

Rollin K. Daniel

Rinoplastide Ustalaşmak

Detaylı Cerrahi Teknikler Atlası

İkinci Baskı

Çeviri Editörü

Doç. Dr. Selahattin Özmen



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ



Springer

Rollin K. Daniel

Rinoplastide Ustalaşmak

Video Kliplerle Entegre Edilmiş
Cerrahi Tekniklerle İlgili
Kapsamlı Atlas

2. Baskı

1408 Bölüm İçerisinde 259 Adet Renkli Resim ve
146 Adet İntraoperatif DVD Klip

Jaye Schlesinger, Medikal Ressam
Chuck Cox, Grafiker

Çeviri Editörü

Doç. Dr. Selahattin Özmen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı



GÜNEş TIP KİTABEVLERİ

Rinoplastide Ustalaşmak

Türkçe Telif Hakları © 2012

ISBN: 978-975-277-410-0

Orjinal Adı: Mastering Rhinoplasty

Yayınevi: Springer

Yazarlar: Rollin K. Daniel

Çeviri Editörü: Doç. Dr. Selahattin Özmen

Orjinal ISBN: 978-3-642-01401-4

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı: Ali Aktaş

Yayın Koordinatörü: Nuran Karacan

Dizgi-Düzenleme: Hasan Turgut Yozgatlı

Kapak Uyarlama: Hasan Turgut Yozgatlı

Baskı: Ayrıntı Basımevi - İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A

Ostim/ANKARA Telefon: (0312) 394 55 90-91-92 • Faks: (0312) 394 55 94

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No:3
06410 Sıhhiye/Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7/2 Esentepe/İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KOŞUYOLU ŞUBE

Koşuyolu Caddesi No: 51/1
Koşuyolu-Kadıköy/İstanbul
Tel&Faks:(0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

İthaf

BEATRIX TIRKANITS'E, MD, FRCS (C)
Diplomat, American Board of Plastic Surgery
Eşimin katkıları sayesinde bu kitabı yazdım.

ANDREW NICHOLAS DANIEL'A, PhD
Oğlum, bilim adamı ve akademisyen.



Çeviri Editörü Önsözü

Burun ameliyatları özellikle son on yılda oldukça büyük bir değişime uğramıştır. Bunun öncesinde uzun bir süre burun ameliyatlarının sadece estetik veya sadece fonksiyonel ameliyatlara olarak ayrılması gibi bir yaklaşım mevcuttu. Bunun sonucunda bazı Plastik Cerrahi uzmanları burun ameliyatının sadece estetik yanını yapmakla yükümlü olduğunu, fonksiyonel bir girişim gerekirse bunu başka bir uzmanlık dalının gerçekleştirmesi gerektiğini düşünmüş ve kendisini bu yönde geliştirmemiştir. Ancak yıllar içinde burun ameliyatının her yönüyle bir bütün olduğu ve geleneksel “küçültme rinoplasti” kavramının “rekonstrüktif rinoplasti” kavramına yerini bırakmakta olduğu görülmektedir.

Daha önce rinoplasti ameliyatlarında hiç önem verilmeyen “iç nazal valf”, “dış nazal valf” bölgelerinin rekonstrüksiyonları neredeyse olmazsa olmaz işlemler haline geldi. Açık rinoplasti tekniğinin yaygınlaşması nazal septuma müdahalelerin oldukça fazla sayıda artmasına neden oldu.

Burun ameliyatı denince dünyada ilk akla gelen isimlerden biri olan Rollin K. Daniel, “*Mastering Rhinoplasty*” adlı eserinde modern rinoplastide uygulanması gereken teknikleri oldukça açıklayıcı bir şekilde ve çok güzel hazırlanmış çizimler eşliğinde sunmaktadır. Bu yönüyle söz konusu kitabı “*Rinoplastide Ustalaşmak*” adıyla Türkçe’ye kazandırmaktan kıvanç duyuyorum. Bu çeviriyi yaparken İngilizce olarak ezbere kullandığımız ve anlaşılması zaman alan bazı kavramları da Türkçe karşılıklarıyla kullanmaya çalıştık. Kavram karmaşası olmaması açısından bu çevirileri okuyucuya sunan bir “sözlük” sayfası hazırladık.

Çevirilerde ortak bir dil oluşturmak ve kolay okunabilirliği sağlamak amacıyla tüm kitabı 3 kez kontrol etmemize rağmen bazı hataların veya eksikliklerin sonradan ortaya çıkması kaçınılmazdır. Dikkatimizden kaçmış olabilecek olan bu hatalar için hoşgörünüze sığınıyorum.

Kitabın çevirisi sırasında emeği geçen Gazi Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi ve Ankara GATA Plastik Cerrahi Anabilim Dalları’nın Öğretim Üyeleri ve Öğretim Elemanlarına özverili çalışmaları nedeniyle sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu kitabın kaliteli bir baskı ile Türkçe’ye kazandırılması konusunda gösterdiği özveri ve emek için Güneş Tıp Kitabevleri Sahibi Sayın Murat Yılmaz’a, Sayın Dr. Ufuk Akçıl’a, dizgi işlemlerini büyük bir özveriyle tamamlayan Sayın Hasan Turgut Yozgatlı’ya şükranlarımı sunuyorum.

Bu kitabı Plastik Cerrahi sanatını bana öğreten Hocalarıma ve Eşim Evrim Özmen’e ithaf ediyorum.

Doç. Dr. Selahattin ÖZMEN

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Dr. Ali Mübin Aral

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kenan Atabay

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sühan Ayhan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Hakan Bulam

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. Cemalettin Çelebi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Seyhan Çenetoglu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Murat Emiroglu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Kemal Fındıkçioğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Kırdar Güney

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selçuk Işık

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Tuba H. G. Karadağ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Başar Kaya

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Aycan Kayıkçioğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Ersoy Konaş

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Osman Latifoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Bora Özel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Selahattin Özmen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Ainura Sarybaeva

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Billur Sezgin

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Ayşe Şencan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Serhat Şibar

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Dr. Sedat Tatar

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Serhan Tuncer

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. C. Reha Yavuzer

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

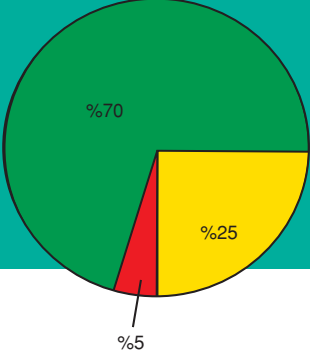
Yrd. Doç. Dr. Fatih Zor

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Anabilim Dalı

İçindekiler

1	Rinoplastiyi Basitleştirmek	1
	Çeviri: Dr. M. Cemalettin Çelebi, Dr. Başar Kaya	
2	Temel Rinoplasti Cerrahisi	13
	Çeviri: Dr. Seyhan Çenetoglu, Dr. Ali Mübin Aral	
3	Burun Kökü ve Burun Sırtı	67
	Çeviri: Dr. Osman Latifoglu, Dr. Sedat Tatar	
4	Burun Ucu Teknikleri	101
	Çeviri: Dr. Serhan Tuncer, Dr. Bora Özel	
5	Nazal Taban	155
	Çeviri: Dr. Sühan Ayhan, Dr. Kemal Fındıkçioğlu, Dr. Hakan Bulam	
6	Fonksiyonel Faktörler	183
	Çeviri: Dr. Selahattin Özmen, Dr. Tuba H. G. Karadağ	
7	Greftler	225
	Çeviri: Dr. Selçuk Işık, Dr. Fatih Zor	
8	Primer Rinoplasti: Tercih Yapma	269
	Çeviri: Dr. C. Reha Yavuzer, Dr. Kırdar Güney	
9	İleri Primer Rinoplasti	307
	Çeviri: Dr. Selahattin Özmen, Dr. Ayşe Şencan	
10	Sekonder Rinoplasti: Cerrahi Teknikler	349
	Çeviri: Dr. Kenan Atabay, Dr. Billur Sezgin	
11	Sekonder Rinoplasti: Karar Verme	379
	Çeviri: Dr. Murat Emiroglu	
12	Estetik ve Rekonstrüktif Rinoplasti	407
	Çeviri: Dr. Aycan Kayıkçioğlu, Dr. Ersoy Konaş	
Dizin		441
	Çeviri: Dr. Ainura Sarybaeva, Dr. Serhat Şibar	

Rinoplastiyi Basitleştirmek 1



Çeviri: Dr. M. Cemalettin Çelebi, Dr. Başar Kaya

Rinoplasti cerrahisi hakkındaki 25 yıllık pratğim, öğretim ve yazılarıma dayanarak rinoplasti operasyonunu basitleştirmek zorunda olduğum sonucuna vardım. 1 yılda 25'ten az rinoplasti yapan ortalama düzeyde bir cerrahın yeterliliğe ulaşana kadar her yıl birçok yeni tekniği denemesi ve vazgeçmesi anlamsızdır. Bunun yerine primer nazal deformitelerin büyük bir kısmına adapte edilebilecek ve bir usta tarafından geliştirilen temel rinoplasti operasyonu kullanılmalıdır. Başlangıçta cerrah daha kolay vakaları opere ederek başlamalı ve yavaş yavaş zor vakalara ilerlemelidir. 3 ile 5 yıl sonrasında operasyonların cerrahi sebep ve etkileri aşikar hale gelir. Bu yaklaşım ile cerrah birçok nazal deformitenin üstesinden gelebilecek yeterliliği ve özgüveni kazanacaktır. Aynı zamanda artan mutlu hasta sayısı, rinoplasti pratiginizin artacağına garanti olacaktır.

Giriş

Birçok nazal prosedürü ansiklopedik metin olarak yazmak yerine bu atlasta temel rinoplasti operasyonu ve geniş bir skalada, hastalarda uygulamalarını, çeşitli zorluk basamakları; minör (1. basamak), orta (2. basamak), majör (3. basamak) deformiteler olacak şekilde vurguladık. Bu atlas 3 kısma ayrılmıştır. Bölüm 1-7 rinoplasti cerrahisinin temellerini içermekte iken Bölüm 8 ve 9 giderek artan zorluktaki primer rinoplastilere daha derin bir bakış içermekte Bölüm 10-12 kompleks zorlukları olan sekonder ve estetik rekonstrüktif rinoplastinin gözden geçirilmesini içermektedir. Ben kuvvetli bir şekilde inanıyorum ki rinoplasti cerrahisi kütüphaneden çok operasyon odasında öğrenilmelidir, okuyucu kitabı okuma süreci boyunca cerrahi tekniklerin geniş DVD kliplerini bulabilir. Bu kısa 1-5 dakikalık DVD klipler spesifik bir tekniğin tam olarak nasıl yapıldığını öğrenme ve tecrübe etme fırsatı sağlamaktadır. Umarım ki bu metin basitleştirilmiş rinoplasti cerrahi yaklaşım öğretilisindeki majör ilerlemeyi temsil edecektir

Temel Rinoplasti Operasyonu

“P.E.R.F.E.C.T.” Mükemmel burun operasyonunun bileşenleri nelerdir? Düşündüm ve şu sonuca vardım; temel rinoplasti operasyonu için aşağıdaki özellikler önemli ve belki de kısaltılmıştır.

Basamaklı. Cerrah, temel operasyon tekniğini üzerine zamanla eklemeler yaparak zorluk derecesi giderek artan vakalarda uygulamalıdır (Şekil 1.1). Cerrah çaba gerektiren zorlu vakalar ile karşılaştığında yeni bir prosedürü uygulamak yerine temel operasyon tekniğine yeni basamaklar ekleyerek ilerlemelidir. Örneğin, cerrah açık burun ucu dikiş tekniklerini tam olarak öğrendikten sonra burun ucu definisyonunu kazandırabilmek amacı ile eksizyonel kıkırdak greftlerini Burun Ucu Düzeltme Greftleri (BUDG) (tip refinement grafts) olarak kullanmalı.

Genişletilebilir. Cerrah belirli bir hasta popülasyonu ile başlayabileceği gibi, temel tekniklerin modifikasyonunu gerektiren benzer olmayan hasta grubu ile de başlayabilir. Güney Kaliforniya’da kalın cilt yapısı ve düşük burun ucu projeksiyonuna sahip birçok hispanik ve asya ırkından hastalarım oldu ve bu hasta grubu cerrahi repertuvarımı genişletmem konusunda beni zorladı. Yeni bir operasyonu denemektense, eklemeler ve modifikasyonlar temel operasyon tekniğini geliştirecektir.

Tekrarlanabilir. Tekrarlanabilir sonuçları bütün cerrahlar ister. Kritik ilk adım ise bir prosedürde ustalaşmak ve prosedürü derinlemesine öğrenmek, cerrahi sebep ve etkilerini anlamaktır. Bu temel operasyon sürekli tekrarlanabilir birçok basamak içerir örn; radikls greftleri, burun ucu dikişleri ve spreader greftler. Bu tekniğin kullanımı ile sürprizler ve revizyon sayıları oldukça azalır.

Fonksiyonel. Fonksiyonu olmayan, güzel bir şekle sahip burun kabul edilemez. Ben kozmetik rinoplasti isteği ile başvuran hastalarımın %35’ inde düzeltilmediği takdirde postoperatif nazal obstrüksiyona sebep olabilecek preoperatif anatomik nazal hava yolu darlığı tespit ettim. Bundan dolayı septal, valvuler ve konka fonksiyonlarının tam olarak bilinmesi ve bu yapıların cerrahi düzeltilme işlemlerinin rinoplasti operasyonunun kritik bir bileşeni olduğu anlaşılmalıdır.

Estetik. Gerçek şu ki bayan hastaların hemen tamamı daha çekici buruna sahip olmak istiyor, fakat doğal olmasını da istiyor. Genç hastaların 10’da 9’u babalarının burnundan miras kalan yapıların düzeltilmesini ve oldukça küçük ve kibar burun yapısına sahip olmak istiyorlar. Ek olarak burun sırtında hafif kavis, hafif kolumellar rotasyon ve yeterli burun ucu definisyonu talep ediyorlar. Bu temel operasyon tekniği cerrahın bu hedeflere ulaşmasına olanak sağlayacaktır.

Konfor Alanı. Her cerrah kendine ait bir rinoplasti alanına sahiptir. Asistanlık dönemini tamamladıktan sonra, cerrahların çoğu bir operasyon sıralaması konusunda deneyim kazanır. Başlangıçta, cerrah iyi sonuç alacağı konusunda kendine güvendiği hasta grubunu operasyon için seçmelidir. Bu temel operasyonun avantajı cerrahın giderek artan zorluktaki basamaklara ilerleyebilmesidir.

Burun ucu yoğunluğu. Kozmetik rinoplasti ile ilgili gerçeklerden biri ‘burun ucu değişecek ama sonuç ne olacak’ burun ucu çekici olmaz ise hasta mutlu olmayacaktır. Bu yüzden bu metinde ve metin dışında burun ucu cerrahisi üzerinde önemle durulmuştur.

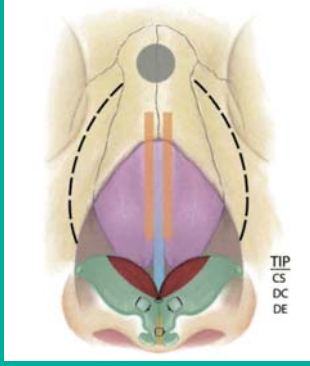
Takip eden operasyon rutin olarak kullandığım ancak neredeyse sınırsız varyasyonlara sahiptir. Operatif sıralama her primer rinoplasti hastası için belirli basamakları kullanmadan veya modifiye edilerek kişiselleştirilmelidir.

