

İLERİ DERECEDE BİR RİNOFİMA OLGUSU: VAKA TAKDİMİ

Hayati AKBAŞ, Ethem GÜNEREN, Lütfi EROĞLU, Ahmet DEMİR, Mustafa KESKİN, Ata UYSAL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

ÖZET

Burnun hem fonksiyonunu engelleyen hemde kozmetik deformiteye neden olan rinofima, burun cildinde bulunan sebese yapıların benign hipertrofisinden kaynaklanmaktadır. Etiolojisi bilinmeyen bu oluşumun tedavisi için farklı medikal ve cerrahi seçenekler tarif edilmiştir. Medikal tedavinin genelde yetersiz kaldığı rinofima olgularında cerrahi en çok tercih edilen yöntemdir. Kliğinimize başvuran 70 yaşındaki erkek hastadaki ileri derece yaygın tutulumlu rinofima için tutulan cilt dokusu ve sebese bezlerin tam tabaka eksizyonunu takiben tam tabaka cilt grefti ile rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiştir. Bu olgu sunumu ile birlikte rinofimanın patofizyolojisi ve farklı tedavi seçenekleri incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Rinofima, Tam Tabaka Cilt Grefti, Tam Tabaka Eksizyon

SUMMARY

A Severe Rhinophyma Case: Case Report

Rhinophyma is characterised by sebaceous hyperplasia of the nasal skin and adversely impacts both the appearance and the function of the nose. There are many medical and surgical treatment modalities for this benign disease of the nasal skin. Unsuccessful experiences with medical therapy leaves surgery as the mainstay in its management. A 70 year old man with severe rhinophyma was treated with total excision and reconstructed with full thickness skin graft. With this case report pathophysiology of the disease is reviewed and treatment options are discussed.

Key Words: Rhinophyma, Full Thickness Skin Graft, Full Thickness Excision

Rinofima burun cildinin sebese yapılarının benign hipertrofisi ile seyreden, yavaş ilerleyerek burnun hem fonksiyonunu hem de görünümünü bozan, etyolojisi bilinmeyen enflamatuvar hastalıktır. Kliğinimize ileri derecede bir rinofimalı burun şikayeti ile müracat eden hasta cerrahi olarak tedavi edilmiştir.

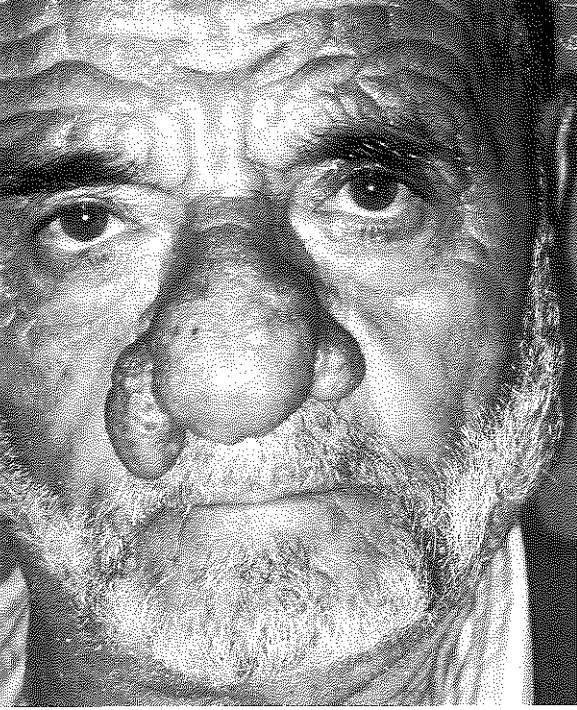
Bu çalışmada olgumuz sunulmuş ve bu vesileyle rinofimalı olgularda patofizyoloji ve tedavi seçenekleri gözden geçirilmiştir.

VAKA SUNUMU

Olgu 70 yaşında erkek hasta idi. Yaklaşık 30 yıl önce başlayan ve zamanla ilerleyen burun cildinde kalınlaşma kabalaşma şikayeti ortaya çıkmış. Bize müracat ettiğinde burun ileri derecede hipertrofik idi. Hipertrofik nasal kitle lobüle, üzeri telenjektazik, multipl sebese gland açıklıklarını içeren ve üzerine baskı yapıldığında seboreik akıntıyla karakterize olan bir cilt ile kaplı idi (Şekil 1). Her iki burun kanatlarından aşağıya doğru sarkan 2 adet büyük lobüler kitle mevcuttu ve bu durum hem oluşturduğu kitle etkisi nedeniyle her iki naresleri obstrükte ederek fonksiyonel probleme yol açıyordu hemde kozmetik açıdan çok sorunlu idi (Şekil 2). Olgu burnundan nefes almakta zaman zaman zorlandığını

ifade etmekteydi. Öyküden rinofima ile ilgili aile hikayesine rastlanmadı. Hasta 40 yıldır günde 1 paket sigara kullanıyordu fakat alkol kullanım öyküsü yoktu. Diğer fizik muayene ve laboratuvar bulguları normal tesbit edildi.

