

Ozan Bağış ÖZGÜR SOY
Babür KÜÇÜK

ARAŞTIRMA

İLERİ YAŞTAKİ HASTALARDA STATİK FASİYAL REANİMASYON

Öz

Giriş: Bu çalışmada unilateral kalıcı periferik fasiyal paralizili hastalara uyguladığımız statik fasiyal reanimasyon yönteminin sunulması ve bu cerrahi yöntemin endikasyonları ile uzun dönem sonuçları tartışılması amaçlandı.

Yöntem ve Gereç: Çalışmaya geçirdikleri total parotidektomi ve radikal boyun diseksiyonuna bağlı kalıcı periferik fasiyal paralizisi olan hastalar dahil edildi. Bütün hastalara ağız köşesinin otolog fasya lata ile süspansiyonu ve üst göz kapağına altın implant yerleştirilmesi uygulandı. Postoperatif dönemde oral ve oküler sfinkterik fonksiyonlar ile yüzdeki simetri değerlendirildi.

Bulgular: Hastalar 6-52 (ortalama: 35.16) ay takip edildi. Postoperatif son kontrollerinde tüm hastalarda her iki ağız köşesi aynı düzlemdeydi ve hastaların hepsi gözlerini kapatabiliyorlardı.

Sonuç: Statik fasiyal reanimasyon, dinamik cerrahi yöntemlerin uygulanmadığı ya da bu yöntemler için uygun aday olmayan kalıcı periferik fasiyal paralizili hastaların tedavisinde düşük morbiditeli ve efektif bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar sözcükler: Fasiyal paralizi, Fasiyal reanimasyon, Altın implant, Yaşlı.

RESEARCH

STATIC FACIAL REANIMATION FOR ELDERLY PATIENTS

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to present static facial reanimation procedure that were performed for the patients with permanent unilateral facial paralysis and to comment on the indications and long term results of this treatment modality.

Materials and Method: The patients who have permanent peripheral facial paralysis due to total parotidectomy with radical neck dissection were included in the study. The treatment of choice for all patients was facial suspension with autologous fascia lata and gold-weight implant to upper eyelid. The oral and ocular sphincteric functions and symmetry of the face were evaluated postoperatively.

Results: Patients were followed up between 6-52 (average: 35.16) months. The corners of the mouth were at the same level in all patients while all of them could close their eyes at the last visit.

Conclusion: Static facial reanimation is an effective treatment option with minimal morbidity for the patients with permanent peripheral facial paralysis that could not be treated by dynamic surgical procedures or for those who are not suitable candidates for dynamic procedures.

Key words: Facial paralysis, Facial reanimation, Gold-weight implant, Elderly.

İletişim (Correspondance)

Ozan Bağış ÖZGÜR SOY
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz
ve Baş Boyun Cerrahisi ANKARA
Tlf: 0312 508 20 30 Fax: 0312 310 50 58
e-mail: ozanozgursoy@yahoo.com

Geliş Tarihi: 19/03/2007
(Received)

Kabul Tarihi: 30/03/2007
(Accepted)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun
Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi ANKARA



GİRİŞ

Sir Charles Bell 18. yüzyılda fasiyal sinir anatomisini tarif etmiş ve bu sinirin devamlılığındaki bozulmanın fasiyal paraliziye yol açacağını ifade etmiştir (1). Fasiyal paralizinin hem kozmetik hem fonksiyonel hem de psikolojik sorunlara neden olduğu bilinmektedir (1,2). Unilateral kalıcı periferik fasiyal paralizili hastalarda yüzdeki asimetriye bağlı olarak kişiye özel yüz ifadesi değişmekte, göz kapağının tam kapanmaması ve ağız köşesinin aşağı düşmesi nedeniyle üzgün bir yüz ifadesi ortaya çıkmaktadır (3, 4). Bunlara ek olarak üst göz kapağını tam olarak kapatamayan hastada korneal lubrikasyon azalacağı için keratit, kornea ülseri ve görme kaybı gelişebilmektedir (1-4). Bu hastalarda orbikülaris oris kasındaki güçsüzlük ve ağız köşesindeki düşüklük nedeniyle oral kompetansın bozulduğu ve bu durumun hastaların yemek esnasında gıdaları ağız kenarından kaçırmasına neden olduğu bildirilmiştir (5). Ortaya çıkan kozmetik ve fonksiyonel bozukluklar hastalarda psikolojik sorunlara yol açmakta ve hastaların sosyal hayatlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (4-5).