Standart Operasyon Sıralaması

- 1) Temel Unsurlar – 2.5 x loop, fiberoptik kafa ışığı, kişisel aletler
- 2) Anestezi – uygun monitorizasyonla genel anestezi
- 3) Lokal anestetik enjeksiyonu – 10-15 dakika bekleme süresi
- 4) Intranazal tamponun çıkarılması ve burun kıllarının traşlanması
- 5) Infrakartilajinöz ve transkolumellar insizyonun kullanıldığı açık yaklaşım
- 6) Cildin elevasyonu
- 7) Transfiksion insizyonu ve ektramukozal tünel ile septumun ekspozisyonu
- 8) Burun ucu analizi ve operasyon planının yeniden gözden geçirilmesi
- 9) Simetrik alar rim striplerinin oluşturulması
- 10) Kemer redüksiyonu – kemik: rasp, kırkırak: makas
- 11) Septum kaudali/ANS eksizyonu (opsiyonel)
- 12) Septal kırkırak greftlerinin toplanması/septoplasti
- 13) Osteotomiler
- 14) Graftlerin hazırlanması
- 15) Spreader (Ayırıcı) greft konulması (opsiyonel)
- 16) Kolumellar strut greft ve dikiş konulması
- 17) Burun ucu dikişleri, eksize (opsiyonel) edilmiş alar kırkırakları kullanarak
- 18) Kapama
- 19) Alar taban düzeltilmesi (opsiyonel)
- 20) Alar kenar greftleri veya alar kenar yapı greftleri (opsiyonel)
- 21) Doyle splint, eksternal alçı ve nazal anestetik blok



Şekil 1.1 Primer rinoplastide zorluk derecesi



Temel Rinoplasti Cerrahisi

2

Çeviri: Dr. I. Seyhan Çenetoglu, Dr. A. Mübin Aral

Burun ameliyatları niye bu kadar zor? sorusunun cevabı hastaların burun anatomisi ve estetik isteklerinin değişkenliğidir. Cerrah için zorluk ise birçok sayıdaki tekniklere hakim olmaktır. “Temel rinoplasti ameliyatının planını yapmak” sorunun cevabı olmaktadır. 3 yıllık özel muayenehane tecrübesi olan eski asistanlarımdan birisi “Çok iyi sonuçlar alabileceğim ve az revizyonla sonlanan bir burun ameliyatı tekniği söyleyebilir misiniz?” şeklinde bir soru sormuştu. Hızla kestirip attığım cevabım şuydu: “İmkansız çünkü hem anatomi hem de gerekli teknikler çok değişkendir.” Olumsuz cevabıma rağmen, temel burun ameliyatlarını geliştirmek için olan istek, ilgimi çekmeye devam etti. Yavaş yavaş standart burun ameliyatının temel ilkeleri belirginleşmeye başladı. Bu teknik ortalama iyi yetişmiş bir plastik cerrah için tasarlandı. Geniş aralıktaki çeşitli burun deformitelerini kapsayabilmek üzere de genişletilebilir. Bununla birlikte cerrahın iki prensibi kabul etmesini gerekli kılar. İlk olarak cerrah cerrahi olarak rahat yapabileceği vakalarla başlamalıdır. Sonrasında ise cerrah rinoplastiyi öğrenmek için zorluk derecesi giderek artan ilerleyici bir yaklaşım uygulamalıdır. 1. düzeydeki kolay vakalarla başlayan birisi daha sonra 2. düzeydeki daha zor deformitelere ilerlemeli ve en son 3. düzey en zor problemleri kabul etmelidir. Vakaların dağılım şekline gelince; primer olguların %70’i 1. düzey, %25’i 2. düzey ve sadece %5 vaka 3. düzeydedir. Bu bölümde temel ameliyat yöntemi adım adım sunulacak ve bu 3 düzeydeki ilerleyen uyarlamaları detaylı olarak anlatılacaktır. Bu anlatılacak uygulamalar arasından özellikle vakaya uygun olanını seçmek önemlidir.

%95 kuralını hatırlayalım: Rinoplasti makalelerinin ve derslerinin %95’i nadir görülen %5 burununu anlatır, oysa cerrahların %95’i bu zor %5 burunla uğraşmak istemez. Bu bölümde anlatılan temel rinoplasti cerrahisi, özel muayenede primer burun cerrahisi geçirecek %95 hastanın cerrahisini yapılmasına yönelik olarak düzenlenmiştir.

Giriş

Muayene

İlk muayene sırasında kendime hastayla ilgili olarak iki ciddi soru sorarım. Birincisi “ Rinoplasti hastanın burnunda ciddi bir düzelme sağlayacak mı?”. İkincisi “ Ben bu hastayı ameliyat etmek istiyor muyum?” Bu sorulardan herhangi birine verilecek cevap “hayır” ise cerrahi yapmıyorum. Rinoplasti hafife alınacak kadar basit bir ameliyat değildir; ameliyat hem hasta hem de cerrah tarafından dikkatlice düşünülmelidir. Hasta beklentileri doğrultusunda ameliyatın cerrahi risk ve kazanç oranlarını gerçekçi olarak değerlendirmeli ve cerrah olarak sizlerle kendisini rahat hissedip hissetmediğinden emin olmalıdır. Maalesef cerrahlar her burun ameliyatını sadece teknik zorluk ve ekonomik kazanç bakış açısından değerlendirmektedir. Ancak yanlış hasta seçimi yapmanın getirdiği riskler arasında cerrah için değişken ölçülerde hayal kırıklığı yaşayan bir hastadan, sürekli mızızılanan mutsuz bir hastaya ya da bedeni olarak zarar verilmiş bir hastayla karşı karşıya gelmek kaçınılmazdır.

Nazal Deformite: Primer olgularda hastalar genellikle burunlarındaki sorunla ilgili kesin şeyler söylerler ama sıklıkla istediklerine yönelik söyledikleri kesin değildir. En kolay hastalar burunlarındaki aşık deformitelerin (profilinden burun sırtının kemerli görüntüsü, yuvarlak burun ucu) giderilmesini isteyenler olmakla beraber isteklerini kesin söyleyemeyenler veya özel bir “görünüm” isteyenler en zor hastalardır. Esas itibarıyla şart olan hastaların isteklerini kesinleştirmektedir. Bu nedenle hastalara burunlarında düzelmesini istedikleri üç şeyi önem sırasına göre söyletiyorum. Sonrasında burnu detaylı olarak muayene ediyorum ve kendime burnu daha çekici hale getirmek için gerekenleri ve yüzle dengeyi sağlamak için gerekenlere yönelik listemi yapıyorum. Çoğunlukla ilk muayenelerin %90’unda düzeltilen bir nazal deformite mevcuttur. Diğer %10’u çok az deformitesi olan bayanlar, ideal düzelme isteyen erkekler ve ancak sınırlı düzelme yapılabilecek “büyük değişim” isteyen hastalardan oluşmaktadır.

Hasta Faktörleri. Hastanın ameliyat olma isteğini değerlendirmek önemlidir. Sorulacak açık uçlu sorular çoğunlukla hastanın istem nedenini ortaya çıkarır. Burnunuzla ilgili sevmediğiniz şeyler?” “Burun ameliyatını şu anda niye istiyorsunuz?” “Rinoplasti ameliyatı hayatınızda ne gibi bir değişiklik yapacak?” Hastanın psikolojik olarak söylediğini “duymak” kelimeleri dinlemekten daha önemlidir. Primer rinoplasti ameliyatlarında hangi hastaları geri çeviriyorum? Bunlar fazlaca kendini beğenmiş erkek hastalar, hiçbir zaman mutlu olmayacak kusursuzluk peşinde olan bayan hastalar ve ameliyatın hayatını değiştireceğini düşünen mutsuz hastalardır. Ameliyat kararı verildiği zaman hastanın ihtiyacı olan ilgi ve alaka sağlanmalı ancak bunun miktarı da makul olmalı asla aşırıya kaçmamalıdır. “Ameliyat öncesi dönemin sınırlı ancak ameliyat sonrasında sınırsız bir dönem ” olduğunun ne kadar zor bir süreç olduğunu öğrendim.

Analiz. Bir tercih yapmak durumunda bırakılsalar acaba, cerrahların pek çoğu altın elleri olan usta teknisyenler mi yoksa kritik bir estetik gözle bakan bir stratejik taktikçi mi olmayı seçerler? Rinoplastide de satrançta olduğu gibi önemli adımlardan önce düşünmek gereklidir. Burun kökünün düşük olduğu göz önüne alınmazsa burun sırtı estetik ameliyat olmuş görüntüsü alacak şekilde fazla düşülebilir. Buna zıt olarak burun köküne konulacak fasya greftiyle burun sırtı daha az düşülecek, bu da daha doğal, zarif ve estetik cerrahi geçirmemiş bir görüntü verebilir. Cerrahi beceriden çok preop analizle cerrahi planın yapılmış olması farkı yaratmaktadır.

Değerlendirme öncesinde hastaya bir ayna vererek onu en fazla rahatsız eden şeyleri önem sırasına göre göstermesini istiyorum. Ameliyat planlama notuma bunları yazıyorum ve bunların düzeltilene kadar olduğunu varsayarak bunlar cerrahi planımın temelini oluşturuyorlar. Esaslı bir iç ve dış burun muayenesinin ardından yukarıdan aşağıya yüz bölgesi muayenesi yapıyorum.

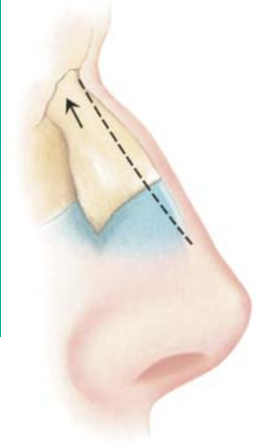
Burun Kökü ve Burun Sırtı. Radiks yan görüntüden burun kökü (glabelladan lateral kantusa kadar) ve nasion (nasofrontal açıda en derin nokta) olarak incelenir. Önemli olan burun kökü korunması, büyütülmesi veya küçültülmesine yönelik karar vermektir. Neyse ki birçok olguda (%82) burun köküne yönelik olarak bir değişiklik gerekmemektedir. Sonrasında burun sırtı genişlik ve yükseklik yönünden değerlendirilirken kemik taban da genişlik açısından incelenir. Sırttaki yükseklik için ana belirleyici nazofasyal açıdır ki bu da nasion'dan burun ucuna kadar olan ölçümdür. İstenen profil şekli bayanlarda hafif kıvrık, erkeklerde ise düzdür. Önden bakışta paralel görünen "burun sırtı çizgileri" filtrum sütunları veya burun-ucu belirleyici noktalarla aynıdır ki bu genişlik bayanlarda 6-8 mm, erkeklerdeyse 8-10 mm'dir. Burnun kemik tabanının en fazla mesafesi "X- noktası" olarak adlandırılır, bu mesafe gözlerin interkantale genişliğinden daha az olmalıdır.

Burun Ucu. Burun ucu analizi karmaşıktır, 4. ve 8. bölümlerde geniş olarak tartışılmıştır. Aşağıda temel bir genel bakıştan bahsedilebilir. "Lobül" alar kırıkdağların arasındaki tüm alandır, oysa "ıçyapısal uç bölge" uç- belirleyici alanların enlemesine olarak ve kolumellanın ayrılma noktası ve supratip bölgesinin dikey olarak arasında kalan bölgeyi kapsar. Benim üzerinde durduğum noktalar: (1) Hacim, genişlik ve biçimini etkileyen ıçyapısal faktörler (2) Rotasyon ve projeksiyonu etkileyen ıçyapısal ve dışyapısal faktörler (3) burun ucunun şeklini ve deri örtüsünü etkileyen genel faktörler. Bunların hepsine olumlu veya olumsuz yönde ideal, az, orta veya büyük şekil bozuklukları şeklinde kendimce bir "değer" belirliyorum. Daha sonra alacağım karara esas olmak üzere burun ucunun görünümü yapısal olarak çekici mi?; yoksa değişiklik yapmalı mıyım? sorusunu soruyorum. Daha sonra burun ucuna ilişkin bölümlerde de ayrıntılarıyla tartışılacağı gibi, kişisel düşüncem cerrahların, mutlaka çeşitli burun ucu şekil bozukluklarına uygulamaya yönelik açık burun ucu dikiş tekniklerini öğrenmeleri gerektirir. Muayene sırasında öngörülen burun ucu cerrahisi yönteminin parçası olarak kullanılacak dikiş tekniği ve burun ucunu düzeltmeye yönelik greftleri de belirliyorum

Burun Tabanı. Burun tabanını alar taban, burun delikleri ve kolumella oluşturmaktadır. Kaudal septum, anterior nasal spine ve maksillaya yönelik olarak birçok faktör belirlenmelidir. En sık verilen karar alar taban genişliğini veya burun deliklerini küçültmek gerekip gerekmedir. Genel olarak alar taban interkantale mesafeden daha dar olmalıdır ve burun deliklerinin tabanı önden bakışta çok görünür olmamalıdır. Üç yöntemden oluşan basitleştirilmiş bir yaklaşım geliştirdim- burun kanadı küçültme, alar bölgeden kama eksizyon veya bu ikisine yönelik sorunları giderici birleşik eksizyon. Eksizyon sırasında aşırıya kaçmamakla beraber yapılması gerekeni de kısıtlamamak gerekir. Mevcut burun deliği asimetrisine ameliyat öncesi hastanın dikkatini çekmeli ve sadece küçük bir gelişmenin sağlanacağını bilmesinin daha gerçekçi olacağı belirtilmelidir.

Burun Kökü ve Burun Sırtı

3



Çeviri: Dr. Osman Latifoglu, Dr. Sedat Tatar

Burun kökü ve burun sırtının anatomik, estetik ve cerrahi olarak beraber değerlendirilmesi uygun olur. Burun konusunda hastaların büyük çoğunluğunun üç ana şikayeti önem sırasıyla; profildeki kemer, burun ucu belirginliğinin olmaması, geniş burundur. Üç şikayetten ikisi burun kökü ve burun sırtıyla ilgilidir. Anatomik ve embriyolojik olarak, kemiksi kemer ve kıkırdaksı kemer benzer problemdir. – kemik ve kıkırdaktan oluşan kemer (aşağıda burun sırtı). En iyi cerrahi çözümünü tasarlayanın yolu, cerrahların yüzdeki en önemli estetik açı olarak düşündükleri nazofasiyal açıdır (NFA). İdeal nasion noktasının tesbiti, nazofasiyal açı ve bir de burun kökü bölgesinin küçültülmeye veya büyütülmeye gerek olup olmadığını belirler. Aynı zamanda, nasionla tip bölgesini birbirine bağlayan çizgi dorsal değişimin gerekliliğini açığa çıkarır. Bu bağlantı burun sırtına “dengeli yaklaşım” da açıklanıyor. Örneğin; bir burun kökü büyütülmesi gerekli ise dorsal küçültme miktarı azalmalıdır, böylece; daha doğal bir profil korunmuş olur. Kemiksi kemerleri yok etmek için yapılan osteotomiler ne otomatik bir manevradır, ne de tek yöntemdir. ‘Spreader’ greftlerle kıkırdak çatıyı desteklemek hem fonksiyonu korumak hem de estetik görünümü artırmak için eşit öneme sahiptir. Orta-kemerin stabilizesindeki başarısızlık gözle görülür ters-V deformasyonu ile internal valfin daralmasına yol açabilir. Burun sırtını anlamamanın ve en iyi operasyonu seçmenin önemi burun estetiğinde burun ucu problemlerinden çok dorsal deformasyon belirtileri görülür çok sayıda ikincil rinoplasti hastasının incelenmesiyle anlaşılır.

Giriş

Genel Bakış

Beyaz tenli rinoplasti hastalarının yaklaşık %90'ı burun sırtında küçültmeyi gerektiren daha küçük doğal bir burun istiyorlar. Eğer kişi “dengeli yaklaşım” kullanıyorsa, burun sırtını küçültmenin asıl miktarı sınırlandırılabilir. Bir burun kökü grefti ve daha büyük bir burun ucu projeksiyonunun birleşimi burun sırtında yükseklik azaltmasının miktarını en aza indirir. Cerrah burun ucuna uydurmak için burun sırtını küçültmez, fakat; ideal burun sırtını araştırır ve sonra burun ucunu burun sırtına uydurur.