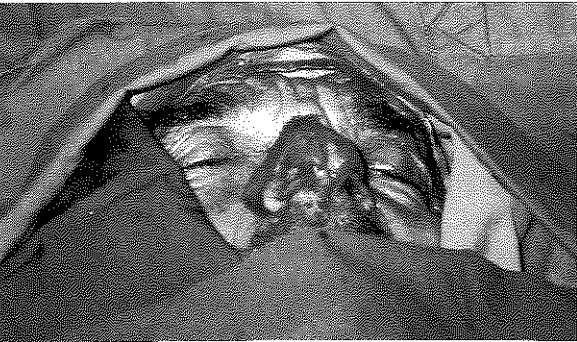
Olgu genel anestezi altında opere edilerek tüm hipertrofiye nasal yumuşak dokular total eksize edildi. Eksizyon sırasında nasal estetik ünitlerin blok olarak çıkarılmasına dikkat edildi (Şekil 3). Total eksizyon ile çıkarılan kitle spesmen olarak patolojiye gönderildi ve histopatolojik olarak değerlendirildi (Şekil 4 ve 5). Nasal kartilajlar üzerinde perikondriumlar intakt olacak şekilde korundu. Oluşan defekti kapatmak amacıyla inguinal bölgenin kılsız bölümünden tam tabaka cilt grefti tek parça olarak alındı. Alınan tam tabaka cilt grefti defektif nasal alana suture edilerek (Şekil 6) bohça pansuman uygulandı. Postoperatif 5. günde ilk pansuman değişikliği yapıldı ve herhangi bir greft kaybına rastlanmadı. Hastanın postoperatif 3 yıllık takibinde herhangi bir nüks ile karşılaşmadı. Sonuç hem estetik açıdan ve hemde fonksiyonel yönden tatmin edici idi (Şekil 7).



