

## Burun kanadındaki defektlerin medial pediküllü nazolabial katlama flebi ile onarımı

### Reconstruction of alar defects with the use of medially based nasolabial turnover flaps

Dr. Atakan AYDIN

**Amaç:** Burun kanadındaki tam kat defektlerde, hem vestibüler örtünün hem de burun kanadı dış kısmının onarımı için çeşitli yöntemler önerilmiştir. Bu çalışmada, alar defektlerin medial pediküllü nazolabial katlama flebi kullanılarak onarımı ile elde edilen sonuçlar sunuldu.

**Hastalar ve Yöntemler:** Farklı nedenlere bağlı olarak (3 travma; 3 yassı epitel hücreli, 5 bazal hücreli karsinom eksizyonu) burun kanadında tam kat defekt oluşan 11 hastaya (3 kadın, 8 erkek; yaş dağılımı 27-65) onarım amacıyla medial pediküllü nazolabial katlama flebi uygulandı. Hastalar ortalama 17 ay (dağılım 8-24 ay) süreyle izlendi.

**Bulgular:** Sadece bir olguda enfeksiyon gelişti ve antibiyoterapi ile flep sorunsuz iyileşti. Tüm fleplerin canlılığı korundu ve cilt kanseri olan olgularda nüks sorunu ile karşılaşılmadı. Hastalar görünülerinden memnun olduklarını belirtti. Nazal obstrüksiyon sorunları ortaya çıkmadı. Hastalara revizyon önerisinde bulunulmasına rağmen, fleple ilgili önemli şikayetlerinin olmadığı öğrenildi.

**Sonuç:** Onarımla ilgili küçük revizyonlar gerekse de, medial pediküllü nazolabial katlama flebi ile elde edilen sonuçların hastaların estetik ve fonksiyonel açıdan tatmin olmasını sağladığı görüldü.

**Anahtar Sözcükler:** Yanak/kanlanma; burun/kanlanma/cerrahi; burun neoplazileri/cerrahi; rinoplasti/yöntem; cerrahi, plastik/yöntem; cerrahi flep; transplantasyon, otolog.

**Objectives:** Many techniques have been described to restore through-and-through alar defects both for the vestibular lining and the lobular skin. This study aimed to present our results with medially based nasolabial turnover flaps in the reconstruction of alar defects.

**Patients and Methods:** Medially based nasolabial turnover flaps were used in 11 patients (3 females, 8 males; age range 27 to 65 years) who had through-and-through alar defects due to trauma (n=3) and carcinoma (3 squamous cell, 5 basal cell carcinoma) excisions. The mean follow-up period was 17 months (range 8 to 24 months).

**Results:** Infection was encountered in only one patient and was successfully treated with antibiotic therapy. All the flaps survived and no recurrence occurred during the follow-up period. The patients were content with the outcome and, despite recommendations, were not willing to have a revision surgery. No problems were seen associated with nasal obstruction.

**Conclusions:** Despite the need for minor revisions, esthetic and functional results with medially based nasolabial turnover flaps were satisfactory from the patients' standpoint.

**Key Words:** Cheek/blood supply; nose/blood supply/ surgery; nose neoplasms/surgery; rhinoplasty/methods; surgery, plastic/methods; surgical flaps; transplantation, autologous.

◆ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı (Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Medicine Faculty of İstanbul University), İstanbul, Turkey.

◆ Dergiye geliş tarihi - 5 Haziran 2003 (Received - June 5, 2003). Düzeltme isteği - 15 Ocak 2004 (Request for revision - January 15, 2004). Yayın için kabul tarihi - 19 Ocak 2004 (Accepted for publication - January 19, 2004).