Aşama 1

Burun Kökü. Yüz adet birincil rinoplastiyi incelerken, burun kökünü aşağıda gösterildiği gibi sıraladım: (1) burun köküne dokunmadan (%80), (2) fasyayla büyütürük (%12), (3) fasya ve kesilmiş kıkırdakla büyütürük (%4) ve (4) küçültürük (%4) (Şekil 3.1). Başlangıçta, kişi burun kökünü ana fasya greftini yapabiliyor olmalı, her zaman yaptıkları gibi katı kıkırdak greftini kullanmadan sonuçlandırmalıdır.

Burun Sırtı. Bence raspa ve düz makas kullanılarak yapılan dorsal küçültülmesi en kontrollü, en esnek ve en güvenli burun sırtı küçültme yöntemidir (Şekil 3.2). Ek olarak, kişi lateral osteotomi yöntemlerini yapmayı mükemmelleştirmelidir. Ben, hem alçaktan yükseğe hem de alçaktan alçağa osteotomi yapmama izin veren endonazal yaklaşımı tercih ederim. Ayırıcı greftler hem estetik hem de fonksiyonel nedenlerle yapılır. Ayırıcı greft uygulamayı öğrenmekten kaçınmak mümkün değildir.

Aşama 2

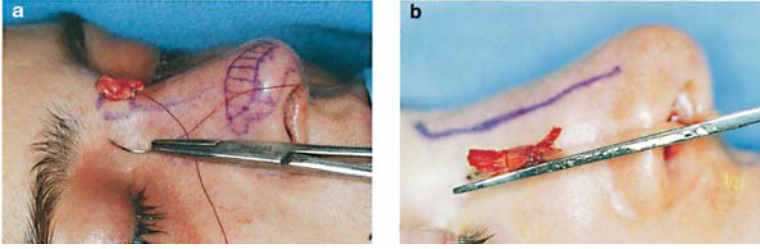
Burun Kökü. Burun sırtında burun kökünün yetersizliği (eksikliği) derinlemesine arttıkça ve/veya kaudal olarak büyüdükçe, fasya greftlerinin altındaki kesilmiş kıkırdığın eklenmesi gereksinimi doğuruyor. Önemli defektler için, kesilmiş kıkırdak kemiğin üstüne yerleştirilir ve fasya grefti ile kaplanır (KK+F). Defekt kemikli kemerin üstüne yayılmışsa, bu yarı-boylu dorsal defekt için, gerçek kesilmiş kıkırdaklı fasya grefti kullanılır (KK-F). Burun kökünde yumuşak doku aşırı miktarda ise, kas dokusunun çıkarılması radiksi küçülebilir.

Burun Sırtı. Asimetrik, deviye olmuş burun sırtının yönetimi, ayırıcı greft dizaynını ve osteotomi seçimini kontrol altına alır. Geniş burun sırtıyla karşılaşıldığında, mediyal eğik veya paramediyal osteotomi gerekli olabilir. Lateral kenar konveksitesindeki değişiklikler için çift kademeli osteotomiler gerektirebilir.

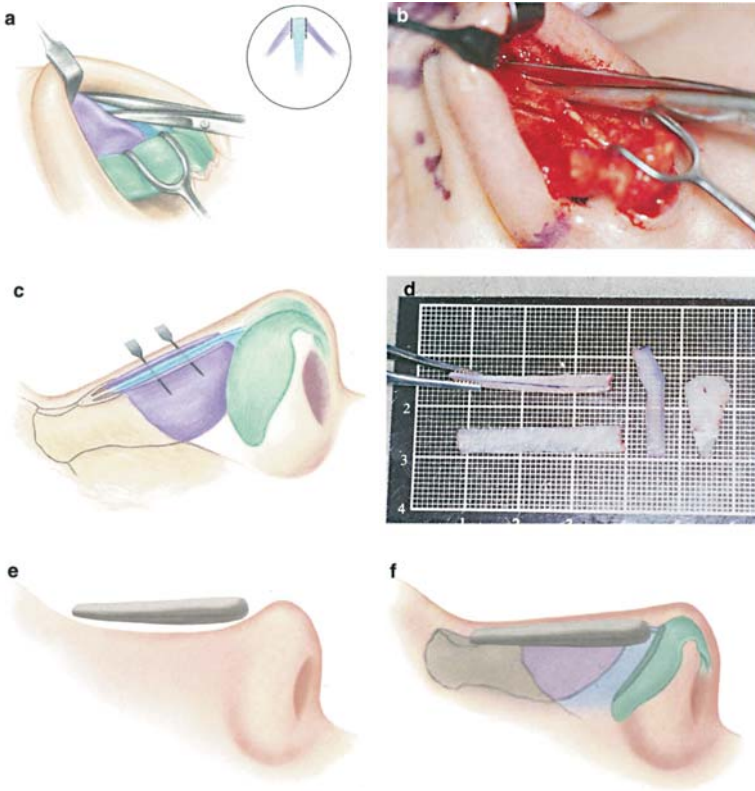
Aşama 3

Burun Kökü. Burun kökü kemiksel azalışı hiç kolay değildir ve kişinin istediğinden daha az etkilidir. Küçük-orta dereceli küçültmeler ya yumuşak dokunun alınmasına ya da sefalik yönde burun sırtı küçültülmesi uzatılır. Tersine, büyük çaplı küçültmeler kemiksi radiksin ayrı bir sorun olarak çift taraf kontrollü osteotomi ya da burr kullanılarak tamamen alınmasını gerektirir.

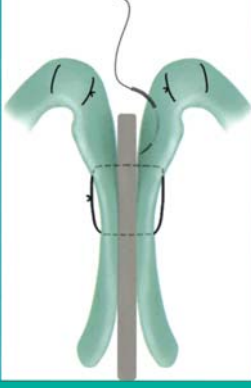
Burun Sırtı. Fasyadaki kesilmiş kıkırdaktaki ilerlemeler sayesinde (DC-F), burun sırtının büyütülmesi çok az problem ve başarıyla yapılabilir. Önceden, ya görülebilirlik ya da kaymalar yüzünden septumun katı dorsal greftleri ya da katmanlı konkal greftler her zaman hayal kırıklığına uğrattı. Etnik rinoplastilerin sayıları arttıkça, dorsal büyümeyle mücadele için KK-F greftlerinin kullanımı mükemmel bir çözüm sağladı.



Şekil 3.1 Burun kökü, (a) büyütme, (b) küçültme



Şekil 3.2 Burun sırtı, (a, b) kademeli küçültme, (c, d) ayırıcı graflar, (e, f) burun sırtını büyütme



Burun Ucu Teknikleri

4

Çeviri: Dr. Serhan Tuncer, Dr. Bora Özel

Burun ucu cerrahisi halen rinoplasti ameliyatının, üzerinde en çok tartışılan ancak en az anlaşılan kısımlarından birisidir. Burun ucu cerrahisinin temeli birbirlerine bağlı “3A” dan oluşmaktadır; anatomi, estetik (aesthetics) ve analiz. Burun ucunun hacim, genişlik, gösterge (definasyon), öne çıkım (projeksiyon), rotasyon ve şekilden oluşan 6 özelliği ise alttaki anatomi ve üstteki yüzey estetiği ile ilintilidir. Cerrah, burun ucunun iç kısmını lobülünden ayırt etmeyi, ayrıca içsel ve dışsal etkenlerin burun ucu için önemini öğrenecektir. Belki de bu kitabın en tartışmalı tarafı, benim burada, her ne kadar sayısız çeşitleme içerse de sadece iki burun ucu ameliyatı tekniği sunulacak olmamdır. Bu yöntemler açık burun ucu dikiş teknikleri ve açık burun ucu greftleridir. Bu iki ameliyatla, cerrah birincil burun ucu deformitelerinin %95’ini düzeltebilir. Okuyucu tarafından anlaşılabilmesi için tekniğin her adımı detaylı şekilde sunulacaktır. Yeni başlayan cerrah tüm burun ucu ameliyatlarını denemek yerine birbiriyle ilintili iki yöntemi öğrenme lüksüne sahip olacak ve bu sayede cerrahideki neden ve sonuçları en iyi şekilde anlayacaktır. Bu bölüm, burun ucu cerrahisinin bütün esaslarını sunmaktadır. Çok farklı şekillerde görülebilen özellikli burun ucu bozuklukları için uygulanabilecek ek girişimler başta bölüm 8 ve bölüm 9 olmak üzere tüm kitap boyunca tartışılmıştır.

Giriş

Genel Bakış

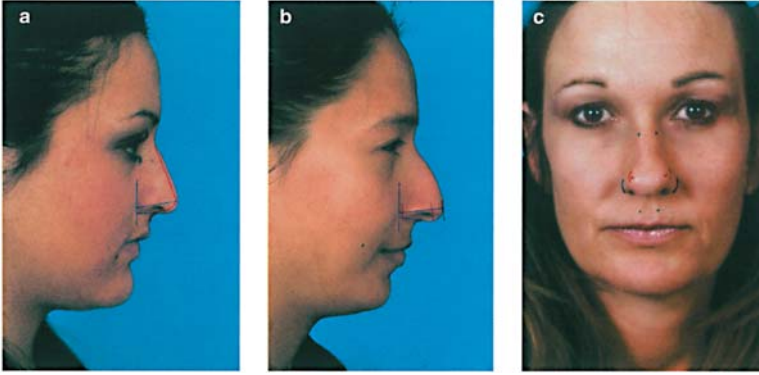
Burun ucu cerrahisi, anatomideki geniş çeşitlilik, hastanın istekleri ve cerrahi seçenekler nedeniyle oldukça karmaşık bir hal alabilir. Bunun üstesinden gelebilmek için ben, cerrahın önce ustalaşacağı daha sonra zorluk derecesi artan olgularda uygulayabileceği, aşamalı burun ucu cerrahisini savunuyorum (Şekil 4.1)

1. Aşama. Beş Basamaklı Burun Ucu Dikiş Tekniği. Açık yaklaşımla birlikte burun ucunun dikişle şekillendirilmesi, cerraha burun ucunun genişliği, öne çıkımı, göstergesi ve supratip kırılma açısı gibi birbirinden ayrı karakteristik öğelerini kontrol etmesine izin verdiğinden burun ucu cerrahisinde bir devrim niteliği taşımaktadır. Dikiş uygulamaları burun ucunun şekillendirilmesinde kademeli bir kontrol yöntemi sağlamaktadır. Birbirlerini tamamlayan beş öğe şu şekildedir: (1) simetrik rim striplerini oluşturmak, (2) bir kolumellar destek grefti yerleştirmek ve bunu sabitlemek, (3) gösterge için dom oluşturma dikişleri koymak, (4) burun ucu genişliğinin kontrol edilmesi amacıyla interdomal dikiş koymak, ve (5) supratip kırılma noktası oluşturmak amacıyla burun ucu konumlandırma dikiş koymak (Şekil 4.2). Standart emilebilir dikişlerin kullanıldığı bu göreceli kolay yaklaşım, primer burun cerrahilerinin en az %60'ında iyi sonuç vermektedir. Cerrah dikişlerin gerginliği konusunda ölçülü olduğu sürece şekillendirilen bütün burun uçları ilk ortaya kondukları halden daha simetrik ve zarif olacaktır. Cerrahın, her ameliyat sonrası takipte cerrahi sebep ve sonuçları anlayabilmesi için düzgün kayıt tutması gerekir. Çok açıktır ki, doğru karar verme ancak deneyimle gerçekleşir ve bu da ameliyathanede kazanılır.

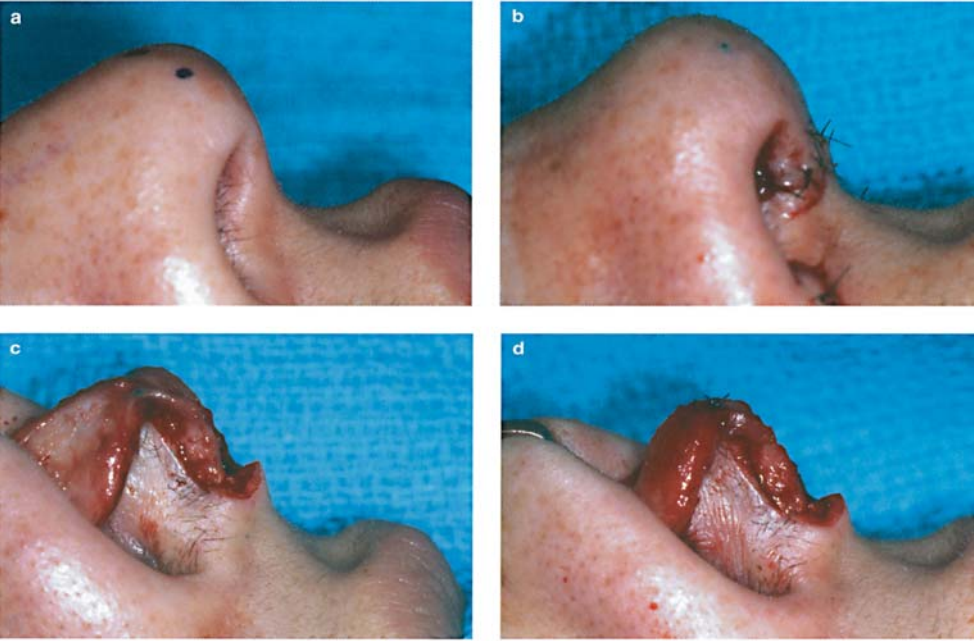
2. Aşama. İleri Dikiş Teknikleri ve Ekleme Burun Ucu Greftleri. Cerrah burun ucu dikişleri konusunda belli bir deneyime ulaştığında, asimetrik ve aşırı geniş görünümlü daha zor burun uçlarını düzeltmek için ek dikişler uygulayabilir. Dom eşitleme dikişi domları aynı hiza-ya getirir lateral krural konveksite dikişleri ise lateral krusların konveksitesini azaltır. Ancak yine de burun ucunun üzerine eklenecek rötuş greftleri istenilen şekli ve göstergeyi oluşturarak sonucun daha iyi ve zarif olmasını sağlar.

3. Aşama. Yapısal Burun Ucu Greftleri. Burun ucunu daha belirgin bir hale getiren ekleme greftlerinin aksine yapısal greftler burun ucu anatomisini taklit eder. Burun ucunun deriden farkedilen göstergesi alar kırıkdağlardan çok burun ucu greftleri tarafından oluşturulur. Yapısal burun ucu greftlerinin önemli bir kısmı daha fazla belirginlik elde etmek için alar çatının arasına yerleştirilen veya alar domların üzerine yerleştirilen ve şekli golf topunun üzerine konduğu platformu andıran kalkan greftleridir. Bu greftlerin kullanımı daha önce tüm alar kırıkdağların çıkartıldığı sekonder olgularda asıl kullanım amacına ulaşmaktadır.

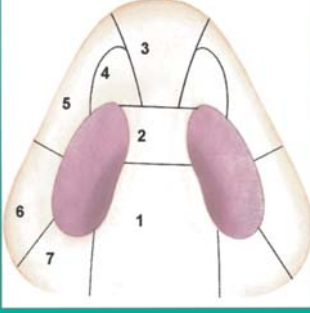
Basitleştirilmiş Burun Ucu Cerrahisi. Ancak son 5 yıl içerisinde tüm *primer burun uçlarının* %95'ini 1. ve 2. aşama yöntemlerini uygulayarak düzeltebileceğime inanır hale geldim. Bu gerçek, cerrahın tek bir ameliyatta ustalaşarak iyi sonuçlar elde edebileceği anlamına gelmektedir – *açık burun ucu dikiş teknikleri ile birlikte ekleme greftleri*. Her bir olgunun ayrı ele alınması ve bir ameliyatın seyri esnasında ortaya çıkan farklılıklar konusunda ustalaşabilmek bir devrim niteliği taşımaktadır. Geriye kalan %5 olguda 3. aşama yöntemleri kullanılabilecekken on farklı burun ucu ameliyatı ile mücadele etmeye hiç gerek yoktur. Aynı şekilde, deneyimlerim doğrultusunda açık tekniğin sağladığı simetri ve hassasiyeti nadiren sağlayabildiğinden kapalı doğurtma (delivery) yöntemi ile burun ucuna dikiş konulmasını önermiyorum.



