KBB ve BBC Dergisi 24 (2):52-5, 2016

İleri Yaş Hastalarda Paramedian Alın Flebi ile Burun Rekonstrüksiyonu

Paramedian Forehead Flap with Reconstruction of the Nose in Elderly Patients

Dr. İsrafil ORHAN,[1] Dr. Selman SARICA,[1] Dr. Nagihan BİLAL,[1] Dr. Mücahit ALTINIŞIK[2]

[1] Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD, Kahramanmaraş
[2] Ereğli Devlet Hastanesi, Konya

ÖZET

Cilt kanserleri yüzde en sık burun ve perinazal bölgede görülmektedir. Bu tümörlerin rezeksiyonu sonrasında geniş defektler oluşabilmektedir.Bu bölgenin rekonstrüksiyonu, bu bölgenin estetik ve fonksiyonel öneminden dolayı iyi bir planlama gerektirir. Bu bölge kanserlerinin tedavisi komorbid durumların eşlik ettiği yaşlı hastalarda zordur. Burun rekonstrüksiyonu için paramedian alın flepleri başarıyla kullanılmıştır. Alın flepleri, zengin vaskülaritesi, burun cildine benzerliği ve büyük defektlerin onarılmasına imkan vermesi avantajlarıyla burun rekonstrüksiyonunda iyi bir seçenektir. Yazımızda, bazal hücreli karsinom eksizyonu sonrasında oluşan defektin paramedian alın flebiyle rekonstrüksiyonu yapılan iki olgu sunulmuştur. İleri yaş hastalarda bu uygulamanın endikasyonları ve avantajları tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler
İleri yaş; alın flebi; rekonstrüksiyon; kanser; burun

ABSTRACT

Skin cancers are seen most commonly on nose and perinasal area on the face. Large skin defects maybe occur after resection of these tumors. Recontruction of this area requires a good planning because of the aesthetic and functional importance of this area. This area cancers are difficult to treat with the addition of the co-morbid conditions in elderly patients. The paramedian forehead flaps have been successfully used for nasal reconstruction. Forehead flaps are a good option with the rich vascularity, the similarity to the skin of the nose and advantage of allowing the repair of large defect in the nasal reconstruction. In our article, two case of the nasal defect recontruction with paramedian forehead flaps following basal cell carcinoma excision presented. Indications and advantages of this procedure are discussed in elderly patients.

Keywords
Elderly; forehead flap; reconstruction; cancer; nose

Bu çalışma, 37. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi (28 Ekim-1 Kasım 2015, Antalya)'nde poster sunumu olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **13.02.2016** Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **01.06.2016**

≈

Yazışma Adresi
Dr. Mücahit ALTINIŞIK
Ereğli Devlet Hastanesi, Konya, Türkiye
e-posta: mucahit_altinisik@msn.com

GİRİŞ

Melanom dışı cilt kanserleri özellikle skuamöz hücreli kanser ve bazal hücreli kanser dünya genelinde en sık görülen kanserlerdir. Cilt kanseri insidansı iyonize radyasyon ve ultraviyole ile direkt ilişkilidir. Özellikle son üç dekadda insidans üç katına çıkmaktadır.[1] Ultraviyole maruziyetinin yüz bölgesinde fazla olması sonucu cilt kanserleri en sık yüzde karşımıza çıkmaktadır.[2] Burun kendine has cilt ve cilt altı dokusu, iç kısmı döşeyen mukoza, kemik ve kartilaj destei ile kompleks bir yapıya sahiptir. Burun ve çevre dokularının rekonstrüksiyonu estetik ve fonksiyon açısından önemlidir. Cilt ve cilt altı rekontrüksiyonu amacıyla küçük defektler için lokal nazal flepler ve nazolabial flepler kullanılırken daha büyük defektler için median/paramedian alın flepleri veya serbest flepler kullanılmaktadır.[3] Alın flepleri geniş burun defektlerin rekontrüksiyonu için oldukça başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. İleri yaşlı hastalarda komorbid durumların varlığı ve genel durum düşüklüğü gibi nedenlerle rekontrüksiyon en kısa sürede yapılmalıdır. Yapılan onarım hem fonksiyonel hem de estetik olarak kabul edilebilir olmalıdır. Bu yazımızda paramedian alın flebi ile burun rekonstrüksiyonu yapılan bilgilendirilmiş onamı alınan iki olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta iki yıldır burunda geçmeyen yara şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın bir yıl önce kulak bölgesinden skuamöz hücreli kanser nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Tip 2 diyabet hastası olup başka bir ek hastalığı yoktu. Yapılan muayenede nazal tip bölgesinden kaynaklanan, kolumella, membranöz septum ve sol alt lateral kartilajı tutan, nazal dorsuma uzanan yaklaşık 3x4 cm boyutunda ülsere, sınırları düzensiz kitle izlendi (Resim 1a). Lezyondan alınan insizyonel biyopsi bazal hücreli karsinom olarak raporlandı.

