

ERRATUM

Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi 2011 yılı, 2. cilt, 1. sayısında yayımlanan “Yeniden Ameliyat Gerektiren Maksillofasiyal Travma Olgusu” adlı makalenin metni içerisindeki resimlerde kullanılan siyah bant olgunun görünürlüğü ve dayanak noktasını etkilediğinden makale resimleri yeniden düzenlenip bu sayıda tekrar yayınlanmaktadır.

Resmin yayınlanması konusunda hasta izni alınmıştır.

Yeniden Ameliyat Gerektiren Maksillofasiyal Travma Olgusu (Erratum)

Cengiz Açıkkel, Aydın Saray, Kahraman Berkhan Yılmaz

Acıbadem Üniversitesi, Estetik Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Motosiklet kazasına bağlı orbito-zigomatiko-maksiller kırık ve çift taraflı mandibula kırığı nedeniyle 2,5 ay önce başka bir sağlık merkezinde açık redüksiyon ve mini plak-vida ile tespit ameliyatı yapılan 25 yaşındaki bir erkek hasta çift görme, enoftalmi, vertikal distopi ve dişlerde kapanış bozukluğu ile başvurdu. Hasta yeniden ameliyata alındı ve başarılı şekilde tedavi edildi.

Anahtar sözcükler: orbita kırıkları, mandibula yaralanmaları

A MAXILLOFACIAL TRAUMA CASE REQUIRING REOPERATION

ABSTRACT

A 25-year-old man, who had orbito-zygomatico-maxillary fracture and bilateral mandibular fracture due to motorcycle accident and had been treated 2.5 months ago in another health center by open reduction and mini plate-screw fixation method was referred to our department with the complaints of diplopia, enophthalmus, vertical dystopia and malocclusion. The patient was reoperated and successfully treated.

Key words: orbital fractures, mandibular injuries

Giriş

Yüz kemiklerinin kırıkları uygun tedavi edilmediğinde ciddi estetik ve işlevsel sorunlarla karşılaşılır. Travma sonrası erken dönemde, kırık hatlarının genişçe ortaya konması, anatomik redüksiyon, eksik kemiklerin yerine konması ve plak-vida sistemleri ile rijid fiksasyon maksillofasiyal kırıkların temel tedavi ilkelerini oluşturur (1). Ameliyat edilen ancak bu ilkelerin yeterince uygulanmadığı bir maksillofasiyal travma olgusunda karşılaşılan sorunlar ve yapılan ikincil onarım sunuldu.

Olgu sunumu

25 Yaşında erkek hasta motosiklet kazasına bağlı orbito-zigomatiko-maksiller ve bilateral mandibular kırık tanısı ile başka bir sağlık merkezinde ameliyat edilmiş. Ameliyatından 2,5 ay sonra yukarıya bakarken çift görme, gözlerinin aynı seviyede olmaması, üst göz kapaklarında

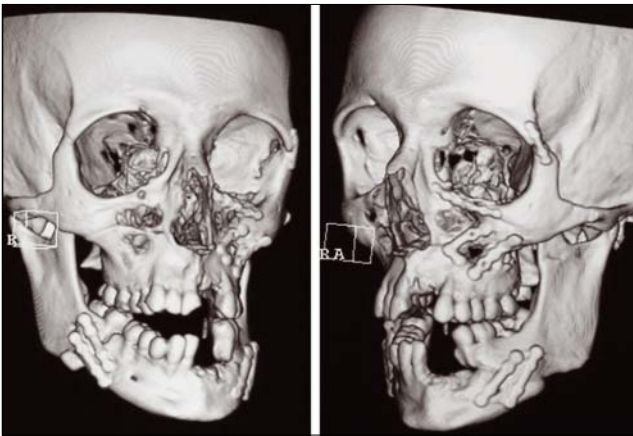
asimetri, çenesini kapattığında dişlerinin arasında açıklık kalmasına bağlı çiğneme güçlüğü yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol gözde 3 mm vertikal distopi, enoftalmi, supratarsal olukta derinleşme ve yukarıya bakışta sol göz hareketinde kısıtlılık, sol infraorbital sinir duyu alanında hipoestezi saptandı. İntraoral muayenede diş eksiklikleri, 9 mm açık ısırım deformitesi ve alt dudakta anestezi saptandı (Şekil 1). Bilgisayarlı tomografide lateral orbital rim, infraorbital rim ve zigomatiko-maksiller kolonlara plak-vida uygulandığı, ayrıca orbita tabanında metalik meş bulunduğu gözlendi. Koronal ve sagittal kesitlerde orbita tabanının menteşe şeklinde maksiller sinüs içerisine doğru açılmış olduğu, göz küresi ve çevresindeki yumuşak dokunun da sinüs içerisine inferior ve posterior yönde yer değiştirdiği ve bir noktada sinüs içerisine yapışıklık yaptığı izlendi (Şekil 2). Mandibulanın 3-boyutlu tomografik incelemesinde ise sağ korpus ve sol parasimfizde eski fraktür hatları ve üzerlerinde ikişer adet miniplak-vida izlendi. Kırık mandibula segmentinin anatomik redüksiyonunun yeterli olmadığı,