Şekil 4.1 Burun ucunun değerlendirilmesi (a) 1. seviye, (b) 2. seviye, (c) 3. seviye,  olgu çalışmalarını bölümün sonunda bulabilirsiniz.



Şekil 4.2 (a-d) Ameliyat esnasında burun ucu dikişleriyle elde edilen değişiklikler



Nazal Taban

5

Çeviri: Dr. Sühan Ayhan, Dr. Kemal Fındıkçıoğlu, Dr. Hakan Bulam

Nazal taban burnun belki de en az anlaşılmış ve en karmaşık bölgesidir. Bu bölgenin ameliyatlar sırasında ihmal edilmesi durumunda normalden daha vasat sonuçlar elde edilirken, bu bölgede yapılan cerrahi hatalar, daha sonra onarılamayacak şekil bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu hatalar, cerrahların burun kanadı tabanında tanımlanan teknikleri rinoplasti teknikleri içinde “yardımcı teknikler” olarak görmelerinden ve belki de estetik ve anatomik incelikleri üzerine yeterince eğilmemelerinden kaynaklanmaktadır. Burnu değerlendirmek karmaşık bir iştir. Burundaki sorunun nedeni birden fazla olabilir ve komşu yapılara önemli şekilde yansiyabilir. Kolumellanın kaudal septum ile eğrilme, çekinti veya sarkma ile sonuçlanabilecek ilişkisi mutlaka değerlendirilmelidir. Karmaşık bir değerlendirme gerektirse de, doğru tanı konulduğunda cerrahi olarak çözüm bulmak olasıdır. İşlem hassas ve dikkatli yapılmalıdır, aksi takdirde kalıcı şekil bozuklukları oluşabilir. Tartışmalı olsa da, benim düşünceme göre kanat tabanında doğru planlanarak uygulanan değişikliklerin, rinoplasti sonuçlarına tip grefti kadar büyük etkisi olabilir.

Giriş

Genel Bakış

Hastalar sıkça nazal tabanlarının genişliğinden, burun deliklerinin büyüklüğünden veya aşağı sarkan burun uçlarından şikayet ederler. Çoğu cerrah bu şikayetleri düzeltmekte kendine güvenmediği için bu şikayetleri reddetme eğilimindedir. Fakat bu şekil bozuklukları, sorunun nedeninin değerlendirilmesi ve buraya yönelik bir cerrahi girişim ile kolayca iyileştirilebilir. Anahtar nokta burun tabanının ana hatlarını düşünmektir: *Alar kenar, alar taban ve kolumella*.

1. Düzey

Alar Kenar: Alar kenarı desteklemenin en etkin yolu, alar kenar greftidir (AKG). Kanat kenarına paralel olarak şekillendirilmiş küçük bir parça kırkırdak (3x10 mm) deri altında oluşturulan cebe yerleştirilir. Bu yöntem, varolan zayıf kenarları veya burun ucu dikişi ile zayıflamış olan kenarları düzeltir.

Taban: Cerrah, önden bakışta burun deliklerinin görülmesinin azalmasını sağlayacak şekilde *nostril eşik eksizyonu* ve alar kanatlanmayı azaltan kanat kama eksizyonu yapmalıdır. Bu eksizyonlar uygun yapıldığında minimal risk taşır ve etkindir.

Kolumella: Uzun burnu kısaltmak ve yukarı doğru çevirmek için kaudal septumun ve anterior nazal spinanın (ANS) eksizyonları uygulanır. Bu yapıların burun ucu pozisyonundaki etkisi en az burun kanatlarının anatomisi kadar önemlidir.

2. Düzey

Alar Kenar: Kanat kenarının çekintisi ve burun deliklerinin şeklindeki anormallığın arttığı durumlarda, cerrahi çözüm alar kenar greftini doğrudan kenar insizyonu içine dikmektir. Buna *alar kenar destek grefti* (AKD) denir. Aynı greft, daha güçlü destek ve şekillendirme için doğrudan burun deliği boyunca kullanılabilir.

Taban: Burun kanadı ve delik genişliğinin birlikte artmış olduğu durumlarda cerrahi çözüm, burun deliği eşiginden ve kanattan kama şeklinde rezeksiyon yapılmasıdır.

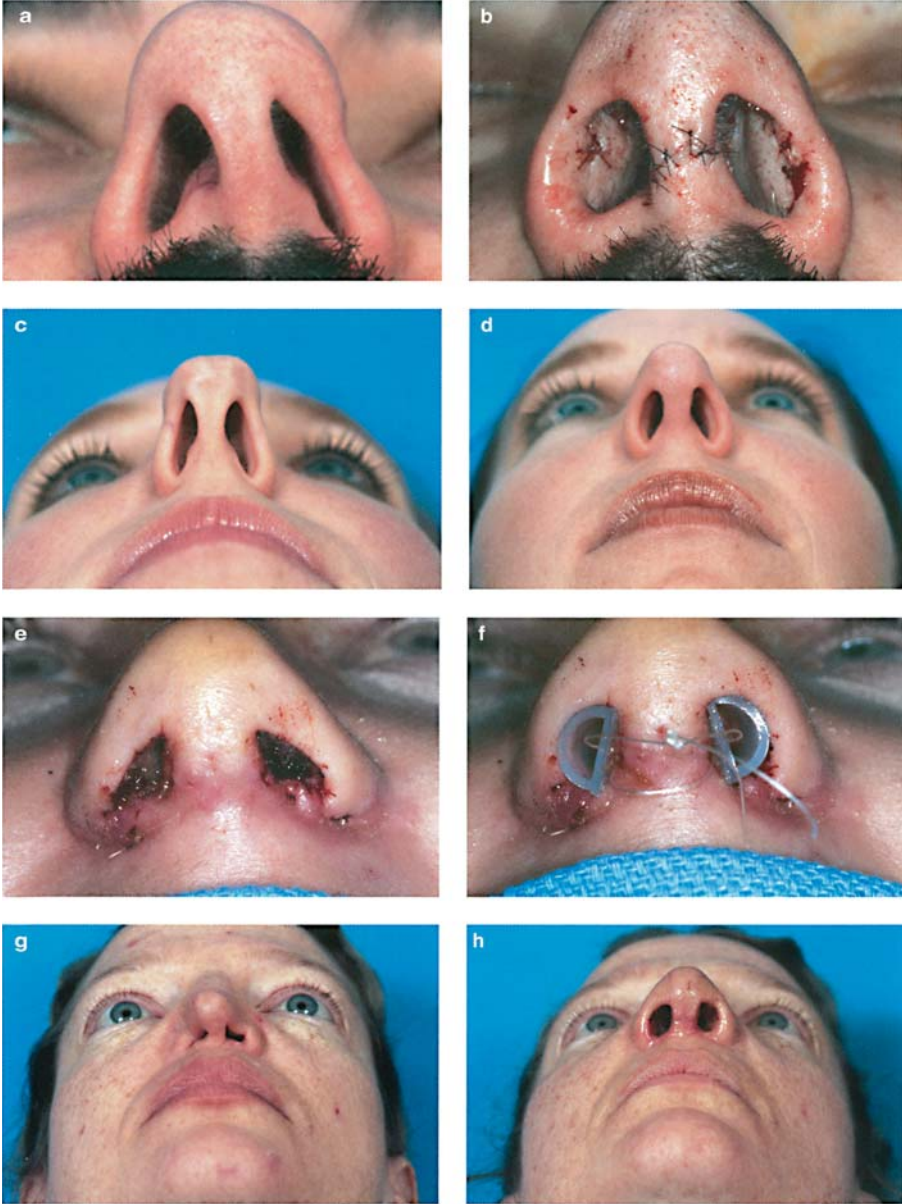
Kolumella: Burun kanatlarının iç bacakları arasına kolumella desteği konulması, kolumella da içe dönük kenarı aşağı itmekte fazlaca etkindir. Çoğu olguda eğrilmiş kolumellayı düzeltmek için eğri kaudal septumun düzeltilmesiyle birlikte kolumella destek grefti kullanılması gerekir.

3. Düzey

Alar Kenar: Kenar retraksiyonu ağırlaştıkça, eksikliği düzeltmek amacıyla konkal kırkırdak ve deri kompozit greftleri tedaviye eklenir. Alar kenar tamamıyla destekten yoksunsa, kostal kırkırdaktan oluşturulan sert alar çubuk (batten) greftleri gerekli olabilir.

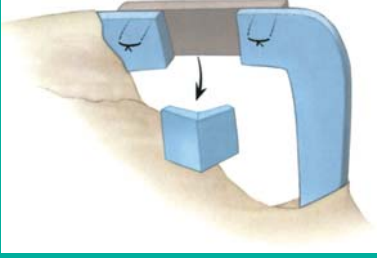
Taban: Bazı etnik olgularda ve yarık dudak burun deformitesi olan hastalarda “cinch prosedürleri” nostril eşiğini fazlaca daraltmak için kullanılır. İkincil nostril deformitelerinin revizyonu büyük bir hayal gücü gerektirir.

Kolumella: Kolumellanın çekintisi septumun teleskop şeklinde iç içe geçmesinden veya kaudal septumun veya membranöz septumun önceki rezeksiyonuna bağlı olabilir. Onarılması güç olabilir.



Şekil 5.1 Şekil (a,b) eğriliğin ve asimetrinin düzeltilmesi, (c,d) nostril şeklinin desteklenmesi ve değiştirilmesi, (e,f) eksternal valfin atellenmesi, (g,h) nostrilin total kollapsının alar çubuk (batten) greftleri ile tedavisi.

Fonksiyonel Faktörler 6



Çeviri: Dr. Selahattin Özmen, Dr. Tuba H.G. Karadağ

Burun konusunda uzmanlaşmış bir plastik cerrah olarak size iki grup hastadan bahsetmek istiyorum: Birincisi normal olarak soludukları şekliyle nefes almalarının korunmasını ve daha çekici bir görünüm isteyen kozmetik hastalar, ikincisi burun fonksiyonlarında sıklıkla bozukluk olan hastalardır. Bu problemler vazomotor rinit gibi medikal tedaviye cevap veren sık obstrüksiyon nedenlerinden ziyade cerrahi tedavi gerektiren sabit bir anatomik deformiteye bağlıdır. Bu bölüm genç cerrahlar için rinoplasti hastasını değerlendirmede, tanı koymada ve tedavi etme konusunda bir temel oluşturmaktadır. Amaç normal solunumfonksiyonunu korumak, cerrahiye bağlı solunum fonksiyonu bozulabilecek hastaları saptayabilmek ve sabit anatomik deformiteleri olan hastaları tedavi edebilmektir. Septorinoplastinin son on yılında fonksiyonel cerrahiye ilgili öne çıkan iki radikal değişiklik olmuştur. İlki, septum cerrahisinin dört alanı içeren basitleştirilmiş hale gelmesi: eksizyon, kaudal septal yer değiştirme, dorsal düzeltme işlemi, ve total septoplasti. Valv cerrahisine verilen önemin artması iç ve dış valv alanlarına daha fazla dikkat edilmesini gerektirmektedir. İkincisi de rinoplasti sonrası nazal obstrüksiyonun yetersiz septal cerrahiden (1980'ler), düzeltilmemiş konka hipertrofisine (1990'lar) ve nazal valv kollapsına evrimleşmesidir (2000'ler). Günümüzde, rinoplasti sonrası nazal obstrüksiyonun en önemli nedeninin preoperatif problemin yeterli tanı ve tedavisinde bir eksiklik olduğuna inanmaktayım. Dikkatli preoperatif öykü alınması, muayene ve burun içi için fonksiyonel açıdan planlama yapma burnun dışındaki estetik düzelme kadar önemlidir. Burun solunumunu bozmak en güzel sonucu bile yetersiz hale getirir.

Giriş

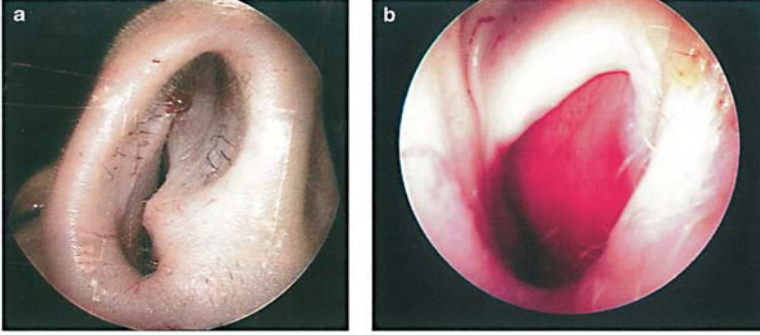
Genel Bakış

Cerrahlar genellikle rinoplastinin basit olmasını isterler. Cerrahların en sevdiği konulardan biri fonksiyonel düzeltme istemeyen kozmetik rinoplastidir. Genellikle şu soruları sorarlar: Septal deviasyonu düzeltmeden rinoplasti yapabilir misiniz? Hayır. Gerçekten spreader grefte ihtiyaç duyuyor musunuz? Evet ve sıklıkla hem estetik hem fonksiyonel nedenlerle. Operasyon bir cerrahın estetik kısmı diğerinin fonksiyonel kısmı yaptığı iki parçaya bölünebilir mi? Hayır, burun ameliyatı bir bütündür. Ben bütün estetik vakalarımı operasyonun ikili doğasını gösteren muhtemel konka rezeksiyonu ve çoklu greftler kullanacağım bir kozmetik septo-rinoplasti olarak planlarım. Şimdi, sadece estetik olan bir rinoplasti yanılığını dinlenmeye bırakıp, her rinoplastide değerlendirilmesi gereken fonksiyonel faktörlerden bahsedelim.

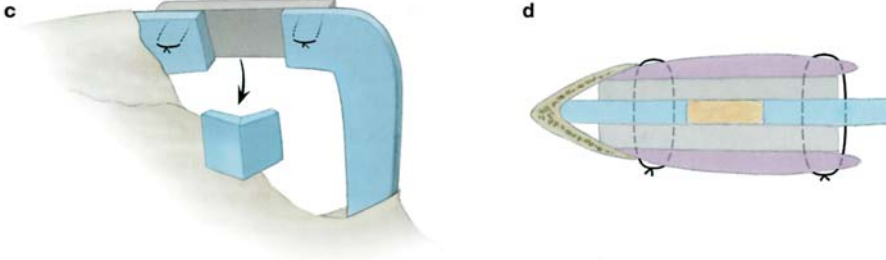
Birinci Basamak: Cerrahın şu dört fonksiyonel faktörle başedebilmesi gerekir: Septal cisim deviasyonu, kaudal septal deviasyon, internal valf kollapsı, alt konka hipertrofisi (Şekil 6.1a, b). Cerrahi çözümler kolaydır: septal cisimdeki deviye parçayı çıkar; kaudal septal deviasyonu yerine yerleştir; internal valfleri açmak için spreader greftleri koy; konkadan parsiyel ek-sizyon yap.

İkinci Basamak: Travma veya gelişimsel nedenlerle meydana gelmiş ciddi septal deviasyonların düzeltilebilmesi için karmaşık cerrahi teknikler gereklidir. Kaudal septal problemler septal kıkırdak greftleri kullanarak yerine yerleştirilmesi veya rekonstrükte edilmesi gereken; dislokasyondan instabilite ve çökmeye kadar değişen bir çeşitlilik gösterebilir. Dorsal deviasyonlar da mevcuttur ve şu sırayla düzeltilirler: 1. Deviye olmayan tarafa spreader greft koy ve deviasyonun üst ve alt kısımlarında grefti dikişlerle tuttur. 2. Septumun deviye kısmını eksizet, 3. Deviye tarafa spreader greft koy ve beş tabaka dikiş tespiti koy (Şekil 6.1 c, d). Eksternal valf problemlerini düzeltmek için nostril valfine alar kenar greftleri (AKG) veya alar kenar destek greftleri (AKD) ve vestibüler valfe lateral krural strut greftler konulur. Orta konkada problem olabilir, konkalar arasında veya konkalarla çevre dokular arasında yapışıklıklar bulunabilir.

