

SEPTORİNOPLASTİDE TESPİTSİZ EKSTRAKORPOREAL SEPTOPLASTİ

A. Cemal AYGIT, Erol BENLİER, Hüsamettin TOP, Sedat BAŞ

Trakya Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne

ÖZET

Ağır septum deviyasyonu olan olgularda, septum kırıkdağının burun dışına alınıp şekillendirildiği ve geri iade edildiği yöntem, ekstrakorporeal septoplasti olarak bilinir.

Deforme septal kırıkdağın düzeltiminde var olan dörtgen şeklin ve boyutlarının korunması şartıyla, kırıkdağın yerine iade edilmesi sırasında, sabit arka ve alt kemik yapılarına dayandırılmasının tespitini gerekliliğini kaldıracağı ve doğal bir şekillenme olacağı düşüncesiyle bu çalışmayı planladık. Kliniğimizde Ocak-1997 ile Kasım-2003 yılları arasında, eksternal nasal deformitesi gözlenen septumu çeşitli ağırlıklarda deviyeye 46 olguya kapalı ve açık yöntemle ekstrakorporeal septoplasti yapıldı. Olguların 32'si kadın 14'ü erkekti. Olguların yaşları 16 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 27 olarak saptandı. Rutin rinoplasti işlemleri tüm hastalara uygulandı.

Hastaların ameliyat sonrası takiplerinde, mukozal fleplerde ödem her zaman mevcut olmasına karşın hematom saptanmadı. Septal perforasyon ve abse formasyonu hiçbir hastada gözlenmedi. Tüm hastalarda hava yolu açıklığı sağlandı. Minimal burun sırtı düzensizliği saptanan bir olgu lokal anestezi altında eksize edilerek düzeltildi. İki olguda hafif septal deviyasyon saptandı, ancak müdahale gerektirmedi. Takip süresi en kısa 6 ay, en uzun 7 yıldır. Ortalama takip süresi 3 yıldır.

Kemik septum eksizyonu gerekmeyen ağır septum deformitesi olgularında, boyutları korunan septum kırıkdağının yerine iadesi sırasında tespit yapılmamasını, sonucu olumsuz yönde etkilemediği ve doğal bir görünüm elde edilebileceği sonucuna vardık.

Anahtar Kelimeler: Ekstrakorporeal septoplasti, rinoplasti

GİRİŞ

Burun septum yapısının bozularak orta hattan kayması, solunum sorunu oluşturduğu gibi bazı durumlarda dışarıdan farkedilen asimetriye de yol açabilir. Septumun deviyeye olduğu durumlarda deviyasyon derecesi hafif deformasyondan (tek düzlemde-C şekli) orta ve ağır deformasyonlara (iki düzlemde S şekli veya yapısal malforme) kadar çeşitlilik gösterir¹.

SUMMARY

Extracorporeal Septoplasty Without Fixation of the Septal Cartilage Graft

Extracorporeal septoplasty is a radical solution for serious deviation of septal cartilage that is known by many rhinoplastic surgeons. The major problems associated with this procedure is fixation of the septal cartilage graft. We believe that as excessive deviated septal cartilage is corrected without reducing original size, it could replace without anchoring suture.

In 46 nasal surgeries, extracorporeal septoplasty has been performed. In this technique septum was totally removed, corrected outside, and replaced as a free quadrangular shaped cartilage graft. Additional rhinoplastic manipulations were also performed. The mean of follow-up period was three years. The overall results was successful in all patients except one which was dorsal irregularities is reoperated under local anesthesia at first year. Mild septal deviation was observed in two patients which was not need reoperation.

We conclude that septal cartilage graft could be replaced without anchoring suture in state of avoiding overresection of bony septal structures.

Key Words: Extracorporeal septoplasty, rhinoplasty

Septum kırıkdağında olan hafif deviyasyonlar için submuköz rezeksiyon, skorlama, destek graft, sütürlü düzeltme yöntemleri kullanılır¹⁻³. Ağır deformasyon ve eksternal nazal deviyasyon varlığında çatı greftleri, kamufraj grefti, asimetrik nazal osteotomi kullanılan yöntemler arasındadır¹.