Şekil 1. Yeniden ameliyat öncesi. Sol gözde enoftalmi, vertikal distopi, supratarsal olukta derinleşme ve maloklüzyon.



Şekil 2. Uygun şekilde onarılmamış sol orbita taban kırığı ve metalik meş.



Şekil 3. Bilateral mandibula kırığına bağlı maloklüzyon, yeniden ameliyat öncesi. Kırık kemik segmenti posteriora ve inferiora yer değiştirmiş.

inferiora ve posteriora yer değiştirmiş şekilde tespit edilmiş olduğu gözlemlendi (Şekil 3).

Yeniden ameliyata alınan hastaya genel anestezi ve nazal entübasyon uygulandı. Sol alt göz kapağındaki eski mid-tarsal kesi skarı eksize edilerek girildi. İnfraorbital rimdeki plak vida ve orbita tabanında rimin hemen posterioruna suprapariosteal plana yerleştirilmiş olan 2x1 cm boyutlarındaki metalik meş çıkartıldı. Orbita tabanının medial ve lateral kenarlarındaki sağlam kemikler üzerinde subperiosteal planda diseksiyon yapılarak orbita tabanındaki kırık bölgesine ulaşıldı. Maksiller sinüse fıtıklaşmış olan gözküresi ve yumuşak dokuların sinüs içerisindeki yapışıklığı künt diseksiyonla ayrıldı ve sözkonusu yapılar orbita içerisine çekildi. Orbita tabanındaki 2x2.5 cm boyutlarındaki kemik defekti eni anteriorda 25mm, posteriorda 15 mm ve sagittal plandaki uzunluğu 30 mm olan 0.85 mm

kalınlığındaki poröz polietilen implant (Medpor®) ile onarıldı. "Forced Duction" testinde göz küresinin yukarıya hareketinin rahat olduğu teyit edildi. Medpor implant infraorbital rim mikroplak ve vida yardımı ile tespit edildi. Malar yöre ciltaltı dokusu lateral orbital rim periostuna 4/0 PDS sütürler yardımı ile asıldı. Daha sonra sağ korpus ve sol parasimfiz kırık hatlarındaki plak ve vidalar çıkartıldı ve yeniden kırık oluşturularak anteriordaki mandibula segmenti hareketli hale getirildi. Anatomik redüksiyonu takiben teller yardımı ile geçici olarak alt ve üst çene sabitlendi. Daha sonra her bir kırık hattına bir adet minikompresyon plağı ve bir adet miniplak ile rijid fiksasyon uygulandı.

Ameliyat sonrası sorunsuz geçen hastanın çift görme, göz seviyeleri arasındaki eşitsizlik, enoftalmi ve üst göz kapağındaki asimetri yakınmaları düzeldi. Sol alt göz kapağındaki insizyon skarı dikkat çekmeyecek hale geldi. Alt göz kapağında çekilme veya ektropion izlenmedi. Ameliyat sonrası 6. ayda infraorbital sinir alanındaki hipoestezinin azalmaya başladığı; ancak alt dudaktaki anestezinin devam ettiği saptandı. Mevcut dişlerinde normal kapanış sağlandı. Üst çenedeki eksik dişleri için kalıcı protetik tedavisi yapılan hastanın alt çenesindeki eksik dişleri için implant tedavisi planlandı (Şekil 4 ve 5).

