

Angüler arter pediküllü ada flebi ile kolumella rekonstrüksiyonu

Zekeriya TOSUN, Sadık ŞENTÜRK, Adem ÖZKAN, Nedim SAVACI

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Kolumella defekti onarımları için lokal fleplerden mikrovasküler doku aktarımlarına kadar bir çok farklı yaklaşım bildirilmiştir. 22 yaşında ve bomba patlaması sonucu oluşan kolumella defektli bir erkek hastada defekte komşu geniş skar dokuları sebebiyle lokal flep ile onarım düşünülmeydi. Yine aynı patlamaya bağlı septumda varolan yaygın yapışıklıklar açıldıktan sonra spongostan tamponlar açılan plana yerleştirildi. Ardından sağ nazolabiyal bölgeden angüler arter pediküllü yaklaşık 2x1,5 cm'lik ada flebi hazırlanarak kolumella oluşturulmak üzere taşındı. Flep çift katlanarak suture edildi. 3 hafta sonra flebe "defatting" işlemi yapılarak inceltilti. Estetik açıdan oldukça kabul edilebilir bir sonuç elde edildi. Angüler arter pediküllü ada flebinin sonuçları ve cerrahi süresinin kısalığı ile mikrocerrahiye iyi bir alternatif olacağı gibi donör alan morbiditesinin de oldukça kabul edilebilir düzeyde olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Kolumella defekti, angüler arter pediküllü ada flebi

SUMMARY

Reconstruction of columella with angular artery pediculated skin island flap

Many different approaches were reported for the reconstruction of columella defects that local flaps through microvascular tissue transfer. There was a columella defects in 22 years old male patient because of the explosion of bomb and the reconstruction was not thought by a local flap owing to large scar tissues next to the defect. After the dissection of wide adhesion of the septum nasi spongostan tampons were put into new plane. Then 2x1,5 cm diameter skin island flap with angular artery pedicul was prepared on the right nasolabial skin and transferred to the defect in order to the reconstruction of columella. The flap was folded and sutured. It was made the flap thin by defatting 3 weeks later. The result was acceptable aesthetically. The results and short operative time for this flap were thought us that it is an alternative to the microvascular reconstruction and morbidity of the donor area was acceptable.

Key Words: Defect of the columella, skin island flap with angular artery pedicul

Kolumella, her iki burun deliğini birbirinden ayıran, burun ucuna destek olması yanında septumun devamı olan dokudur. Kolumella defektleri genellikle tümör rezeksiyonu ya da travmaya bağlı oluşurken nadiren konjenital yokluğu sözkonusudur. Hem şekil vermenin zorluğu, hem de flep seçeneklerinin azlığı kolumella rekonstrüksiyonunu güç kılar (1).

Kolumella defektleri onarımı için bilateral nazolabiyal flep iyi bir seçenek olmasına rağmen çevre dokulardaki geniş skar bizi alternatif lokal flep arayışına yöneltti. Bu yazıda amaç, bizim olgumuzda olduğu gibi yeterli çevre dokusu olmayan hastalarda

