

SEPTUM KAUDAL BÖLÜMÜ DEFORMİTELERİNİN PERPENDİKÜLER LAMİNA VE VOMER GREFTİ İLE TAMİRİ

Muzaffer Kanlıkama Süleyman Abacı** Savaş Çelik***

Anahtar Terimler: Septal deformite, septal dislokasyon kemik grefti.

Key Words: Septal deformity, septal dislocation, bone graft.

ÖZET

Anterior nazal septum deformiteli 19'u erkek 3'ü kadın yaşları 17 ile 52 arasında değişen ve yaş ortalaması 29 olan toplam 22 olguya septal rekonstrüksiyon ameliyatı uygulandı. Destek materyali olarak otogreft perpendiküler lamina ve vomer kullanıldı. Ortalama 9 aylık takip sonucu, greftin kısmi dislokasyonuna bağlı 6 olgumuzda (%27.3) parsiyel düzelme ve 16 olgumuzda (%72.7) mükemmel sonuçlar elde edildi. Bir olgumuzda traksiyon sütürü olarak kullanılan katgüte bağlı reaksiyon oluşması dışında komplikasyon olmadı.

SUMMARY

Reconstruction of the Septum Caudal End Deformity with Perpendicular Plate and Vomerine Bone Graft

Septal reconstruction operation was performed twenty-two patients who had anterior nasal septum deformity. There were nineteen male and three female patients aged 17 to 52 with a mean of 29. Autogenous perpendicular plate of ethmoid bone and/or vomerine bone was used as dorsal support material. Complete improvement was achieved in 16 (72.7%) cases and partial improvement was observed in six (27.3%) patients as a result of partial luxation of graft from midline. In only one case. cat-gut reaction was occurred on nasal tip.

GİRİŞ

Septum kaudal bölümü deformiteleri, septal kartilajın ön ucunun orta hattan kayması sonucu oluşurlar ve anterior septumun bir burun deliğinden projeksiyonu şeklinde görülürler (1,2).

Cerrahi amaçlarla septum; frontal nazal çıkıntıdan maksiller çıkıntıya çekilen bir vertikal hatla ön ve arka olmak üzere iki kısma ayrılır. Bu vertikal hattın arkasında-

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Yrd. Doç.

** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Arş. Gör.

ki deviasyonlar Killian insizyonu ile yapılacak bir klasik submukozrezeksiyon tekniği ile kolayca tedavi edilebilir (1). Buna karşılık, anterior septum deformitelerinin tamiri; supratip depresyonları, kolumella retraksiyonu ve burun kaidesinin genişlemesi gib komplikasyonlara yolaçabilmeleri nedeniyle özellik arzeder ve farklı septoplasti teknikleri uygulanır (1-4). Bu amaçla yapılan retrograd mobilizasyon ve sütür, dorsal septumdan üst lateral kartilajın serbestleştirilmesi, kıkırdak lamellerin çıkarılması, kıkırdakın konkav yüzüne parsiyel zayıflatma insizyonları veya tam kat kıkırdak insizyonları ve morselizasyon uygulamaları çoğunlukla dislokasyonun nüks etmesi ve başarısızlıkla sonuçlanır (5,6). Bu nedenle disloke septum kaudal bölümünü total olarak çıkarmak ve yerine çeşitli destek materyalleri kullanmak tercih edilmektedir. Kullanılan bu destek materyalleri arasında; taze veya saklanmış allogreft (homogreft) kemik veya kıkırdak, çeşitli alloplastik materyaller ve otojen kemik veya kartilaj sayılabilir (1,3,4,7,8). Ancak en mükemmel destek materyali konusunda arayışlar sürmektedir (9,10).

Bu çalışmada, septum kaudal bölümü deformitesi olan 22 olguya maksiller premaxiller yaklaşımla rekonstrüksiyon ameliyatı uygulanmış ve destek materyali olarak etmoid kemiğin perpendiküler laminası ve vomer kemiği kullanılmıştır. Fonksiyonel olarak değerlendirilen sonuçlar ve yöntem kaynak bilgileri ışığında tartışılmıştır.

