

BURUN DEFEKTLERİNDE REKONSTRUKSİYON

THE RECONSTRUCTION OF NASAL DEFECTS

Dr. Mehmet Turanlı*

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1 : 20-22

ÖZET: Özellikle kanserli dokunun rezeksiyonundan sonra burunda geniş defektler kalabilmektedir. Bu defektlerin estetik ve fonksiyonu sağlayacak şekilde kapatılabilmesi sorun olabilir.

Biz bu çalışmamızda Ankara Onkoloji Hastanesinde Ağustos 1991 - Şubat 1993 tarihleri arasında 5 alın yan, 11 alın orta hat, 33 nazolabial, 6 bilobe, 7 glabeller rotasyon, 10 yanak yanaştırma flebi uyguladığımız 72 hastamızı sunduk. Uyguladığımız bu yöntemleri birbirleriyle kıyasladık. Hastalarımızın yalnızca üçüncü hematom birinde enfeksiyon görüldü. Burunun uç kısmında oluşan geniş defektler için alın yan ve skalp fleplerinin, burun kökü çevresinde oluşan geniş defektlerde alın orta hat fleplerinin uygun olacağı kanısına vardık. Daha küçük boyutlu defektlerde ise nazolabial ve diğer flep yöntemlerinin uygulanabileceğini tespit ettik.

Anahtar Sözcükler: Burun, Defekt, Rekonstruksiyon.

SUMMARY: Large defects of the nose are seen after resection of the malignant tissue. The functional and aesthetic closure of these defects may present problem.

72 cases were treated in Ankara Oncology Hospital between August 1991 and February 1993. 5 lateral forehead, 11 median forehead, 33 nasolabial, 6bilobed, 7 glabellar rotation and 10 advanced cheek flaps were used, which were compared with each other.

Large defects of the tip of the nose are best treated with lateral forehead and scalp flaps, while those in the radix of the nose are treated with median forehead flaps. Lesser defects are treated either with nasolabial and other flaps.

Key Words : Nose, Defect, Reconstruction

GİRİŞ :

Burun derisinin maling tümörlerine sık olarak rastlanmaktadır. Bu tümörlerin rezeksiyonu geniş defektler oluşturabilmektedir. Oluşan bu geniş defektler rekonstruksiyon problemlerini gündeme getirmektedir.

Sosyo-ekonomik durumu kötü olan hastalarımız daha geniş lezyonlarla geç olarak baş vurmakta ve bu arada tümörün gözü infiltrate etmesi sorunuyla karşılaşılabilir. Bu gibi durumlarda geniş rezeksiyonlar kaçınılmaz hale gelmektedir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

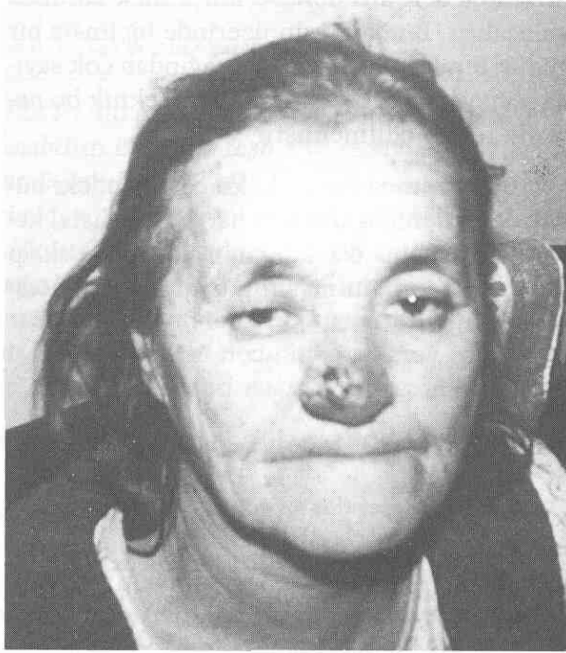
Çalışmamız Ağustos 1991 - Şubat 1993 tarihleri arasındaki 1.5 yıllık sürede 72 hastamızda yapılmıştır. Burun defekti nedeniyle rekonstruksiyon yapılan olgularda uygulanan yöntemlerin dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir.

Hastalarımızdan 16 sına alın, 7 sine glabeller rotasyon, 6 sına bilobe transpozisyon, 10 nuna yanak yaklaştırma, 33 üne nazolabial flep uygulanmıştır. Yatay alın flebi uyguladığımız bir hastamız Resim I, II ve III de gösterilmiştir.

* Ankara Onkoloji Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği

Tablo I

Alın Yan Flebi	5
Alın Orta Hat Flebi	11
Glabellar Rotasyon Flebi	7
Bilobed Transpozisyon Flebi	6
Yanak Yanaştırma	10
Nazolabial Flep	33
Toplam	72



Resim 1 : Hastamızın Operasyondan Önceki Durumu

Hastalarımızın en genci 30, en yaşlısı 87 yaşındadır. Hastalarımıza cerrahi girişimimizde genellikle lokal anestezi tercih edilmiştir. Alın yan flebi ve serbest flepleme yapılan hastalarımızda genel anestezi uygulanmıştır. Hastalarımızın üçünde postoperatif hematoma birinde enfeksiyon gelişmiştir. Bunun dışında bir komplikasyon ile karşılaşmamıştır. Hastalarımızın tümünde flepler vitalitesini korumuştur. Hastalarımızdan ikisinde rekonstrüksiyon işlemi aşamalı olarak sürmektedir. Olgularımızın hiçbirinde uzak flep kullanmamıza gerek olmamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Burun defeklerinde en iyi rekonstrüksiyon en basit teknikle mümkün olan en kısa sürede en uygun donör bölgesi seçilerek yapılan rekonstrüksiyondur.