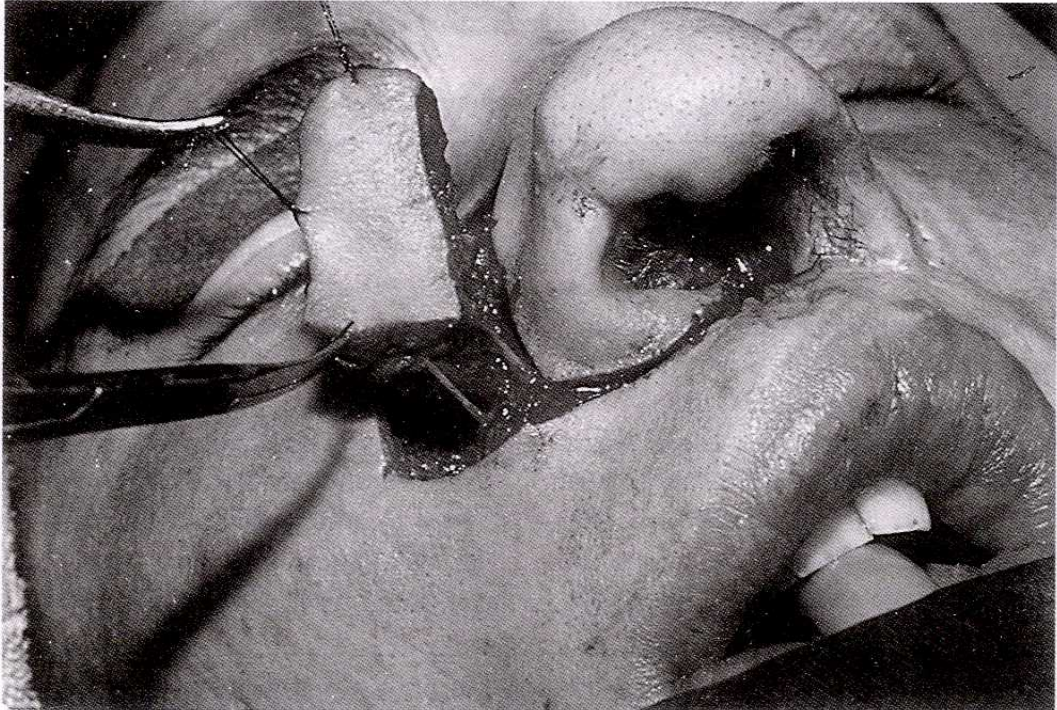
angüler arter pediküllü ada flebinin hem klasik lokal fleplere hem de mikrocerrahi ile yapılacak onarımlara iyi bir alternatif olduğunu göstermektedir.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 1 yıl önce bomba patlaması sonucu oluşan kolumella defekti ve septumda yapışıklık nedeniyle kliniğimize başvuran 22 yaşındaki erkek hastanın burun çevresinde, üst dudakta ve sol nazolabiyal bölgede skar dokuları ve cilt doku defekti mevcut idi (Şekil 1). Muayenesinde burun üst yan ve alt yan kıkırdak dokuların sağlam olduğu görüldü. Burun çatısının yeterli desteğe sahip olması nedeniyle de



Şekil 1. Kolumella defekti,
özellikle yüz sol yansı ve üst dudakta skar.



Şekil 2. Angular arter pediküllü ada flebin hazırlanışı.



Şekil 3. Geç postoperatif görünüm.

kıkırdak desteğe gerek olmadığı düşünöldü. Genel anestezi altında septum her iki tarafındaki yapışikliklar açıldıktan sonra buruna tamponlar konuldu. Ardından sağ nazolabiyal bölgeden angüler arter pediküllü 2x1,5 cm'lik cilt ada flebi kaldırılarak kolumella oluşturmak amacıyla defekt alana taşındı (Şekil 2). Defekt alana rahat ulaşmak amacıyla flep inferior pediküllü planlandı. Ardından çok katlı epitel kısmı dışta kalacak şekilde flep katlanarak arkada septuma, yukarıda burun çatısına, aşağıda da oluşturulan alana 4/0 nonabsorbabl sütün materyali ile sütün edildi. Burun tamponları post operatif 4. günde alındı. Üç hafta sonra şişkin olması sebebiyle flep "defatting" denilen işlem ile inceltildi. Estetik açıdan kabul edilebilir bir sonuç elde edildi. Donör alanın nazolabiyal sulkusa uyan bölgede olması sebebiyle bu bölgedeki morbidite son derece düşük olmuş ve 4/0 nonabsorbabl sütün materyali ile primer sütün yoluyla kapatılmıştır. 9 aylık takip sonunda da bir sorun ile karşılaşılması (Şekil 3).

TARTIŞMA

Kolumella kaybı burun ucunu destekten yoksun bırakacağı gibi kaybın miktarına bağlı olarak septumda da kayıp anlamına gelmektedir. Bu bölgenin nasal valve katkısı göz önüne alınırsa kolumella onarımı

yalnız estetik değil aynı zamanda fonksiyonel bir onarım olarak da düşünölmelidir (2).

Kolumella onarımında geniş kabul görmüş olan onarım Gillies tarafından tarif edilen inferior yada superior pediküllü bilateral nazolabiyal fleptir. Bu yöntemde her iki nazolabiyal bölgeden kaldırılan flepler cilt altından tünelize edilerek kolumellar bölgede karşı karşıya getirilerek sütün edilmektedir (3). Bizim olgumuz üst dudakta, sol nazolabiyal bölgede ve yüzdeki yaygın skar dokuları sebebiyle böyle bir onarıma imkan vermemekte idi. Cerrahi teknik olarak bizim uyguladığımız ada flebe oranla daha kolay olan bu teknik uygun vakalar için ilk seçenek olarak düşünölmelidir.

