

BURUN YERLEŞİMLİ HEMANJİOMAYA AÇIK RİNOPLASTİ YAKLAŞIMI

*Mehtap KARAMEŞE, *Mustafa KESKİN, *Tolga BEYDEŞ, *Zekeriya TOSUN, *Nedim SAVACI
*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

ÖZET

Bebeklik çağının en sık görülen tümörleri olan hemanjiomlar, vücudun tüm organlarında gelişebilirken en sık olarak deriyi tutarlar. Benign seyirli olan bu tümörlerin tedavisi halen tartışmalıdır ve baş boyun bölgesini tutan görme, işitme, solunum gibi hayati fonksiyonları etkileyen lezyonlar için cerrahi tedavi gerekmektedir. Burun hemanjiomları dekstrüktif, kırıkardak gelişimini etkileyici, solunumu tehdit edici olduğundan cerrahi olarak eksize edilmesi gerekebilir. Yüz bölgesine uygulanan girişimlerde en az skar bırakan ve en iyi sonucu veren eksizyon teknikleri uygulanmalıdır. Burun yan duvarında cilt altı yerleşik hemanjiomun sunulduğu bu vaka örneğinde, eksternal yaklaşım yerine açık rinoplasti tekniği uygulanarak hem kolaylıkla çıkarılabileceğini hem de daha az skar ve morbidite kalacağını vurguladık.

Anahtar Kelimeler: nazal hemanjiom, açık rinoplasti insizyonu

OPEN RHINOPLASTY APPROACH FOR NASAL HEMANGIOMA

ABSTRACT

Hemangiomas are the most common vascular tumors of infancy. It could be seen in all tissues but commonly occurs in the skin. This tumors are benign. Their treatment are controversial. There are different treatment options for the hemangiomas that affect the vital functions like vision, hearing and breathing. One of the treatment options is surgery. Nasal hemangiomas can not be left to spontaneous involution when there is destruction on nasal cartilages and obstruction on the nasal airway. In this case, hemangioma was located on the lateral side of nasal unit. We preferred open rhinoplasty approach to remove the mass. We emphasize that open rhinoplasty technique provides us easy way to reach to the mass and leave invisible and aesthetically acceptable scar.

Keywords: open rhinoplasty, nasal hemangioma

GİRİŞ

Hemanjiomlar, bebeklik çağının en sık görülen tümörleridir.¹ 1982 yılında Mullikien ve Glowachi tarafından yapılan sınıflandırma sayesinde birçok merkez sistemik değerlendirme ve tedavi programı oluşturmuştur.²

Gövde ve ekstremitelerde lokalize hemanjiomlar, bebeğin hayat kalitesini etkilememesi, komplikasyon riski taşımaması ve yaşam döngüleri içinde spontan involusyona uğramaları nedeniyle genelde konservatif takip edilir. Ancak, hemanjiom olgularının % 60'ı baş-boyun bölgesine lokalizedir. Bu bölgede bebekte görme, işitme, nefes alma gibi fonksiyonlar olumsuz yönde etkilenebileceğinden tedavi gereklidir.³ Burun bölgesi hemanjiomları ise ailede psikolojik olumsuzluklara neden olmasının yanı sıra kanama, ülserasyon, havayolu obstrüksiyonu yapabilir, alar kartilajların gelişimine hasar verip hipoplazik kalmasına neden olabilirler. Rezeksiyonun güvenilir olmadığını, burun mimarisinin bozulabileceğini iddia edenlere karşılık, burun hemanjiomlarının oldukça

yavaş regrese olması, geride renk değişikliği, kontur deformitesi yapması, ayrıca involusyonun çocuğun büyüme ve psikolojik olarak etkilenme çağına denk gelmesi nedeniyle erken yaşta cerrahi tedavi yapmayı savunan otörler vardır.⁴ Cerrahi tedavide özellikle yüz bölgesinde en az skar bırakan ve güzel görüş alanı sağlayan yöntemler tercih edilmelidir.

Biz bu vakada burun yan duvarına yerleşik lezyon için eksternal yaklaşım yerine açık rinoplasti tekniğini tercih ettik. Böylece hem geride çok az skar kaldı hem de kitleye ulaşmak için mükemmel görüş alanımız oldu. Açık rinoplasti tekniğinin bebeklik burun hemanjiomları için kullanılması gerektiği kanaatindeyiz.