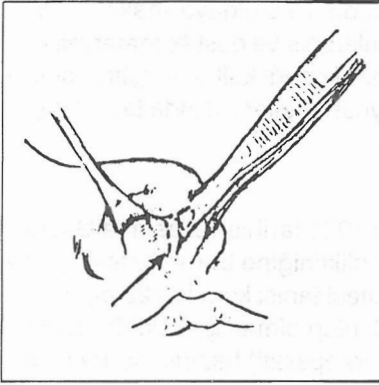
MATERYAL VE METOD

Çalışmamızın materyalini, Mayıs 1990 ile Temmuz 1991 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Polikliniğine burun tıkanıklığı yakınması ile başvuran anterior nazal septum deformitesi tanısı konulan 22 olgu oluşturuyordu. Olgularımıza travma öyküsü ve anozmi olup olmadığı soruldu, tam bir KBB muayenesi yapıldı ve sinüs grafileri çekildi. Preoperatif hazırlık sonrası hastalar lokal anestezi ile ameliyata alındı. Tüm olgulara maksiller-premaksiller yaklaşımla ve hemitransfiksiyon insizyonu ile (Şekil 1) girişim yapıldı. İki taraflı anterior tünel bulunup mukoperikondrium eleve edildikten sonra disloke ve deforme septum, burun sırtında yaklaşık 3 mm.lik destek bırakılarak tamamen çıkarıldı. Keskin diseksiyonla iki taraflı inferior tünel bulunarak maksiller çıkıntı düzeltildi. Daha sonra perpendiküler lamina ve vomerden, keski ve forseps yardımıyla 7-8 mm. eninde ve kolumella yüksekliğinden 1.2 mm. daha uzun (4) kemik greft alındı (şekil 2 ve 3). Alınan greftin üst ve alt kenarlarından birkaç mm. içerden tur veya düz iğne yardımıyla birer delik açıldıktan sonra (şekil 4) 2/0 veya 3/0 katgüt ile traksiyon sütürleri takıldı (Resim 1). Üst traksiyon sütürü nazal tipin birkaç mm. gerisinden ve alt sütür üst dudak frenilum bölgesinden çıkarıldıktan sonra (Resim 2) greft intraseptal aralığa destek olacak biçimde uygun olarak yerleştirildi (Şekil 5) ve traksiyon sütürleri gergin halde iken düzgün kartilaj parçaları daha geriye intraseptal aralığa konuldu ve septuma destek film levhalar ve ekstrafor tampon yerleştirildi. Tampon 48 saat sonra ve film levhalar ve sütürler 7. gün alındı. Vomer veya perpendiküler laminadan uygun greft alınamayanlara kartilaj grefti konuldu ve bunlar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar postoperatif dönemde kolumella retraksiyonu, supratip çöküklüğü ve fonksiyonel sonuçlar yönünden takip edildi. İmkansızlık nedeniyle ol-

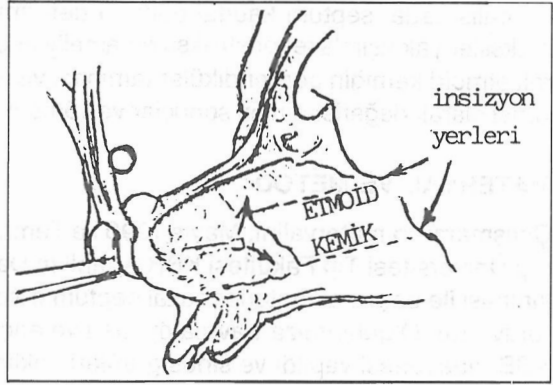
gularımızda rinomanometrik ölçümle değerlendirme yapılmadı.

BULGULAR

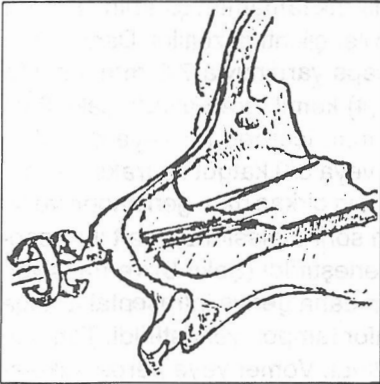
Olgularımızın 19'u erkek (%86.4), 3'ü kadın (%13.6) olup yaşları 17 ile 52 arasında değişiyordu ve yaş ortalaması 29 idi. Olgularımızın 14'ünde (%63.6) anterior septum lüksasyonunun sebebi olarak bir travma öyküsü elde edildi. Anozmili olgumuz yoktu. Bir olgumuzda nazal tipte traksiyon sütürü olarak kullanılan katgüte bağlı reaksiyon dışında komplikasyon olmadı. Bu olgumuz drenaj ve antibiyotik tedavisi ile düzeldi. Rinomanometrik ölçümler yapılmadığından sonuçlar fonksiyonel olarak değerlendirildi. Olgularımızın 6'sında (%27.3) konulan greftin orta hat-tan hafif veya orta derecede kayması sonucu parsiyel düzelme ve 16'sında (%27.7) mükemmel sonuçlar elde edildi. (Resim 3 ve 4). Olgularımız 3 ile 15 ay ve ortalama 9 ay takip edildi.