Flebin kolumellaya ulaşması cilt altından tünelizasyon yoluyla ya da geniş insizyon açılarak mümkün olabilmektedir. Tünelize edilen alandaki cilt altında kalacak doku dezepitelize edilmelidir. Ancak olgumuzda olduğu gibi cilt altı doku travma ve/veya skar dokuları nedeniyle tünelizasyona imkan vermeyebilir. Bu durumda flebi en uygun taşıma yolu cilt-cilt altı dokuları bir insizyonla açmak olacaktır. Flep defekt alana taşındıktan sonra insizyon alanı sütün edilebilmektedir.

Alın flebi ile böyle bir onarım mümkün ise de flebin

uzanacağı alan olan kolumellanın flebe en uzak nokta olması hem flep yaşayabilirliğini zora sokmakta, hem de çok daha büyük bir flep planlaması gerekebilmektedir (4).

Özellikle yarık dudak damak hastalarında görülen kolumella defektinin tedavisi amacıyla Millard tarafından tarif edilen 'vertikal forked flep'ten esinlenerek Earley ve Chantarasak tarafından 'transvers forked flep' ile kolumella onarımı tarif edilmiştir. Bu flep yine bu bölgenin skarsız ve yeterli dokuya sahip olması halinde uygulanabilirliğe sahiptir (5,6).

Internal nazal vestibuler flep ya da dudak mukozasından hazırlanan fleplerle kolumella onarımı yapılabilmektedir. Ancak bunda bahsedilen dokuların sağlam ve yeterli miktarda bulunması gerekmektedir. Çoğunlukla bu teknik konjenital kolumella defektlerinde kullanılmıştır (7). Yine nazal septumdan hazırlanan flepler ile böyle bir onarım tarif edilmişse de bu sağlam bir nazal septumu olan hastalar için geçerlidir (8). Hastamızın yüz sol yarısı ve üst dudakta bomba patlamasına bağlı skar ve geniş doku defektinin olduğu, buna bağlı septumda geniş yapışıklıkların olduğu hatırlanırsa bu fleplerin uygulanabilirliğinin son derece zor olduğu görülecektir.

Lokal doku olması sebebiyle Abbe flep ile alt dudaktan doku hazırlanarak kolumella rekonstrüksiyonu yapılabilmektedir ancak 3 hafta süreyle hastanın ağzının kısmen kapanması sebebiyle hasta konforunu bozması bu uygulamanın en büyük dezavantajıdır. Ayrıca doku şekillendirme bakımından da angüler arter pediküllü ada flebine bir üstünlük sağlamamaktadır (9).

Tüp fleplerle rekonstrüksiyon ise bugün hemen hemen terkedilmiştir. Bu amaçla nazolabiyal ya da servikal tüp flepler kullanılmıştır. Bunun yanında özellikle çocuklarda yeterli nazolabiyal dokunun olmaması sebebiyle kompozit greftlerle kolumella yapılmaya çalışılmıştır. Kompozit greftlerin yaşayabilirliği, tüp fleplerin de neredeyse uzak doku olması ve büyük dokular kullanılması göz önüne alındığında bugün bu ameliyatların yerini çok daha uygun lokal flepler almıştır (10).

Kulaktan alınan serbest fleplerle burun distali ve özellikle kolumella defektleri kapatılabilmektedir. Pribaz tarafından ancak 6 hastada başarılı bir şekilde yapıldığı belirtilen bu teknikte donör bölge damar

çapının küçük olması sebebiyle hastaların büyük kısmında daha serbest flebin hazırlama aşamasında başarısızlıkla sonuçlandığı bildirilmiştir. Donör alanın da primer değil rotasyon ya da ilerletme flepleriyle kapatıldığı vurgulanmıştır. Bu, donör alan morbiditesinin de oldukça fazla olduğu anlamına gelmektedir. Flebe daha sonra şekil vermek amacıyla revizyon yapılmış olması ise bizim uygulamamız ile uyumludur (11). Kanaatimizce angüler arter ada flebi hem cerrahi tekniğin kolaylığı, hem de operasyon süresinin kısalığı açısından kolumella onarımlarında serbest fleplere iyi bir alternatiftir.