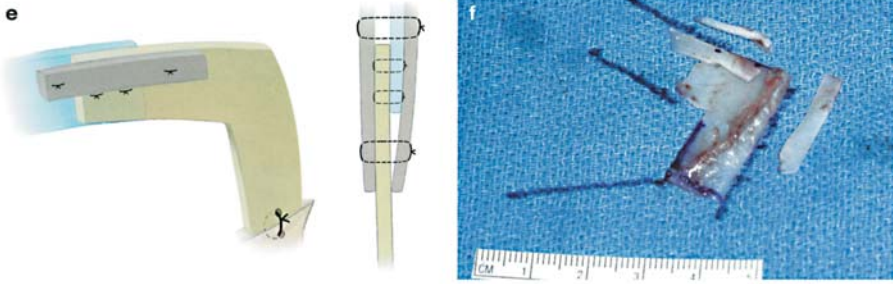
Üçüncü Basamak: Ciddi bir primer olguda (yarık dudak burunları, kokain kullanımı ve post-travmatik deformiteler) ya da pratikte tüm sekonder rinoplasti olgularının varlığında cerrah büyük bir problemle karşı karşıyadır. Septumu sabitlemek, hatta total septoplasti gerekir (Şekil 6.1 e, f). Bu vakalar teknik karmaşıklıkta dikkate değer bir çözüm gerektirir ki ben buna burun içinin rekonstrüksiyonu derim. Septumda geniş destabilize edici insizyonlar ve büyük parça rezeksiyonu gerekebilir. Septum desteği için kostal kıkırdak gibi alternatif greft verici sahaları kullanılabilir. Valvüler cerrahi stenotik alanların açılmasından, kemik valfi genişletmek için kompozit greft konmasına varabilir. Konka cerrahisi, septuma skar füzyonu yada polip varlığı ile komplike olabilir.



Şekil 6.1 (a,b) Septal ve valvüler tıkanıklıklar



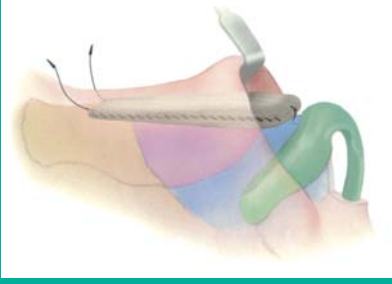
Şekil 6.1 (c,d) Dorsal septal deviasyon



Şekil 6.1 (e,f) Total septoplasti



Greftler 7



Çeviri: Dr. Selçuk Işık, Dr. Fatih Zor

Rinoplasti cerrahisinde binlerce greft uygulamasından sonra on maddeden oluşan bir sonuca vardım. Birincisi, greftler analiz ve cerrahi planlamanın bir parçası olmalı intraoperatif bir gereklilik olarak düşünülmemelidir. Örneğin, burun kökü grefti uygulama kararı burun sırtı küçültme miktarını azaltacaktır. İkincisi, cerrah her türlü donör materyalinin kullanımını bilmelidir ve sadece bir materyale bağlı kalmamalıdır. Primer vakalarda septum yeterli olmasına rağmen, kompleks sekonder vakalarda genellikle yetersizdir ve kosta grefti kullanımı kaçınılmaz olabilir. Üçüncüsü, greftin alınmasını hızlı bir şekilde yapabilmelidir. Eğer greft almakta zorluk yaşıyorsa kişi greftin gerekli olmadığı konusunda rasyonalizasyon yapabilir. Dördüncüsü, greft şekillendirme ve alıcı bölgenin hazırlanması eşit önemdedirler. Beşincisi, grefte ne kadar az işlem yapılıyorsa o kadar iyidir. Benim ezilmiş greftlerin uzun dönem sağ kalımları hakkında şüphelerim vardır. Altıncısı, greftin fiksasyonu açık girişimlerde genellikle dikişi gerektirir çünkü kapalı girişimlerdeki gibi cepler kısıtlı değildir. Yedincisi, antibiyotik kullanımı önemlidir ve operasyon esnasında intravenöz olarak ve sonrasında 5 gün kullanılmalıdır. Sekizincisi, alloplastlar cerrah için kestirme yol olabilirler ancak hasta için başarısızlık riskini artırır. Dokuzuncusu, otojen greftler nadiren ekstrüde olurlar, enfeksiyona dirençlidirler ve uzun süreden beri başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Kişinin otojen kıkırdak greftinin faydası ile kadavra kıkırdağının kaçınılmaz rezorpsiyonu arasındaki kontrastı fark etmesi gereklidir. Onuncusu, greftler bizim rinoplasti sonuçlarımızın kalitesini dramatik olarak artırırlar, daha doğal ve fonksiyonel primer sonuçlar elde etmemizi sağladılar ve sekonder olgularda elde edilmesi güç olan nonoperatif görüntüye ulaşmamızı mümkün kıldılar.

Giriş

Alloplastların Cazibesi

Her an hazır bulunması, donör alan morbiditesi oluşturmaması, ihtiyaca göre adapte edilebilmesi, erken sonuçların çarpıcı olması, maliyetin az olması ve cerrahi tecrübenin gerekmemesi alloplastları oldukça çekici kılmaktadır. Ancak, enfeksiyon, ekstrüzyon, yer değiştirme, mobilite ve uzun dönem sonuçlarının iyi olmaması kritik dezavantajlardır. Üç konu doğru değerlendirilmelidir: materyalin biyouyumlu olması, cerrahi uygulama ve uzun dönem sonuçlar. Birçok alloplastlar problemler ortaya çıkıncaya kadar kolayca benimsenirler. Beekhuis (1974) Supramid'i "modern kimyanın mucizesi" ve burun sırtı augmentasyonu için ideal materyal olarak ön plana çıkardı. Erken problemler teknik hata veya kötü hasta seçimine bağlandı. On yıl sonra, cerrahlar materyalin kaybolduğunu söylediler ve biyopsiler materyalin doku da yıkıma uğradığını gösterdi. İkinci problemli konu hasta seçimidir. Primer Asyalı burnu uygun karşılık birçok cerrah sekonder olguları için uygun olmayan alıcı bölgede dorsal greft ihtiyacı duyarlar. Böylece implant subkutan cep yerine subdermal hazırlanmış skarlı az vasküler bir cebe yerleştirilir. Üçüncü faktör uzun ve geç dönem sonuçlar arasındaki farktır. Sonuçlardaki en ilginç değişim kadavra kırıkdaki kullanımında ortaya çıkmaktadır. Schuller ve arkadaşları (1977) %5.5 oranında erken, %2 oranında geç komplikasyon ve 3 yıllık takiplerde %1.4 oranında parsiyel rezorpsiyon bildirmişlerdir. Daha sonra Welling ve arkadaşları (1988) Schuller'in orijinal 107 hastasının 42 tanesini incelemişler ve 10 yıllık dönem sonrasında greftlerin %100 oranında rezorbe olduğunu bildirmişlerdir. Rinoplasti cerrahı alloplastlar konusunda nasıl davranmalıdır? Yetmiş yıllık nazal cerrahi deneyimi sonrasında alloplastların burunda özellikle dorsumda ve sekonder olgularda iyi bir adı yoktur. Bu nedenle ben kişisel olarak burunda sadece otojen doku kullanmaya karar verdim. Bu hastanın allolastik dorsal implant sonrasında erken dönemdeki mutluluğu gözlerinden anlaşılmaktadır ancak 6 ay sonra bu mutluluk yerini mutsuzluğa bırakmıştır (Şekil 7.1).



Şekil 7.1 (a) Erken sonuç (b) enfekte alloplast materyalinin 6 ay sonraki görünümü

Dolgu Maddeleri: Fantastik mi Fantazi mi?

En deneyimli rinoplasti cerrahları allogefti bir basit sebep nedeni ile kullanmazlar- Porex, silikon, Goretex ve benzeri materyallerden kaynaklanan çok sayıda facia görmüşlerdir. Günümüzde, yeni bir sorun ile karşı karşıya bulunmaktayız: Enjekte edilen dolgu maddeleri. Kompleks deformitelere basit mucizevi çözümler getiren diğer örneklerde de olduğu gibi erken ve geç sonuçları açısından değerlendirilmelidir.

Avantajlar. Lokalize depresyonları düzeltme olasılığı dolgu maddelerinin en fazla tercih nedenleridir. Geçerli olmaları halinde hasta memnuniyetini artırıp revizyon oranını azaltırlar. Dolgu maddeleri ile majör augmentasyon yapma fikri ekonomik kaynakları kısıtlı sekonder rinoplasti hastalarında yardımcı olabilir.

Dezavantajları. Ben dolgu maddelerinin hastalar ve cerrahlar için majör problem oluşturduğu kanaatindeyim. Hastalar için, yanlış vaat, devamlılık ve sonuçların bir kombinasyonudur. Birçok hasta “lunchtime rhinoplasti”nin mümkün olduğuna inanmak istemektedir ancak bunun geçici olduğunun gerçekten farkında mılar? Cerrah olmayan bir hekim sekonder hastadaki açık çatı deformitesinin ne olduğunun gerçekten farkında mıdır? Dolgu maddesi nasıl gerçek anlamda dermis altı ve mukoza üstü plana yerleştirilebilir? Birçok enjektör açısından bu teknik olarak mümkün değildir. Ben kişisel olarak, sekonder vakalarda Radiesse enjeksiyonu sonrasında deride kabuklanma ve enfeksiyon komplikasyonları gördüm. Özellikle düzelme etkisi zamanla azalırken hasta ne kadar süre mutlu olabilir? Müdahaleyi yapan kişi kalıcı etki oluşturma (Restylane, Radiesse, Articol veya Silicone) baskısı altına girer mi? Rinoplasti cerrahı açısından peroperatif dönemde çeşitli güçlükler olacaktır. Ameliyat öncesi dönemde birçok cerrah olmayan hekim veya az deneyimli cerrahlar deforme olmuş sekonder burunu hastayı tatmin etme umudu ile dolgu maddesi ile düzeltme yoluna gideceklerdir. Bunun sonucu iki kat sorunlu bir burun olarak karşımıza çıkar ve iki aşamalı bir girişime ihtiyaç duyulabilir. Birinci ameliyatta dolgu maddesi burundan uzaklaştırılır, ikinci ameliyatta burun onarımı gerçekleştirilir. Ameliyat esnasında dolgu maddesi enjeksiyonu uygulaması yapan cerrahlar ameliyatta ilgili hastaya verdikleri vaatlerin tehlike altına girdiğini göreceklere. İçlerinden bir ses onlara “Of, bu bölgeyi daha sonra az miktarda dolgu ile düzeltebilirim. Gerçekten grefti çıkarmama veya fasya grefti almama gerek yok” diyecektir. Kestirme yollara karşı koyulması zordur. Benim önerim nedir? Ben dolgu maddelerine karşı kuşkucu yaklaşırım ve kullanmam. Ancak, hâlâ dolgu maddelerinin kullanım kolaylıkları kanıma girmiştir ve başkalarının benim yanlış düşündüğümü ispat etmelerini ummaktayım. Bu nedenle, kitabın dokuzuncu bölümüne revizyonlar kısmı içine konunun uzmanları tarafından yazılan dolgu maddeleri ile ilgili bir bölüm ekledim.

Not: Bu metindeki hastaların hiçbirinde sonuçların daha güzelleşmesi amacıyla dolgu maddesi kullanılmadı. Bu, dolgu maddesi olmayan son rinoplasti metni olabilir.

Genel Bakış

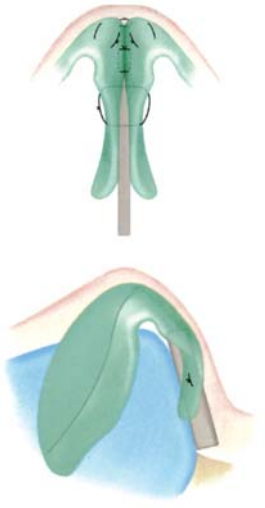
Analiz. Burunun her bölgesi koruma, küçültme ve büyültme açısından dikkatlice analiz edilir. Redüksiyon uygulanan herhangi bir alana kompenzatuvar greft uygulaması gerekebilir, bunun en sık örneği spreader greft uygulamasıdır. Kıkırdak çatıdaki 1.5 mm'lik bir redüksiyon bile orta çatının içeriye doğru çökmesi ve valf kollapsının önlenmesi amacıyla spreader grefti uygulamasını zorunlu kılabilir.

Cerrahi Sıralama. Graft materyalinin ne zaman alınacağı konusunda sorular vardır. Genellikle, ben fasyal greftleri ameliyatın başında alır ve bu esnada burunda vazokonstriksiyon oluşması için ek zaman sağlarım. Ameliyat esnasında, sıklıkla fasya grefti ihtiyacı olmadığı şeklinde zihinde mantık oluşma eğilimi oluşur. Eğer ameliyatın başlangıcında greft alınmış ise bu gibi düşüncelerin üstesinden gelinmiş olur. Kostal greft ihtiyacı olan durumlarda grefti burun cerrahisi öncesinde almayı tercih ederim. Septal kıkırdak her zaman dorsal değişiklik tamamlandıktan sonra alınır. Septumun başlangıçta alınması durumunda "L-shape strut" yapısının bozulma ihtimali çok yüksektir. Ben konkal kıkırdak greftini nihai ihtiyaçlar belli olana kadar hazırlamam. Bütün materyaller antibiyotik içeren ortamda saklanırlar. Benim kraniofasyal deneyimlerime dayanarak, fasyal cerrahi esnasında eldiven değiştirmem. Graftın hazırlanması arka masada, silikon bir tabla üzerinde, ızgaralar, kumpaslar ve işaret kalemleri kullanılarak yapılır. Kompleks olgularda, greft materyalinin özel bir şekil verilerek kullanılması çok önemlidir. Bütün greftler hazırlandıktan sonra, her zamanki sıralama ile yerleştirilirler: Spreader, kolumella, burun ucu, burun kökü, burun sırtı ve alar kenar.

Problemler. Uygulamada cerrahi plan ile karşılaştırıldığında herhangi bir konuda aksaklık olabilir ve cerrah özellikle sekonder olgularda çok değişik greft materyallerini kullanabilmektedir. Gerekli durumlarda ek greftler kullanmaya hazırlıklı olunmalıdır. Aynı zamanda ödem çözüldükten sonra bu greftlerin görünür hale geleceği durumlarda bu greftlerin kullanımından da kaçınmak gerekebilir. İntraoperatif illüzyonların yanıltıcı etkisine kapılma konusunda eğilim vardır. Bunun tipik örneği minimal nazal dorsum düzensizliğinin düzeltilmesi için ezilmiş kıkırdak kullanımıdır. Ezilmiş greftler operasyon esnasında çok güzel görünürler, tahmin edilemeyen oranlarda absorbe olurlar ve düzensizlikler tekrarlar. Solid yapılı greftlerin kullanımı daha iyi sonuçlar vermektedir. Ben özellikle enfeksiyon konusunda olmak üzere çok az sorunla karşılaştım (greftin kaybına ve olumsuz sonuca yol açmayan iki olgu). Aynı zamanda belirgin absorpsiyon ile de karşılaşmadım. Temel problem görülebilir olmaları oldu. Gerçekte dorsuma yerleştirilmiş olan bütün kıkırdak greftleri zamanla görünür hale gelmektedir bu nedenle ben fasya kullanmaya başladım. Tip greftleri aşırı projekte olabilir veya tam bir infralobul oluşturabilirler. Sıklıkla, bunlar öğrenme eğrisinin bir parçasıdır ve revizyonlara gerek olacaktır. Sonuçta, greft kullanımı benim estetik ve fonksiyonel sonuçlarımı özellikle zor olgularda olmak üzere dramatik olarak düzelttiler.