Ağır septum deviyasyonu olan olgularda, septum kırıkdağının burun dışına alınıp şekillendirildiği ve geri iade edildiği yöntem ekstrakorporeal septoplasti olarak

adlandırılır^{4,8}. Kıkırdak parçaların yeniden düzeltilerek geri konulduğu yöntemlerde anterior nasal spina ,medial cruslar⁴ ve üst lateral kıkırdaklar arasında^{2,8} dikişle tespit gerekliliği yazarlar tarafından vurgulanmıştır. Kapalı rinoplastiyle tespitin zor olduğu durumlarda ise açık rinoplasti bir avantaj olarak uygulanmıştır⁸.

Biz burada kapalı rinoplasti yöntemiyle ekstrakorporeal septoplasti uygulaması sırasında , tespit dikişi uygulamadığımız 46 olguyu, septum deviyasyonu düzeltimi ve nüks oranları açısından gözden geçirdik.

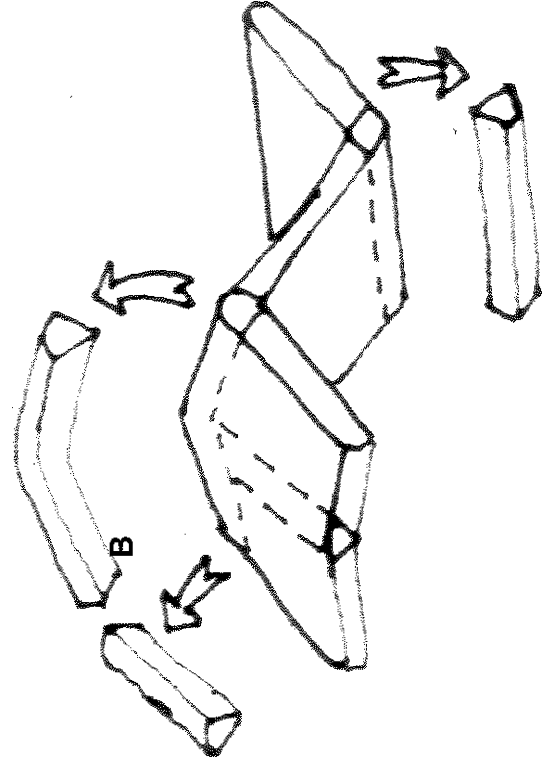
GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak-1997 ile Kasım-2003 yılları arasında kliniğimizde eksternal nazal deformitesi olan, septumu çeşitli ağırlıklarda deviyeye 46 olguya ekstrakorporeal septoplasti yapıldı. Açık rinoplasti tekniği 8 olguda kullanılırken , 38 olguya kapalı septorinoplasti uygulandı. Burun giriş açıklığı septumun dışarı alınmasına izin vermeyecek darlıktaki olgular ve septum eğrilik derecesi aşırı olgularda açık septorinoplasti endikasyonu konuldu. Olguların 32 si kadın 14 ü erkekti. Olguların yaşları 16 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama yaş 27 idi.

