

ISIRILMA SONUCU OLUŞMUŞ SUBTOTAL BURUN AMPUTASYON DEFECTİNİN REKONSTRÜKSİYONU: OLGU SUNUMU

Burun, belirgin ve çıkıntılı bir organ olması nedeniyle yüz bölgesinin en önemli estetik ünitelerinden biridir. Bu nedenle burun bölgesi travmaları sonucu oluşan görüntü bozukluğu hasta için önemli psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır¹. Bu yazıda, merkep ısırması sonucu subtotal burun amputasyonu olmuş ve ameliyat sonrasında tatminkar fonksiyonel ve kozmetik sonuç elde ettiğimiz bir hasta sunulmuştur.

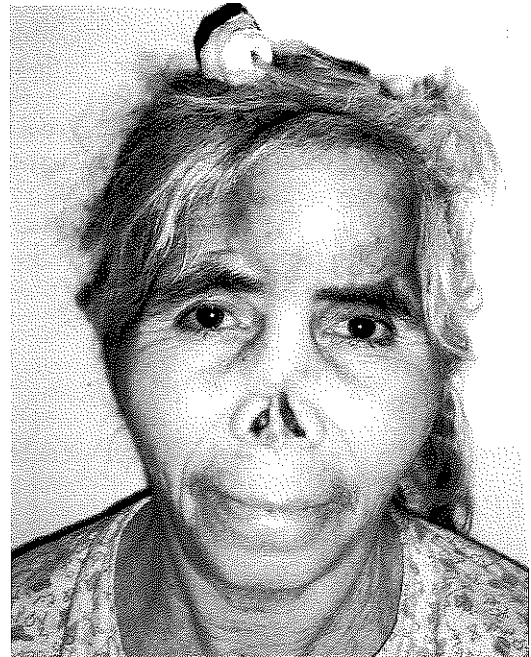
Subtotal burun amputasyonu nedeniyle kliniğimize başvuran 64 yaşındaki bayan hastanın yapılan muayenesinde; üst lateral kırıkdağın kaudal 2/3'ü, alar kırıkdağların lateral bacağına küçük bir kısmı hariç tamamı ve nazal septumun 1/2 ön kısmıyla birlikte tüm burun ucu ampute olmuştu (Şekil 1). Amputatin çok travmatize olması nedeniyle replantasyon denenmedi. Hastaya alın flebi ile burun rekonstrüksiyonu yapılması planlandı. Ancak hastanın alın vertikal yüksekliğinin kısa olması nedeniyle frontal bölgeye 200 cc lik rectangular doku genişletici yerleştirildi. Bu ameliyattan 6 hafta sonra yeterli ekspansiyon sağlandı (Şekil 2). İkinci seans ameliyatta 3 katlı burun rekonstrüksiyonu yapıldı. Nazal iç dökeme için üst dudakın gingivobukkal bölgesinden 1.5 cm eninde ve 4 cm boyunda bilateral medial bazlı mukozal flepler kaldırıldı ve bu flepler alar taban içinden açılan tünelden burun boşluğuna transpoze edildi. Fleplerin donör alanı primer olarak kapatıldı. Burunun

iskelet desteği kostal kırıkdağtan hazırlanan "L-strut" greftle sağlandı. Cilt rekonstrüksiyonu ise ekspande edilen alın derisinden hazırlanan "gull-wing" (martı kanadı) fleple yapıldı. Bu flebin donör alanı primer olarak kapatıldı. Ameliyattan 3 hafta sonra "gull-wing" flebin ve iç dökemede kullanılan bukkal mukozal fleplerinin pedikülleri kesilerek ayrıldı. Hastanın 6 ay sonra yapılan kontrolünde, burunda fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatminkar bir sonuç elde edildiği gözlemlendi (Şekil 3).

Burunun komplike defektleri iç dökeme, iskelet desteği ve cilt onarımı olmak üzere 3 kat halinde rekonstrüksiyon gerektiren defektlerdir². Eğer mümkünse her üç tabakanın onarımı aynı seansta yapılmalıdır. Böylece uniform iyileşme ve maksimum bükülgenlik sağlanabilir³. İç dökemede kullandığımız oral mukozal flebinin dezavantajı, ağız ve burun boşlukları arasında geçici bir süre fistül oluşmasıdır.



Şekil 1: Eşek ısırması sonucu subtotal burun amputasyonu oluşan 64 yaşındaki bayan hastanın travma sonrası yüzünün önden ve yandan görünümü.



Şekil 2: Alın derisi 200 CC doku genişletici ile genişletildikten sonra hastanın yüz bölgesinin görünümü.