Resim 2 : Hastamızın Alın Yan Flebi Çevrildikten Sonraki Görünümü



Resim 3 : Hastamızın Rekonstrüksiyondan Sonraki Görünümü

Nasal rekonstrüksiyon planlanırken :

- 1) Defektin anatomik lokalizasyonu
- 2) İşgal ettiği yüzey
- 3) Tuttuğu tabakaları dikkate almak gerekir.

Cerrahi açıdan burun cilt örtüsü, iskelet desteği ve mukozal yüzeyden ibarettir. (2)

Rekonstrüksiyon için kullanılacak derinin seçiminde önemli olan cildin rengi, yapısı, kalınlığı ve vasküleritesidir. İskelet desteği sağlanacaksa örtülecek deri seçimini etkileyecektir. Burun üst 2/3 derisi genellikle az sayıda yağ bezleri ve ince doku ile iyi bir yapıdadır, bu bölgenin kanlanması da iyidir. Buna karşılık burunun 1/3 distal kısmı kalın ve yağlıdır.

Burun derisine benzer renk, uygun kalınlık ve yağ dokusu içerikli deri ancak yüzde bulunabilir. Bu durum rekonstruktif seçenekleri sınırlamaktadır.

En sık kullanılan Heplerden biri nasolabial fleplerdir. Pedikülü yukarıda olan nasolabial fleplerin alt kenarı katlanarak burun kanadı oluşturulabilir. (7,9)

Biz de hastalarımızın bir kısmında bu yöntemi uygulayarak iyi sonuçlar aldık. Millard'ın martı şeklindeki flebi burun lobullerinin oluşmasına imkan verir. (8) Hastalarımızın ikisinde bu yöntem uygulanmıştır.

Converse scalping flap tekniği uygulanmıştır. (4,5) Bu teknikte burun uç kısımlarını oluşturmak mümkündür. Burun kanatları oluşturulurken cilt arasına kartilaj konulabilir. Bizde alın flebi oluşturduğumuz hastalarımızda flebin uç kısmına serbest deri grefti sütüre edip arasına kartilaj yerleştirmekteyiz.

Burun iskelet desteğini sağlamak için burun köküne büyük bir kemik parçası uygun bir biçimde yerleştirilmektedir. İki hastamızda bu teknik uygulanmıştır. Kemik greft krista iliak'dan sağlanmıştır.

Kolumella defeklerinin rekonstrüksiyonu oldukça güç olabilmektedir. Alından yada skalptan getirilen fleplerin distal uçlarıyla kolumella oluşturmak mümkün olmaktadır.

Bunların dışındaki lokal flepler kullanıldığında nazolabial flepler ile kolumella oluşturuyoruz. (11) Özellikle üst dudak ve burun uç kısmı rezeke edilen hastalarda nazolabial flep ile aynı anda hem kolumella oluşturulmaması hem de üst dudaktaki defeklerin kapatılması çift taraflı nazolabial flep kullanılsa da güç olabilmektedir. (3)

Auriculo-temporal flepler, Washio ve diğer ötürler tarafından kullanılmıştır. (10,6)

Bu fleplerin dezavantajı fasiyal deriyi değil post auricular deriyi getirmesidir. Bu nedenle bu yöntemi uygulamadık.

Uzak flepler en son başvurulacak yöntemdir. Başka bölgelerden gelecek doku farklı pigmentasyon, yapı ve kıl oluşturma özelliğine sahiptir. Pedikülle deri transfer edilirken büyük miktarda deri altı dokusu korunmak zorunda kalacaktır. Bu da burun üzerinde biçimsiz bir güdük bırakılmasına yol açacağından çok sayıda revizyon gerekecektir. (1,2) Bu teknik bu nedenle tercih edilmemiştir.

Bu durumda burun kökü çevresindeki büyük defektler için alın orta hat, burun distal kesimindeki büyük defektler için alın yan ve skalp fleplerinin kullanılmasının uygun olacağı tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Barton, F.E.; Aesthetic Aspects of Nasal Reconstruction. Clin Plast. Surg. 15:155, 1988.
2. Barton, F.E: Textbook of Plastik Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Georgiade, G.S., Georgkde, N.G., Refkohl, R., Banvick, W.J.: Baltimore, Williams and Wilkins, 2. ed., 537-550, 1992.
3. Cameron, R.R., Latham, W.D., Dowling, J.A.: Reconstruction of the Nose and Upper Lip with Nasolabial Flaps. Plast. Reconstr. Surg. 52:145, 1973.
4. Converse, M: Reconstruction of the Nose by the Scalping Flap Technique. Surg. Clin. North Am 39:335, 1959.
5. Converse, M: Reconstructive Plastic Surgery. Philadelphia, WB Saunders, 1977.
6. Maillard, G.P., Mantondon, D: The Washio Temporo retro auricular Flap. Its use in 20 patients. Plast Reconstr. Surg. 70:550, 1982.
7. McLaren, L.R.: Nasolabial Flap Repair for Alar margin Defects. Br. J. Plast Surg. 16:234, 1963.
8. Millard, D.R. Jr: Total Reconstructive Rhinoplasty and a Missing Link. Plast Reconstr. Surg. 37:167, 1966.
9. Shockley, W.W: Operative Challenges in Otolaryngology, Head and Neck Surgery. Pillsbury, H.C., Goldsmith III, M.M.: Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc, 1.ed, 646-661, 1990.
10. Washio, H: Retroauricular Temporal Flap. Plast Reconstr Surg 43:162, 1969.
11. Yanai A, Nagata S, Tanaka, H: Reconstruction of the Columella with Bilateral Nasolabial Flaps. Plast Reconstr Surg. 77:129,1986.