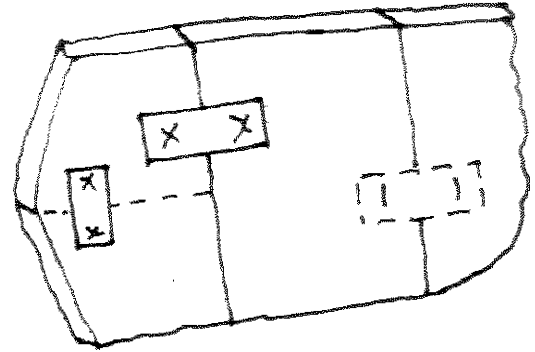
CERRAHİ YÖNTEM

Tüm hastalara genel anestezi altında insizyon hatlarına ve septum mukozasına 1/100000 çözültide adrenalin %2 lidocaine solüsyonu verilerek başlandı. Kapalı septorinoplasti “delivery” tekniğine uygun yapılarak ; septum, mukoperikondriyal fleplerin kaldırılması sonrası kemik septumdan ayrılarak burun dışına alındı. Açık rinoplasti tekniğinde ise medial kruslar arası bağlar kesilerek kaudal septuma , üst lateral kıkırdakların mukoperikondriyal flepleri kaldırılarak dorsal septuma ulaşıldı. Septal kıkırdak, kemik septumdan disseke edilerek burun dışına alındı. Dışarı alınan septal kıkırdığın dışbükey bükülme yerlerinden üçgen prizmalar çıkarıldı (Şekil 1) ve kalan kıkırdak parçaları 4/0 ve 5/0 yuvarlak uçlu iğnesi olan prolen sütür kullanılarak birleştirildi . Septal kıkırdak düz bir yüzeye yatırılarak deviyasyon düzeltimi kontrol edildi. Septal kıkırdığın düz olduğuna kanaat getirildiğinde çıkarılan kıkırdak parçaları birleşme hatlarına destek grefti olarak yerleştirildi (Şekil 2). Tüm olgularda septum kıkırdığının son halinin, orjinal dörtgen yapı ve boyutuna yakın olmasına özen gösterildi. Maksiller kret üzerindeki düzensizlikler traşlanarak düz bir zemin elde edildikten sonra, septal kıkırdak dikişle tespit edilmeksizin anatomik yerine iade edildi.

Diğer rutin rinoplasti işlemleri tüm hastalara uygulandı. Burun içi tamponlar 48-72 saat sonra çıkarıldı. Nasal splint 7-10 gün süreli uygulandı.



Şekil 1: Dikey ve yatay düzlemlerde eğilmiş septal kıkırdaktan üçgen prizma eksizyonları



Şekil 2: Kıkırdak greftlerle desteklenerek düzeltilmiş septal kıkırdak görülmekte

OLGU SUNUMU

Olgu 1 : Nefes alamama yakınması ile başvuran 22 yaşındaki bayan olgunun ameliyat öncesi değerlendirilmesinde, eksternal nazal deviyasyon minimal olmasına karşın (Şekil. 3 A-D), septumda S şeklinde orta ağırlıkta deformasyon görüldü. Yukarıda tarif edilen şekilde kapalı ekstrakorporeal septoplasti ve rutin

rinoplasti yöntemi uygulanan hastanın ameliyat sonrası dönemde nefes alma sorunu kalmadığı saptandı. Estetik açıdan görünüm tatmin ediciydi (Şekil 4 A-D).

Olgu 2 : Çocuk yaşta geçirdiği burun travmaları sonrası travmaları sonrası nefes alma sorunu olan, 24 yaşındaki erkek hastanın, ameliyat öncesi fotoğraflarında asimetri ve "supratip" bölgesinde çöküklüğü görülmekte (Şekil 5 A-D). Septumun muayenesinde ağır deviyasyon ve malformasyon saptandı. Ekstrakorporeal septoplasti uygulanan hastanın ameliyat sonrası nefes alma yakınması kalmadı. Ameliyat sonrası 18. ayda çekilen kontrol fotoğraflarında (Şekil 6 A-D), sağ ve sol yan görünüşler arasındaki asimetrinin düzeldiği görülmektedir. Septal kırıkdağın düzeltimi sonrası, kırıkdağ greftlerle desteklenerek "supratip" bölgesindeki mevcut çöküklüğü giderildi. Estetik görünüm açısından sonuç oldukça memnun ediciydi.

SONUÇLAR

Hastaların ameliyat sonrası takiplerinde, mukozal fleplerde ödem her zaman mevcut olmasına karşın,

hematom saptanmadı. Septal perforasyon ve abse formasyonu hiçbir hastada gözlenmedi. Minimal burun sırtı düzensizliği saptanan bir olgu, ameliyattan 1 sene sonra lokal anestezi altında reopere edildi. İki hastada hafif derecede septal deviyasyon tespit edildi. Ancak hastalar bu deviyasyon nedeniyle herhangi bir müdahale istemediler.

