

GENEL BİLGİ

Microtia (kulağın yokluğu veya çok küçük ve şeklinin düzgün olmaması) genellikle 5 yaşında başlanarak diğer kulağına benzeyen (hiçbir zaman aynı olamayan) bir kulak yapmak için 3-4 ameliyat gerektirir. Bu ameliyatların herhangi bir aşamasında sorun olursa ameliyat sayısı artar ve / veya ameliyat yönteminin değiştirilmesi gerekebilir. Bir ameliyatta kulağı tam oluşturma yöntemi var ise de başarı oranı daha düşük olduğu için çoğu plastik cerrah kullanmaz.

Ameliyat çocukluk çağında yapılır ise her aşaması genel anestezi altında, erişkinlerde yapılır ise bazı aşamaları lokal bazı aşamaları genel anestezi altında yapılması mümkün olabilir.

Bu ameliyat yapılacağı zaman ameliyat öncesinde 10 gün süreyle aspirin ve kan sulandırıcı maddeler kullanılmamalıdır. Ayrıca hastanın geçmişindeki önemli rahatsızlıklar ve sürekli kullandığı ilaçlar varsa mutlaka doktora bildirilmelidir.

İlk ameliyat genellikle şekli bozuk kıkırdığın çıkarılması, ikinci ameliyat kaburga kıkırdığından hazırlanan kıkırdak çatının kulak bölgesindeki deri altına yerleştirilmesi, üçüncü ameliyat bu kıkırdığın arkasına deri grefti konarak kulağın kaldırılması ve kulak memesinin yerine adapte edilmesi, dördüncü ameliyat revizyon (bazı düzeltmeler) için yapılır. Kulağın kıkırdak çatısı için hazırlanmış materyaller (implant) mevcut olduğu halde birçok plastik cerrah daha yorucu ve ihtimam gerektiren hastanın kendi kaburga kıkırdığını şekillendirmeyi tercih eder. Bazen birinci ameliyatta veya ikinci ameliyatta ekspander (doku genişletici) konarak bir veya iki ameliyat azaltılabilir. Bu ameliyatlarda oluşabilecek herhangi bir kanamayı dışarı boşaltmak için dren koymak gerekebilir. Doku genişletici konan hastalar bunu şişirtmek için genellikle 2-3 ay süre ile haftada 1-2 gün doktoruna gitmek zorunda kalırlar. Bu ameliyatlarda hem kulak bölgesinde hem de göğüs kafesi ön duvarında az veya çok ameliyat izleri oluşur.

İşlemlerden sonraki ilk iki hafta kulak üzerine yatılması istenmez. İkinci haftadan itibaren üzerine yumuşak bir yastıkla yatılabilir. Baş yaklaşık 30 derece kadar yüksekte olacak şekilde yastıklarla yükseltilmelidir.

İlk haftalarda dokuda bir miktar şişlik olağandır. Her geçen gün bunlar azalır. Birbirini izleyen haftalar içinde kulaktaki ödem azalır. Kıvrımlar daha iyi şekilde ortaya çıkar ve giderek son şeklini alır. İlk haftalarda travmadan, güneş ışığından, sauna ve solariumdan kaçınmak gerekir.

Bu ameliyatlar birkaç ay aralıklar ile yapılması gerektiği için bütün ameliyatların tamamlanması yaklaşık bir yılı bulur. Dış kulak yolunun yapılması genellikle işitmeyi arttırmaz. Ama gerekirse bu ameliyatlar tamamlandıktan sonra KBB uzmanı tarafından dış kulak yolu yapılır. Anestezi ve riskleri ile ilgili olarak "Anestezi hakkında" adlı bilgi formunu okuyun. Herhangi bir soru işaretiniz varsa, bunları anestezi uzmanı ile görüşün. Eğer size bilgi formu verilmediyse, bir adet isteyiniz.

İşlemden beklenen faydalar:

Hastaya kendi dokularından kulak kısmen de olsa oluşturulabilir.estetik açıdan olumlu sonuçlar olabilir.

İşlemin yapılmaması durumunda karşılaşılabilecek sorunlar:

Hasta görsel fonksiyonel olarak kulak kepçesine sahip değildir.estetik açıdan hasta için olumsuz sonuçlar yaratabilir.

Ameliyatın tahmini süresi: prosedür yaklaşık 3-4 saat sürmektedir.