Primer 8 Rinoplasti: Tercih Yapma

Çeviri: Dr. C. Reha Yavuzer, Dr. Kırdar Güney



Bu noktada amaç her türlü basit rinoplasti operasyon basamaklarında cerrahın anlamasını sağlamak ve kendini rahat hissettirmektir. Sorun, evre 1 vakalardan, daha geniş cerrahi teknik gerektiren karmaşık deformitelere nasıl ilerleme göstereceğimiz. Peki mantıklı ilerleme nedir? İlginç bir şekilde çoğu evre 2 nazal deformiteler, bir bileşeni belirgin şekilde daha zor olan evre 1 olgulardır. Örnek olarak; çoğu burun ucu projeksiyonu düşük olan hastanın burnunun diğer yerlerine standart prosedürler yeterli olur, ama burun ucu için sofistike kolumellar strut ve greftler gerekir. Evre 1 olgularda iyi bilinen basit yöntemlerle, evre 2 vakalar başarılabılır. Bu bölümde burun ucu cerrahisi üzerinde durulacaktır, bunun nedeni hem hasta için hem de cerrah için geçerli bir sözdür; “burun ucu olursa rinoplasti de olur”. Ek olarak cerrahlar evre 3’ü nasıl hatırlayacaklarını öğrenecekler. Sonuçta, her cerrah kendine özgü tüm evreler için derecelendirme sistemini geliştirecek, böylece vaka ve teknik seçimine olanak sağlayacak.

Giriş

Burun Ucu

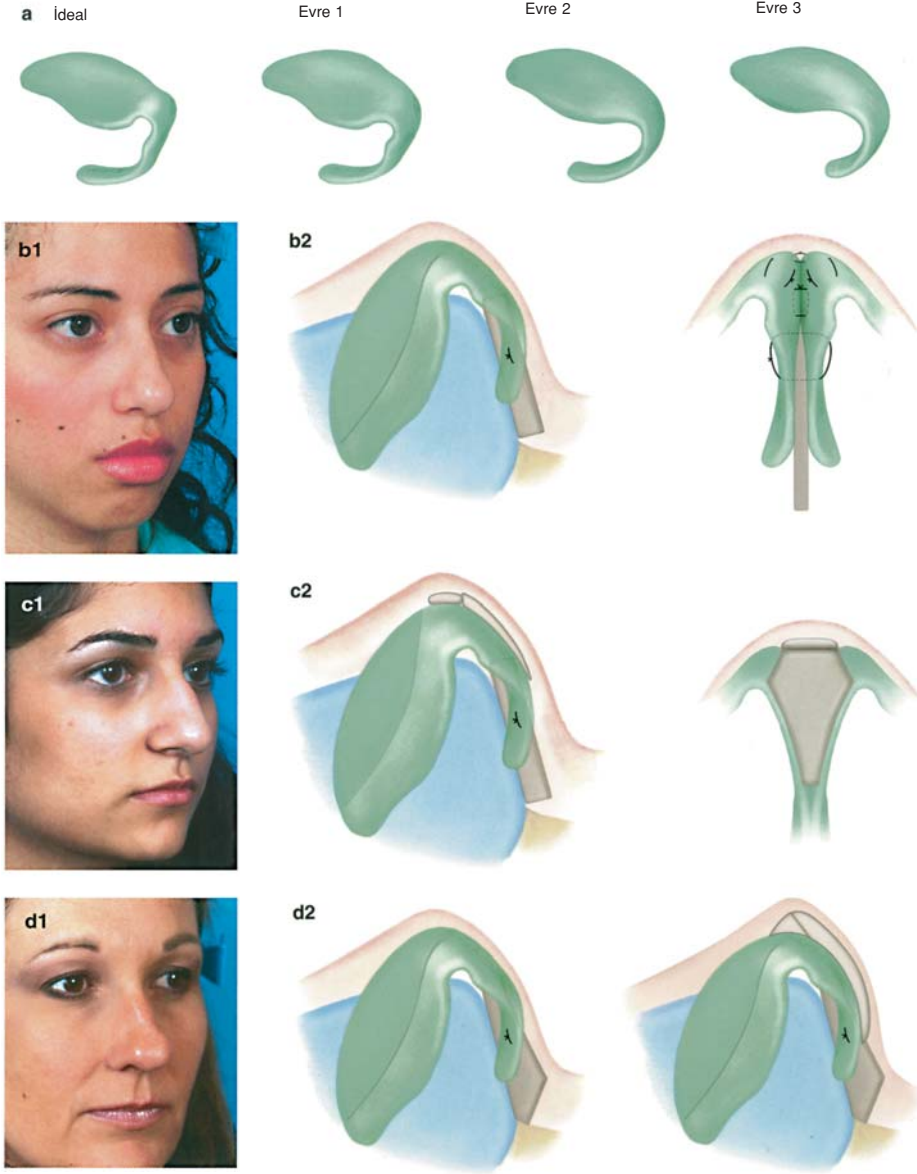
Burun ucu definisyonu tanımlaması zordur ama aslında görünür yada alar kıkırdakların dom definisyon noktasından ayırd edicidir (Şekil 8.1). Anatomi bağ çok kolay, domal segment ile lateral krura arasındaki domal bileşke çizgisidir. Konveks bir domal segment ile birleşmiş bir konkav lateral krura çok daha çekici bir burun ucu oluşturmada ve bunu oluşturmak için domal dikişler kullanılmaktadır.

Tercih Yapma. Burun ucu definisyonu 4 açıdan incelenmekte ve hastaya fikri sorulmakta. Burun ucu projeksiyon ile deri kalınlığı arasındaki ilişki kritiktir. Kalın deri ince düzeltmele-ri engellemekte, bunun yanında ince deri ise anormallikleri görünür kılmaktadır. Örnek verecek olursak; ince deriye sahip hastalar infralobülde bifid görünümünden hoşlanmamakta, bu da basit bir eksize edilmiş alar kıkırdaktan kullanılan gizleyici greftle düzeltilebilmekte. Bunun tersi olarak küçük burun ucu definisyonu ise çoğu rinoplasti hastasının en sık yakınmalarındandır ve ileriki bölümlerde tartışılacaktır.

Evre 1: Minör defisiti olanlarda, burun ucu iyi sayılabilecek düzeydedir. Eksik olan, özellikle oblik açıdan ve profil açısından ayırd edici bir burun ucunun bulunmasıdır. Bu basit bir burun ucu dikiş tekniği ile düzeltilebilir. Önce kolumellar bir strut yeterli destek verecek şekilde konmalı, domal çentikten domal segmentler sıkıştırılmalı ki nerden dikiş geçileceği belirlenebilsin. Dikişler bilateral intradomal olmalı. Deri üstüne örtülüp gerekirse burun ucu pozisyon dikişleri eklenmeli.

Evre 2: Eğer burun ucu dikişi yetersiz olursa, istenilen dom definisyonu için eksize edilen alar kıkırdaklardan greft kullanılmalı. Bu, kalkan şeklinde olup infralobül doldurulabilir ve burun ucu çizgisi oluşturulur yada dome şeklinde oluşturabilir ki tip bölgesini dorsal çizgiden ayırt etsin diye. Bu infralobül greftler dikilmiş alarların, yükseltecek şekilde üstüne konmak üzere dizayn edilmeli. Dome grefti kısa (8 mm) ve dar (4 mm) olmalı, doma dikilmeli. Tek yada çift kat olabilir. Domal segmentler bitişik lateral kruranın üzerinde durmalıdır.

Evre 3: Bu deformitelerde çoklu faktör bulunmakta, deforme veya zayıf alar kıkırdak, belirgin projeksiyon kaybı, kalın deri örtüsü gibi. Birçok etnik burun bu tip kategoride. Bu vakalarda güçlü krural strutlar ve septal kıkırdak burun ucu greftleri gerektirmektedir. Çoğu tarz dikişler kalın deri örtüsü yüzünden etkisi görülmemekte ve gerekli projeksiyon sağlanamamakta. Uygun projeksiyon pozisyonunda dom dikilip ya da eksize edildikten sonra burun ucu grefti uygulanabilir, şapka grefti ile desteklenebilir. Alar kıkırdakların eksize edilmesi tek başına yeterli şekilde kalın deriden görülmez. Sarkık bir infralobülü engellemek için herhangi daraltma dikişlerini yada dom eşitleme dikişlerini, uygun pozisyonundaki burun ucu greftini uygulamadan önce ortadan kaldırılmalı.



Şekil 8.1 (a) Tip düzeltilmesi, (b) Evre 1, (c) Evre 2, (d) Evre 3

Olgu Çalışması: Burun Ucu

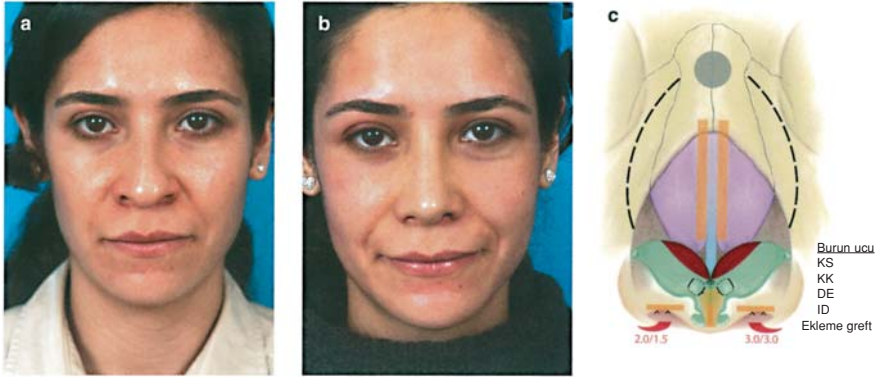
Analiz

30 yaşında, öğrenci kendi burnunda değişiklik istiyor, özellikle burun ucu bölgesinde. Hasta küçük bir burun ucu istediğini belirtti ama doktor burnun bazı sınırlayıcı özelliklerinden bahsetti. Burun tabanı genişliği ve kalın deri hakkında tartışıldı. Hedef özellikle burun ucu ve burun tabanındaki maksimum değişikliği yapmak ve burun sırtıyla bir denge tutturmak. Kaudal septum sefalik segmentinden eksizyon ile burun ucu rotasyonu sağlandı kolumellar strut ile postoperatif burun ucu sarkıklığı önendi. Kalkan şeklinde eklenen greft ile burun ucu definisyonu ve uzun infralobül temin edildi.

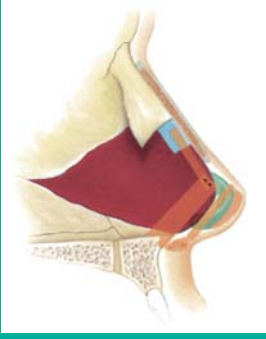
(Evre 2.0)

Cerrahi Teknik

- 1) Küçük intraoral çene implantı ve fasya toplama
- 2) Açık yaklaşım ve alar kıkırdak küçültülmesi (6 mm kenar şerit)
- 3) Burun sırtı küçültülmesi (kemik: 0.5 mm, kıkırdak 1.5 mm)
- 4) Üst kaudal septum rezeksiyonu 2.5 mm, septal toplama sonrası
- 5) Alçaktan yükseğe osteotomi, fasyal burun kökü grefti
- 6) Krural strut ve burun ucu dikişleri: KS,DC,ID,DE
- 7) Çıkarılan sefalik lateral kruradan kalkan şekilli greft
- 8) Bilateral spreader greft
- 9) Burun deliği ve alar taban eksizyonu (R:1.5/2.0, L 3/3)
- 10) Marjinal insizyondan alar kenara destekleyici dikiş



Şekil 8.2 (a-j)



İleri 9 Primer Rinoplasti

Çeviri: Dr. Selahattin Özmen, Dr. Ayşe Şencan

Zor bir rinoplasti ne demektir? Geleneksel yanıt o anda hangi rinoplastiyi yaptığımız veya sizi konfor alanının ötesine iten herhangi bir ameliyattır. Nesnel olarak, Seviye 2 ve 3 olgular arasındaki büyük farkların şunlar olduğunu düşünmekteyim: (1) deformitenin ağırlığı, (2) ameliyat tekniğinin karmaşıklığı ve (3) intraoperatif esneklik ihtiyacı. Esasında, bu olgular burnun tüm bölümlerine müdahale edilmesini gerektirir. Basitçe profili düşürmek veya burun ucunu düzeltmek yerine tüm burun değiştirilmelidir. Ameliyat planı çok sayıda greft, nadiren uygulanan teknikler ve asimetrik tasarım içerdiğinden sıklıkla karmaşıktır. Ameliyat sırasındaki bulgular cerrahın asıl ameliyat planında büyük değişiklikler yapmasını gerektirebilir. Peki cerrah seviye 2 olgularından seviye 3 olgulara nasıl ilerler? Cerrahların çoğu için, seviye 2'den seviye 3'e kadar değişik deformite yelpazesi gösterebilen etnik rinoplastiler sorundur. Bazen de, ameliyat sırasında sorunların beklenenden daha büyük olduğunu fark eder, dolayısıyla dereceyi seviye 2'den seviye 3'e çıkarır. Uygulamaya başladığınızda, size başvuran rinoplastilerin %33'ü size seviye 3 olgular olarak gözükebilir. Deneyim kazandıkça ve rahatlık alanınız genişledikçe seviye 3 olgularınızın yüzdesi azalacaktır. Sonuç olarak, bu olguların sorunlarından ve teknik detaylarından hoşlanacaksınız.

Giriş

Asimetrik Burun ve Burun Ucu

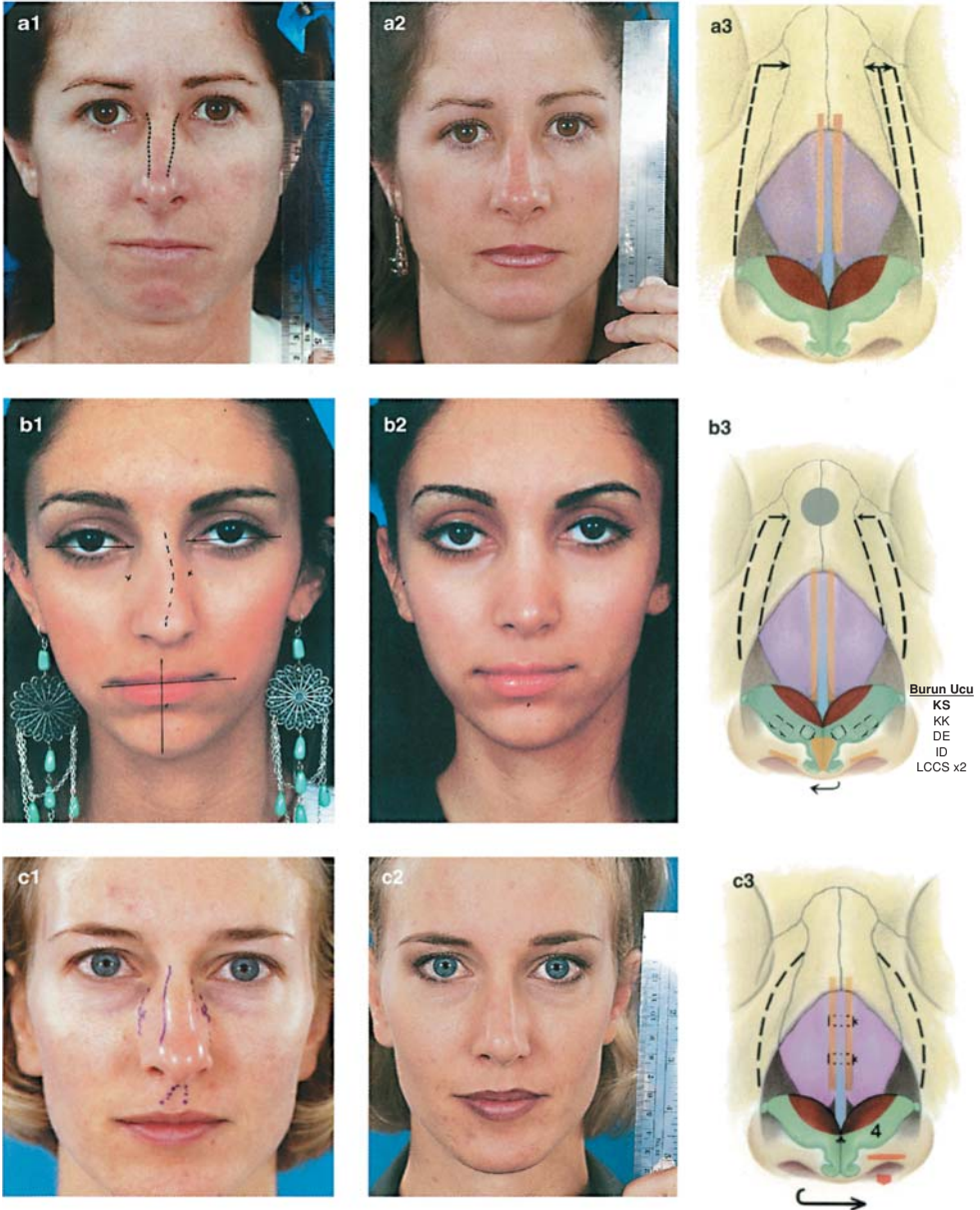
Travma sonrası olguların tersine, asimetrik burun sıklıkla gelişimseldir ve bundan dolayı bileşenleri anatomik olarak birbirinden farklıdır (Şekil 9.1). Bu gözlemler ameliyat öncesinde bir ayna kullanılarak ve sadece “sınırlı düzelme”nin gerçekçi olacağı vurgulanarak hastaya belirtilmelidir. Eşit olarak, septal deviasyon ve internal nazal valf yetmezliği sık olduğu için dik-katli bir burun içi muayenesi yapılmalıdır.