Kalıcı periferik fasiyal paralizinin tedavisinde biri estetik, diğeri fonksiyonel olmak üzere iki temel hedef belirlenmiştir: 1) yüze yeniden simetri kazandırmak, 2) oküler ve oral sfinkterik fonksiyonları normale döndürmek (1,3,4). Bu hedeflere ulaşmak amacıyla dinamik ve statik cerrahi tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (1-6). Bu tedavi yöntemlerinin periferik fasiyal paralizili hastalarda belirli düzeylerde kozmetik ve fonksiyonel iyileşme sağladığı ancak hiçbir yöntemle fasiyal sinir fonksiyonlarının tam olarak normale dönmediği bildirilmiştir (1-6). Fasiyal reanimasyon için cerrahi tedavi yöntemi seçilirken hastanın yaşı, paraliziye neden olan hastalık, eşlik eden sistemik hastalıklar, hastanın paraliziye bağlı şikayetleri ve tedaviden beklentisi göz önüne alınmaktadır (1,3). Hastanın yaşı göz önüne alındığında, genç hastalar için dinamik cerrahi yöntemler önerilirken yaşlı (> 55 yaş) hastalarda statik fasiyal reanimasyon tercih edilmektedir (5). Bu çalışmanın amacı; unilateral kalıcı periferik fasiyal paralizili seçilmiş hastalara uyguladığımız statik fasiyal reanimasyon yöntemimizi sunmak ve bu cerrahi yöntemin endikasyonları ile uzun dönem sonuçlarını tartışmaktır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu çalışmaya tümör rezeksiyonuna bağlı kalıcı periferik fasiyal paralizi olan altı hasta dahil edildi. Yaşları 58 ile 69 arasında değişen hastaların beşi erkek biri kadındı. Bu hastalardan üçüne adeno-kistik karsinom, diğeri ikisine mucoepidermoid karsinom tanısıyla total parotidektomi ve radikal boyun diseksiyonu uygulanmıştı. Hastaların hepsinde gözünü kapatamama ve özellikle sıvı gıda alımı esnasında gıdaları ağız

kenarından kaçırma şikayeti vardı. Hastalar göz hekimi tarafından önerilen göz koruma ve kapama tedavisi alıyordu. Ayrıca hastaların ikisi tip II diabetes mellitus, biri de hem diabet hem hipertansiyon tanısıyla düzenli ilaç tedavisi alıyordu. Hastalara alternatif olabilecek tedavi yöntemleri anlatıldı ancak hiçbir hasta önerilen dinamik cerrahi tedavi yöntemlerini kabul etmedi. Bütün hastalara aynı seansta ve genel anestezi altında ağız köşesine fasya lata ile süspansiyon ve üst göz kapağına altın implant uygulandı. Altın implant hep aynı kişi tarafından 24 ayar altından, 3 delikli ve 1 gr. ağırlıkta olacak şekilde imal edildi.