Şekil 3: Ameliyattan 6 ay sonra hastanın yüzünün önden ve yandan görünümü

Ancak hastaların çoğunda bu fistül bir enfeksiyon odağı yapmaz ve asemptomatiktir^{2,4,5}. Diğer bir iç-döşeme seçeneği olan “nazolabial turnover flep” kitlenli bir flep olması nedeniyle hava yolunu tıkayabileceği için hastamızda tercih edilmemiştir⁶⁻⁸. Burun iskelet desteği sağlanması için hastamızda, aurikular kıkırdak greftine göre daha sağlam bir iskelet desteği sağlaması ve daha kolay şekil verilebilmesi gibi nedenlerle kostal kıkırdak grefti tercih edildi⁹. İskelet desteği için diğer bir seçenek olan septal flep, hastamızda geride kalan septumun yetersiz olması nedeniyle tercih edilmedi^{3,7}. Vertikal alın yüksekliği az olan hastalarda “gull-wing” flep burun ucu rekonstrüksiyonu için kısa kalabilir. Eğer alın derisi önceden genişletilirse tüm burun ucu, vestibül ve kolumellaya yetecek kadar doku sağlanabilir ayrıca alın flebinin donör alanı primer kapatılarak morbiditeside belirgin olarak azaltılabilir^{10,11}. Sunduğumuz hastada da hem flep uzunluğunu arttırmak, hem primer kapanmayı sağlamak, hem de burun ucu için daha ince bir cilt dokusu elde etmek amacıyla doku genişletici kullanılarak alın cildi ekpanse edildi ve daha sonra hazırlanan “gull-wing” flep cilt rekonstrüksiyonu için kullanıldı.

Sonuç olarak, bu hastada burun rekonstrüksiyonu için yukarıda tanımlanan yöntemin kullanılması ile hem

kozmetik hemde fonksiyonel açıdan tatminkar bir sonuç elde edilmiştir.

Dr. Akın DEMİRALAY, Dr. A. Cemal AYGIT
Başkent Üniversitesi
Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı,
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne

KAYNAKLAR

1. Di Benedetto G, Pierangeli M, Fairley J: Nasal reconstruction following human bite avulsion. *Plast Reconstr Surg* 103: 1799; 1999.
2. Soutar DS, Elliot D, Rao GSS: Buccal mucosal flaps in nasal reconstruction. *Br J Plast Surg*. 43: 612; 1990.
3. Rohrich JR, Barton FE, Hollier L: Nasal reconstruction. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM (Eds.). *Grabb and Smith's plastic surgery*. 5th ed. Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers, 513-528; 1997.
4. Perçin AK, Koçer U: Lateral nazal lining için yanak mukozu flebi. *Türk Plast Cer Derg*. 2: 112; 1996.
5. Mavili ME, Akyürek M: Congenital isolated absence of the nasal columella: Reconstruction with an internal nasal vestibular skin flap and bilateral labial mucosa flap. *Plast Reconstr Surg*. 106: 393; 2000.
6. Jackson IT: Nose reconstruction. In: Jackson IT (Ed.). *Local flaps in head and neck reconstruction*. St Louis: The C.V. Mosby Company, Ch 4, 87-188, 1985.
7. Barton EF, Byrd SH: Acquired deformities of the nose. In: Mc Carthy JG, May JW, Litter JW. (Eds.) *Plastic surgery*. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders Co., Ch.37, 1924-2008; 1990.
8. Kroll SS: Nasal alar reconstruction using the nasolabial turnover flap. *Laryngoscope*. 101: 1127; 1991.
9. Gunter JP, Clark CP, Friedman RM: Internal stabilisation of autogenous rib cartilage grafts in rhinoplasty: A Barrier to cartilage warping. *Plast Reconstr Surg*. 100: 161; 1997.
10. Mutaf M, Ustuner ET, Celebioğlu S, Koçer U, Şensöz Ö: Tissue expansion-assisted prefabrication of the forehead flap for nasal reconstruction. *Ann Plast Surg*. 34: 478; 1995.
11. Apesos J, Rofsky HJ: The expanded forehead flap for nasal reconstruction. *Ann Plast Surg*. 30: 411; 1993.

TAM KALINLIKTAKI SKALP YARASININ DERİ GREFTİ İLE KAPATILMASI

Sayın Editör,

Skalp dokusu, insan vücudunda saç follikülleri taşıyan ve sadece kafatası üzerine yerleşmiş, benzeri olmayan bir anatomik yapıdır. Deri, deri altı dokusu, galea aponevrotika, gevşek areolar doku ve periostun dıştan içe bir araya gelmesi ile oluşmuştur¹. Periost

üzerindeki, gevşek areolar doku tabakası nedeniyle, skalp esnek ve kısmen hareketli olma özelliği kazanır. Travmalarda, özellikle avulziyonlarda, gevşek areolar doku tabakası üzerindeki skalp dokusu zedelenir ya da kopar^{1,2}. Çoğu olguda periost sağlam kalır. Ancak bazı travmalar ve cerrahi müdahaleler sonrasında periost ile