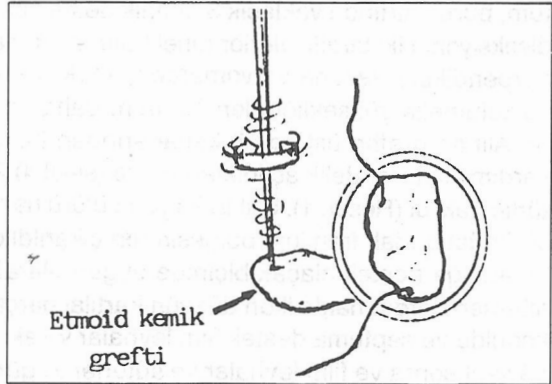
Şekil- 1: Hemitransfiksiyon insizyonu (3)



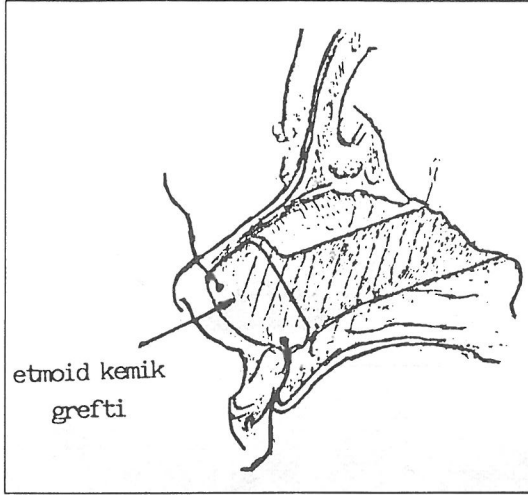
Şekil- 2: Mukoperikondrium eleve edilip otojen kemik izole edilir (3).



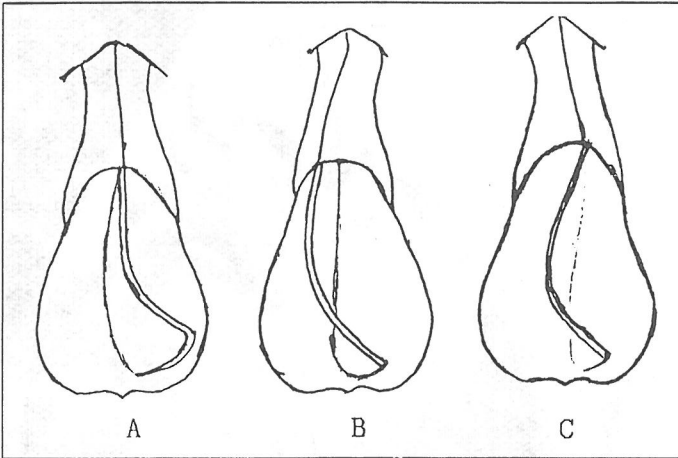
Şekil-3: Kemik greft dorsal yükseklikten hafifçe uzun olarak çıkarılır (3).