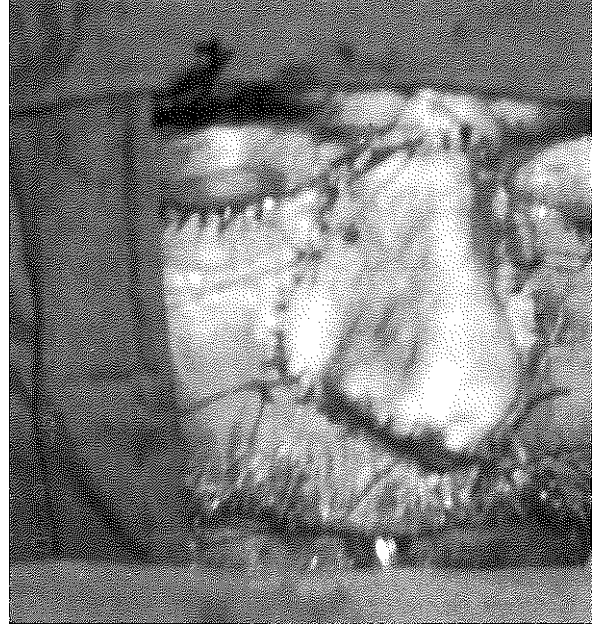
Şekil 1: Preoperatif karşıdan görünüm



Şekil 2: Preoperatif aşağıdan görünüm



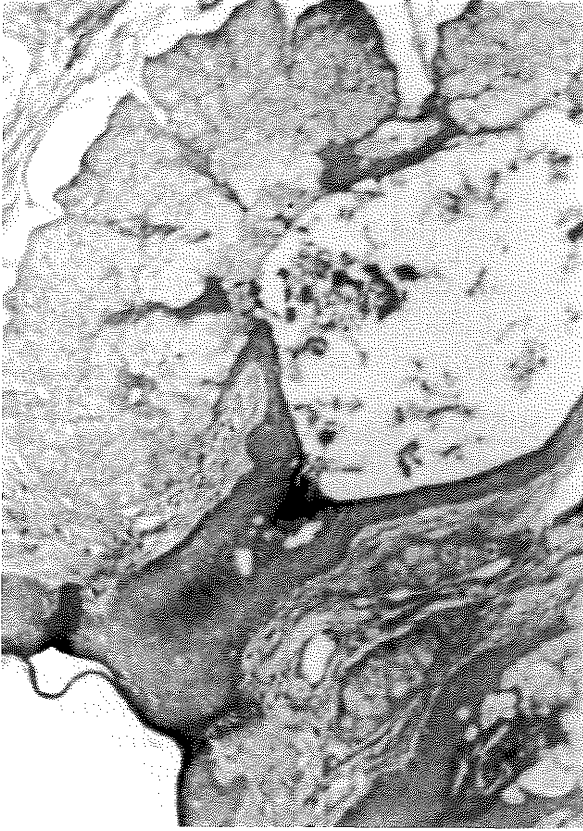
Şekil 3: İntraoperatif estetik ünitlere uygun total kitle eksizyonunun görünümü



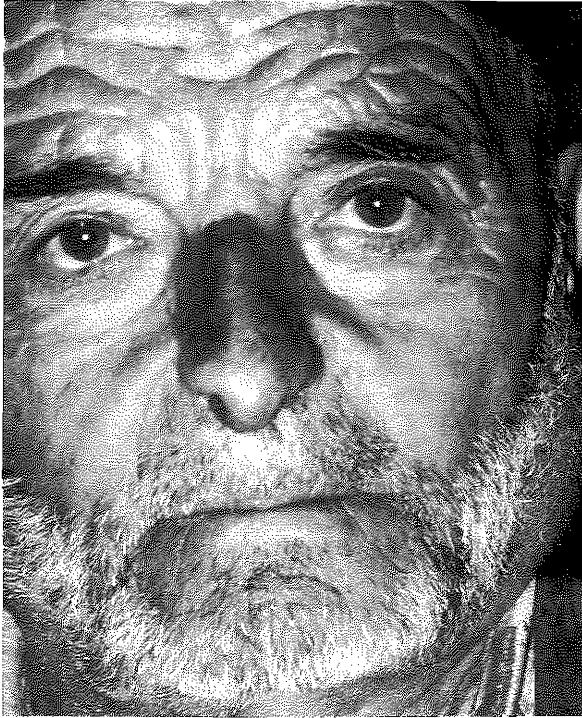
Şekil 4: Defektin tam kalınlıkta deri grefti ile kapatılması



Şekil 5: Hiperplastik sebase glandlar (HE x 200)



Şekil 6: Dilate kıl follikülü ve çevresinde gelişen proliferere sebase glandlar (HE x 200)



Şekil 7: Olgunun geç postoperatif karşıdan görünümü

TARTIŞMA

Hipokrat döneminden beri klinik olarak bilinen rinofima ilk kez 1845'de Hebra tarafından Yunanca burun anlamına gelen "rhis" ve büyüme anlamına gelen "phyma" kelimeleri kullanılarak tarif edilmiştir¹. Klinik tabloyu tanımlamak amacıyla burnun psödoelefantiasisi, kistadenofibroma, akne hipertrofik, viski burnu gibi 30'dan fazla terim kullanılmıştır².

Klinikte hiperplastik sebase bezleri içeren eritamöz ve telenjektazili cilde sahip burnun, özellikle alt yarısında bülböz ve nodüler büyüme şeklinde karşılaşılr. Subkutan dokunun ve sebase bezlerin hipertrofisi 10-15 yıllık bir dönemde meydana gelir. Kötü kokulu sebase akıntı ve debrisin dilate asiner duktuslarda birikip neden olduğu yüzeysel enfeksiyon karakteristiktir³.

Hastalar tipik olarak 60 yaş üstü beyaz erkeklerdir ve erkeklerde kadınlardan 12 kat daha sık karşılaşılr. Etiyolojide yetersiz bağırsak fonksiyonu, vitamin yetersizliği, hormonal bozukluklar, kötü cilt hijyeni ve alkol tüketiminin etken olabileceği öne sürülmüşse de kesin bir ilişki kurulamamıştır. Ayrıca bir parazit olan Demodex folliculorum'un etken olduğu kronik enfeksiyonun etiolojide önemli olduğu öne sürülmüştür⁴.