VAKA SUNUMU

Kliniğimize iki yaşında kız çocuk hasta burun yan duvarında şişlik şikâyeti ile başvurdu. Hikayesinde ailenin kitleyi çocuğun doğumundan iki üç hafta sonra fark ettiği öğrenildi. Çocuğun ve ailenin özgeçmişinde başka



Resim 1: Burun sağ yan duvarında yerleşik 2 cm çapında kitlenin operasyon öncesi görünümü



Resim 2: Kitlenin intrakraniyel uzanımının olmadığını gösteren CT görünümü

herhangi bir patoloji saptanmadı. Fizik muayenede burun yan duvarında, 2 cm. çapında, üzerinden üfürüm alınmayan sert kıvamda kitle tespit edildi (Resim 1). Hastanın hikayesinden ensefalosel, dermoid kist ve hemanjiom ön tanıları düşünüldü. Kitlenin bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesinde intrakraniyel uzanımının olmadığı belirlendi (Resim 2). Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı. Operasyon planlamasında açık rinoplasti tekniği ile kitle eksizeyonu kararlaştırıldı. Lokal anestezi ile infiltrasyonunu takiben kolumellaya basamak şeklinde insizyon yapıldı. İnsizyon, alar rimin içine doğru ilerletildi. Cilt alt lateral kartilajların medial krusunun üzerinden eleve edildi. Subkutanöz diseksiyon kitlenin üzerinden yapıldı. Nazal cilt retraktör ile ekarte edildiğinde çok geniş ekspozisyon sağlandı (şekil 3). Kitle total olarak çıkarıldı (şekil 4). Kolumella 6/0 absorbable suture ile kapatıldı. Nazal tampon yerleştirilmedi. Erken ve geç postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Histopatolojik incelemeye gönderilen materyal sonucu, juvenil hemanjiom olarak bildirildi. Hastanın geç postoperatif takiplerinde fonksiyonel ve estetik sonuçlar çok iyi olarak tespit edildi.

TARTIŞMA

Çocuklardaki vasküler anomaliler iki tip olarak karşımıza çıkarlar: vasküler tümörler ve vasküler malformasyonlar. Vasküler malformasyonlar arterler, kapillerler, venler veya lenfatiklerden tek tek veya kombinasyonları şeklinde gelişirler ve nadiren involusyona uğrayıp, genellikle büyüme eğilimi gösterirler. Hemanjiomlar, vasküler tümörler sınıfında yer almakta olup bebeklik döneminin malign olmayan, sellüler proliferasyon gösteren lezyonlardır.¹ Lezyonlar endotelial hücrelere yerleşiktir. Bebeklik çağının en yaygın tümörlerindedir ve ilk bir yaşına kadar hızlı büyüme göstermektedir. Kız cinsiyette ve prematür bebeklerde daha fazla görülmektedir.⁵⁻⁶ Genelde doğumda yoktur, hayatın ilk haftalarında ortaya çıkarlar. Hemanjiomlar klinik olarak çok değişik davranış tarzları sergileyebilirler. Benign çok yavaş gelişen tümörlerden, agresif, destrüktif lezyonlara kadar değişen formları vardır. Yüzeysel lezyonlar kırmızı papül veya nodüller şeklinde ve yüzeysel lobüller olabilir. Derindeki subkutanöz lezyonlar deriye mavi röfle verir ve üzerlerinde telenjektazik oluşumlar taşıyabilirler. Hemanjiomun yaşam döngüsü üç aşamalıdır:



