

Rinofimanın lokal anestezi altında deri grefti ile tedavisi

Rhinophyma treated by excision and full-thickness skin grafting under local analgesia

Dr. Celil USLU,¹ Dr. M. Oğuz YENİDÜNYA,² Dr. R. Murat KARAŞEN¹

Yetmiş üç yaşında erkek hasta burunda büyüme yakınması ile başvurdu. Sorun rinofima olarak değerlendirildi ve kitle lokal anestezi altında eksize edildi. Kolumella, burun ucu bölgesi, burun kanatları bölgesi ve burun sırtı derisini kapsayan, perikondrium ve periostu koruyan doku rezeksiyonu yapıldı. Hemostazı takiben defektli alana supraklaviküler alandan alınan tam kalınlıkta deri grefti bohça pansuman desteği ile taşındı. Bir yıl sonraki kontrollerde renk ve kalite olarak deri greftinin bölgeye iyi uyum sağladığı gözlemlendi.

Anahtar Sözcükler: Rinofima/cerrahi; deri transplantasyonu/yöntem.

A seventy-three-year-old man presented with a complaint of enlarged nose. The diagnosis was made as rhinophyma and the mass was excised under local anesthesia. The involved tissues including the columellar, alar, and dorsal nasal skin were removed by preserving the perichondrium and periosteum. A full-thickness skin graft was obtained from the supraclavicular region and transferred to the defect area with a tie-over dressing. An acceptable texture and color adaptation of the skin graft was obtained at the end of one-year follow-up period.

Key Words: Rhinophyma/surgery; skin transplantation/methods.

Sözlük anlamı "büyümüş burun" olan rinofima, klinik bakımdan akne rozaseanın ileri evre görünümü olarak değerlendirilmektedir.^[1] Etyopatogenezi tam bilinmeyen rinofimaya daha çok beyaz ırkta ve orta yaşın üzerindeki erkeklerde rastlanmaktadır.^[2]

Rinofimanın kendisi neoplastik bir büyüme olmamasına karşın, rinofima zemininde bazoselüler karsinom, nadiren de yassı hücreli karsinom ve angiosarkom gelişebilir.^[3-8] Burun ucundaki kitlenin gidererek artan boyutlarıyla aşağıya doğru sarkması, sadece kozmetik sorunlara değil, yemek, içmek, konuşmak gibi çok temel gündelik ihtiyaçlara bile engel olabilir. Kitle, potansiyel malign zemini ne-

deniyle tamamen çıkarılmalıdır. Bu amaçla çeşitli yaklaşımlar önerilmekle birlikte, konvansiyonel cerrahi yöntemlere ek olarak deri greftleri ile hemen rekonstrüksiyon yapılması benimsenen bir yöntemdir.

OLGU SUNUMU

Yetmiş üç yaşında erkek hasta, burnu üzerinde 10 yıldır var olan, ancak son bir yıldır hızlı büyüme gösteren ağrısız, kaşıntısız kitle nedeniyle başvurdu (Şekil 1a, b). Elli yıldır, günde üç paket sigara içen hastanın alerji, alkol kullanımı, kronik hastalık hikayesi yoktu. Yapılan fizik muayene ve incelemelerde özellik saptanmadı.

◆ ¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları Anabilim Dalı; ²Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum.

◆ Dergiye geliş tarihi: 6 Mart 2002. Düzeltme isteği: 8 Ocak 2003. Yayın için kabul tarihi: 3 Şubat 2003.

◆ İletişim adresi: Dr. Celil Uslu, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Üniversite Kampüsü, 25240 Erzurum. Tel: 0442 - 231 33 41 Faks: 0442 - 236 08 84 e-posta: celiluslu@hotmail.com

◆ Departments of ¹Otolaryngology and ²Plastic and Reconstructive Surgery, Medicine Faculty of Atatürk University, Erzurum, Turkey.