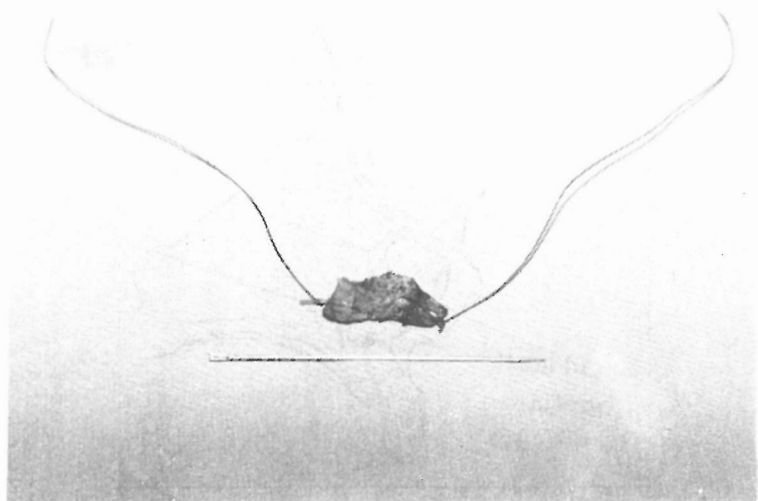
Şekil-4: Drill veya düz iğne yardımıyla greftin ön-üst ve ön-alt bölgelerinden delik açılır (3).



Şekil-5: Grefte katgüt sütürlerinin bağlanmasından sonra greft anteriora yerleştirilir ve üstten nazal tipin hafif posterioruna, alttan üst dudak frenilumuna traksiyonla tesbit edilir (3).



Şekil-6: Kaudal septal defleksiyon çeşitleri: A. izole kaudal dislokasyon ve tip eğriliği B.C. şeklinde dislokasyon C.S. şeklinde dislokasyon (2).



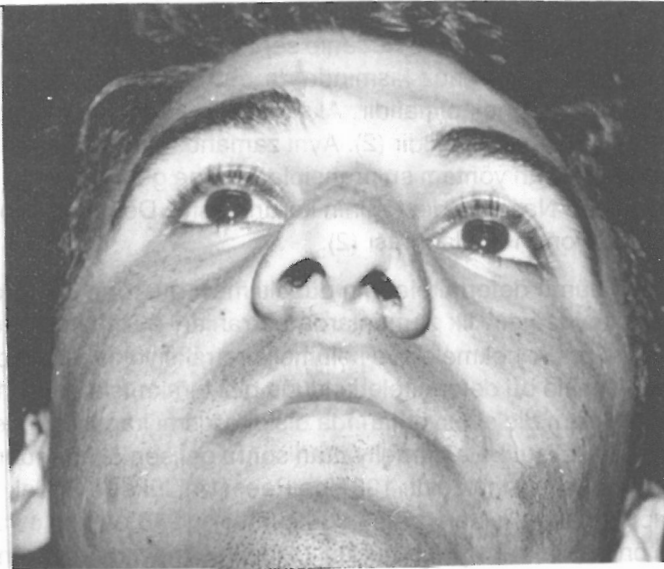
Resim-1



Resim-2



Resim-3: Bir olgumuzun preoperatif görünümü



Resim-4: Aynı olgunun postoperatif görünümü

TARTIŞMA

Çok sık görülmelerine karşılık septum deformiteleri genellikle nazal fonksiyonu bozacak ölçüde değildir. Leptorine burunlarda ve beyaz ırkta daha sıktır (1). Çoğu septal deformiteler direkt travmaya bağlıdır ve genellikle nazal kemik fraktürü gibi diğer burun yaralanmaları ile birlikte (1). Bizim olgumuzda olduğu gibi birçok olguda ise travma öyküsü alınmaz. Gray (11), bu olgularda anormal intrauterin postürün burun ve üst çeneye baskısı sonucu septumun dislokasyonuna yolaçtığını ileri sürdü.

Septumdaki bu deformiteler; krest, deviasyon ve dislokasyon olmak üzere üçe ayrılır ve dislokasyonlar, septum kaudal bölümünün medial pozisyonundan sağa veya sola kayması olarak tanımlanır (1). Kaudal septum deformiteleri de genel olarak; izole kaudal defleksiyon ve tip deformitesi, C şeklinde ve S şeklinde deformite olmak üzere üç kategoriye ayrılır (Şekil 6) (2).

Septum kaudal bölümü deformitelerinde dominant semptom nazal obstrüksiyondur. Fakat bu durum nadiren anozmi yapacak ölçüdedir. Nazal valv bölgesindeki deviasyon ve dislokasyonlar, bu bölgenin nazal kavitenin en dar yeri olması nedeniyle en fazla obstrüksiyon yaparlar (1). Olgularımızın tamamında tek veya iki taraflı rahatsız edecek derecede burun tıkanıklığı vardı. Anozmiden yakınan olgumuz yoktu.