◆ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Atakan Aydın. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, 34093 Şehremini, İstanbul, Turkey. Tel: +90 212 - 414 21 00 Faks (Fax): +90 212 - 635 26 46 e-posta (e-mail): atakanaydin@yahoo.com

Burun kanadındaki tam kat doku defektlerin rekonstrüksiyonu, hem burun içi dökmesinin hem de alar kanat derisinin oluşturulmasını gerektirir. Tam kat defektlerin restorasyonu amacıyla literatürde kuktan kompozit greft uygulaması, lokal ilerletme ve transpozisyon flepleri ile greft kombinasyonları veya ayak birinci veb aralığından hazırlanan serbest flep transferi gibi değişik teknikler kullanılmaktadır.<sup>[1]</sup>

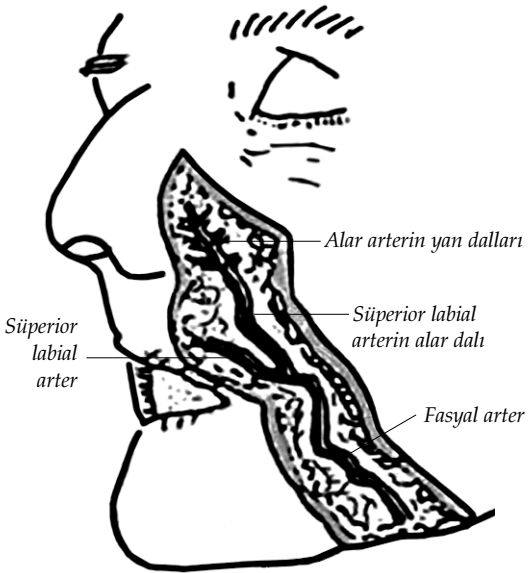
Nazolabial yanak flepleri subkutan pediküllü olarak burun deformitelerinin onarımında 19. yüzyılda kullanılmaya başlanmıştır. Paranasal yanak bölgesinin arteriyel kanlanması zengindir. Bu bölge medialden angüler arter ve perforanları ile, daha lateralden ise internal maksiller arter ve transvers fasyal arterin dalları ile kanlanmakta ve subkutan pediküllü fleplerin güvenli bir şekilde hazırlanmasına olanak vermektedir. Bu şekilde nazolabial bölgeden subkutan pediküllü olarak hazırlanan flepler V-Y ilerletme, ada veya katlama flebi olarak kullanılmaktadır.<sup>[2,3]</sup>

Bu flepler tam kalınlıkta doku defektlerin onarımında tek başlarına veya vestibüler örtü için, greftleme yöntemleriyle birlikte kullanılmaktadır.

Bu çalışmada, medial pediküllü nazolabial katlama flebi ile burun kanadı defektlerinin onarım tekniği tanıtılarak olgulardan örnekler sunuldu.

### HASTALAR VE YÖNTEMLER

Burun kanadında farklı nedenlere bağlı olarak (3 travma; 3 yassı epitel hücreli, 5 bazal hücreli karsin-

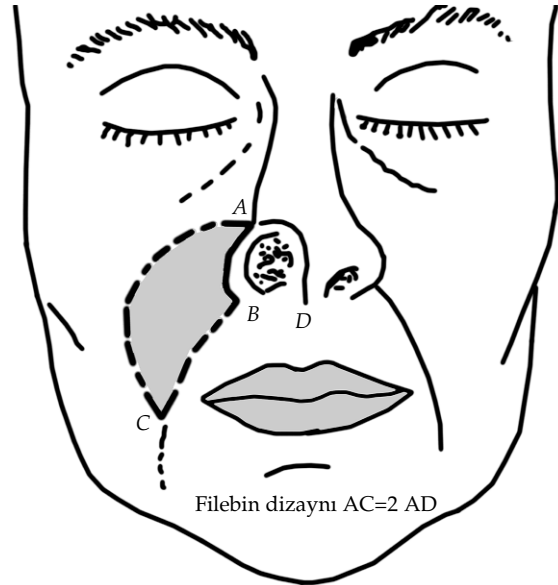


Şekil 1 - Medial pediküllü nazolabial fleb.