Takip süresi en kısa 6 ay, en uzun 7 yıldır. Ortalama takip süresi 3 yıldır. Tüm hastalarda hava yolu açıklığı sağlandı.

TARTIŞMA

Fetal dönemde pozisyona bağlı bilinmeyen veya ekstra uterin hayattaki bilinen travmalarla burun travmaya açık bir organdır¹. Nazal kemiğe kapalı düzeltme, septal hematoma boşaltılması ve nazal atel uygulaması bilinen akut dönem uygulamalarıdır. Travma ile kemik ve kırıkdağ septum hasarı varlığında akut dönemde veya ödemler çözüldükten sonra tam ekspozyon ve septorinoplasti geçerli olan yöntemdir.



Şekil 3: 22 yaşındaki bayan hastanın ameliyat öncesi ön A: sağ yan B: sol yan C: ve alttan D: fotoğrafları görülmekte olup eksternal deviyasyon minimal düzeydeydi. Septal kırıkdağ S şeklinde deformasyon mevcuttu.



Şekil 4: Ekstrakorporeal septoplasti yapılan hastanın ameliyat sonrası 1.sene görüntülerinde ön **A:** sağ yan **B:** sol yan **C:** ve alttan **D:** tatmin edici sonuç görülmekte.

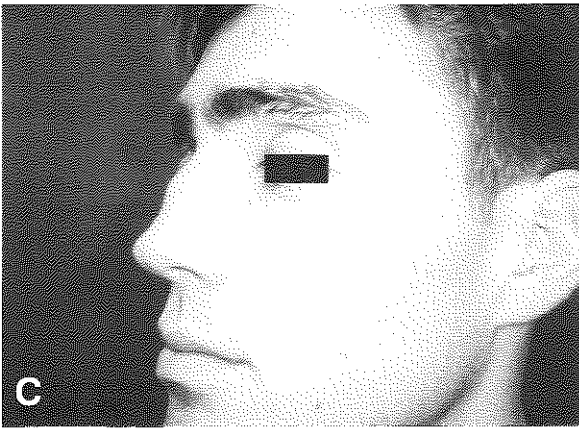
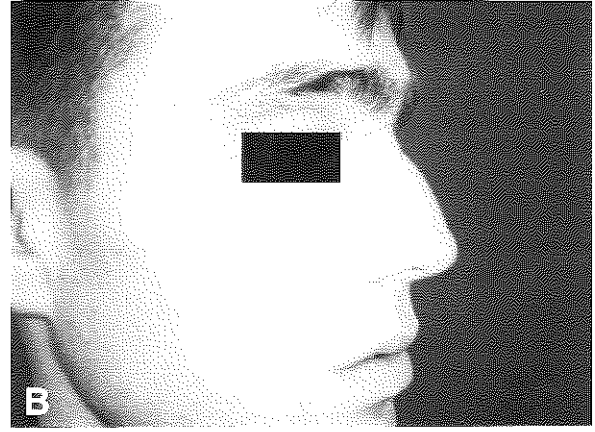
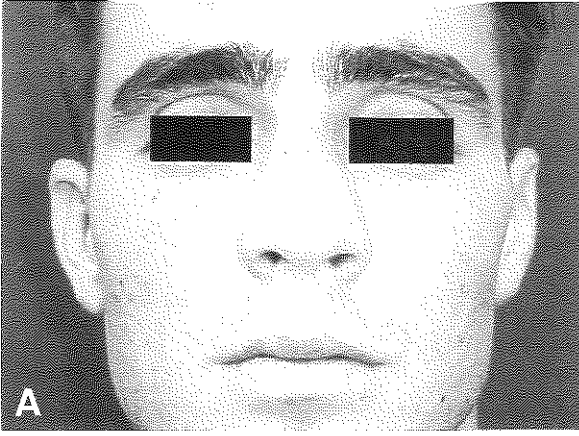
Kıkırdak yapının direk travma etkisiyle hasar görmesi ve/veya gözden kaçırılmış septal hematomun iyileşmesi sırasında oluşan şekil bozuklukları , nefes alma işlevini bozduğu kadar , % 70 sıklıkta, dışarıdan görülen asimetri yaratarak estetik görünümü bozar¹.