Hastaya lokal anestezi altında yeterli emniyet marjı bırakılarak burundan bazal hücreli karsinom eksizyonu ve alar bölge kolumella rekonstrüksiyonu amacıyla septoplasti yapıldı. Kıkırdak invazyonu ve diğer cerrahi sınırlar için gönderilen frozen sonuçlarında patoloji tespit edilmedi. Septumdan alınan kıkırdaklar sol alar kıkırdak rekonstrüksiyonunda kullanıldı. Oluşan yaklaşık 4x5 cm boyutundaki defekt paramedian alın flebi ile onarıldı. Sağ troklear arter flebin beslenmesi için korundu. Donör saha primer olarak kapatıldı. Ameliyattan sonraki üçüncü hafta flebin pedikülü kesildi. Hastanın 16. ay takibinde fonksiyonel ve estetik açıdan herhangi bir problemi izlenmedi (Resim 1b).

OLGU 2

95 yaşında bayan hasta altı yıldır burunda iyileşmeyen yara şikayetiyle kliniğimize kabul edildi. Fizik muayenede nazal lobulü tutan, kolumellaya kısmen uzanan yaklaşık 4x5 cm boyutunda ülserovejetan kitle olduğu görüldü (Resim 2a). Hastanın hikayesinde serebrovasküler hastalık ve kardiak ritim bozukluğu olduğu öğrenildi. Lezyondan gönderilen biyopsinin sonucu bazal hücreli kanser olarak geldi. Lokal anestezi altında yeterli sağlam doku ile tümör rezeke edildi. Operasyon sırasında septuma ve alar kartilajlara invazyon olmadığı görüldü. Frozen için gönderilen cerrahi sınır-

Resim 1. Operasyon öncesi ve sonrası.

Resim 2. Operasyon öncesi ve sonrası.

lar tümör negatif olarak raporlandı. Burun 1/3 kaudal kısmında oluşan doku defekti paramedian alın flebi ile rekonstrükte edildi. Verici saha primer olarak kapatıldı. Operasyon sonrası üçüncü hafta flebin pedikülü kesildi. Flebin beslenmesiyle ilgilli bir problem yaşanmadı. Hastanın ondört aylık takibi süresince herhangi bir sorunla karşılaşılmadı (Resim 2b).

Cerrahi Teknik

Cerrahi öncesi her iki hastanın tümör tipi insizyonel biyopsi ile belirlendi. Lokal anestezi altında tümör dokusu 5 mm sağlam doku ile en blok eksize edildi. Beş cerrahi sınırdan (4 yüzeyel, 1 derin) kontrol biyopsiler gönderildi. Oluşan defekti kapatabilecek büyüklük ve uzunlukta paramedian alın flebi şablonu alında orta hattın 0,5-1 cm lateralinde planlandı. Flep kraniyal uçtan subgaleal planda eleve edildi. Flep pedikülü 1-1,5 cm genişlikte oluşturuldu. Flebin distal kısmı defekt alanına uyacak şekilde inceltildi. Hazırlanan flep defekt alanına minimal gerginlikle yerleştirildi. Donör alanda oluşan defekt subgaleal planda yapılan elevasyon ile primer olarak kapatıldı. Flep pedikülü postoperatif üçüncü haftada lokal anestezi altında ayrıldı. İlk olarak proksimal taraf ayrıldı ve kanama kontrolü sağlandı. Sonrasında diğer uç ayrıldı ve fonksiyonel ve estetik açıdan uygun şekilde restore edildi.