Resim 3: Açık rinoplasti tekniği ile mükemmel görüş alanı sağlanması



Resim 4: Kitlenin tamamına ulaşılması ve eksize edilmesi



Resim 5: Postoperatif 6. ay görünümü

proliferasyon fazı, involüsyon fazı, ve geç involüsyon fazıdır. Mulliken'in çalışmalarına göre hastalığın dönemleri sırasında hücresel karakteristiklerde değişmektedir. İlk faz genelde bir yaşına kadar geçen süredir. İkinci faz ise 1-5 yaşları arasında olur ve son faz ise 5 yaş sonrasıdır.^{2,7} Tümörün büyümesi hastalığın fazlarıyla değişiklik gösterir. En hızlı büyüme yaşamın ilk 3- 4 ayı içinde gerçekleşir. Bir ile yedi yaşları arasında involüsyon başlar ve involüsyonda hemanjiomun üzerindeki cilt soluklaşır, deri daha yumuşak hal alır. Hastalığın bu özelliğinden ötürü bu tümörlerin tedavisi lezyonların yerleşim yerine, boyutuna, komplikasyonların varlığına (kanama, ülser, enfeksiyon, görme kaybı, nazofarengial veya dış kulak yolu obstrüksiyonları, Kasabach Merritt sendromu, konjestif kalp yetmezliği gibi), hastanın yaşına, hastalığın seyrine bağlı olarak değişmektedir. Hemanjiomların yerleşim yerleri de çok farklılık göstermektedir. Hemanjiomlar derinin herhangi bir yerinde, iç organlarda veya müköz membranlarda gözlenebilirler. Baş ve boyun bölgesi vücudun yaklaşık %14'lük kısmını oluşturmasına rağmen hemanjiomların %60'ının görüldüğü yerdir. Fakat bu klinik dağılımı değerlendirirken, gövde ve ekstremitedeki küçük hemanjiomların medikal olarak önem verilmediği de göz önünde bulundurulmalıdır.⁸ Hemanjiomların çoğu tedavi gerektirmez çünkü % 90'dan fazlası 9 yıl içinde involüsyona uğrar. Fakat yüksek riskli anatomik bölgelere örneğin genital, perine kalça veya göz ağız ve burun çevresi gibi bölgelere yerleşen hemanjiomlar komplikasyon riski taşıdıklarından dolayı agresif tedavi gerektirmektedirler.

Burun tip hemanjiomları 'Cyrano deformitesi' veya

'pinokyo burnu' olarak bilinir. Ciddi yapısal bozukluklara yol açan aileyi ve çocuğun psikolojik durumunu çok etkileyen deformitelerdir. Aileler tedavi konusunda aceleci davranırlar. Nazal hemanjiomlar sıklıkla subkutanöz planda alar kartilajların medial krusları arasına yerleşmiştir. Bizim sunduğumuz vakamız burun yan duvarına yerleşimi nedeniyle de özellik göstermektedir. Jackson, Mulliken ve Pitanguy gibi otörler burun yerleşimli hemanjiomların yavaş regresyon gösterdiklerini ve ciddi kontur deformitesi yaptıklarını bu nedenle hem ailenin hem de çocuğun sosyal hayatının bozulduğunu belirtmişlerdir.⁸⁻¹⁰ Ayrıca burundaki hemanjiom normal seyrine bırakılsa bile fasyal hemanjiomların spontan rezolusyonundan sonraki estetik görünümü tahmin edilemez. Çoğu hastada yetişkin dönemde hemanjioma ait deformiteler fark edilebilir düzeydedir. Epidermal atrofi, telenjiektazi, hipopigmentasyon sık görülür. Hemanjiomun yerleştiği subkutan dokuda genelde fibröz yağ artıkları kalır ve kontur düzensizlikleri oluşur. Bu nedenle nazal hemanjiomlarda erken cerrahi müdahale tavsiye edilir. Nazal hemanjiomlara uygulanabilecek cerrahi dışı tedaviler sadece küçük, komplike olmayan ve deformasyon oluşturmaman seçilmiş vakalar için geçerlidir. Diğer olgularda ise ki büyük kısmını içerir, kabul edilebilir estetik ve fonksiyonel sonuçlar, cerrahi girişimler ile elde edilir.¹⁰⁻¹² Faguer ve arkadaşlarına göre nazal hemanjiomlar spontan involüsyonları döneminde klinik olarak gerileseler de tümörlerin üzerindeki cilt bu retraksiyona adapte olamaz.¹³ Bu nedenle daha iyi cerrahi görünümün elde edilmesi için erken cerrahi müdahale önerilebilir. Cerrahi tedavi de

nazal hemanjioma yaklaşım için seçilecek insizyon yeri ileride oluşacak skar formasyonu açısından hem aileyi hem de gelişen çocuğun sosyal hayatını etkilememelidir. Bu amaçla çeşitli insizyon seçenekleri geliştirilmiştir. Mulliken tümör boyutunu küçültmek için intranasal rim insizyonunu kullanmıştır.⁷ Jackson ise nazal tipe yerleşik hemanjiomlar için açık rinoplasti tekniği ile yaklaşımı tercih etmiştir.¹² Literatürde burun hemanjiomlarının eksizyonu için vertikal insizyon, transvers eliptik insizyon, L şeklinde insizyon gibi çok sayıda cerrahi teknik kullanılmıştır. Ancak bu insizyonların hepsi nazal tip lezyonlarına ulaşmak için kullanılmıştır. Nazal dorsum hemanjiomlarının klasik insizyonu, eksternal olarak epidermis ve dermis geçilerek yapılandır. Fakat bu yaklaşım nazal dorsumda estetik olmayan skar bırakmaktadır.^{4,14} Bu skar zaten kitlenin varlığından dolayı oldukça endişeli olan aileleri mutsuz etmektedir.