Septal kıkırdağın submuköz rezeksiyonu uzun yıllar boyunca tek tedavi seçeneği olarak kullanılmıştır¹. Septal kıkırdak rezeksiyonunun inspirasyon sırasında olması gereken septum direncini azalttığı saptandıktan sonra rezeksiyon miktarı azaltılmaya ve çıkarılan kıkırdak parçalar olduğu gibi veya ezilerek submuköz cebe iade edilmeye başlandı². Septum kıkırdağının tek planda C şeklindeki deviasyonu durumunda , kıkırdak ile perikondrium ilişkisi anlaşıldıktan sonra, içbükey tarafa tam kat olmayan çizikler (scoring) yöntemi etkili şekilde kullanılmıştır¹⁻³. Ancak, akut dönemde deformitenin düzeldiği görülmesine rağmen , kıkırdağın nedbe dokusuyla zayıflaması nedeniyle deviasyonun nüksü gibi beklenmeyen sonuçlar bildirildi^{1,3}. Bu nedenle kıkırdak destek greftleri⁴, skorlama ile beraber veya tek başına uygulanmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir.

Tarif edilen bu yöntemler orta ve ağır deviasyon gösteren (S tarzında deviasyon gösteren ve/veya malforme kıkırdak) septal deviasyon olgularında kabul edilemez başarısızlık oranları gösterdiler².

Bu olgularda septumun dışarı çıkarılarak düzeltilmesi ve yerine iadesi (ekstrakorporeal septoplasti) uygulanmaya başlandı^{2,4-5}. İlk uygulamalarda dörtgen yapının sağlam olan yerinden "L" tarzında şekillendirilen septal kıkırdakla düzeltme yapıldı⁵. Ancak septum orta alanında kalan kıkırdaksız mukoza fleplerinin hava akımına yeterince etkili direnç gösteremediği anlaşıldıktan sonra septum total olarak geri yerleştirilmeye başlandı². Septumun bütün olarak korunamadığı durumlarda artan kıkırdak parçalar ezilerek mukoperikondriyal flepler arasına yerleştirildi². Biz de bu serideki tüm olgularda nazal septumu tamamen çıkararak dışarıda şekillendirdik. Ayrıca nazal septumu stabilizasyon sağlamak amacıyla bir bütün olarak yeniden şekillendirmeye özen gösterdik.

Düzeltilen kıkırdağın yerine iadesi sırasında ilk uygulamalarda medial cruslar arasına ve anterior nazal