Angüler arter pediküllü ada flep, bizim olgumuzdaki gibi yeterli çevre dokusu olmayan alt göz kapağı ve burun ucu onarımlarında tarif edilmiştir. Flebin donör alanı nazolabiyal sulkusa uyan alanda olduğu için bu bölgedeki skar son derece kabul edilebilir düzeyde olmaktadır. Flep defekt alana tünelize edilerek taşınabileceği gibi insizyon yapılarak da götürülebilir. Bizim olgumuzda flebin skar dokuları nedeniyle tünelize etme yerine insizyonla loj açarak taşınmış olması, pedikülün daha fazla disseke edilerek flebin biraz daha uzak bir alana ve gerilimsiz taşınmasını sağlayabilmektedir (12,13). Angüler arter fasiyal arterin dudağa verdiği dal ile birlikte son iki dalından biridir ve burun yan boyunca iç kantusa doğru uzanır. Flebin cilt perforanları konusunda her ne kadar kadavra çalışması gibi bir örnekleme yoksa da kaldırdığımız flebin cildi yeterince beslediği ortadadır. Venöz dönüşün ise artere eşlik eden 'concomitan venlerle' olduğu düşünülmektedir (14). Post operatif 5. günde flepte görülen venöz konjesyonun hastanın sigara içmesine bağlı olabileceği düşünüldü ve sigaranın içilmemesi ile birlikte flebin venöz dolaşımında düzelme görüldü. Buradan yola çıkarak bu flebin venöz dolaşımının arteryel beslenme kadar yeterli ve etkili olamayabileceği düşünüldü.

Teknik olarak hassas çalışmayı gerektirmesi ve çoğunlukla "defatting" denilen ikinci bir seansla inceltme işlemi gerektirmesi angüler arter pediküllü ada flebinin dezavantajıdır. Kolumella rekonstrüksiyonunda angüler arter pediküllü ada flebi ilk seçenek değildir. Ancak çevre dokuları uygun olmayan, özellikle nazolabiyal flep seçeneği kalmamış hastalarda iyi bir alternatiftir.

KAYNAKLAR

1. Operative Plastic and Reconstructive Surgery in editor Barron JN, Saad MN. Churchill Livingstone, Edinburg London 1980: p. 359-61.
2. McCarthy JG, Wood-Smith D. Rhinoplasty in editor McCarthy JG. WB Saunders, Philadelphia 1990: p. 1785-1894.
3. Gillies H. The Columella. Br. J. Plast. Surg, 1950;2:192.
4. J Larsen. Limits for the use of forehead flaps for small and extensive midface reconstructions including septum/columella reconstruction. Scand J Plast Reconstr Hand Surg 1997;31:229-37.
5. Ozkus I, Cek DI, Ozkus K. The use of bifid nasolabial flaps in the reconstruction of the nose and columella. Ann Plast Surg 1992;29:461-3.
6. Early MJ, Chantarasak D. The transverse forked flap in columella reconstruction. Br J Plast Surg 1991;42: 270-3.
7. Mavili ME, Akyürek M. Congenital isolated absence of the nasal columella: reconstruction with an internal nasal vestibular skin flap and bilaterel labial mucosa flaps. Plast Reconstr Surg 2000;106:393-9.
8. Puterman M, Pitzhaza N, Leiberman A. Reconstruction of columella and upper lip by septal flap. Laryngoscope 1985;95:1272-3.
9. Putnam GD, Postlethwaite KR. Columella reconstruction in midline facial cleft: a case report. Br J Oral Maxillofac Surg 1994;32:153-4.
10. Paletta FX, Van Norman RT. Total Reconstruction of the columella. Plast Reconstr Surg 1962;30:322-5.
11. Pribaz JJ, Falco N. Nasal reconstruction with auricular microvascular transplant. Ann Plast Surg 1993;31:289-97.
12. Furnas DW, Furnas H. Angular artery flap for total reconstruction of the lower eyelid. Ann Plast Surg 1983; 10:322-5
13. Wheatley MJ, Smith JK, Cohen IA. A new flap for nasal tip reconstruction. Plast Reconstr Surg 1997;99:220-4.
14. Moore KL. Clinically Oriented Anatomy. In: Moore KL. editor. The Head, Williams & Wilkins, Philadelphia 1992: p.637-782.