Cerrahi Teknik. Ağız köşesinde vermilion hattından yapılan 'C' şeklinde 2 cm. insizyonla cilt ve cilt altı doku geçildi. Orbicularis oris kası hem alt dudak hem üst dudak lateralinde ortaya kondu. Daha sonra yüzün aynı tarafında preauriküler 2-3 cm. insizyon ile zigoma periostu ortaya kondu. Ardından eğri bir pens yardımıyla her iki insizyon arasında subkütan doku altında bir tünel açıldı. Zigomadan başlayıp ağız kenarına uzanan bu tünel konkavitesi buruna bakan bir yay şeklinde tasarlandı. Bu arada hastadan yaklaşık 3 cm eninde ve yeterli uzunlukta, şerit şeklinde fasya lata alındı. Fasya latanın bir ucu küçük bir kesi ile pantolon bacağı şeklinde hazırlandı. Bacakların biri diğerinden kısa olacak şekilde tasarlandı. Sonra fasya latanın her iki bacağı ağız köşesinde orbicularis oris kasına sütüre edildi. Bu işlem esnasında kısa bacağın üst dudak seviyesinde, uzun bacağın alt dudak seviyesinde olmasına dikkat edildi. Daha sonra fasya latanın serbest ucu cilt altındaki tünelden geçirilerek tünelin zigoma çıkışına getirildi. Bir ucu orbicularis oris kasına sabitlenmiş olan fasya lata, tünel içinden yukarı doğru çekilerek düşük olan ağız köşesi zigomaya doğru yükseltildi. Ardından uygun gerginlikte tutulan fasya lata, zigoma periostuna sütüre edilerek veya zigomaya vidalanarak sabitlendi. Fasya latanın zigoma tarafında artan kısmı kesildikten sonra insizyonlar anatomik planda kapatıldı. Fasyanın gevşeme payı göz önüne alınarak ağız köşesi normal konumundan daha yukarıya çekildi. Yalnızca kadın hastada farklı olarak yüzün aynı tarafında malar eminensin hemen posterolateralinde, zigoma üzerindeki belirgin skar dokuya uygun yapılan 2 cm. insizyonla zigoma periostuna ulaşıldı ve bu hastada aynı seansta skar revizyonu da yapıldı.

Ağız köşesindeki işlemler tamamlandıktan sonra göz kapağına altın implant yerleştirilmesine geçildi. Üst göz kapağında cilt kıvrımlarına uygun yapılan 1.5 cm. horizontal insizyonla cilt geçildi. Cilt altı doku diseke edilerek tarsal plaka ortaya kondu. Tarsal plaka düzlemi üzerinde altın implantın boyutlarından birkaç mm büyük ancak alt sınırı kırıklara en fazla 2 mm yaklaşacak şekilde bir cep hazırlandı. Sonra hasta için özel olarak imal edilen altın implant bu cebe yerleştirile-



rek tarsal plakaya sütüre edildi. İnsizyon anatomik planda kapatıldı.

Yaklaşık 1 saat süren cerrahi işlemden sonra hastalar birkaç saat gözlem altında tutuldu. Bütün hastalar antibiyotik ve analjezik tedavisi verilerek aynı gün taburcu edildi. Bir hafta sonra tüm dikişleri alınan hastalar 3 ayda bir kontrole çağrıldı.

BULGULAR

Hastalar 6-48 ay takip edildi. Hiçbir hastada peroperatif ya da postoperatif komplikasyon gelişmedi. Fasya lata veya altın implanta karşı yabancı cisim reaksiyonu gözlenmedi. Hastaların ağız köşesindeki aşırı gerginlik postoperatif 6. ayda geçti. Postoperatif 6. aydan itibaren tüm hastalarda her iki ağız köşesi hemen hemen aynı düzlemdeydi ve hiçbir hastanın son kontrolünde bu simetri bozulmamıştı. Şekil 1'de bir hastanın preoperatif ve postoperatif üçüncü yıldaki görüntüsü sunulmuştur. Şekil 1A'da hastanın sağ gözünü kapatabildiği ve ağız köşesinin sağda belirgin düşük olduğu görülmekte, Şekil 1B'de ise postoperatif dönemde hastanın her iki gözünü de tam kapatabildiği ve ağız köşelerinin aynı düzlemde olduğu izlenmektedir. Bu görüntü tüm hastalarımız için geçerliydi. Ameliyattan sonra sıvı gıdaları ağız kenarından kaçırma şikayeti devam eden hasta olmadı. Hastaların hepsi postoperatif dönemde gözünü kapatabiliyordu. Ara ara gözünde batma olan bir hastanın bu şikayeti suni göz yaşı damlaları ile geçti. Son kontrolünde altın implant eksteriyörizasyonu tespit edilen hasta olmadı. Postoperatif erken dönemdeki uyluk ağrısı ve yürüme güçlüğü dışında fasya lata donör bölgesiyle ilgili şikayeti olan hasta yoktu.

TARTIŞMA

Kalıcı periferik fasiyal paralizili hastaların tedavisi için dinamik ya da statik çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmaktadır (1,3,4,6-8). Bütün yöntemlerin hedefi mimik kaslarının fonksiyonlarını normale döndürmek ve fasiyal asimetriyi düzeltmektir (1-6). Kalıcı periferik fasiyal paralizili hastalarda öncelikle oral ve oküler sfinkter fonksiyonların geri döndürülmesi hedeflenir, çünkü bu fonksiyonların kaybı hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (1,3). Fasiyal sinirin frontal, bukkal ve servikal dallarına ait fonksiyon kaybının ise tedavi gerektirmediği düşünülmektedir (4).