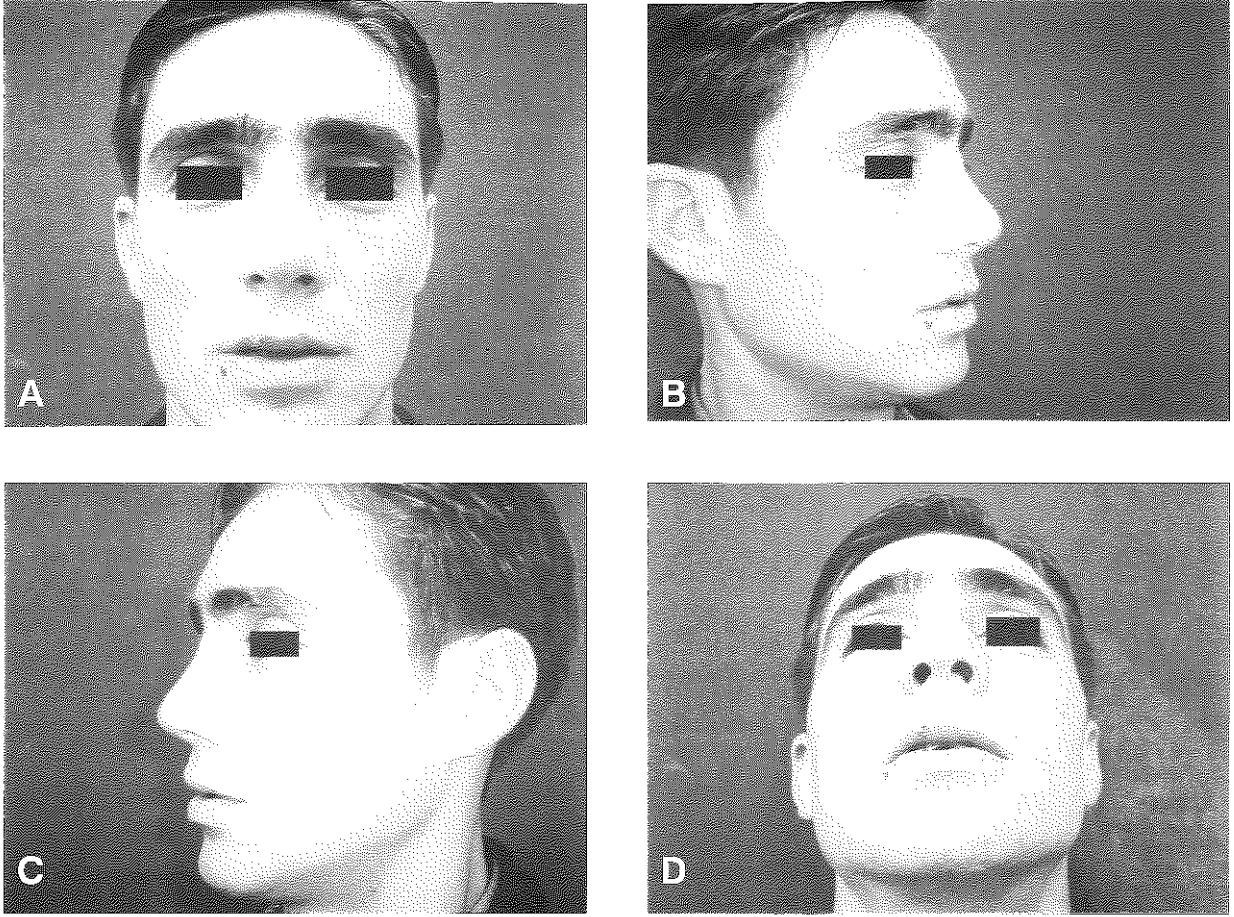


Şekil 5: 24 yaşındaki erkek hastanın ameliyat öncesi ön **A:** sağ yan **B:** sol yan **C:** ve alttan **D:** fotoğrafları görülmektedir. Ön ve alt fotoğraflarda burun orta kısmında sola doğru eksternal deformite görülmektedir. Sağ yan fotoğrafta deformite minimum olmasına rağmen sol yan fotoğrafta supratip çöküklüğü belirgin olarak gözükmemektedir. Septum ağır deviyeye ve malformeydi.

spinaya dikilmesi önerilmiştir⁴. Şenyuva ve arkadaşları⁸ burun ekspozisyonunun daha kolay olduğu açık rinoplasti yöntemiyle, tespitin daha etkili yapılabileceğini vurguladılar. Bu çalışmada, septal kırık ile üst lateral kırıklar arasında "U" tarzında dikiş konularak, sağlam tespit yapılabildiği ve nüksün daha etkili şekilde önlenildiği bildirilmiştir. Açık rinoplasti cerrahların eğitiminde ilk zamanlarda kolaylık sağlayabilir, ancak bu yöntem ekspozisyonu kolaylaştırırken nedbe formasyonunu artırır ve uzun süreli burun ucu ödemi gibi dezavantajlar gösterir. Ayrıca kolumellar insizyon ile devamlılığı bozulan dorsal cilt ameliyat anında yapılan işlemlerin burun dışına yansımaları engellemektedir. Bu durum ameliyat sırasında karar vermeyi engellediği için genellikle ameliyat öncesi planın aynen uygulamasını gerektirir ve bu da bazen kapalı rinoplastide, deformiteler ameliyat sırasında farkedilip düzeltilebilirken açık rinoplastide bir dezavantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Biz tekniğimizde, nazal septum stabilizasyonunu sağlamak

amacıyla tespit sütürü koymadığımız için olgularımızda kapalı teknik uygulayabildik. Böylece açık septorinoplastinin dezavantajları ile karşılaşmamış olduk.