TARTIŞMA

Burun bölgesi rekontrüksiyonunda amaç fonksiyonel ve estetik olarak kabul edilebilir bir onarım sağlamaktır. Oluşan defektin primer kapama ile onarılamadığı durumlarda lokal flepler uygun bir tercihtir.[4] Lokal fleplerin kullanımı, cerrahi müdahalenin tek seansta yapılmasına izin verirken defekt alanına en uygun özellikte doku ile rekonstruksiyonuna imkan sağlamaktadır. Bu nedenle lokal fleplerin burun ve perinazal bölgenin rekonstrüksiyonu için uygun bir seçenek olduğu akılda tutulmalıdır. Lokal flepler arasında nazolabial flepler, servikofasyal flepler, yanak ilerletme flepleri, kondromukozal flepler ve ada rotasyon flepleri bulunmaktadır.[5] Daha büyük defektlerin rekonrüksiyonu için lokal flepler yetersiz kalmaktadır bu durumda lokal fleplerle kombine veya izole alın fleplerine gerek duyulmaktadır.[5]

Burun kaudal kısımda bulunup 2 cm den büyük ve derinliği kartlaja kadar ulaşan ve aşan defektlerin kapatılmasında orta hat alın flepleri kullanılmaktadır. Flebin kanlanması dominant olarak supratroklear arterden olmaktadır.[6] Supratroklear arter oftalmik arterin uç dalıdır. *Musculus corrugator süpercilii* süperfisialinde, orbikülaris oküli derininde orbitayı terk eder. Sonrasında frontalis kası üzerinde, orta hattın 1,5-2,5 cm lateralinde seyreder.[7] Supraorbital arter dallar1, dorsal nazal arterler ve angüler arterden gelen zengin bir kollateral a1na sahiptir.[8] Millard günümüz modern alın flebini uygulamış ve tek taraflı supratroklear arterin flebi besleyebildiğini göstermiştir.[9] Millard bu yöntemle insizyonun orbital ridge inferioruna kadar ulaşabileceğini bu sayede daha uzun bir flep oluşturulabileceğini belirtmiştir.[9,10] İşlem öncesi doppler inceleme ile arterin lokalizasyonunun saptanmasıyla flebin pedikülünün l cm'ye kadar inceltilebileceği böylelikle uygulanabilirliğinin artacağı belirtilmiştir.[7,9]

Klasik alın flebi iki aşamalı yapılmaktadır. Birinci aşamada flep supraperiostal kaldırılır ve flebin distal uç kısmı defekte uygun bir kalınlık elde edinceye kadar cilt ve cilt altı korunarak inceltilir.[10] Donör saha subgaleal planda laterale doğru serbestleştirilerek primer olarak kapatılır. Primer olarak kapatılamayan donör alan için martı kanadı şekinde planlama veya "T" şeklinde onarım yapılabilmektedir.[11] Primer kapama ile donör sahada küçük bir açıklık kalmışsa sekonder iyileşmeye bırakılabilir. Bu yöntemle de kapanmayan büyük defektler için kısmi veya tam kat deri greftleri kullanılabilir.[12] İkinci aşama 3-4 hafta sonra flep pedikülü kesilerek gerçekleştirilir.