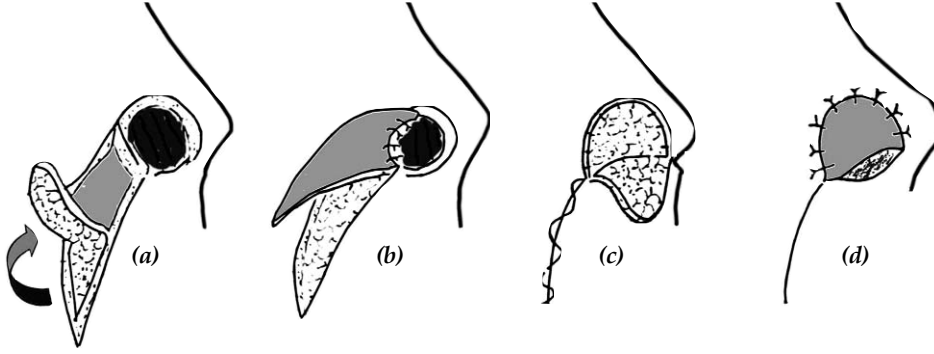
nom eksizyonu) tam kat defekt oluşan 11 hastaya (3 kadın, 8 erkek; yaş dağılımı 27-65) medial pediküllü katlama flebi uygulandı. Hastalar ortalama 17 ay (dağılım 8-24 ay) süreyle izlendi.

Medial pediküllü nazolabial flebin önemli besleyici damarı süperior labial arterdir (Şekil 1). Bu arter alar dallarını verdikten sonra üst dudağa geçmektedir. Alar dalı apertura priformis etrafında fasyal, transvers fasyal, infraorbital, sfenopalatin arterler ile zengin bir anastomotik ağ oluşturmakta; orbikularis oris ve levator labii superioris alaeque nasi kas liflerinin altından nazolabial oluktan ilerlerken yedi ile 12 adet dalcık vermekte ve burun dorsaline çıktıktan sonra karşı taraf alar dalı ile birleşmektedir. Süperior labial arterin alar dalına iki ven eşlik etmekte ve venöz drenaj büyük ölçüde fasyal vene olmaktadır. Bu bölgenin damarlanmasını gösteren çalışmalar sayesinde, medial pediküllü nazolabial flebin aksiyel türde bir flep olduğu gösterilmiş; subkutan pediküldeki dolaşıma zarar vermeden 0.5 cm'ye kadar inceltilerek, flep mobilizasyonu artırılmıştır.<sup>[4]</sup>

Burun kanadındaki defekt ölçüldükten sonra, eni defektin eni kadar, uzunluğu ise defektin aksının uzunluğunun iki katı olacak şekilde nazolabial flep çizilir (Şekil 2). Flebin pedikülü medialde olacak şekilde, kalınlığı 0.5-1 cm olarak kaldırılır; nazolabial olukta alar arterin dalları görülünceye kadar disk-



Şekil 2 - Burun kanadındaki defekt ölçüldükten sonra eni defektin eni kadar, uzunluğu ise defektin aksının uzunluğunun iki katı olacak şekilde nazolabial flep çizilir.



**Şekil 3** - (a) Flebin kaldırılması. (b) Flebin medial kenarının vestibül kısmını oluşturacak şekilde dikilmesi. (c, d) Flebin distal kısmının takla attırılarak, kendi üzerine döndürülmesi ve yerine adaptasyonu.

siyona devam edilir ve aksiyel bir flep için bu damarlar flebe dahil edilir (Şekil 3a). Flebin medial kısmı defektin vestibüler örtüsünü oluşturacak şekilde dikişler konur (Şekil 3b). Flep medial rotasyonunu yaparken pedikülü zedelemeyen mobilizasyonu engelleyen fasyal bantlar kesilir. Vestibüler örtü oluşturulduktan sonra flebin distal kısmı proksimal kısmı üzerine devrilerek burun kanadının dış örtüsü oluşturulur (Şekil 3c, d). Alar alt ünitenin tam kat tutulduğu, ancak alar oluğa komşu alar lobülünün bulunduğu defektlerde, flebin transpozisyonunu kolaylaştırmak için alar lobülden geriye kalan küçük parça inferior pediküllü olarak kaldırılır ve flebin hem iç hem de dış örtüyü oluşturacak şekilde şekillendirilmesinden sonra yerine dikilir. Gerekirse, alt