Lokalize. Kemik ve alar tabanda hafif farklılıklar olabilse de, en belirgin asimetri genellikle dorsal çizgiler ve burun ucundadır. Farklılık kemik-kıkırdak bileşkedeki “çıkıntudan” başlayabilir, her iki üst lateral kıkırdakların içbükey/dışbükey zıtlığıyla beraber burun sırtı boyunca devam edebilir ve içbükey bir üst lateral kıkırdak ve dışbükey bir alt lateral krusun yan yana oluşuyla daha da belirgin olabilir. Küçük ve orta çaplı deformiteler için, genel dorsal azaltma ve sefalik lateral krus çıkarmayla beraber asimetrik spreader greftler sıklıkla makul çözümdür.

Genel. Kozmetik rinoplasti hastalarımın yaklaşık %25’inde bir dereceye kadar “Asimetrik Gelişimsel Eğri Burun (AGEB)” vardır. Bu deyimi gelişimsel eğrilikleri travma sonrası olanlardan ayırt etmek için kullanıyorum. Bu olgularda belirgin bir nazal travma öyküsü yoktur. Aslında tüm yüz ve burun belirgin farklılıklara sahiptir: genellikle burnun dikey ve açılı kenarı varken yüz daha güçlü/daha geniş veya daha zayıf/daha uzun çizgilere sahiptir. En sık kombinasyon kısa geniş yüz üzerinde açılı geniş burun yarısı ve uzun dar yüz üzerinde dikey dar burun yarısıdır. Bu farklılıklar ameliyat öncesinde ayna tutularak hastaya belirtilirse, ameliyat sonrasında daha az şikayet olacaktır.

Asimetrik buruna gelince, öncelikle altta yatan septal deviasyon düzeltilir. Asimetriteri düzeltmek için her bir ameliyat basamağı modifiye edilir: (1) eksizyonlarda niceliksel farklılıklar, (2) tek taraflı basamaklar oluşturma ve (3) her burun yarısında birbirine zıt işlemler. Örneğin, niceliksel farklılıklar bir tarafta 2.5 mm diğer tarafta 3.5 mm olan kombine alar taban rezeksiyonu olabilir. Tek taraflı bir manevra içbükey tarafta üst lateral kıkırdak üzerine onlay greft konulması ve karşı tarafa hiç bir şey yapılmaması olabilir. Zıt işlem nadiren uygulanır, ama içbükey tarafta dışa doğru kırma ve dışbükey tarafta içe doğru kırma bir örnek olabilir.

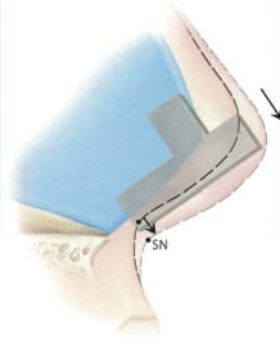
Büyük burun ucu asimetriteri çok zordur ve cerrah krural strut koyarak başlar ve yukarı doğru devam eder. Yine, burun ucu greftleri ve takiben dikişler ilk tercihtir. Sıklıkla, lateral krural strut greftler içbükey veya şekli bozulmuş alt lateral krusların altına konulur. En kötü olgu senaryosunda, her iki nazal dom eksizyonu ve şekillendirici burun ucu grefti koymak gereklidir.



Şekil 9.1 (a) Asimetrik burun, (b) asimetrik burun/asimetrik yüz, (c) asimetrik gelişimsel eğri burun (AGEB)

Sekonder Rinoplasti: 10 Cerrahi Teknikler

Çeviri: Dr. Kenan Atabay, Dr. Billur Sezgin



Sekonder rinoplasti öğretilbilir mi? Kaçınılmaz üç gerçek hayır diyor: (1) zaten çok değişkenlik gösteren normal nazal anatomi önceki cerrahi girişim nedeniyle bozulmuştur ve skar kontraksiyonu ile şekil değiştirmiştir, (2) intraoperatif bulgular preoperatif beklentilerle uyumayınca cerrahi planlar radikal olarak değişmelidir, (3) vakaların çeşitliliği cerrahinin sebep ve sonuçlarını öğrenmeyi güçleştirmektedir. Sonuç olarak sekonder rinoplastide primer rinoplastinin temel prensipleri esastır. Sekonder rinoplastinin kompleksliğinin tek bir formülle giderilmesi mümkün değildir. Tıp fakültesi öğrenciliğinden, asistanlık ve uzmanlığa doğru oluşan gelişmeye benzer şekilde, çoğu cerrah da primer rinoplastiden kendi revizyonlarına ve sekonder rinoplastiye 3-5 yıllık bir süreçte gelişme göstermektedir. Not: Sekonder rinoplasti denince başka bir cerrah tarafından daha önce primer rinoplastisi yapılmış bir olgu tanımlanırken, revizyon ise sizin primer olgunuzun yeniden ameliyatıdır.

Giriş

Bu bölümde sekonder rinoplastinin primer rinoplastiden nasıl farklı olduğunu ve gerekli olan ileri cerrahi teknikleri vurgulamaya çalıştım. On birinci bölümde ise karar verme yöntemini ve uygun tekniğin nasıl seçileceğini özetledim. Sekonder rinoplasti olgularında düzey 1 veya 2 diye bir durum olmadığını ne kadar vurgulasam azdır. Rinoplasti cerrahı primer olgularda yeterli deneyim kazanıp ehil olmadan, sekonder vakaları almaması gerekir. Bir çok hasta yeterli septal kıvrımdağa sahip olmadığı ve konkal kıvrımda yapısal olarak yetersiz olduğu için cerrah kosta greftinin alınması ve kullanımına hakim olmalıdır. On ikinci bölümde açıklandığı gibi, estetik rekonstrüktif rinoplasti kendine özgü bir durum olarak ortaya çıkar ve bu olgular son derece karmaşık olup sekonder rinoplastiden de daha ileri düzey cerrahi ustalık gerektirmektedir.

Genel Bakış

Sekonder rinoplastiyi zor yapan nedir? Bu kitabı yazarken sekonder rinoplasti olgularının zorluk derecesini tanımlamaya yönelik bir preoperatif “değerlendirme formu” tasarlamaya çalıştım. Bazı faktörler belliydi: önceden geçirilen cerrahi sayısı, farklı cerrah sayısı, septumun kullanılabilirliği, deri kalınlığı, vs. Önceden tek bir kapalı primer rinoplasti geçiren, septumu palpe edilebilen, bayan hastanın basit bir sekonder rinoplasti olgusu olabileceğine ikna olmaya başlamıştım. Şüphesiz ki sonra böyle bir hastayı ameliyat ettim ve footplate’lerden itibaren yukarı doğru tüm alar kıkırdağların yokluğuyla karşılaşarak total burun ucu rekonstrüksiyonu yapmak durumunda kaldım. Buradaki kritik nokta, burnu açmadan, daha önce yapılanlardan ve geriye kalan kullanılabilir dokulardan hiçbir şekilde haberinizin olmamasıdır. Dolayısıyla her sekonder rinoplasti vakası karmaşıktır ve her şeye hazırlıklı olunmalıdır (Şekil 10.1).

Primeri Tamamlama. Cerrahin bakış açısından bunlar en kolay sekonder vakalardır. Hasta genellikle burun ucunun yeterince belirgin olmadığından, burun sırtının çimdiklenmiş görünümünden, burun deliklerinin büyük oluşundan veya iyi nefes alamadığından şikayet eder. Primer cerrahi kapalı yapıldıysa rimde çalışılabilecek simetrik doku şeritleri vardır ve açık rinoplasti ile burun ucu dikişi tekniği yapılabilir. Kolumellar strut (payanda) ve spreader (açıcı) greftler sıklıkla gereklidir.

Olumsuzlukları Giderme. Bu hastaların çoğunda burundaki karmaşa çok daha yüksek seviyededir ve sıklıkla ilk cerrahları tarafından revizyonları da yapılmıştır. Hasta değiştirilmesini istediklerini dile getirirken yeni cerrahın hastayı “taze bir bakış açısıyla” değerlendirmesi gerekmektedir. Hastaların çoğu burunlarının hala çok büyük olduğunu ve yeterince kadınsı olmadığını hissettiklerini belirtirler. Genellikle burunlarının el değmemiş halinin küçük bir uyarlaması olduğunu ve belirgin bir ilerleme olmadığını düşünürler. Teknik olarak kişi karşılaşılabilecek her probleme hazırlıklı olmalıdır.

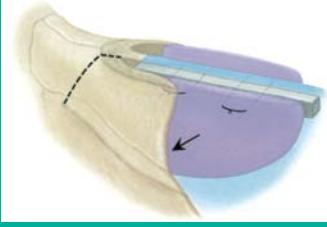
Ameliyatlı Görünümünden Doğal Görünüme Değiştirme. Bu hastalar sıklıkla burun sırtının aşırı alınmış olması, burun ucunun çok kalkık oluşu, burun kanatlarının yukarıya çekik olması veya burun ucunda çıkıntı görünmesi nedeniyle burunlarının “yapılmış” görünümünden şikayetçidirler. Burada hedef, burun için sağlam bir çatı oluşturmak ve nefes alımını iyileştirmektir. Septumdan fasyaya, konkadan kompozite ve hatta önceden düşünülmeyen kostal kıkırdağlar gibi çok sayıda farklı greftlere gerek olabilir. Burun ucu cerrahisi burun ucu dikişinden total burun ucu rekonstrüksiyonuna kadar geniş bir açıda olabilir, ve kişi ne yapacağını burunu açmadan bilemez. Bu vakalar açık teknikle yapılmalıdır; bu şekilde kalan değişik kıkırdağların kullanılabilirlik seçeneği değerlendirilebilir ve direkt görüş çok farklı tekniklerin kullanımına olanak sağlar. Ne yazık ki bu noktada deri örtüsü önem kazanır ve ince derili hastalarda fasya greftleri sıklıkla kullanılır. Cerrah, burun sırtında yükseltme için farklı şekilde doğranmış kıkırdağ greftlerinin kullanımında rahat olmalıdır. Burun kanadı çekilmelerinde veya vestibüler valfde oluşan skar o kadar ciddi boyutta olabilir ki kompozit konkal greftlere gerek duyulabilir. Bu vakaların düzeltilmesinde hiçbir kestirme yol yoktur.

Estetik Rekonstrüktif Rinoplasti. Tanım olarak bu vakalar en zor sekonder rinoplasti olgularıdır ve sıklıkla kostal kıkırdağ grefti de dahil değişik greftler gerektirir. Amaç önceki cerrahiden hiç bir belirti kalmayacak şekilde, doğal ve çekici bir burun elde etmektir. Estetik rekonstrüktif rinoplasti, burnu “kurtarmaya” yönelik yapılan bir cerrahidir. Bu vakalar detaylarıyla 12. Bölümde anlatılacaktır.



Şekil 10.1 Sekonder vakaların yelpazesi, (a) primeri tamamlama, (b) olumsuzlukları giderme, (c) ameliyatlı görünümünden doğal görünüme değiştirme, (d) estetik rekonstrüktif rinoplasti.

Sekonder Rinoplasti: Karar Verme



Çeviri: Dr. Murat Emiroglu

Primer rinoplastide ameliyat öncesi yapılan planlama olguların %90'ında minimal değişikliklerle uygulamaya geçirilebilir. Modifikasyonlar gerektiğinde de genellikle küçük çaplıdır; örneğin; nostril tabanının tam kat eksizyonu yerine sadece nostril eksizyonu gibi. Bunun aksine, sekonder rinoplastilerde ameliyat planı çok daha karmaşıktır. En iyi oluşturulmuş ameliyat planları bile sekonder rinoplastilerde yalnızca rehber olur. Ameliyat sırasında planda radikal değişikliklere gerekli olabilir. Primer rinoplastilerde çok basit olan deri elevasyonu bile sekonder rinoplastilerde derinin ince ve skarlı olmasından dolayı zordur. Primer olgularda cerrah alar rimde 6 mm'lik bir kıkırdak bandı oluşturabileceğinden emindir. Yalnızca nadir olgularda lateral kruslarda yer değişikliğine (alar malpozisyon) veya çevrilmeye (ciddi konkavite) gerek olabilir. Cerrah ne kadar deneyimli olursa olsun, sekonder olgularda ameliyat öncesi dönemde alar kıkırdaklar ve septuma ne şekil verilebileceğini önceden belirlemek zordur. Sekonder rinoplasti, sürprizlerle dolu, çoğunlukla beklenenden kötü sonuçlar veren ve ameliyat sırasında stres yaratan bir ameliyattır. Sekonder rinoplastide, üzerinde durulması gereken üç ana faktör vardır: (1) hastanın burununun neresini sevmediği ve ne istediği kesinlikle belirlenmelidir, (2) fotoğrafik analiz yapılmalı ve ameliyat planı yazılmalıdır fakat planda yapılabilecek majör değişikliklere de hazır olunmalıdır, (3) Cerrah ne kadar çok cerrahi tekniğe hakimse o kadar iyi sonuç alınacaktır. Bu bölümün amacı; sekonder rinoplastide karar oluşturma aşamasında rehber olmak ve karşılaşılabilecek zorlukların önceden tanımlanabilmesini ve bunlarla ameliyat sırasında başedebilmeyi kolaylaştırmaktır.