Bir çok komorbid problemi olan yaşlı hastalarda nazal defektlerin rekonstrüksiyonu hayatı tehdit eden bir durum olabilmektedir. Litaratürde alın flepleri lokal anestezi altında güvenli bir şekilde uygulanmıştır. Fakat bu uygulamaya karar verirken hastanın istek ve mental durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus veya antikoagulan kullanımı gibi durumlar flep kaybına neden olabilir. Kanama, enfeksiyon, belirgin skar oluşumu ve alar kompresyon gibi diğer komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. İleri yaş iki vakamızda burundan tümör rezeksiyonu sonrası oluşan defekt lokal anestezi altında paramedian alın flebi ile başarılı bir şekilde onarıldı.

Toplumun yaş ortalamasının artmasıyla birlikte yüzde ve burunda cilt tümörlerine sık rastlanmaktadır.[1] Yaşla beraber ek problemlerin ve komorbid durumların artmasına rağmen kompleks bir yapıya sahip burnun rekontrüksiyonu, fonksiyonel ve estetik açıdan uygun şekilde yapılmalıdır. Alın flepleri zengin kanlanması, renk ve doku uyumu, geniş defektlerin hızlı bir şekilde onarımı, donör sahanın primer olarak kapatılabilmesi ve başarılı sonuçları ile güvenli bir seçenektir.[9,13] Paramedian alın flebinin en belirgin dezavantajı multiple basamaklı bir uygulama olmasıdır. Bir diğer dezavantajı ise donör alanın primer kapatılamadığı durumlarda ek cerrahi işlemler gerektirmesidir.

Paramedian alın fleplerinin geniş burun defektlerinin rekonstrüksiyonunda yüksek yaşayabilirlik oranları bildirilmiştir.[13] Bu teknik doğru bir şekilde planlandığı zaman büyük nazal defektler iyi kozmetik ve fonksiyonel sonuçlarla birlikte ileri yaş hastalarda restore edilebilir. Ancak alın flebinin planlaması dikkatlice yapılmalı ve cerrahi prosedürün avantaj ve dezavantajları hasta ile tartışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Breitbart E W, Waldmann A, Nolte S, Capellaro M, Greinert R, Volkmer B, et al. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. J Am Acad Dermatol 2012; 66(2): 201-11.
2. Diffey B, Tate T, Davis A. Solar dosimetry of the face: the relationship of natural ultraviolet radiation exposure to basal cell carcinoma localisation. Phys Med Biol 1979; 24(5): 931.
3. Barton F E. Acquired deformities of the nose. Plastic surgery 1990; 3: 1924-2008.
4. Price D L, Sherris D A. Bartley G B, Garrity J A. Forehead flap periorbital reconstruction. Arch Facial Plast Surg 2004; 6(4): 222-7.
5. Egemen O, Öztürk M B, Özkaya Ö, Üsçetin İ, Akan M. İleri yaşlı hastalarda onkolojik rezeksiyon sonrası burun ve çevresinin alın flebi ile onarımı. Turk Plast Surg 2013; 21(1): 1-7.
6. Skaria A M. The median forehead flap reviewed: a histologic study on vascular anatomy. Eur Arch Otorhinolaryngol 2015; 272(5): 1231-7.
7. Shumrick K A, Smith T L. The anatomic basis for the design of forehead flaps in nasal reconstruction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 118(4): 373-9.
8. Mıllard D R Jr. Reconstructive rhinoplasty for the lower two-thirds of the nose. Plast Reconstr Surg 1976; 57(6): 722-8.
9. Millard D R Jr. Total reconstructive rhinoplasty and a missing link. Plast Reconstr Surg 1966; 37(3): 167-83.
10. Millard D R Jr. Aesthetic reconstructive rhinoplasty. Clin Plast Surg 1981; 8(2): 169-75.
11. Boyd C M, Baker S R, Fader D J, Wang T S, Johnson T M. The forehead flap for nasal reconstruction. Arch Dermatol 2000; 136(11): 1365-70.
12. McGregor J C, McLean N R. Reconstruction of a large nasal defect using a bilobed forehead flap. Ann Plast Surg 1982; 9(5): 419-24.
13. Smith V and Walton S. Treatment of facial Basal cell carcinoma: a review. J Skin Cancer 2011; 2011: 380371.