

Bölüm 101

RİTİDEKTOMİ

Semih ÖZDEMİR¹

GİRİŞ

Yüz germe (ritidektomi), ilerleyen yaş ile yüz bölgesinde oluşan anatomik değişikliklerin yaşlanma vektörüne zıt çekme kuvveti oluşturularak düzeltilmesi işlemidir. Yaşlanma yüz bölgesinde cilt elastikiyetinde azalma, kemik yapılar da küçülme, yağ dokularında azalma ve sarkma sonucunda meydana gelmektedir.

Yaşlanma ile beraber yüzde kemik ve yağ dokularında azalma olur. Cilt elastikiyeti azalır. Kafatasını kaplayan deri ve yumuşak dokunun laksitesi artar. Üst yüzde kaşlar supraorbital rimden aşağıya doğru yönelir. Üst göz kapağında deri fazlalığı oluşur. Orbital septumun zayıflaması ile alt göz kapağı laksitesi artar ve orbital yağ doku o bölgeye hareket ederek alt göz torbaları oluşur (1).

Orta ve alt yüzde yağ dokuları çene altına doğru hareket eder (jowling). Mandibula kontürlerinde kayıp gerçekleşir. Tutucu ligamentlerin gevşemesi ve malar yağ yastıklarının sarkması ile nazolabial oluk belirginleşir (2,3). Boyun bölgesinde laringeal yapılar inferiora doğru ilerler. Platizma kası tonus kaybeder ve yaşlı boyun çizgileri oluşur. Submental yağ dokuları gevşeyen platizma nedeniyle boyuna doğru hareket eder ve servikmental üçgende küntleşme meydana gelir (3).

TARİHÇE

Yüz germe ile ilgili işlemler ilk olarak 1916 yılında Lexer'in yüz cildini diseke edip germesi ile

başlamıştır. 1968 yılında Skoog ilk kez platizmayı diseke ederek cilde dokunmadan flep tekniğini kullandı(4). 1976 yılında Mitz ve Peyronie alt yüzde kas ve fasya kompleksini inceleyip süperfisyal musküloapenöritik sistem (SMAS) yapısını ortaya koydu(5). SMAS ortaya koyularak fasiyal sinire zarar vermeden derin dokulara ulaşılma yöntemleri oluşturuldu. Bu teknik ile mandibula kontürleri oluşturuldu; fakat nazolabial olukların düzeltilmesi sağlanamadı.

Owsley nasolabial katlantıya müdahale edilecek yöntemler geliştirerek orta yüzde daha genç bir yüz elde edilebileceğini göstermiş(6).1986 yılında Hamra, malar yağ yastıkçıklarını eleve ederek nasolabial kıvrımlara müdahale etmiştir. Yanağın yağ dokusunu zigomatik kasların üzerinden cilt ile diseke ederek derin plan yüz germe yöntemini ortaya koymuştur.

CERRAHİ ANATOMİ

Cerrahi işlemler öncesi cerrahi yapılacak olan bölgenin anatomisi iyi bilinmelidir. Yüz bölgesinin fasyaları, fasyal ligamentleri, fasiyal sinir yapıları, damarsal yapıları, kas ve yağ dokusu ve bu yapıların ilişkileri iyi bilinmelidir.

SMAS yapısı superiorda galea olarak başlar. Inferiora doğru medialde frontalis kasını sarar, lateralde temporalis fasyasına katılır. Temporal arter ve fasiyal sinirin frontal dalı bu bölgede SMAS ile beraber seyredir. Kaş kaldırma ameliyatlarında subgaleal alan (temporopariyetal fasya) güvenli

Enfeksiyon

Ağrı, şişlik ve kızarıklık ile kendini gösterir. Hematom ile birlikteliği fazladır. Tedavide kültür alınmalı ve antistafilokokal geniş spektrumlu ampirik tedaviye başlanmalıdır(12).

Sinir Yaralanmaları

Yüz germe operasyonları sırasında en çok zedelenen sinir N.auricularis majör siniridir. Bu sinir en çok postauricular ve mastoid bölgede cilt elevasyonu sırasında hasarlanır.

Fasial sinir yaralanması daha seyrek gerçekleşir. Daha çok flep elevasyonu sırasında traksiyona veya koter kullanımına bağlı gelişir. En sık temporal ve marjinal sinir yaralanmaları gerçekleşir.

Hipertrofik Skar Oluşumu

Yüz flebinin çok fazla gerilerek sütüre edilmesi sonucu gelişir. Aralıklı steroid enjeksiyonu tedavide kullanılır.

İnsizyon Hattı Düzensizlikleri

İnsizyonların düzenli bir şekilde kapatılmaması o bölgede alopesi, köpek kulağı deformitesi ve saç çizgisi düzensizliklerine neden olabilmektedir(10).

Kulak Lobülü Deformitesi

Flepler kulak lobülü bölgesinde düzgün sütüre edilmez ve kulak lobülü sabitlenmez ise kulak lobülü inferiora doğru yer değiştirip şeytan kulağı deformitesine neden olabilir. Tedavisinde 6 ay sonra tekrar rekonstrüksiyon yapılır.

SONUÇ

Ritidektomi ameliyatı dikkatli yapılması gereken gündemde olan bir ameliyattır. Dikkatli yapılması halinde sonuçları yüz güldürücüdür.

Anahtar kelime: Ritidektomi, yüz germe, SMAS

Kaynakça

- 1: Emre İ, Çakmak Ö. Ageing face, an overview-aetiology, assessment and management.The Otorhinolaryngologist. Volüme. 2013;6.
- 2: Hamra ST. Composite rhytidectomy and the nasolabial fold.Clinics in plastic surgery. 1995;22(2):313-324.
- 3: Sherris DA, Larrabee WF. Anatomic considerations in rhytidectomy.Facial plastic surgery. 1996;12(03):215-222.
- 4: Skoog TG. 1974. Plastic surgery: new methods and refinements. WB Saunders Company;
- 5: Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area.Plastic and reconstructive surgery. 1976;58(1):80-88.
- 6: Owsley JQ. Lifting the malar fat pad for correction of prominent nasolabial folds.Plast Reconstr Surg. 1997;100:715-722.
- 7: Quatela W, Sabini P. 2000. Techniques in deep plane face lifting.Rejuvenation of the lower face and neck, Facial Plastic Surgery Clinics of North America. (Ed.) p. 193-209.
- 8: Jost G, Levet Y. Parotid fascia and face lifting: a critical evaluation of the SMAS concept.Plastic and reconstructive surgery. 1984;74(1):42-51.
- 9: Cakmak O, Emre IE, Özücer B. Surgical Approach to the Thick Nasolabial Folds, Jowls and Heavy Neck—How to Approach and Suspend the Facial Ligaments.Facial Plastic Surgery. 2018;34(01):059-065.
- 10: Hızal E, Çakmak Ö. Yüz Germe.Curr Pract ORL. 2008;4(1):36-44.
- 11: Stuzin JM. MOC-PS (SM) CME Article: Face Lifting. Plastic and reconstructive surgery. 2008;121(1S):1-19.
- 12: Dauwe PB, Pulikkottil BJ, Scheuer JF, et al. Infection in face-lift surgery: An evidence-based approach to infection prevention.Plastic and reconstructive surgery. 2015;135(1):58e-66e.