

Henryk Skarżyński¹, Krzysztof Miszka¹, Robert Zawadzki¹,
Maciej Mrówka¹, Paulina Młotkowska-Klimek¹, Bożena Skarżyńska²,
Jarosław Wysocki^{1, 2}, Piotr Sopliński¹, Anna Cisek¹

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa

² Akademia Medyczna, Warszawa

Obserwacje wyników całkowitej rekonstrukcji małżowiny usznej w leczeniu mikrocji jednostronnej

Observation of results of total reconstruction of pinna
in treatment of unilateral microtia

Słowa kluczowe: mikrocja, niedorozwój małżowiny usznej, leczenie chirurgiczne.
Key words: microtia, auricular atresia, surgical treatment.

Streszczenie

Dokonano oceny chirurgicznej rekonstrukcji małżowiny usznej w leczeniu mikrocji jednostronnej. W latach 1999-2002 operowano 28 pacjentów z jednostronną mikrocją w wieku od 9 do 23 lat. Zastosowano metodę dwuetapowej rekonstrukcji małżowiny z chrząstki żebrowej pacjenta według metody Brenta i Nagaty z własnymi modyfikacjami. Drugi etap operacji wykonywano po sześciu miesiącach od pierwszego. U 23 pacjentów wykonano dwa etapy operacji, u pięciu dotychczas etap pierwszy. W grupie 23 pacjentów, u których zakończono leczenie, u 22 uzyskano pełne wygojenie oraz tylną powierzchnię małżowiny pozwalającą na założenie okularów. 18 pacjentów ocenia wynik leczenia jako bardzo dobry, a czterech dalszych jako zadowalający. U trzech wystąpił problem z owłosieniem części małżowiny, wiążący się z niską położoną linią włosów na głowie. W jednym przypadku nie uzyskano pozytywnego wyniku ze względu na martwicę zapalną chrząstki po wykonaniu drugiego etapu operacji. Uzyskanie bardzo dobrych i dobrych wyników kosmetycznych akceptowanych przez pacjentów świadczy o wyborze właściwej metody.

Summary

Surgical reconstructing technique was analysed in treatment of unilateral microtia. There were 28 patients in the 9-23 age bracket with unilateral microtia operated between 1999-2002. Two stage Brent and Nagata operating technique was applied with our own modifications. It was performed in order to reach auricular reconstruction with the use of patient's rib cartilage. Second stage operation was performed at 6 months intervals from the first step of surgery. There were 23 patients operated in two-stage reconstruction technique; in 5 cases only the first stage has been performed yet. In a group of 23 patients with completed surgical treatment 22 persons turn into complete success and they had rebuilt posterior auricular surfaces functional for wearing glasses. 18 patients assessed the effect of operation as extremely good and 4 patients felt satisfactory effect of reconstruction. Three persons had a problem with hipertrichosis; it was the result of low situated line of hair on the head. In one case treatment of patient gave no positive results because of an inflammation necrosis of cartilage after the second stage operation. Authors suggest this method gives very good results and may be useful and well tolerated as a reconstruction technique.

Wady wrodzone ucha występują z częstotliwością 1 : 20 000, 1 : 30 000 urodzeń i są wynikiem zaburzeń w procesie przekształcania się mezodermy I i II łuku skrzelowego, przy czym struktury ucha środkowego i zewnętrznego rozwijają się niezależnie od struktur ucha wewnętrznego [Makowski 1999]. Wśród tych wad można wyodrębnić kolejne stopnie zaburzeń – o mniejszej i większej złożoności. Wady z widocznym defektem są trudniejszym problemem psychologicznym dla rodziców dzieci i dla lekarzy. Postępy medycyny w ostatnich czasach stwarzają nowe możliwości ich leczenia, co zaczyna docierać do powszechnej świadomości społeczeństwa. Zasady postępowania z wadami wrodzonymi ucha opracowano w IFiPS i są one realizowane już od kilku lat. Kwalifikacja do leczenia została oparta na następujących kryteriach:

- a) wada jednostronna,
- b) drugie ucho w pełni wydolne słuchowo,
- c) brak uprzednio jakichkolwiek działań chirurgicznych,
- d) wiek chorego pozwalający na uzyskanie odpowiedniej ilości materiału do rekonstrukcji,
- e) pełna zgoda i akceptacja pacjenta lub opiekunów na rodzaj operacji i jej główne cele.

