

## Bölüm 96

# PRİMER RİNOPLASTİ

**Cem DOĞAN<sup>1</sup>**  
**İsmet Emrah EMRE<sup>2</sup>**

### GİRİŞ:

M.Ö. 6. yüzyılda Hindistan'da travma veya hastalıklar sebebiyle oluşan burun defektlerinin rekonstrüksiyonunun yapıldığı bilinmektedir. 17. YY'da kapalı yöntemle uygulanan Rinoplasti terimi tanımlanmış, 1900'lerde ise Gillies, Rethi, Joseph ve Goodman ile günümüzdeki insizyonların, sütürlerin ve osteotomilerin temelleri atılmaya başlanmıştır. Son olarak Daniel, Sheen ve Tebetz'in son tanımlarıyla bugün hala kullandığımız teknikler tanımlanmış ve günümüz Modern Rinoplasti kavramına ulaşılmıştır.

Bu bölümde günümüz Modern Rinoplastisinde uygulanan primer cerrahi yöntemler ele alınacaktır. Bu yaklaşımların uygulanması sırasında ise yüz analizleri ve burun özelliklerine göre hangi yöntemlerin tercih edilmesi ve nelerden kaçınılması gerektiğine değinilecektir.

### CERRAHİ ANATOMİ:

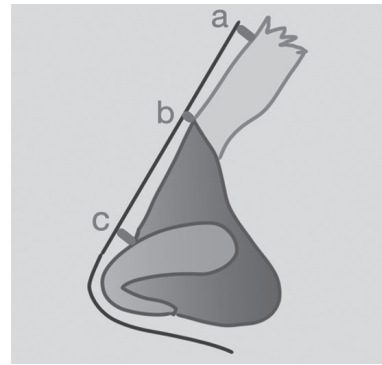
Burun; üzeri cilt ile örtülü, iskeletini kıkırdak, kemik dokuların oluşturduğu, yumuşak dokular tarafından desteklenen bir yapıya sahiptir. Fonksiyonel ve estetik özellikleri bu yapılar tarafından beraberce ele alındığında rinoplasti için gerekli olan temel anatomik yapının bilinmesi önemlidir.

#### Cilt:

Burun üzerini örten cildin gerginliği, esnekliği ve kalınlığı rinoplastide istenilen sonuçlara ulaşıl-

bilmesi için dikkat edilmesi gereken noktalardandır. Yaşlı, ince, esnekliğini kaybetmiş bir ciltte rinoplasti sırasında osteotomi hatlarında çıkıntılı bölgelerde yapışıklıklar daha kolay meydana gelebilmektedir. Yine ince cilt özelliğinde greftlerin estetik görünümü daha kolay etkileyebilmesine karşın uzun dönemde greft kenarlarında keskin geçişler oluşarak istenmeyen görüntüler oluşabilmektedir.

Genel olarak cildin kalınlığı ırk, cinsiyet ve yaşa göre değişiklik gösterir. Afrika kökenli Amerikalılarda ve Asyalılarda daha kalın bir cilt yapısı mevcut iken Uzak Doğu ve Avrupa'da nispeten daha ince bir cilt yapısıyla karşılaşılır. Kadınlarda ise daha ince olan cilt yapısı genel olarak nasion bölgesinde daha kalın iken rhinion bölgesinde inceler ve burun ucuna doğru sebacea bezlerin belirginleşmesi ile daha kalın bir yapıya bürünür. Cilt altında ise yüzeysel bir yağ tabakası olan yüzeysel areolar tabaka bulunur. (Şekil 1)

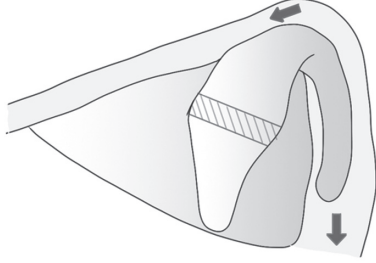


**Şekil 1:** Nazal dorsum cilt kalınlıkları. a) Radix b) Rhinion c) Supratip

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr. Cem DOĞAN Esenyurt Üniversitesi S.H.M.Y.O drdogancem@gmail.com