Kaudal septal deformitelerin tamirinde fonksiyonel sonuçlar yanında kozmetik faydalarda beklenir(2). Zira burun deviasyonlarında dominant faktör septumun pozisyonudur. Beekhuis (12) bu prensibi kısaca "septum nereye giderse burun da oraya gider" şeklinde özetlemiştir. Bu nedenle septum kaudal bölümü dislokasyonlarında nazal piramidin kartilajinöz kısmında da deviasyon olur ve bu durumlarda ilk amaç septumu düzeltmek olmalıdır. Aksi halde, eksternal piramidi başarılı bir şekilde düzeltmek mümkün değildir (2). Aynı zamanda kaudal septal defleksiyonların tamirinde uygulanan yöntem şu prensipleri yerine getirmelidir: 1. Tutulan kartilajın repozisyonu, 2. Nazal tip desteğinin korunması 3. Doğal bir septokolumellar görünüm ve fonksiyonun sağlanması (2).

Septum kaudal bölümü deformitelerinin düzeltilmesi bu konu ile uğraşan cerrahlar için problem kaynağıdır. İlk zamanlarda cerrahlar; düzeltilmelerinin güçlüğü, nüksetmeleri ve supratip çökmeleri ve kolumella retraksiyonları gibi komplikasyonların sıklığı nedenleriyle bu deformiteleri olduğu gibi bırakmışlardır(1). 1929'da Metzzenbaum (13) ön kısım dislokasyonlarında disloke kısmı kapı şeklinde serbestleştirerek düzeltmeye çalıştı. Fakat ameliyattan sonra gelişen skar nedeniyle septum çoğunlukla eski pozisyonuna geldi. 1937'de Peer (14), lükse kırıldak segmenti tamamen çıkarıp serbest kırıldak grefti yerleştirmeyi, 1946'da Galloway (15) de kırıldak greftini ön kısma traksiyon sütürleri ile tesbit etmeyi denedi. Ancak hastaların çoğunda kırıldak otogreftin rezorbsiyonu nedeni ile sonuç başarısız oldu. 1958'de Cottle'in (16) Maksiller-Premaksiller yaklaşımı tanımlaması ile septum cerrahisinde yeni ufuklar açıldı. Cottle, tüm septum sert oluşumlarını çıkardıktan sonra düzgün hale getirilen kırıldak ve kemiği intraseptal aralığa yerleştirdi. Kaudal

uç desteği için de kemik, kıkırdak veya plastik materyaller kullandı. Bunların içerisinde tercih edilen kemik olup bu kemiğin kaynağı olarak ta iliak, temporal retoauriküler, kosta veya homogreft kemik kullanıldı (1).

Tek seans ameliyatla ve tek insizyonla septum rekonstrüksiyonunun sağlanması, rekonstrüksiyon materyalinin enfekte olma ihtimalinin azlığı, kemik desteği olması ve septumdan çıkarılan materyalle rekonstrüksiyonun sağlanması nedeniyle, vomer ve perpendiküler lamina iyi bir greft materyalidir (4). Ancak uygun greft materyalinin alınamama ihtimali veya vomer ve perpendiküler laminanın da çok deforme olması, bazı olgularda başka greft kaynakları araştırmaya ihtiyaç gösterebilir. Bu durumlarda otogreft başka kemik (iliak, mastoid, kosta veya homogreft gibi) veya kıkırdak kullanılabilir. Postoperatif dönemde, greftin uygun yerleştirilememesi veya skar sonucu greftin orta hattan kayması başarısızlık nedenidir. Olgularımızın 6'sında (%27.3) kısmen de olsa greft postoperatif dönemde disloke oldu.

Freer'in (17) tarif ettiği ve günümüzde daha çok hemitransfiksiyon insizyonu olarak bilinen insizyon (Şekil 1), septum kaudal bölümü deformitelerinde uygulanır. İnsizyonun nispeten avasküler bir sahadan yapılması, bu bölgede mukozanın kalın olması nedeniyle yırtıkların daha az oluşması ve oluşan yırtığın tamirinin kolaylığı, septum kaudal bölümü ve pemaksiller çıkıntı ile birlikte anterior nazal çıkıntı bölgesini de içeren geniş ekzpozisyon avantajı ve septoplasti ile birlikte piramid rekonstrüksiyonu da yapılacaksa, kolayca komplet transfiksiyon insizyonuna çevrilebilmesi bu insizyonun avantajları arasında sayılabilir (18).