Fasiyal sinirin marjinal mandibular dalı travmatik olarak çok sık yaralanmakta ve bu daldaki hasarın sinir greftleri ile onarımı nadiren başarılı olmaktadır (4). Marjinal mandibular sinirin tamamına yönelik direkt cerrahi yaklaşımlar çok uzun insizyon skarına sebep olacağı için kabul görmemiştir. Direkt yaklaşım yerine sağlam taraftaki fasiyal sinir dallarından çap-



Şekil 1— A. Kalıcı periferik fasiyal paralizili bir hastanın statik fasiyal reanimasyondan hemen önceki görüntüsü, B. Aynı hastanın postoperatif üçüncü yıldaki görüntüsü.

raz greftleme, sağlam marjinal mandibular dala nörektomi, sağlam tarafa myektomi, paralitik tarafa kas transpozisyonu ve otolog ya da alloplastik materyallerle fasiyal süspansiyon yöntemleri uygulanmıştır (4).

Orbikülaris okülü kasının paralizisi göz kapağının tam olarak kapatılmamasına sebep olur. Bu durumda korneal lubrikasyon azalır, keratit; kornea ülseri ve görme kaybı gelişme riski artar. Bu komplikasyonların gelişmesini engellemek için kalıcı periferik fasiyal paralizili hastaların göz kapaklarına çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmıştır: 1) tarsorafi, 2) kantoplasti, 3) implantlar, 4) fasya transplantları. Bunlar arasında günümüzde en popüler olanı üst göz kapağına altın implant yerleştirilmesidir (4). Bu yöntem, teknik olarak pratiktir ve kısa



sürede uygulanabilir. Etketif olduğu bilinen bu yöntemin uygulandığı hastalarda nadir görölen implant eksteriyorizasyonu dışında son yıllarda önemli bir komplikasyon bildirilmemiştir (1,4,5).

Statik fasiyal reanimasyon yöntemleri minimal morbiditeye sahiptirler ve kısa sürede uygulanabilirler (7,8). Bu yöntemlerin uygun endikasyonlu hastalarda oldukça başarılı olduğu gözlenmiştir (7). Bununla birlikte alloplastik materyaller (politetrafloroetilen) ile fasiyal süspansiyon uygulamalarında, postoperatif ilk 6-12 ay içinde, allogreft laksitesine bağlı başarısızlık bildirilmiştir (8). Dinamik fasiyal reanimasyon yöntemleri doğala yakın bir yüz ifadesi sağlarlar ancak genellikle uzun sürede uygulanırlar ve birkaç seans gerektirebilirler (9). Ayrıca hem alıcı hem de donör sahada belirgin morbidite yaratmaktadır (2,3,5,6). statik ya da dinamik hangi yöntem uygulanırsa uygulansın, hiçbir tedavi yöntemi ile fasiyal sinir fonksiyonlarının tamamen normale dönmediği bildirilmiştir (4-6).

Fasiyal paralizili hastalara uygulanacak cerrahi tedavi yöntemi belirlenirken üzerinde durulması gereken önemli unsurlardan biri hastanın yaşıdır (1). Gençlerde fasiyal paralizisi geliştiğinde, doğal doku elastisitesi bu hastaların yüzünde yerçekimine karşı stabil bir pozisyon sağlar ve istirahat halinde fasiyal paralizisi fark edilemeyebilir. Ancak yaş ilerledikçe yüzdeki doku elastisitesi azalır. Yaşlılarda kalıcı periferik fasiyal paralizisi geliştiğinde yüzün paralizik tarafı yerçekiminin etkisi ile belirgin olarak sarkar ve bu gevşek dokulara yeniden tonus kazandırmak oldukça güçtür (5). Bu nedenle fasiyal paralizisi sonrası yüzde statik olarak zaten belirgin deformasyon gelişmeyen gençlere dinamik cerrahi tedavi yöntemleri uygulanırken yaşlı hastalara sosyal hayatlarını idame ettirecek düzeyde yüz simetrisi sağlayan statik fasiyal reanimasyon önerilmektedir (5). Ayrıca, ileri yaştaki hastalarda yara iyileşmesi ve sinir rejenerasyonunu etkileyebilecek sistemik hastalıklara daha sık raslanacağını öngörerek statik fasiyal reanimasyon önerisinde bulunuldu.