Tartışma

Orbita içeriğinin maksiller sinüse yer değiştirmesine izin verecek kadar geniş orbita taban kırıklarında göz küresi ve çevresindeki yumuşak dokular maksiller sinüse fıtıklaşarak enoftalmi, supratarsal olukta derinleşme ve vertikal distopiye neden olurlar. Her iki göz arasındaki asimetri, görme fonksiyonlarında bir sorun oluşturmasa dahi, sunulan



Şekil 4. Yeniden ameliyat sonrası 4. ay. göz ve oklüzyonla ilgili sorunları tedavi edildi.



Şekil 5. Üst: Yeniden ameliyat öncesi sol göz yukarı bakışta kısıtlılık. Alt: Yeniden ameliyat sonrası, göz hareketleri doğal.

olguda olduğu gibi hasta için estetik sorun oluşturabilir. Orbita tabanının geniş defektlerinde ekstraoküler kaslar kırık hattında sıkışmadığı ve ezilmediği için genellikle diplopi görülmez. Ancak, sunulan olguda olduğu gibi göz küresi etrafındaki fibröz yapışıklıklar göz hareketlerini kısıtlatabilir ve çift görmeye neden olabilir (1).

Orbita hacminde genişlemeye ve orbita içeriğinin sinüs içerisine yer değiştirmesine neden olan geniş orbita taban kırıklarının onarımında amaç mümkün olan en kısa sürede fıtıklaşan orbita içeriğini çevresindeki yapışıklıklardan serbestleştirerek orbita içerisine çekmek ve orbita tabanını onarmaktır. Bu amaçla kırılmamış kemik yapılar üzerinde subperiosteal planda diseksiyon yapılarak kırık bölgesine ulaşılır, fıtıklaşmış orbita içeriği yerine çekilir ve orbita tabanındaki defekt ortaya konur. Orbita tabanının diseksiyonu inferior orbital rimden 3.5 - 4 cm posteriora kadar yapılmalı ve kemik defekti tamamen ortaya konmalıdır. Sunulan olgunun ilk ameliyatında orbita tabanına yukarıda sözü edilen manevraların yapılmamış olduğu anlaşılmaktadır.

Orbita tabanındaki kemik defektinin onarımında otojen kemik veya kırıkta greftler kullanılabilirdiği gibi alloplastik implantlar da kullanılmaktadır (1-3). Sunulan olguda alloplastik materyal kullanarak ikinci bir donör alan morbiditesinden kaçınılmış oldu. Diğer taraftan Medporun orbita taban onarımında kullanımının güvenli ve pratik olduğu literatürde bildirilmiştir. Kolayca şekil verilebilmesi, üzerindeki porlar nedeniyle doku ile bütünleşebilmesi ve enfeksiyon riskinin düşük olması başlıca avantajlarıdır (1,3).

Sunulan olguda, bilateral mandibula fraktürüne bağlı gelişen maloklüzyonun nedeni kırık segmentin doğru anatomik redüksiyonda tespit edilmemiş olmasıdır. Ameliyat esnasında rijid fiksasyon tamamlandıktan sonra dişlerin kapanışı kontrol edilmeli ve bir sorun varsa üşenmeden plakvidalar çıkartılarak doğru fiksasyon yapılmalıdır. Ameliyatta atlanmış olsa dahi ameliyat sonrası dönemde fark edildiğinde hasta tekrar ameliyata alınmalı ve kırık hatları kaynamadan doğru onarım yapılmalıdır. Kırıkların redüksiyonundan sonra geçici olarak telle tespit yaparak normoklüzyonu sağlamak rijid fiksasyon işlemini kolaylaştırır (1).

Kaynaklar

1. Paul N. Manson. Facial fractures. in Plastic Surgery. Stephen J. Mathes Ed. 2.nd. ed, Philadelphia, Elsevier Inc. 2006, pp.77-380.
2. Cavusoglu T, Vargel I, Yazici I, Cavusoglu M, Vural AC. Reconstruction of orbital floor fractures using autologous nasal septal bone graft. Ann Plast Surg. 2010 Jan;64(1):41-6.
3. Ozturk S, Sengezer M, Isik S, Turegun M, Devenci M, Cil Y. Long-term outcomes of ultra-thin porous polyethylene implants used for reconstruction of orbital floor defects. J Craniofac Surg. 2005 Nov;16(6):973-7.