Na podstawie powyższych założeń zakwalifikowano do leczenia operacyjnego w latach 1999-2002 28 pacjentów z jednostronną mikrocją. Omawiana grupa spełniała w całości powyżej wyszczególnione kryteria.

I. MATERIAŁ I METODA

Materiał stanowiło 28 chorych z jednostronną mikrocją, wydolnym słuchowo drugim uchem, uprzednio nie leczonych, w wieku od 9 do 23 roku życia. Z grupy tej u 23 pacjentów zakończono leczenie, u pięciu wykonano pierwszy etap rekonstrukcji i oczekują oni na przeprowadzenie etapu drugiego.

Technika operacyjna wykonywanej rekonstrukcji oparta została na metodzie Nagaty i Brenta z własnymi modyfikacjami [Brent 1992; Nagata 1995; Skarżyński 1999; Żarowski 1999]. Metoda obejmuje dwa etapy, z możliwością wprowadzenia pewnych drobnych korekt w etapie trzecim. Korekty te polegają na poprawieniu ustawienia płatka lub innych niewielkich usprawnieniach.

Etap pierwszy polega na wytworzeniu szkieletu chrzęstnego ze wszystkimi elementami anatomicznymi charakterystycznymi małżowiny usznej. Wzorem jest prawidłowo wykształcona małżowina po stronie zdrowej. Materiał chrzęstny potrzebny do wytworzenia szkieletu pochodzi z chrzęstnej części łuku żebrowego oraz dodatkowo 11 żebra, pobranych przez drugi zespół operacyjny. Następnie przygotowywana jest łoża pod skórą w okolicy małżowiny. Wymaga to delikatnego i przemyślanego działania, takiego, aby implantowany szkielet był prawidłowo odżywiany i wgoił się prawidłowo. Stąd jednym z niezbędnych warunków jest brak blizn w okolicy implantowania szkieletu, bez zaburzeń w ukrwieniu. Istniejąca w tej okolicy chrząstka jest usuwana całkowicie. Wykorzystywane są natomiast takie elementy, jak płatek, nawet jeśli ich umiejscowienie nie jest zgodne z planowanym miejscem.

Drugi etap jest przeprowadzany minimum po 6 miesiącach. Zadaniem jego jest wytworzenie tylnej ściany małżowiny poprzez wytworzenie rowka zamałżowinowego. Jest to realizowane przez odcięcie tylnego brzegu i odstawienia małżowiny od czaszki. Brak skóry na tylnej powierzchni małżowiny uzupełniany jest wolnym przeszczepem skóry, pobranym z sąsiedztwa z owłosionej skóry głowy. Skóra ta ma odpowiedni wygląd, grubość i jest pobierana bez włosów.

II. WYNIKI

Na zoperowanych 28 pacjentów u 23 zakończono leczenie, u pozostałych pięciu wykonano pierwszy etap. Okres obserwacji wynosi od roku do 3 lat. Dobry wynik uzyskano u 22 pacjentów na 23, u których zakończono leczenie. Za dobry wynik uważano uzyskanie wygojenia małżowiny z cechami jej rzeźby anatomicznej i z możliwością założenia i noszenia okularów. Ważnym elementem oceny jest także akceptacja wyglądu małżowiny przez operowanego. W tej grupie 18 operowanych nie ma zastrzeżeń co do efektu i ocenia go jako satysfakcjonujący. U czterech pozostałych efekty są oceniane nieco gorzej ze względu na owłosienie

górnej połowy rekonstruowanej małżowiny. Spowodowane to zostało nisko przebiegającą linią włosów po tej stronie okolicy skroniowej. Problem rozwiąże na stałe wykonanie depilacji laserowej. U 23 pacjenta z tej grupy wynik jest niezadowolający ze względu na zniekształcenie górnego odcinka małżowiny, spowodowane martwicą szkieletu chrzęstnego, która wystąpiła po drugim etapie operacji. Konieczność usunięcia martwiczej chrząstki spowodowała ubytek małżowiny. U 5 pacjentów po wykonanym pierwszym etapie leczenia gojenie się małżowiny przebiega bez powikłań.