Bu çalışmaya dahil edilen hastaların uzun süreli takibi sonunda, uygulanan statik fasiyal reanimasyon yöntemi, etketif ve düşük morbiditeli bir işlem olarak değerlendirildi. Bu yöntemi uyguladığımız bütün hastalarda istirahat halinde hedeflenen yüz simetrisi elde edildi. Ayrıca bu hastaların oküler ve oral sfinkterik fonksiyonlarında tatminkar artış sağlandı. Uyguladığımız yöntemin hastaların sosyal hayatı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri de yüz güldürücü oldu. Hastalarımızda kullanılan materyallere karşı yabancı cisim reaksiyonunu en aza indirmek amacıyla fasiyal süspansiyon için otolog fasya lata ve göz kapağına ağırlık uygulaması için mümkün olan en saf altın implantı kullanıldı. Hep aynı kişi tarafından 24 ayar altından imal edilen implanta bağlı bir komplikasyon ge-

lişmedi. Kolay hazırlanan ve minimal donör saha morbiditesi-ne neden olan otojen fasya lata, allogreftlere oranla daha ucuza mal oldu. Ayrıca, hiçbir hastada allogreft uygulamalarında bildirilen greft laksitesiyle karşılaşmadık. Postoperatif erken dönemdeki geçici Őikayetler dışında fasya lata donör bölgesiyle ilgili Şikayeti olan hasta yoktu.

Sonuç olarak, dinamik cerrahi tedavi uygulanamayan, yaşlı, genel durumu uzun süreli anestezi almaya uygun olmayan, sinir rejenerasyonunu olumsuz etkileyebilecek sistemik hastalıkları olan, morbiditesi yüzünden dinamik fasiyal rekonstrüksiyonu kabul etmeyen veya yüzünün sağlam tarafına müdahale edilmesini istemeyen kalıcı periferik fasiyal paralizili hastaların tedavisinde statik fasiyal reanimasyon uygulamasının uygun bir seçenek olacağı düşünölmektedir. Ayrıca cerrahi tedavi yöntemi seçilirken hastalara tüm alternatiflerin sunulması ve bu yöntemlerin avantaj ve dezavantajlarının anlatılması gerekmektedir. Böylece uygulanacak tedavi yöntemi, hasta ile birlikte kazanç-yararlılık hesabı yapılarak belirlenmiş olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Hoffman WY. Reanimation of the paralyzed face. *Otolaryngol Clin North Am* 1992; 25: 649-667.
2. Chuang DC. Technique evolution for facial paralysis reconstruction using functioning free muscle transplantation – experience of Chang Gung Memorial Hospital. *Clin Plastic Surg* 2002; 29: 449-459.
3. Galli SKD, Valauri F, Komisar A. Facial reanimation by cross-facial nerve grafting: Report of five cases. *Ear Nose Throat J* 2002; 81: 25-29.
4. Ferreira MC. Aesthetic considerations in facial reanimation. *Clin Plastic Surg* 2002; 29: 523-532.
5. Harrison DH. The treatment of unilateral and bilateral facial palsy using free muscle transfers. *Clin Plastic Surg* 2002; 29: 539-549.
6. Magliulo G, D'Amico R, Forino M, Marcotullio D. Facial reanimation: A proposal to reduce postoperative morbidity. *Laryngoscope* 2002; 112: 183-186.
7. Spector JG, Thomas JR. Slings for static and dynamic facial reanimation. *Laryngoscope* 1986; 96: 217-221.
8. Constantinides M, Galli SKD, Miller PJ. Complications of static facial suspensions with expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE). *Laryngoscope* 2001; 111: 2114-2121.
9. Frey M, Giovanoli P. The three stage concept to optimize the results of microsurgical reanimation of the paralyzed face. *Clin Plastic Surg* 2002; 29: 462-482.