Kapalı rinoplasti, ameliyat esnasında daha kontrollü profil değişimine imkan verir. Burun disseksiyonu esnasında, ektramukozal disseksiyonun titiz yapılması ve makoperikondriyel fleplere özen gösterilmesinin önemi vurgulanmıştır^{1,2}. Ekstrakorporeal septoplasti uygulamasında, ciddi kemik septum deformitesi yoksa, disseksiyon kırık kemik septum sınırını aşmamalıdır. Gereksiz şekilde aşırı rezeksiyonun, tecrübe arttıkça azaldığı genel kanı olarak haklıdır. Disseksiyonun sınırlı tutulması, yerine iade edilen septal kırıkdağın yer değiştirmesini önlemek ve tespitin gerekliliğini ortadan kaldırmak açısından önemlidir. Bir diğer önemli nokta, septal kırıkdağın orijinal boyutuna yakın dörtgen yapısının korunmasıdır. Özellikle dörtgen kırıkdağın kraniyal (etmoid kemikle birleştiği dikey kenar) ve kaudal (medial cruslar arasında ki dikey kenar) dikey



Şekil 6: Ekstrakorporal septoplasti sonrası 18.ay kontrol fotoğraflarında, ön **A:** sağ yan **B:** sol yan **C:** ve alttan **D:** deformitenin düzeldiği ve simetrisinin sağlandığı görülmektedir.

hatlarının yüksekliği korunmalıdır. Superiorda etmoid kemiğe, tabanda posteriorda maksiler kret ve anteriorda anterior nazal spinaya dayanan septal kıkırdak 3 noktadan hareketsiz bırakılmış olur. Üç noktada sabitlenen septal kıkırdağa ayrıca tespit sütürü konulmasının gerekli olmadığı düşüncesindeyiz. Ancak disseksiyonun geniş olduğu ve kemik rezeksiyon yapılması zorunlu olgularda, tespitin gerekli olduğuna biz de katılıyoruz. Tespit sütürlerinin konulmasında uygun materyal ve tecrübe çok önemlidir. Bu tip rezeksiyon gerektiren olgular bu çalışmanın dışında tutulmuştur.

Biz sınırlı disseksiyon ile çıkarılan septal kıkırdağın, orjinal yapısına en yakın şekli alması için çaba sarfedilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Septum kıkırdağının boyut kaybına uğratılmadığı durumda, tespit dikişi kullanılmamasının deviyasyon nüksünü artırmadığı, estetik sonucu olumsuz yönde etkilemediği sonucuna vardık.

Dr. A. Cemal AYGIT
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD
EDİRNE

KAYNAKLAR

1. Mc Carthy JG, Wood-Smith D. Rhinoplasty. Plastic Surgery . Ed. Mc Carthy JG. Philadelphia, WB Saunders, 1785-1894, 1990
2. Rees TD . Correction of the deviated nose. Aesthetic Plastic Surgery. Ed. Rees TD. LaTrenta G. 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 293-334,1994
3. Newman MH. Surgery of the nasal septum. Clin Plast Surg 23:271-279, 1996
4. Gubisch W. The extracorporeal septum plasty: A technique to correct difficult nasal deformities. Plast Reconstr Surg 95:672-682, 1995
5. Vilar- Sancho B. Rhinoseptoplasty. Aesth Plast Surg 8:61-65,1984
6. Jugo SB. Total septal reconstruction through decortication (external) approach in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 113:173-178,1987

7. Jugo S. Surgical atlas of external rhinoplasty decortication approach, Kentucky, Churchill Livingstone, 60-84, 1995
8. Şenyuva C, Yücel A, Aydın Y, Okur İ, Güzel Z. Extracorporeal septoplasty combined with open rhinoplasty. *Acsth Plast Surg.* 21:233-239, 1997
9. Sheen JH. *Acsthetic Rhinoplasty*, 2nd. Ed. St.Louis, Mosby, 898-919,1998.