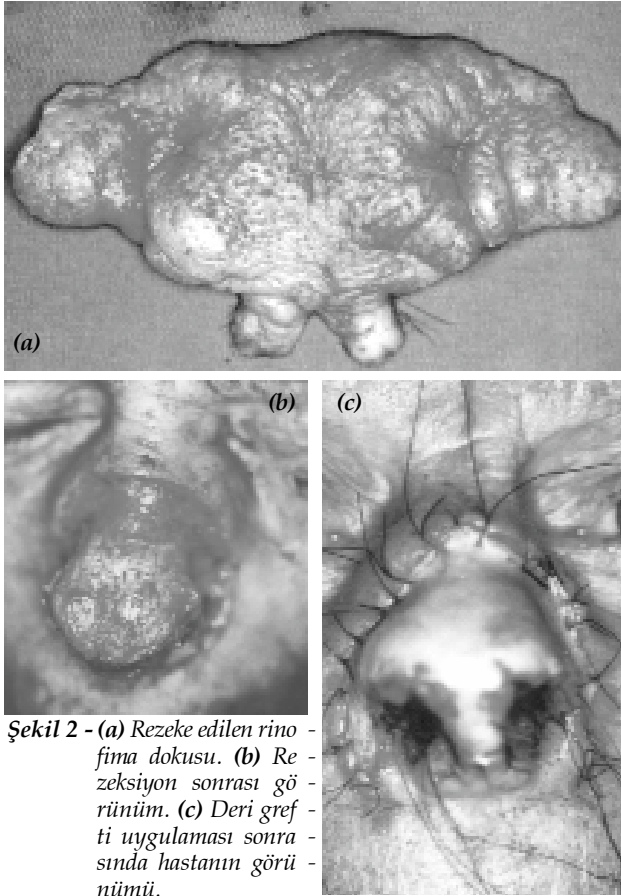
◆ Received: March 6, 2002. Request for revision: January 8, 2003. Accepted for publication: February 3, 2003.

◆ Correspondence: Dr. Celil Uslu, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Üniversite Kampüsü, 25240 Erzurum, Turkey. Tel: +90 442 - 231 33 41 Fax: +90 442 - 236 08 84 e-mail: celiluslu@hotmail.com

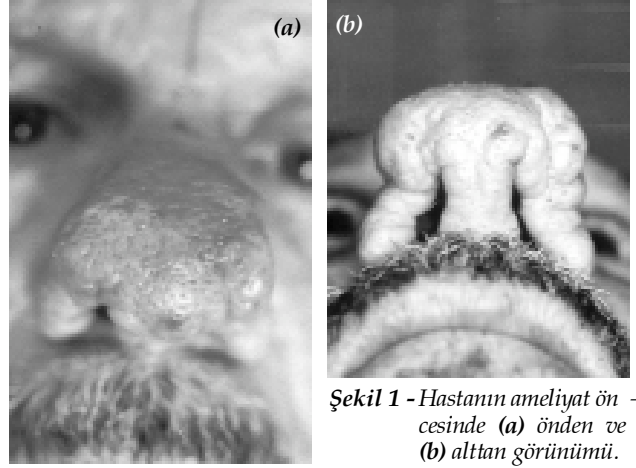
Lokal anestezi altında burun sırtı, kolumella, burun ucu ve burun kanatlarını kapsayan 5x4x2 cm'lik rinofima kitlesi, altta burun kırıklarının perikondriumu korunacak şekilde eksize edildi (Şekil 2a, b). Oluşan defekt sağ supraklaviküler alandan alınan, tam kalınlıkta deri grefti ile örtüldü (Şekil 2c). Deri greftinin dikilmesinde 4-0 ipekler kullanıldı; ipliklerin uzun bırakılmasının ardından greftin tabana iyi tutunmasını sağlamak amacıyla bohça pansuman (tie-over dressing) yapıldı. İlk pansumandan beş gün sonra açılan ameliyat alanının sonraki bakımı açık teknikle yapıldı. Stabil döneme girdiği kabul edilen 10. günden sonra, greft üzerine sadece vazelin pomat sürüldü. Burun sırtı derisi ameliyat sonrası birinci yılda normale yakın bir görünüme ulaştı (Şekil 3a-c).

TARTIŞMA

Rinofima, burun derisinin benign, hipertrofik, kendiliğinden iyileşmeyen bir hastalıktır. Yapılacak değerlendirmede, kozmetik sorunun yanı sıra hastalık zemininde gelişen bazoselüler karsinoma ve diğer malign tümörler unutulmamalıdır.^[6]



Şekil 2 - (a) Rezekte edilen rinofima dokusu. (b) Rezeksiyon sonrası görünüm. (c) Deri grefti uygulaması sırasında hastanın görünümü.