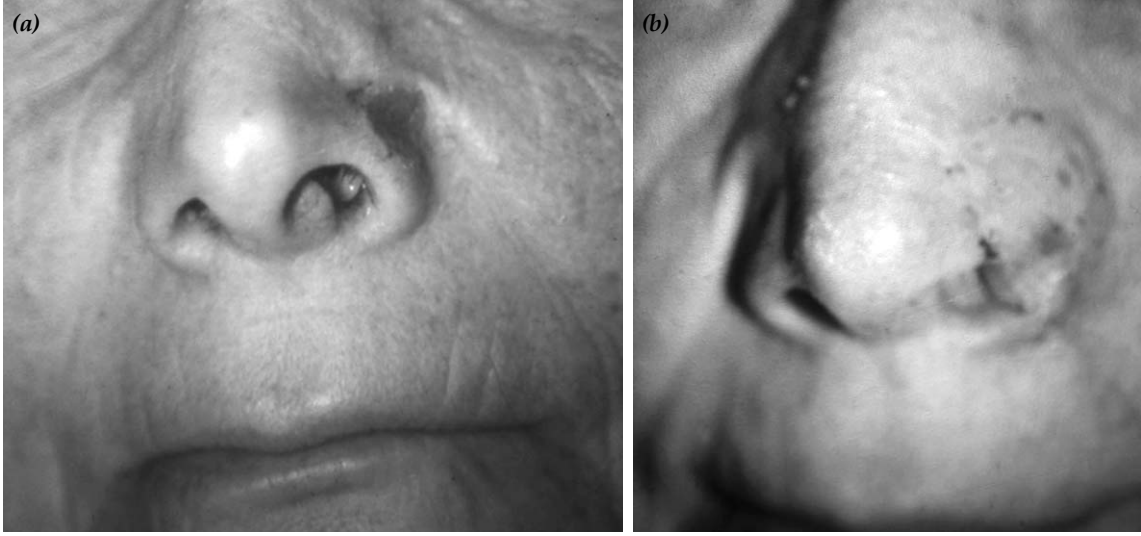
lateral kartilaj desteğini oluşturmak üzere oluşturulan burun kanadı alt ucu boyunca kıkırdak grefti yerleştirilebilir. Flebin boyutları ve kalınlığında son ayarlamalar yapıldıktan sonra verici saha primer olarak kapatılır.

#### BULGULAR

Uygulamalarımızda sadece bir olguda enfeksiyon gelişti ve antibiyoterapi ile flep sorunsuz iyileşti. Tüm fleplerin canlılığı korundu ve cilt kanseri olan olgularda nüks sorunu ile karşılaşmadı. Hastalar görünümünden memnun kaldı, nazal obstrüksiyon sorunları görülmedi; önerilerimize rağmen flebin revizyonu için bir talepleri olmadı. İki olguya ait uygulamalar ve sonuçları Şekil 4 ve 5'te gösterildi.



**Şekil 4** - Elli iki yaşında erkek hastada burun kanadında bazal hücreli karsinom nedeniyle eksizyon sonrası oluşan tam kalınlıktaki alar defektinin medial pediküllü nazolabial flep ile onarımı.



Şekil 5 - (a) Altmış üç yaşındaki kadın hastanın burun kanadında yassı epitel hücreli karsinom. (b) Eksizyon ve flep ile onarımdan sonra hastanın görünümü.