Tartışmaya sunduğumuz bu vakamızda kitle burun yan duvarında yerleşik olduğundan klasik literatürde yayınlananlara göre özellik taşımaktadır. Vakaya rim insizyonuyla girilmiş ve yan duvara ulaşılarak kitle total eksize edilmiştir. Erken ve geç dönemde herhangi probleme rastlanmamıştır. İntrakartilajinöz insizyon yarık dudak burnu onarımında erken yaşta bebeklerde kullanıldığı için herhangi bir kaygı duyulmamıştır. Jackson nazal tipe yerleşik hemanjiomlar için açık rinoplasti uygulandığında skarların ve kıkırdak gelişimlerin iyi olduğunu vurgulamaktadır.¹⁵ Bundan başka nazolabial

klefflerin cerrahi tedavileri sırasında alar kartilajların anatomik pozisyonlarına getirilmeleri burnun normal gelişimi için çok önemlidir. Bu yüzden biz, etkilenmiş dokuların uzaklaştırılıp, anatomisinin korunmasının en önemli tedavi şekli olduğunu düşünmekteyiz.

SONUÇ

Hemanjiomlar benign seyirli tümörlerdir. Fakat özellikle devamlı göz önünde olan baş boyun yerleşimli tümörler çocuğu psikolojik, estetik ve fonksiyonel olarak etkiler. Nazal hemanjiomlar destrukatif lezyonlara yol açtığından çıkarılması gerekmektedir. Kitle eksizyonlarında az skar bırakan, yeterli görüş alanı sağlayan yaklaşımlar tercih edilmelidir. Açık rinoplasti tekniğini güzel görüş alanı sağlama, eksizyon kolaylığı sağlama hem de az skar bırakması açısından önermekteyiz.

DR. MEHTAP KARAMEŞE
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ AD.
S BLOK, NO: 211
MERAM, 42090, KONYA
Tel: 0.332 223 6706
e-posta: mehtapef@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Mulliken, J. B, and Young, A. E. Vascular Birthmarks: Hemangiomas and malformations. Philadelphia: Saunders. 1988; 24-103.
2. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: A classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg* 1982;69:412-22.
3. Higuera S, Gordley K, Management of hemangiomas and pediatric vascular Malformations. *J. Craniofacial surg* 2006;17:783-9.
4. Mc Carty JG, Borud LJ, Schreiber JS. Hemangioma of the nasal tip. *Plast. Reconstr Surg* 2002;109:31-40.
5. Drolet BA, Esterly NB, Frieden IJ. Hemangiomas in children. *N Engl J Med* 1999;341:173-81.
6. Finn MC, Glowacki J, Mulliken JB. Congenital vascular lesions: clinical, application of a new classification. *J Pediatr Surg* 1983;189:894-900.
7. Marler JJ, Mulliken JB. Current management of hemangiomas and vascular malformations. *Clin Plas Surg* 2005;32:99-116.
8. Burns JL. Vasculer anomalies and lymphedema: *SRPS* 2006;10:3.
9. Pitanguy I, Machado BH, Radwanski HN, Amorim NF. Surgical treatment of hemangiomas of the nose. *Ann Plast Surg* 1996;36:586-92.
10. Mulliken JB. Discussion. Early excision of nasal hemangiomas: the L-approach. *Plast Reconstr Surg* 1994;94:474-5.
11. Achauer BM, Chang C, Vander Kam VM. Management of hemangioma of infancy: review of 245 patients. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1301-08.
12. Jackson IT, Sosa J. Excision of nasal tip hemangioma via open rhinoplasty-a skin sparing technique. *Eur J Plast Surg* 1998;21:265-8.
13. Faguer K, Domp martin A, Labbe D, Barrellier MT, Leroy D, Theron J. Early surgical treatment of Cyrano-nose haemangiomas with Rethi incision. *Br J Plast Surg.* 2002;55:498-503.
14. Warren SM, Longaker MT, Zide BM. The subunit approach on nasal tip hemangiomas. *Plast. Reconstr. Surg.* 2002;109:25-30.
15. Jackson I.T. Nasal tip hemangioma. *Plast. Recon. Surg* 2002;110:7:1814.