Giriş

Karar Verme: Deri Örtüsü

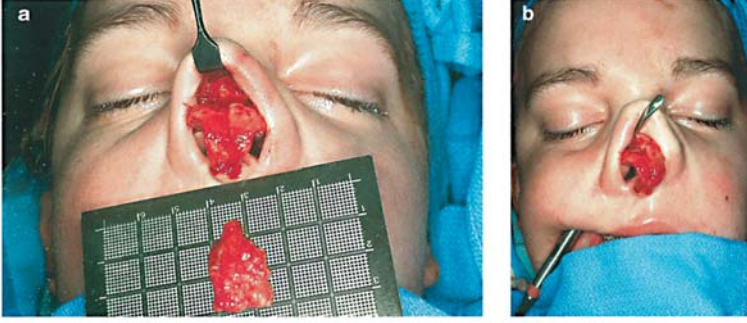
Sekonder olguların çoğunda deri örtüsüne yaklaşım 3. evre primer olgulardaki gibi kalın derilerde kontrollü inceltme ve ince derilerde fasya ile kaplama şeklindedir. Deri ile ilgili problemlerin giderilememesi primer olgularda sonucun daha kötü olmasına neden olur. Sekonder olgularda ise daha küçük, eğri burunlar elde edilmesine ve hastaların preoperatif dönemden daha kötü sonuçlar almasına bile neden olabilir.

Kalın Burun Derisi: Sekonder

Kalın derili burunlarda en önemli iki nokta derinin inceltilmesi (defatting) ve lobüle güçlü destek sağlanmasıdır. Bu olgularda lobül derisi elden geldiğince inceltir, nadiren burnun tüm derisinde de bu işlem yapılır (Şekil 11-1). Diseksiyonu kolaylaştırmak için lobüle yeterli miktarda lokal anestezi enjeksiyonu yapılır. Öncelikle, infrakartilajinöz kesi ile girilip deri subkutan plandan kaldırılır. Daha sonra transkolumellar insizyondan kıkırdak dom'larına kadar olan bölge serbestleştirilir. Bu serbestleştirme yüzeyel plandan yapılarak subkutan dokunun alar kıkırdaklar üzerinde kalması sağlanır. Bu elevasyon primer olgularda kıkırdak üzerinden yapılır. Daha sonra, kıkırdak üzerinde kalan derialtı ve skar dokuları eksize edilir. Çok fazla doku çıkarılmışsa, özellikle de burun kökü bölgesinden kas eksizyonu yapılmışsa ince (#7 Fr) drenler kullanmak gerekebilir. Ameliyatı takiben 2-3 hafta süre ile seri atellemeler yapılır. Birinci haftada konulan akrilik atel ikinci haftada değiştirilerek bir hafta süreyle altı yumuşak süngerli atel uygulanır. Burun iskeletinin desteklenmesi derinin inceltilmesinden de daha hayati önem taşır. Uzun (25-30 mm) kolumellar destek greftleri kullanılır. Bunlar güçlü destek sağlamaları için konka değil, septum veya kosta orijinli olmalıdır. Projeksiyon sağlandıktan sonra ekleme tarzındaki greftler değil, hacim oluşturabilecek güçlü greftler kullanılmalıdır. Lateral krusların daha önceki ameliyatlardan nedeniyle zayıfladığı olgularda zorunluluklar nedeniyle izole burun ucu greftleri kullanılabilir.

İnce Burun Derisi: Sekonder

Önceden de sözedildiği gibi, sekonder burun ameliyatlarının %60'ında izole dorsal greft olarak veya tüm burun derisine ek bir destekleyici örtü amacı ile fasya kullanılabilir (Şekil 11.2). Fasya greftleri dorsumda tek veya çift katlı olarak uygulanabilir. Dorsum derisinin altına çift katlı fasya grefti konulmasının amacı ince olan deriyi desteklemek ve olası büzüşmelere engel olabilmektir. Burun ucu derisi de inceyse fasya grefti burun ucuna kadar da uzatılabilir. Burun ucu derisinin dermisinde belirgin dermal zedelenmeler varsa, fasya grefti top haline getirilip bu bölgeye sütüre edilebilir. Steroid kullanımına bağlı hasarlı derisi olan olgularda ve erken yapılan sekonder olgularda metalik atellerin yarattığı katlantıları gidermek amacıyla da interpozisyonel fasya greftleri kullanılabilir. Deri serbestleştirilerek kaldırıldıktan sonra perkütan dikişler kullanılarak fasya yerine adapte edilir. Daha ciddi olgularda dermis greftleri fasya greftlerine tercih edilebilir. Önceden oluşmuş deri kayıplarına bağlı deprese bölgelerin altına dermis greftleri konulabilir. Burun derisi üzerinde oluşan derin kırışıklık ve katlantıları gidermek amacı ile bu bölgenin geniş olarak diseke edilmesi ve altına dermis greftleri uygulanarak sabitlenmesi gerekir. İleri dercede deri hasarı bulunan olgularda açık girişim yapılabilir ve çok evreli kapalı onarımlar tercih edilebilir. Bu olgularda, birinci seansta deri serbestleştirilerek hasarlı bölgenin altına dermis grefti konulur. Birinci seansın üzerinden 6-9 ay geçtikten sonra gerekirse yeni girişimler ve skarlı bölgelerin rezeksiyonu yapılabilir.



Şekil 11.1 (a-b) Kalın deri (sonraki sonuçların için olgu çalışmasına bakınız)

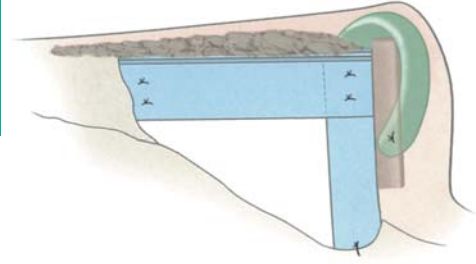


Şekil 11.2 (a-d) İnce deri; Sadece fasya grefti yerleştirmesinden 1 yıl sonraki sonuç



Estetik Rekonstrüktif Rinoplasti

12



Çeviri: Dr. Aycan Kayıkçıoğlu
Dr. Ersoy Konaş

Geçtiğimiz on yılda yeni ve sofistike bir nazal cerrahi yöntem ortaya konmuştur-estetik rekonstrüktif rinoplasti. Kavram, kökenini iki kaynaktan almaktadır. Birincisi, Burget (1994) ve Menick (1999)'in nazal rekonstrüksiyon ile inanılmaz estetik sonuçlar elde etmeleridir. Bu gelişmeler, Tessier'nin fasiyal rekonstrüksiyona yaptığı katkı boyutlarındadır. İkincisi ise Sheen'in sekonder rinoplasti sonuçlarında dengeli cerrahi yaklaşımı ile elde ettiği dramatik sonuçlar ve ardından açık teknikle nazal kurulumun düzenlenmesidir. Kritik faktörler hafif iyileşmedense gerçek doğal bir estetik sonuç elde etmek ve yapısal iskelet oluşturmaktır. Bununla beraber bu gelişmeler kostal kıkırdak grefti kullanmak da dahil olmak üzere gerekli cerrahi yöntemlerin kullanılmaması durumunda kendini gösterememektedir. Bir rinoplasti cerrahı problemin ve onarımın zorluğunu fark edebilmek için 3 K'yı hatırlamak zorundadır; "kleft, kokain, katastrofi". Bu olguların çoğunda çözüm, önce yapısal kurulum sağlanıp daha sonra üzerine estetik kontur tabakasının oluşturulduğu "kompozit rekonstrüksiyon" adlı yeni tedavi konsepti ile sağlanacaktır (Daniel 2007). Bu yöntemin avantajı cerrahın elde edilecek kazancını arttırırken riski azaltabilecek olmasıdır. Bir cerrah için primer rinoplastilerden ise bu yöntem ile gerçekleştirilen sekonder rinoplastiler mükemmelleştirilmiş teknik gelişim olanağı sunmaktadır. Bu olgular umutsuz vakalar olmayıp beklentinin düşük olmasından dolayı başlangıç evresindeki bir cerrah için de kendini ispatlama olanağı sunmaktadır. Sözü edilen hastalar sahip oldukları deformiteden dolayı uzun zaman acı çekmiş ve olabilecek en iyi sonucu hak etmiş olan kimselerdir.

Giriş

Genel Bakış

Sekonder rinoplasti ve estetik rekonstrüktif rinoplasti arasındaki ilişkiyi anlamının en iyi yolu her ikisinin gelişimini kavramaktan geçmektedir. Asistanlığımın ilk yılında ben sekonder rinoplastileri yapmakla görevlendirilirken başasistan primer rinoplastileri yapardı. Çünkü o dönemlerde sekonder rinoplastilerde ameliyat sonuçları o denli kötü idi ki ameliyatı kliniğin en tecrübesiz cerrahı veya bölüm başkanının yapması arasında hiçbir fark yoktu. Hatta bu nedenle kimi yerleşik cerrahlar “ilk ameliyatını bana olmamışsın neden sekonder işlemi ben yapayım?” diyerek hastaları geri çevirirlerdi. Bunların tümü bir cerrah tarafından değiştirildi.

Sheen. Jack Sheen 1978’de rinoplasti ameliyatını sonsuza dek değiştiren Aesthetic Rhinoplasty adlı kitabı yayınladı. İlk defa estetik analiz ve hedefler açıkça tanımlanmış odu. Gerekli teknikler çizimler ile gösterilip ameliyat öncesi ve sonrası etkileyici fotoğraflar sunulmuştu. Primer rinoplasti ameliyatının sonuçları evrimsel olarak yorumlanırsa sekonder rinoplastilerin sonuçları devrimsel olarak nitelendirilmelidir. Günümüzde bir cerrahın rinoplasti ameliyatlarının mükemmelliği, o cerrahın kompleks sekonder olgularda iyi sonuçlar elde edebilmesi ile ölçülmektedir.

Sheen’den önce sekonder cerrahi, ince ciltli hastalarda çarmlı gerilmiş burun ucu görüntüsü, kalın ciltli hastalarda ise kalıcı skar dokusu kaynaklı düzensizliklere neden olan, tekrarlayan ekzizyon tekniğinden ibaret idi. Sheen dengeli cerrahi teknik yaklaşımı ve stratejik greftlemelerle şekil ve fonksiyonel olarak belirgin gelişme sağlamıştır. Teknik özünde, küçük ceplere yerleştirilen pek çok greft ile cilt örtüsünün gerginleştirilmesi ile güzel ve fonksiyonel burun elde edilmesi esasına dayanmaktadır. Bununla beraber teknik, tecrübesiz cerrahlar için zor olup, sonuç çok sayıdaki kıkırdak greftine bağlı olduğu için yüksek hasta riski de içermektedir.

Açık Teknik. Açık rinoplasti yaklaşımı 1920’lerde başlamış olmasına ve Goodman’ın çabalarına rağmen 1970 ve 1980’lerde popülarite kazanmıştır. Teknik başlangıçta yarık dudak burnu onarımı ve primer rinoplastide kullanılmış olmakla beraber asıl etkinliğini sekonder rinoplasti uygulamalarında kazanmıştır. Teknik, cildin elevasyonundan sonra alar kıkırdakların doğrudan görülebilmesini, analiz edilebilmesini, bu kıkırdakların kullanılabilmesini, daha az kıkırdak grefti kullanımını ve yeni cerrahi teknikler geliştirilebilmesini sağlamıştır. Septumun her iki taraftan ortaya konabilmesi ve burun sırtı deviasyonun düzeltililebilmesi olanagı da sunmuştur. Günümüze değin sunduğu en büyük gelişme ise kapalı teknikle hemen hemen imkansız olan, burnun fonksiyonel ve yapısal kurulumundaki gelişmelerin sağlanmasına olanak hazırlamasıdır. Açık teknik ile cerrah, septoplastiyi kolayca yapmanın veya kolumellar strut ile oluşan değişimin tadını çıkarmalıdır. Rinoplasti cerrahisinde cerrah, daha fazla greft kullanır ve daha agresif cerrahi uygularsa harcanan septum ve konkadan sonra greft donör alan problemi belirecektir.

Kostokondral Greft. Kostal kıkırdak greftleri esasen iliak ve kranial kemik greftlerinin yerlerini travmaya bağlı kırılmalar ve erime nedeniyle almışlardır. Diğer bir avantajı ise modern sekonder rinoplasti cerrahisi için çok miktarda greft alabilme olanagı sunmasıdır. Bu

nedenle preoperatif planlama ile veya intraoperatif gereklilik ile kostal kırıldak grefti kullanmaksızın sekonder rinoplasti ameliyatının yapılamayacağı artık bir realitedir.

Rekonstrüktif Yaklaşım. Geçtiğimiz on yıl boyunca estetik rekonstrüktif rinoplasti burun cerrahisinde, nazal rekonstrüksiyon ve estetik rinoplasti öğretilerinin kombine edildiği bir ultra uzmanlık alanı olarak belirmiştir. Estetik rekonstrüktif rinoplastide üç ekol belirmiştir. Her bir teknik, yaratıcılarının ellerinde etkileyici sonuçlar vermekle beraber daha tecrübesiz ellerde belirgin teknik zorluklarının olduğu gözlenebilmektedir.

Yapısalıcılar. Temel konsept solid kostal kırıldak greftinin K-teli ile eğilmekten korunup burun sırtına destek olarak yerleştirilirken burun ucu desteğinin sağlandığı kolumella da K-teli ile anterior nazal spinaya (ANS) tespit edilir. Alar kanat kalıntılarının yerini burun ucu desteği ve burun ucu şekillendirilmesi için uzatılmış olan kolumellar strut alır. Bu yöntemle karşılaşılan güçlükler şunlardır: 1) Burun ucu greftinin şekillendirilmesi teknik olarak dikkat gerektirir, 2) İskelet kurulumu ve estetik açıdan greft kullanımı “ya hep, ya hiç” düzeltme olanı sağladığı için hata payı oldukça düşüktür, 3) İkincil düzeltme amacıyla yapılacak revizyon oldukça çaba gerektirebilir.

Greftçiler. Sheen orijinal greftçi olup kapalı teknik ile cilt örtüsünü genişletmek için altına sıklıkla 10-12 adet greft yerleştirdi. Açık tekniğin gelişmesi ile greftler gerekli alanlara suture edilerek yapı desteği amacıyla da kullanılmıştır. Son zamanlarda kostal kırıldak donör alanının bolluğu nedeniyle açık teknikle her bir buruna 16-18 adet greft yerleştiren yeni jenerasyon greftçiler belirmiştir. İlk olarak ortaya uzatılmış spreader ve septal uzatma greftleri çıkmış olup bunları dorsal onlay greftler ile kat kat yerleştirilen greftler takip etmiştir. Sheen’in olguları gibi bu hastaların fotoğrafları da güzeldir. Bununla beraber sonuç aslında rijit rekonstrükte edilmiş burun olduğu için kadın hastalar burunlarını çok büyük, çok geniş, ve erkeksi bulabilmektedirler. Daha estetik burun elde etmek için yapılan tekrarlayan ameliyatlara ise teknik olarak daha zor olmakta ve sıklıkla ek kostal kırıldak grefti almayı gerektirmektedir.

Estetikçiler. Primer estetik burun ameliyatı geçiren herkes daha çekici bir buruna sahip olmak ister. Bu hastalar temel amaçlarına ulaşamadıklarında sekonder burun hastaları olurlar. Bu nedenle estetikçilerin amacı öncelikle derin iskelet kurulumunu sağlayıp üzerine estetik şekillendirmeyi yapıp hastanın asıl hedefine ulaşmasını sağlamaktır. Kompozit rekonstrüksiyon, derin iskeletin yapılandırılması için destek amacıyla uygulanmakta, bunu da septal “L-strut” sağlamaktadır. Ardından, kolumellar strut ve tip prosedürlerinden oluşan estetik şekillendirmeler yapılmaktadır. Burun ucu şekillendirmede burun ucu dikişleri ile burun ucu greftleri ilk tercihlerdir. Ardından fasya içerisine sarılmış kıyılmış kırıldaklar ile burun sırtı konturu şekillendirilir. Gereken ek düzeltmeler formal rekonstrüksiyonlardan ziyade minör revizyon tekniklerini içeren girişimler ile gerçekleştirilmektedir. Her üç yaklaşım içerisinde sekonder rinoplasti nin bir uzanımı olmaya en yakın olan, en az riskle gerçekleştirilip en kolay revize edilebilen yöntemdir.