III. OMÓWIENIE

Istnieje szereg metod chirurgicznej rekonstrukcji małżowiny usznej. Metody wieloetapowe nie dają końcowych rezultatów, które można by było ocenić jako zadowalające i akceptowane dla pacjenta. Przewlekłość wieloetapowych zabiegów również zniechęca chorych do ich kontynuowania ze względu na trudne do oceny wyniki. Metoda zastosowana w naszej Klinice wydaje się spełniać oczekiwania. Rekonstrukcja według techniki Brenta [1992] i Nagaty [1995] jest uznawana w świecie jako najlepsza w chwili obecnej. Ma ona modyfikacje w zależności od doświadczeń poszczególnych autorów [Firmin 1998]. Dyskusje dotyczące szczegółów techniki chirurgicznej wynikają z liczby wykonanych operacji i uzyskiwanych wyników. Nasze doświadczenia są dość skromne, są jednak zdobyte w dość krótkim czasie. Obecne obserwacje wyników pozwalają na dokonanie oceny stosowanej metody. Uzyskane wyniki potwierdzają słuszność wybranego postępowania kwalifikacyjnego i techniki chirurgicznej. Potwierdzają również wcześniejsze obserwacje uzyskiwanych dobrych wyników [Skarżyński 1999].

IV. WNIOSKI

1. Akceptowanie uzyskanych wyników przez pacjentów świadczy o właściwie zastosowanej metodzie leczniczej.
2. Uzyskiwane wyniki są powtarzalne, co potwierdza metodę i jest niezwykle ważne w leczeniu wad wrodzonych.
3. Duże doświadczenie operującego zespołu operacyjnego pozwala na doskonalenie metody i uzyskiwanie lepszych efektów.
4. Zainteresowanie pacjentów i ich presja na wykonywanie tych operacji świadczą o akceptowaniu zastosowanej metody.

Bibliografia

- Brent B. [1992]. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts – two decades of experience with 600 cases. „Plastic and Reconstructive Surgery” 90 (3), 355-374.
- Firmin F., Scand J. [1998]. Ear reconstruction in cases of typical microtia: Personal experience based on 352 microtic ear corrections. „Plastic and Reconstructive Surgery” 32, 35-47.
- Makowski A. [1999]. Wady wrodzone ucha. „Otolaryngologia Polska” 53 supl. 30, 474-475.
- Nagata S. [1995]. Total auricular reconstruction with a three-dimensional costal cartilage framework. „Annales de Chirurgie Plastique et Esthetique” 40 (4), 371-398.
- Skarżyński H., Sommers Th., Żarowski A., Miszka K., Zawadzki R. [1999]. Technika chirurgicznej rekonstrukcji małżowiny usznej z chrząstki własnej pacjenta. „Otolaryngologia Polska” 53 supl. 30, 92-95.
- Stucker F. J., Sanders K. W. [2002]. A method to repair auricular defects after perichondrial cutaneous grafting. „The Laryngoscope” 112 (8 Pt 1), 1384-1386.
- Thorne C. H., Brecht L. E., Bradley J. P., Levine J. P., Hammerschlag P., Longaker M. T. [2001]. Auricular reconstruction: Indications for autogenous and prosthetic techniques. „Plastic and Reconstructive Surgery” 107 (5), 1241-1252.
- Żarowski A., Skarżyński H., Miszka K., Somers T. [1999]. Wady wrodzone ucha. Cztery opcje leczenia chirurgicznego znacznych malformacji małżowiny i ucha środkowego. „Otolaryngologia Polska” 53, supl. 30, 89-92.