Mukozal fleplerin elevasyonu esnasında en çok deşirür kaynağı olan kondrovomerin sütür dikkatlice eleve edilmeli, maksiller ve premaksiller çıkıntılar Cottle'in (16) tarif ettiği gibi keskin bir disektör veya bıçak yardımıyla disekte edilmelidir. Perpendiküler lamina ve vomerden greft alınırken gerektiğinde keski kullanılarak uygun büyüklükte bir parça alınmalıdır. Greft kolumella yüksekliğinden 1-2 mm. daha uzun olmalı, eni destek sağlayacak ölçüde ve genellikle 7-8 mm. den az olmamalıdır (4). Greft anteriora yerleştirilirken, nazal tipe destek olacak ve supratip çöküklüğüne engel olacak şekilde ne fazla geriye ve ne de gereğinden öne yerleştirilmelidir. Supratip depresyona engel olmak için burun sırtında 2-3 mm.lik kıkırdak desteği bırakılmalıdır (4). Greftin yerinden kaymaması için ılt ve üstten traksiyon sütürleri (4,15) ve Bernstein'in (18) tarif ettiği şekilde silastik veya film levha konulmalıdır.

Olgularımızdan elde ettiğimiz sonuçlar değerlendirildiğinde; greft temini ve yerleştirilmesindeki avantajlar, greftin canlılığı ve fonksiyonel sonuçlardaki başarı nedeniyle perpendiküler lamina ve vomer septum kaudal bölümü deformitelerinde iyi bir destek materyalidir.

KAYNAKLAR

1. Brain D.: The septum. In: Scott-Brown's otolaryngology (5 th ed). Mackay IS., Bull TR. (eds). Vol: 4, London. Butterworths Co, 1988. p: 154.

2. Kamer FM.,Churukian MM.: High septal hemitransfixion for the correction of caudal septal deformities. *Laryngoscope* 94: 391, 1984.
3. Olsen KD., Carpenter RJ., Kern EB.: Nasal septal injury in children. Diagnosis and management. *Arch. Otolaryngol.* 106: 317, 1980.
4. Akçalı Ç., Özşahinoğlu C., Kiroğlu F.: Anterior nasal septum deformitelerinin vomer grefti ile tamiri. In: *Türk Otorinolaringoloji Derneği XVII. Milli Kongresi.* İstanbul. Hilal Matbaacılık Koll. Şti. 1985.
5. Ellis MS.: Suture technique for caudal septal deviations. *Laryngoscope* 90: 1510, 1980.
6. Rubin FF.: Controlled tip sculpturing with the morselizer. *Arch. Otolaryngol.* 109: 160, 1983.
7. Walter CD.: Composed grafts in nasal surgery. *Arch. Otolaryngol.* 90: 106, 1969.
8. McGlynn MJ., Sharpe DT.: Cialit preserved homograft cartilage in nasal augmentation: A long-term review. *Br. J. Plast. Surg.* 34: 53, 1981.
9. Toriumi DT.,Larrabee WF., Walike JW., et al: Demineralized bone: Implant resorption with long term follow-up. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 116: 676, 1990.
10. Toriumi DT., East CA., Rosen DM., et al.: Bone inducing implants in head and neck surgery: An experimental study. *Laryngoscope* 101: 395, 1991.
11. Gray LP.: Early treatment of septal deformity and associated abnormalities. In: *Modern Trends in Diseases of The Ear Nose and Throat.* Ellis M. (ed). London Butterworth Co. 1972, p: 219.
12. Beekhuis GJ.: Nasal septoplasty. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 6: 693, 1973.
13. Metzenbaum M.: Brain D. (1) den alıntı yapılmıştır.
14. Peer L.: Brain D. (1) den alıntı yapılmıştır
15. Galloway T.: Brain D. (1) den alıntı yapılmıştır.
16. Cottle MH., Fischer GG., Gaynon IE., et al.: The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery. *Arch. Otolaryngol.* 68: 301, 1958.
17. Freer O.: Brain D. (1) den alıntı yapılmıştır.
18. Bernstein L.: Submucous operation on nasal septum. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 6: 675, 1973.