Mikroskopik kesitlerde, hiperemik değişikliklerle başlayan enflamatuar tablo, sebase bezlerin bariz hipertrofisi ve hiperplazisi karakteristiktir ve ilaveten dermiste fibrovasküler proliferasyon ve epitelde akantosis görülür. Glandlar bariz büyük ve duktuslar sebun, keratotik debris ve bakteri ile dilatidir. Nasal kartilajlar zayıflamıştır. Pu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada vücutta dermal proliferasyon üzerinde en etkili faktör olarak bilinen "Transforming Growth Faktör Beta-2 (TGF-β2)"nin ve reseptör sayısının rinofima dokusunda normal dokulara göre çok arttığı gösterilmiştir. Bu durum fibrogenesisin rinofima patogenezisinde önemli olduğunu göstermektedir⁵.

Rinofimanın malign dejenerasyonu nadirdir. Rinofima zemininde gelişen çok az sayıda bazal hücreli karsinomali olgular bildirilmiştir. Ayrıca çok nadir olarak yassı hücreli karsinoma, anjiosarkoma ve lenfositik lenfoma da literatürde bildirilmiştir⁶.

Tarihsel olarak rinofimanın tedavisinde farklı metodlar geliştirilmiştir. 1920'lerde rinofimanın tedavisi için radyoterapi kullanımı popüler idi. Her ne kadar erken dönemde sebase bezlerde küçülme elde edilmişse de uzun dönemde radyasyona bağlı gelişen maligniteler yüzünden 1940'larda kullanımından vazgeçilmiştir¹. Günümüzde rinofimalı hastaların konservatif tedavi yaklaşımları arasında cilt hijyenine dikkat edilmesi, düzenli temizlik yapılması ve baharatlı yiyecekler ile kafeinli ve alkollü içeceklerden kaçınılması sayılabilir. Rinofimanın erken dönemlerinde topikal isotretinoinin uygulanmasının sebase bezlerin küçülmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Eğer püstül oluşumu gözlenirse oral tetrasiklin kullanımı önerilmiştir⁷.

Rinofima tedavisinde en sık kullanılan yöntem cerrahidir. Cerrahi eksizyon bir kısım cilt eklerini koruyarak kısmi (tanjansiyel eksizyon) ya da tutulan cildin tümü (komplet eksizyon) çıkarılarak yapılır.

Cilt ve hipertrofik cilt eklerin tanjansiyel eksizyonu rinofima tedavisi için en çok kullanılan yöntemdir. 1864' de tanjansiyel eksizyonu tarif eden Stromyer reepitelizasyon için sebace bezlerin eklerini koruyarak kısmi kalınlıkta eksizyon önermiştir. Eksizyon sırasında kıkırdakların distorsiyonunu ve kurummasını engellemek için perikondriyumunu korumaya dikkat etmek gerekir. Farklı tanjansiyel eksizyon yöntemleri tanımlanmış bunlar bazen tek başına bazen de kombinasyonlar halinde kullanılmıştır. Kriyocerrahi, argon lazer, CO₂ lazer, Nd YAG lazer, elektrokoter, dermabrasyon, ultraşonic scalpel ve basit cerrahi eksizyon uygulanan yöntemlerdir ve hiç birinin diğerine karşı üstünlüğü gösterilememiştir⁸. Tanjansiyel eksizyon sonrası topikal antibiyotikli pomat ile günde 2-3 kere yapılan yara kapatılması sekonder epitelizasyonu artırmakta ve yarası korumaktadır. Yeterli deri eki bırakıldığı takdirde ve enfeksiyon engellendiği durumda sekonder epitelizasyon 2 ila 4 hafta içerisinde gerçekleşir. Tanjansiyel eksizyon derinliğine karar verilirken çok dikkatli olunmalıdır. Hipertrofik sebace bezlerin aşırı eksizyonu iyileşmeyi geciktirir, ağrıya neden olur ve skar oluşumuna neden olarak burunda deformite oluşmasına neden olur. Yetersiz eksizyon nükse neden olurken hiç sebace cilt ekinin korunmaması skara ve burun deformitesine neden olacaktır. İleri derecede olmayan rinofima olguları eğer burun derisi kabul edilebilir bir görünümüne sahipse subkütan rezeksiyon yaparak tedavi edilebilir. Benzer olgularda kullanılabilecek diğer basit bir method dekortikasyon yada traşlama yöntemidir ki bunlarda iyileşme spontan reepitelizasyonla gerçekleşir⁹.