Kullanılacak ilaçların Muhtemel İstenmeyen Etkileri ve Dikkat Edilecek Hususlar

Ameliyat sonrasında kullanılacak özelliikli ilaç yoktur. Antibiyotik ve ağrı kesici doktorunuz tarafından önerildiği şekilde kullanınız. **Kanama zamanını uzatan (kan sulandırıcı) ilaç kullanımı öykünüz varsa doktorunuza bilgi veriniz**

ANESTEZİYE AİT RİSKLER

1. Bazı akciğer alanları sönebilir ve buralarda enfeksiyon (mikrobik hastalıklar) oluşabilir. Bu durumda antibiyotikler ve fizyoterapi gerekebilir.
2. Bacaklarda ağrı ve şişmeye neden olan pıhtılar oluşabilir (derin ven trombozu- derin toplar damarın pıhtı ile tıkanması-DVT). Nadiren bu pıhtılardan bir kısmı koparak akciğerlerinize ve başka organlara gidebilir ve bu ölümcül olabilir.
3. Kalbe binen yük nedeniyle kalp krizi veya inme meydana gelebilir.
4. Uygulamaya bağlı olarak ölüm meydana gelebilir.
5. Şişman insanlarda akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer komplikasyonlarının (olumsuz sonuçlar) oranı fazladır.

6. Sigara içenlerde akciğer enfeksiyonu (mikrobik hastalıklar), tromboz, kalp ve akciğer ile ilgili komplikasyonlarının (olumsuz durum) oranı fazladır. Prosedürden 6 hafta önce sigarayı bırakmak riskin azalmasına yardımcı olabilir.

Diğer ameliyatlarda olduğu gibi kulak ameliyatları da belli riskleri taşır. Bunlar basit riskler olabildiği gibi ölümcül de olabilir.

CERRAHİ GİRİŞİME AİT RİSKLER ve AMELİYAT SONRASI DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR:

Ameliyata karar verirken aşağıda belirtilen riskleri iyce anlamamız önemlidir.

Ameliyattan sonra erken ve geç dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonlar şunlardır;

1- Pnomotoraks veya hemopnomotoraks: Kaburga kırıkdağının alınması esnasında pnomotoraks veya hemopnomotoraks gelişebilir. Bunların tedavisi plevra (göğüs kafesi) boşluğunun sualtı drenajıdır. Bu dren genellikle 3-7 gün kalır

2- Kanama: Titizlikle gerçekleştirilen kanama kontrolüne rağmen, bazen ameliyat sonrasında ameliyat bölgesinde bir sızıntı oluşabilir. Bu sızıntı çok hafif düzeyde kaldığı sürece bir şey yapmaya gerek yoktur.

3- Enfeksiyon: Hem ameliyat sırasında, hem ameliyat sonrasında koruyucu antibiyotik kullanımı ve ameliyatın titizlikle gerçekleştirilmesi, bu komplikasyonun görülme riskini oldukça sınırlar. Yine de ameliyat bölgesinde artan bir ağrı, kızarıklık, ateş yükselmesi gibi durumlarda hemen doktora haber verilmelidir.

4- Yara ayrışması: Erken dönemde alınacak bir travma ya da dikişlerin zorlanması yaranın açılmasına yol açabilir. Yara ayrışması sınırlı alanda ise pansumanlarla kapatılabilir. Ancak geniş bir alanda ise yeniden dikiş atılarak onarılması gerekebilir.

5- Uyuşukluk ve hassasiyet: Bu yapılan ameliyat tekniğinin detaylarına bağlı olarak bazen kısa bazen uzun sürede olabilir.

6- Yara izi: Kesilen her yerde yara izi olacaktır. Kaburganın alındığı yerde yaklaşık 5-6 cm uzunluğunda iz olur. Kulak arkasında deri grefti konan alanda da farklı renkte yama tarzında iz oluşur. Bu izler önceleri kırmızı renkte olup, zamanla pembeleşip solma gösterecektir. Solma süreci 6-24 ay sürebilir. Hastada anormal yara iyileşmesi varsa ya da ortaya çıkarsa, belirgin nedbe dokusu (hipertrofik skar / keloid) oluşabilir. Düzeltmek için ameliyat gerekebilir.ameliyat sonrası yara iyileşmesini bozması nedeniyle **sigara içilmemelidir**.

7- Cilt nekrozu: Nadiren görülür. Ameliyatın hangi aşamasında olursa olsun daima sorun yaratır ve istenen kulak şeklinin elde edilmesini engeller. Bazen tamamen başarısız olunmasına neden olabilir ve yöntemin değiştirilmesini gerektirebilir.

8- Şekil Bozukluğu: Diğer kulağın tam benzeri asla yapılamaz. Kulak bazen beklenen şekilde ve seviyede olmayabilir. Bunu düzeltmek için ek cerrahi gerekebilir.

9- Ağrı: Kaburga alınan bölgede ağrı oluşabilir. Genellikle ağrı kesiciler ile kontrol altına alınabilir

10- Memnuniyetsizlik: Kulağı yeniden oluşturmak plastik cerrahinin en zor ameliyatlarından biridir. Yapılan kulağın şeklinin ve seviyesinin diğer kulağı ile tam olarak aynı olmayacağını önceden bilmek memnuniyeti arttırabilir.