<sup>2</sup> Acıbadem University, School of Medicine, Otorhinolaryngology

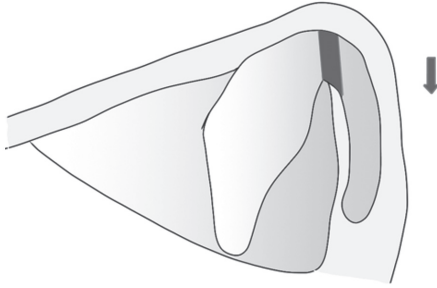
gerekir. Membranöz kolumelladaki cildin simetrik olarak rezeksiyonlarının da rotasyon arttırıcı etkisi mevcuttur. Nasolabial açıyı arttırmadan kolumella-lobüler açının belirginleşmesi istendiğinde ise Tip Rotasyon Sütürü etkilidir.



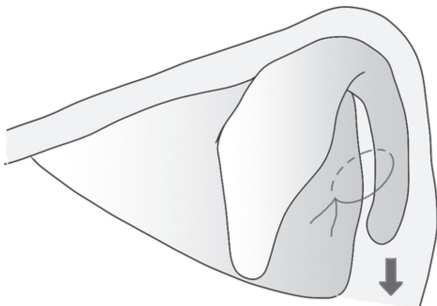
Şekil 20: Lateral krus segmental rezeksiyon

### Projeksiyon azaltıcı manevralar:

Transfiksion insizyonu, nazal spin rezeksiyonu ve lateral krus segmental rezeksiyonlarının uygulanması halinde bir miktar projeksiyon kaybı yaşanır. Daha belirgin projeksiyon kaybı istendiğinde Medial kruslardan segmental kaydırma ve dom rezeksiyonları uygulanmalıdır. (Şekil 21) Projeksiyon kontrol sütürü de bu sefer projeksiyon azaltmak amaçlı kullanılabilen diğer bir yöntemdir. (Şekil 22)



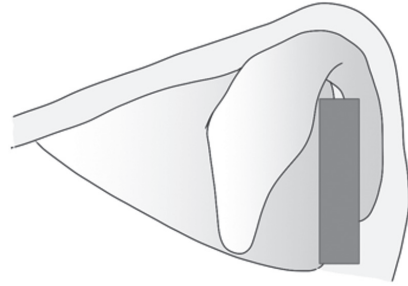
Şekil 21: Dom rezeksiyonu



Şekil 22: Projeksiyon Kontrol Sütürü

### Rotasyon azaltıcı manevralar:

İyatrojenik veya doğuştan meydana gelmiş olan aşırı rotasyonlu burunlarda rotasyon artışı sadece dom bölgesinde lokalize ise bir kolumellar greft veya shield greft ile bu bölgedeki hafif rotasyon artışları azaltılabilir. Greftlerin postoperatif dönemde sefalik kaçışını önlemek amacıyla bir cap greft ile posteriordan desteklenmeleri gerekir. Kaudal septal kısalık sebebiyle oluşan rotasyon fazlalığında ise kaudal septal uzatma grefti ile rotasyon arttırılır. (Şekil 23) Septumun aşırı zayıf veya rotasyonun çok ileri olduğu durumlarda ise Flying Buttress Grefti kullanılmalıdır. Bu greftlerin oluşturulmasının ardından medial kruslar uzamış olan septal komponentin kaudal ucuna sütüre edilerek hem burunda uzama hem de rotasyonda azalma sağlanabilir.