Şekil 1 - Hastanın ameliyat öncesinde (a) önden ve (b) alttan görünümü.

Rinofimanın tedavisinde patolojik kitlenin çıkarılması şarttır. Tedavide karbondiyoksit lazer kullanımı, dermabrazyon ve cerrahi eksizyon gibi değişik yöntemler tanımlanmıştır.^[3,4] Karbondiyoksit lazerin en önemli üstünlüğü hemostaz sağlamadaki kolaylığı olsa da, bu yöntem her merkezde bulunmayabilir.



Şekil 3 - (a) Ameliyat sonrası birinci yılda hastanın (a) önden, (b) yandan ve (c) oblik görünümü.

Vazokonstriktör katkılı iyi bir lokal anestetik kullanımı ile lazerin sağlayacağı hemostaz elde edilebilir.

Dermabrazyon, kitle etkisinin ileri derecede ortaya çıktığı olgularda hem zaman kaybettirecek, hem de buna bağlı olarak kanama artışına neden olabilecek bir tekniktir. Ayrıca, dermabrazyonla tüm hastalıklı dokunun çıkarıldığından emin olmamız da güçtür.^[3]

Hastalıklı bölgenin tamamen rezeke edilmesi önemlidir. Ancak, rezeksiyon sırasında dikkatsizlik sonucu perikondriumun da çıkarılması, rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyonu zorlaştıracaktır. Bu nedenle rezeksiyonda supraparikondriyal plan yakalandıktan sonra uzaklaşmamasıdır. Bunun nedeni, perikondriumu bulunmayan bir kırıkta üzerine taşınacak deri greftinin, çıplak kırıkta dokusunun damar kapsamaması nedeniyle beslenemeyip tutmamasıdır. Bu gibi durumlarda alın flebi kaçınılmaz olacaktır.

Rezeksiyon sonrası perikondriumun korunduğu olgularda en başarılı sonuçlar, kılsız bölgelerden alınan, tam kalınlıktaki deri greftleri ile sağlanabilir. Deri greftinin erken dönemde pek iyi görünmeyeceği bilinenek sabırla beklenmeli ve greft bakımında topikal yağlı merhemlerin kullanılması unutulmamalıdır. Ameliyat alanından çok uzaklaşmamak için deri grefti, supraklaviküler, preauriküler ve postauriküler alanlardan alınabilir. Deri grefti tam kalınlıkta olduğunda donör alanın primer dikiş tekniği ile kapatılması gerekeğinden, buna uygun boyut ve yönelimde greft

alınmalıdır. Kısmi kalınlıkta deri greftinde kontraksiyonun daha fazla olması nedeniyle, kozmetik sonuçlar tam kalınlıkta deri greftine göre daha iyi olmayacaktır.

Rezeksiyon sonrası tam kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon yapılan olgunun ameliyat sonrası birinci yıldaki kontrolünde burun sırtının normale yakın görünmesi, bu yöntemin, kolay olması yanı sıra fazla teknolojik donanım gerektirmemesi nedeniyle de uygulanabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Elliott RA. Rhinophyma. In: Stark RB, editor. Plastic surgery of the head and neck. 1st ed. New York: Churchill Livingstone; 1987. p. 595-600.
2. Plewig G, Jansen T. Rosacea. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, et al. editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 785-94.
3. Baker TM. Dermabrasion. As a complement to aesthetic surgery. Clin Plast Surg 1998;25:81-8.
4. Karim Ali M, Streitmann MJ. Excision of rhinophyma with the carbon dioxide laser: a ten-year experience. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997;106:952-5.
5. Plenk HP. Rhinophyma, associated with carcinoma, treated successfully with radiation. Plast Reconstr Surg 1995;95:559-62.
6. Brubaker DB, Hellstrom RH. Carcinoma occurring in rhinophyma. Arch Dermatol 1977;113:847-8.
7. Silvis NG, Zachary CB. Occult basal-cell carcinoma within rhinophyma. Clin Exp Dermatol 1990;15:282-4.
8. Broadbent NR, Cort DF. Squamous carcinoma in long-standing rhinophyma. Br J Plast Surg 1977;30:308-9.