ALTERNATİF YÖNTEM:

Ameliyat dışında takma kulak uygulanabilir.

GERKEBİLECEK EK CERRAHİ İŞLEMLER

Erken dönemde ve geç dönemde ameliyat sonuçlarını etkileyebilecek farklı durumlar da söz konusudur. Bahsedilen risklerden başka risk ve komplikasyonlar (olumsuz sonuçlar) da görülebilmesine karşın, bunlar daha nadirdir. Komplikasyon gelişmesi halinde ek tedaviler veya cerrahi girişim gerekebilir. Tıp ve cerrahide kesinlik yoktur. İyi sonuçlar beklense de, elde edilebilecek sonuçlar hakkında hiçbir garanti veya teminat verilemez.

FİNANSAL SORUMLULUKLAR

Cerrahi masrafların hastane ve doktorunuzun ücretini kapsayıp kapsamadığını ve ödeme şeklini sorunuz. Bazı beklenmeyen durum ve tedaviler için gereken ek ödemeler ve ücretlerden sorumlu olacaksınız. Cerrahi komplikasyonlar (olumsuz sonuç) gelişmesi halinde ek masraflar oluşabilir. İkincil cerrahi veya düzeltme (revizyon) amaçlı cerrahilerle ilgili hastanede kalış ve ameliyat ücretleri de sizin sorumluluğunuzdadır.

AÇIKLAMA

Bilgilendirilmiş onam dokümanları, ilgili hastalık veya durumun cerrahi tedavisi hakkında bilgi vermek, riskler ve alternatif tedavi yöntemlerini açıklamak amaçlıdır. Bilgilendirilmiş onam süreci, çoğu hastanın çoğu durumda faydalanabileceği bir şekilde riskler hakkında bilgi vermeyi amaçlar. Bununla birlikte bilgilendirilmiş onam formlarının diğer bakım metodlarının ve risklerin tümünü kapsamaz. Plastik cerrahinin şahsınızın durumuna uygun biçimde ve tıbbi bilgi düzeyinize göre ek bilgi verebilir. Bilgilendirilmiş onam formları, tıbbi bakımın bir standardı olarak düzenlenmemiştir ve öyle kullanılamaz. Tıbbi bakımın standartları bireyin durumu ile ilgili bütün gerçekler temel alınarak belirlenir ve bilimsel gelişmeler doğrultusunda değişime açıktır.

Yukarıda belirtilen bilgileri dikkatlice okumanız ve bir sonraki sayfadaki onay formunu imzalamadan önce tüm sorularınızın cevaplanmış olması önemlidir

YENİDEN KULAK YAPMA AMELİYATI İÇİN ONAM FORMU

Bana mevcut durumum ve yapmayı planladığı cerrahi girişim hakkında ayrıntılı yazılı ve sözlü bilgi verdi. Doktorumla alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını ayrıntılı olarak tartıştım. Burada yazılı olmayan ancak doktorum tarafından anlatılan ek bilgilerin ve uyarıların talebim halinde tarafıma yazılı olarak verileceğini anladım. Bu ameliyatın genel ve bana özel olan tüm risklerini anlıyorum ve kabul ediyorum.

- Kesi hattının altında kan ya da sıvı toplanmasını önlemek için 1 veya 2 adet dren (silikon veya plastik ince tüpler) yerleştirileceğini ve bu drenlerden toplanan sıvı miktarına göre (ortalama 24-72 saatte) doktorumun uygun gördüğü zaman bu drenlerin çekileceğini biliyorum.
- Gerektiği takdirde bana kan verilmesini kabul ediyorum.
- Ameliyat sırasında hayatı tehdit edici bir durum ortaya çıkması halinde o an gerekli görülen tedavinin uygulanmasını kabul ediyorum.
- Ameliyat sırasında eğitim amaçlı fotoğraf ve video çekilmesini kabul ediyorum.
- Yüzümün görülmediği fotoğraf ve video görüntülerinin eğitim ve bilimsel amaçlı yayımlanmasını kabul ediyorum.
- Sigara kullanımının doku dolaşımını ve yara iyileşmesini olumsuz etkileyerek komplikasyon olasılığını ciddi oranda artırdığını biliyorum.
- Yapılacak cerrahi girişimin mevcut durumumu iyileştirme garantisinin olmadığını ve beklenmedik durumlarla karşılaşıldığında mevcut durumumdan daha kötü bir durumla sonuçlanabileceğini anlıyorum ve kabul ediyorum.

-
- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabileceği bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla “okudum, anladım ve kabul ediyorum” yazınız ve imzalayınız.

--

Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı :
Tarih-Saat : __/__/____/____
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben “Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin” içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat : __/__/____