Şekil 23: Kaudal septal uzatma grefti

### SONUÇ

Bu bölümde primer bir rinoplasti prosedürü sırasında bilinmesi gerekenler ana hatlarıyla sunulmuştur. Burun anatomik bölümlerine ayrılarak bu bölgelere uygulanacak müdahalelerin fonksiyonel ve estetik sonuçlarından ana hatlarıyla bahsedilmiştir. Olguların preoperatif beklentileri, yüz ve burun analizleri sonrasında hangi yaklaşım ve tekniklerin uygulanacağını planlanması ve destek dokulara dikkat edilerek uygulanacak bir cerrahi ile daha iyi sonuçlar alınacaktır.

### KAYNAKÇA:

1. Oneal RM, Beil Jr RJ, Schlesinger J. Surgical Anatomy of the Nose. Clin Plast Surg 1996; 23(2):195-222.
2. Rohrich RJ, Adams WP Jr. The Boxy Nasal Tip: Classification and management of based on alar cartilage suturing techniques. Plast Reconstr Surg 2001; 107: 1849-63.
3. Daniel RK. The nasal Tip: Anatomy and Aesthetics. Plast Reconstr Surg. 1992;89: 216-24

4. Günter JP, Yu yl. The tripodconcept for correcting nasal tip cartilages. *Aesth Surg J* 2004; 24: 257-60
5. McKinney P. A Graduated Approach to Rhinoplasty Incisions. *Aesthetic Surgery Journal* 2000; 20(6): 519-20
6. Goodman WS, Charbonneau PA. External Approach to Rhinoplasty. *The Laryngoscope* 1974; 84(12): 2195-2201.
7. Daniel RK. Dorsum. In: Daniel RK. *Rhinoplasty: an atlas of surgical techniques*, NY:Springer-Verlag; 2002:23-59
8. Rohrich RJ, Minoli JJ, Adams WP, Hollier LH. The lateral nasal osteotomy in rhinoplasty: An anatomic and endoscopic comparison of the external versus internal approach. *Plast Reconstr surg* 1997; 99:1309-1312.
9. Sheen JH, Sheen AP. *Aesthetic Rhinoplasty*. St Louis: CV Mosby 1987.
10. Wood WG. Using the upper lateral cartilage as a spreader greft. Presented at the americak society of Plastic surgery,
11. Büyüklü F, Çakmak Ö. Orta çatı problemlerinde spreader flep tekniği. *Türk Rinoloji Dergisi* 2008; 1(3): 124-28
12. Sen C, Iscen D. Use of spring graft for prevention of mid-vault complications in rhinoplasty. *Plast reconst Surg* 2007; 119: 332-336
13. Park SS. The flaring suture to augment the repair of the dysfunctional nasal valve. *Plast Reconst Surg* 1998; 101: 1120-2
14. Çakmak O, Bircan S, Buyuklu F, Tuncer I, Dal T, Ozluoğlu LN. Viability of crushed and diced cartilage grefts: a study in rabbits. *Arch Facial Plast Surg* 2005; 7:21-6
15. Tarhan E, Cakmak Ö, Özdemir B, Akdoğan V, Suren D. Comparison of Alloderm, fascia, fat, cartilage and dermal grafts in rabbits. *Arch Facial plast Surg* 2008; 10(3): 187-193
16. Ballert JA, Park SS. Functional Rhinoplasty: treatment of the dysfunctional nasal sidewall. *Facial plast Surg* 2006; 22: 49-54
17. Ergin NT, Akkuzu B, Genç E. Supratip saddle nose deformitesinin lateral krus rotasyonu (flying wings) ile tamiri. *Türk otolarenjolji Arşivi* 2002; 40(1): 41-47
18. Ponti L, Ponti G, Serafini p. Osteocartilaginous flap technique for acquired and congenital saddle nose deformities. *Plast reconst Surg* 1993; 92:431-442
19. Guyuron B, Behmand RA. Caudal nasal deviation. *Plast Reconsrt Surg* 2003; 111:2449-57