### TARTIŞMA

Burun kanadı defektlerinin onarımında pek çok yöntem vardır. Bunun için Kazanjian (1948) bipediküllü flep tekniğini, 1854'de Denonvilliers bir çeşit Z plasti tekniğini, 1931'de Joseps transpozisyon flep prosedürünü, 1967'de Denecke ile Myer lateral dorsal nazal ilerletme prosedürlerini tarif etmişlerdir. Bu tekniklerin hepsinde burun içi mukozası dekolle edilerek ilerletilmekte, eksik lobül derisi için lokal dokulardan yararlanılmaktadır.<sup>[1,2]</sup> Eksik olan dokunun benzer doku ile onarımı prensibine göre, vestibül mukozasının burnun içinden transpoze edilen mukozaya flebi veya ağız içinden alınan mukozaya grefti ile onarımı daha mantıklı bir yöntem olarak düşünülebilir. Bununla birlikte, mukozaya greftlerinin ve greftlerinin daha sonra kontrakte olabilmesi, alt lateral kırırdağın yerine geçecek bir kırırdağ greftinin konmaması durumunda flebin ağırlığı ile vestibül mukozasının çökerek obstrüksiyona yol açabilmesi gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, alar naziyi tutan tam kat defektli hastalarda hem iç hem de dış döşemenin onarımı için medial pediküllü nazolabial katlama flebini kullanmayı planladık.

Literatürdeki anatomik çalışmalarda gösterildiği gibi, süperior labial arterin alar dalının perforatörlerine dayandırılarak hazırlanan bu flep aksiyal türde ve güvenilir bir fleptir.<sup>[3]</sup> Uygulamalarımızda erken dönemde flepte venöz yetmezliğe bağlı renk değişikliği ile karşılaşıldıysa da, hiçbir olguda flep kaybı

olmadı. Teorik olarak, bu fleple onarımın tek seansda yapılabilmesinin büyük bir avantaj olduğu düşünülse de, özellikle genç hastalarda flebin güvenilir bir şekilde inceltmesine karşın katlandığında kalın bir görüntü vermesi; nostril yuvarlaklığının istenilen şekilde oluşturulamaması; nazal obstrüksiyon; normal kanat remnantı ile flebin birleşme yerinde ameliyat sonrasında düzensizlikler görülmesi ve kırırdağ greftinin sonraki seansa bırakılması gibi nedenlerle daha sonra küçük de olsa ameliyat gerekebilmektedir.<sup>[3,5,6]</sup>

Biz de ameliyat sonrası dönemde, flebi inceltmek ve alar kenarın desteğini kırırdağ grefti ile artırmak için hastalarımıza ameliyat önerisinde bulunduk. Ancak, olguların çoğunun cilt kanserli yaşlı hastalar olması, estetik kaygıları ikinci plana itmekte; bu nedenle, hastalardan revizyon isteği gelmemektedir.

Sonuç olarak, klinik uygulamalarımızdan kazandığımız deneyimle diyebiliriz ki, medial pediküllü nazolabial katlama flebi, burun kanadı defektlerinin onarımında kullanılacak kolay ve güvenilir bir rekonstrüksiyon seçeneğidir.

### KAYNAKLAR

1. Barton FE, Byrd HS Jr. Acquired deformities of the nose. In: McCarthy JG, editor. Plastic surgery. 1st ed. Vol. 3, Philadelphia: W. B. Saunders; 1990. p. 1924-2008.
2. Denecke HJ, Meyer R, editors. Plastic surgery of head and neck. Corrective and reconstructive rhinoplasty. 1st ed. Vol. 1. New York: Springer-Verlag; 1967.

3. Herbert DC, DeGeus J. Nasolabial subcutaneous pedicle flaps. Br J Plast Surg 1975;28:90-6.
4. Herbert DC, Harrison RG. Nasolabial subcutaneous pedicle flaps. Br J Plast Surg 1975;28:85-9.
5. Herbert DC. A subcutaneous pedicled cheek flap for reconstruction of alar defects. Br J Plast Surg 1978; 31:79-92.
6. Spear SL, Kroll SS, Romm S. A new twist to the nasolabial flap for reconstruction of lateral alar defects. Plast Reconstr Surg 1987;79:915-20.