Özellikle son 15 yıldır rinofima tedavisinde CO₂ lazer kullanılması önerilmektedir. Bu teknik de odaklanmış, 1mm nokta büyüklüğünde, lazer ışını ile eksizyon gerçekleştirilmektedir. Bu yöntemi savunanlar intraoperatif kanamanın az olması ve postoperatif ağrının en aza indirilmiş olmasının bu yöntemin en önemli iki avantajı olduğunu ileri sürmektedir¹⁰. Argon ve Nd YAG lazer diğer kullanılabilecek lazer çeşitleridir¹¹. Lazer uygun bir tedavi seçeneği olarak seçilmiş olgularada kullanılabilir fakat deneyimli eleman ve ekipman gerektirmesi, belli merkezlerin dışında bu imkanların bulunmaması, klasik cerrahlere göre pahalı bir yöntem olması ve ayrıca bilinen genel lazer komplikasyonlarının (skar oluşumu ve pigmentasyon bozukluğu gibi) karşılaşılabilebilir olması dezavantajlar olarak sayılabilir.

1851'de von Langenbeck'in önerdiği tüm dorsal derinin tam tabaka eksizyonu diğer bir tedavi seçeneğidir. Tam tabaka eksizyon sonrası cilt örtüsünün tekrar sağlanması için tam tabaka cilt grefti ile örtülmesi gerekir. Bu yöntem ile sağlanan cilt örtüsünün renk

uyunu kısmi kalınlıkta eksizyon sonrası gelişen sekonder epitelizasyon ile sağlanandan daha iyi olabilir. Aşırı derecede tam tabaka eksizyon gerçekleştirilen vakalarda nazolabial ve alın flepleri gibi lokal cilt flapleri gerekebilir. Kartilaj eksizyonu gerçekleştirilmiş vakalarda ise nasal septumdan yada kulak kepçesinden alınan kıkırdak greftleri ile cilt fleplerin kombine kullanılması gerekebilir. Tam tabaka eksizyon sonrası nüks ise çok nadirdir. Özellikle ileri rinofima olgularında, tam tabaka eksizyon, hem kozmetik açısından hemde nüks açısından daha iyi sonuç verebilen bir yöntem olduğundan, öncelikle tercih edilebilir.

SONUÇ

Rinofima; burunda hem kozmetik hem de fonksiyonel rahatsızlığa neden olan ve uygun bir yöntem ile tedavisi başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilen burun derisinin benign bir hastalığıdır. Burun tümünü tutmuş ve ileri dönemdeki rinofima vakamızda tam tabaka eksizyon ve tam tabaka cilt grefti ile estetik ünitelere dikkat edilerek gerçekleştirdiğimiz rekonstrüksiyon ile burunda herhangi bir distorsiyona neden olmaksızın etraf yüz derisi ile de uyumlu olan normal cilt örtüsü elde ettik. Sonuç hasta ve bizim acımızdan tatmin edici idi.

Dr. Hayati AKBAS

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Kurupelit, SAMSUN

KAYNAKLAR

1. Barton FE Jr. Ve Byrd HS. Acquired Deformities of the Nose. McCarthy JG, Plastic Surgery, W.B: Saunders Company, Cilt 3 :1987, 1990.
2. Oduo BL, Oduo ER. Rhinophyma. Am J Surg, 102:3, 1961.
3. Calle SC, Nickerson R, Evans JT. Rhinophyma. Otolaryngol Head Neck Surg. 110:253 1993.
4. Wiemer R. Rhinophyma. Clinics in Plastic Surgery. 14: 357, 1987.
5. Pu LL, Smith PD, Payne WG et al. Overexpression of Transforming Growth Factor Beta-2 and Its Receptor in Rhinophyma: An Alternative Mechanism of Pathobiology. Ann Plast Surg . 45:515, 2000.
6. Plenk HP. Rhinophyma, Associated with Carcinoma, Treated Successfully with Radiation. Plast Reconstr Surg. 95: 559, 1995.
7. Goldstein JA, Comite H, Mescon H, Pochi PE. Isoretinoin in the treatment of acne: histologic changes, sebum production and clinical observations. Arch Dermatol. 118:555, 1982.
8. Amedee RG, Rotman MH.. Methods and Complications of Rhinophyma Excision. Laryngoscope. 97:1316, 1987.
9. Barutcu A, Atabey A, Güneş AH. A case of severe rhinophyma (gigantic rhinophyma). Eur J Plast Surg, 13:86,1990.
10. Simo R, Sharma VL. Treatment of rhinophyma with carbon dioxide laser. J Laryngol Otol. 110:841, 1996.
11. Stucker FJ, Hoasjoe DK, Aarstand RF. Rhinophyma:A New Approach to Hemostasis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 102:925, 1993.