büyüklük ve sarkıklık nedeni ne olursa olsun güvenle kullanılabilir" tezine katılmıyor, sonuçta gigantomastilerde free nipple tekniğinin (Thorek 1922) seçilmesinin daha uygun olacağını düşünüyorum.

Yukarıda tartıştığım hususlara rağmen süperomedial tekniğinin diğer yöntemlere göre, hele uygun olgularda, çok iyi neticeler verdiğini biliyor ve bu tekniği uygulayan meslektaşlarımın artmasından memnurluk duyacağımı vurguluyorum.

1. Toomes J., Köbisch, P. Neue Aspekte der Mammarekonstruktion unter besonderer Berücksichtigung des Hautmantels. Berlin; Papyrus Druck, 1982

2. Özsoy, Z., Meme Küçültme 1.Vakıf Guraba Tıp Kongresi, Estetik ve Plastik Cerrahide Meme Paneli, Hotel Armada, İstanbul, 1994.

3. Lemperle, G., Nievergelt, S. Plastische Mammachirurgie. Berlin: Springer Verlag 1989.

4. Scharzmann, E. Die Technik des Mammaplastik, Chirurgica, 2;932, 1930

Op. Dr. Zafer Özsoy

Vakıf Guraba Hastanesi

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

34296 Çapa / İSTANBUL

Sayın Editör,

Türk Plastik Cerrahi Dergisi'nin 3.Cilt 1.Sayısında yayınlanan "Süperomedial dermogland pedikül yöntemi ile küçültme mammaplasti" başlıklı makale ile ilgili Dr. Zafer Özsoy'un görüş eleştirilerini değerlendirdim.

Dr. Özsoy mektubunda Dr. Toomes'in Schwarzman'dan modifiye ederek kullandığı tekniği süperomedial pediküllü küçültme mammaplastisi tekniği ile fazla farklarının olmadığı şeklinde yorum yapmaktadır. Ancak bu mektuptan eleştirinin kullandığı teknik hakkında sağlıklı bilgi sahip olmak mümkün değildir ve araştırıldığında eski tarihli, bölgesel yayınlar olması nedeni kaynaklara ulaşmak mümkün olmamıştır. Süperomedial pedikül tekniğinin Orlando (1) tarafından kez yayınlandığı 1975 yılı tarihli makalesinin referansları da incelendiğinde Dr. Özsoy'un verd referanslara raslanmamıştır. Eğer iki teknik gerçekten aynı veya çok benzer ise, eleştirinin ve ismi anılan diğer otörlerin, bu tarihi yanlışlığı düzeltmek için Orlando'yu ve British Journal of Plastic Surgery'nin editörlüğünü uyarmaları gerekmektedir.

Eleştiriler ile ilgili görüş ve yanıtlarım aşağıda özetlenmiştir.

1. Peroperatif kanama miktarı standart kurullarla belirlendiğinden ve bu çalışma bir klinik değerlendirme olduğundan kan kaybı belirleme yöntemi yeniden anlatılmamıştır.
2. Skar oluşması, bilindiği gibi kullanılan yöntem, atravmatik teknik, sütür malzemeleri gibi temel faktörden etkilenmektedir ve alınacak tedbirler ile en aza indirgenmesi mümkündür. Ayrıca kırımıza ait yüksek bir hipertrofik skar insidansından bahseden bilimsel çalışmaya rastlanmamıştır.
3. Ameliyat sonrası değerlendirmelerde areola duyusunda azalma saptandığı ve 8 aylık takibi sonunda %80 hastada bu fonksiyonun normale döndüğü makalemizde belirtilmiştir.
4. Ameliyat öncesi hastalar laktasyon kaybı konusunda tümüyle bilgilendirilmiş, ancak laktasyon fonksiyonunda meydana gelebilecek değişiklikler bu çalışmanın amacı dışında bıraktığı için karşılaştırmalı bir çalışma yapılmamıştır.
5. Ameliyat sonrası sonuçların hastalar tarafından tatmin edici bulunduğu makalede belirtilmiştir.
6. Bu çalışmaya dahil edilen hastalarda revizyon gereksinimi olmamıştır.
7. Bu eleştiri ile ilgili, yanıtımızın girişinde açıklama yapılmıştır.
8. Bu çalışmaya dahil edilen hastalarda meme başına çıkarılan ortalama doku miktarı 1700 gram ve areola transpozisyonu en çok 16 cm olarak gerçekleşmiştir. Finger ve arkadaşları (2) yine bir meme için en çok 4100 gram doku eksizyonu ve 30 cm areola transpozisyonu yaptıklarını yayınlamışlardır. Bizim makalemizde bu yöntemin serbest areola grefti yönteminin sınırlarını zorladığı ifade edilmekte, ancak "büyüklük ve sarkıklık nedeni ne olursa olsun güvenle kullanılabilir" ifadesi yer almamaktadır. "Büyüklük ve sarkıklık ne derecede olursa olsun güvenle kullanılabilir" cümlesi ile beslenmesinde problem görülürse, areolanın, deepitelize dermal yatağa, kolaylıkla tam kalınlıkta deri grefti olarak nakledilebileceği şansının varlığı ifade edilmek istenmiştir. Emniyet şubası olarak değerlendirilebilecek serbest grefte dönebilme kolaylığı nedeniyle teknik güvenle kullanılabilir.

1. Orlando, J.C., Futhrie, R.H. The superomedial dermal pedicle for nipple transposition. Br. J. Plast. Surg. 28:42, 1975.
2. Finger, R.E., Vasquez, B., Drew, S.G., Given, S.K. Superomedial pedicle technique of reduction mammaplasty. Plast Reconstr. Surg. 83:3, 1989.

Op. Dr. Nebil Bozdoğan
Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği
ANKARA