

RİNOPLASTİ'DE DEPRESÖR SEPTİ NAZİ KASI REPOZİSYONUNUN HAFİF GÜLME DEFORMİTESİNE ETKİSİ *

Erol BENLİER, Hüsametdin TOP, Cemal AYGIT

Background and Design.- The nasal tip tends to rotate inferiorly during smiling, columella folded in width and the central upper lip moves superiorly. One of the most important factors that cause smiling deformity is hyperactivity of depressor septi muscle.

Materials and Methods.- Between January 2000 and December 2002, depressor septi muscle was cut during standard rhinoplasty procedure in sixteen cases. Fourteen cases were female, other 2 were male. The age of cases was between 18 and 42 (mean age was 27). Depressor septi muscles were cut and inferior ends were sutured together in anterior and inferior position of anterior nasal spine. All patients were satisfied with aesthetic results. This procedure prevented the rotation of the nasal tip inferiorly. We have not seen any wound problem or shortening of frenulum.

Results.- We conclude that the cutting of the depressor septi nasi muscle created a wider nasolabial angle. This procedure prevents to the forces that draws nasal tip inferiorly in mild smiling deformity.

Benlier E, Top H, Aygit C. The effect of reposition of depressor septi nasi muscle in rhinoplasty with mild smiling deformity. Cerrahpaşa J Med 2005; 36: 74-77.

Konuşma anında burun ucu hareketliliği ve gülme sırasında üst dudakta dikey hatta kısalma ve filtrum ortasında enine katlantı oluşumu "Gülme deformitesi" olarak tanımlanır.¹⁻⁴ Sadece burun ucu hareketliliği olan olgular, hafif gülme deformitesi olarak tanımlanırken; üst dudakta kısalma ve filtrumda enine katlantı oluşumu varlığında sırasıyla orta ve ağır gülme deformitesi olarak sınıflandırılır.

Gülme deformitesi varlığında, rutin rinoplasti nazolabial açının oluşturulmasında yetersiz kalabilmektedir. Gülme deformitesinde meydana gelen burun ucunun aşağı yukarı hareketi depresör septi nazi kasına (DSN) bağlanmış ve kasa yapılan müdahalelerle bu etki azaltılmaya çalışılmıştır.¹⁻⁴ DSN kasi alveolar maksilla ve septum yan alt kenarları arasında uzanır. Bir kısım lifleri ise orbicularis oris kasi (OO) üst fibrillerinin önüne yapışabilir.⁵

Bu çalışmada amacımız hafif gülme deformitesi olan rinoplasti olgularında depresör septi nazi kasi repozyonu ile ameliyat sonrası erken dönemde burun ucunu aşağıya çeken vektörleri engellemektir.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Ocak 2000 ile Aralık 2002 arasında, estetik rinoplasti adayları olan ve muayene esnasında hafif gülme deformitesi saptanan 16 olgu bu çalışmaya alındı. Olguların ikisi dışında hepsi kadın olgular olup, yaşları 18 ile 42 yıl arasında (Ortalama yaş: 27) değişmekte idi. Olguların 14'ünde "Delivery tekniği" (Doğurtma tekniği) ile kapalı rinoplasti, iki olguda ise açık rinoplasti uygulandı. Olguların 6'sı daha önce bir defa septoplasti veya septorinoplasti geçirmiş olgularıdır. Sekonder rinoplasti olgularının % 60'ına çeşitli sebeplerle kıkırdak greftleri (spreader greft, burun ucu grefti, nasofrontal greft, nasolabial dolgu grefti, kolumellar destek grefti v.s.) uygulandı.

Rinoplasti seansı bitiminde, üst bukkal sul-kustan 25-30 mm uzunluğunda martı kanadı şeklinde enine insizyon ile girilerek, alveoler maksillaya yapışan DSN kasları sıyrıldı ve alt uçları anterior nasal spina ön ve altında olacak şekilde 4/0 yuvarlak iğneli krome katgüt ile suture edildi⁴ (Şekil 1). Ameliyat sonrası, povidon iyot ağız gargarası (günde 4 kez/5 gün), oral semisentetik penisilin preparatı (Amoksi-

***Anahtar Kelimeler:** Rinoplasti, gülme deformitesi, depresör septi nazi kasi; **Key Words:** Rhinoplasty, smiling deformity, depressor septi nasi muscle; **Alındığı Tarih:** 18 Mayıs 2005; Yrd. Doç. Dr. Erol Benlier, Yrd. Doç. Dr. Hüsametdin Top, Doç. Dr. A. Cemal Aygit: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne; **Yazışma Adresi (Address):** Yard. Doç. Dr. Erol Benlier, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, 22030, Güllapoğlu Yerleşkesi, Edirne.

silin + Sulbaktam, 625 mgr Tb/günde 3 kez/5 gün) ve ibubrufen (4x400 mg drj./gün/7 gün) rutin tedavi olarak uygulandı.

Takip süresi en az 1 yıl olup, ortalama takip süresi 2 yıldır.

Şekil 1. Ağız içi insizyonla depresör septi nazi kasının alveoler maksilladan sıyrılması işlemi ve anterior nazal spina altında birbirlerine dikilmesi (noktalı çizgilerle) gösteriliyor.



BULGULAR

Sonuçlar, ameliyat öncesi ve sonrası standart burun fotoğraflarına ek olarak gülerken çekilen ön ve 15 derece oblik yan fotoğrafların karşılaştırılması yoluyla kalitatif olarak değerlendirildi. Burun ucu hareketliliğinin belirgin olarak azaldığı gülme sırasında çekilen fotoğraflarla saptandı (Şekil 2a, 2b). Ağır gülme deformiteli bir olguda burun ucu hareketi düzelmesine rağmen üst dudak kısalması ve enine katlantı oluşumu devam etmekteydi (Şekil 3a, 3b). Bu nedenle orta ve ağır gülme deformitesi bulunan olgular, başka bir yöntemle ameliyat edilmek üzere bu çalışmadan ayrı tutuldular.

Nazolabial alanda ödem, ağız içinden ikinci bir müdahale yapılması nedeniyle tek başına rinoplasti yapılan olgulara göre daha uzun sürmekteydi. Ameliyat sonrası takiplerde mukoza insizyonunda detaşman, infeksiyon gibi yara sorunları hiçbir hastada gözlenmedi. Uzun dönem takiplerinde üst dudakta frenulum kısalığı saptanmadı. Tüm olgular estetik açıdan memnun olduklarını bildirdiler.

TARTIŞMA

Gülme deformitesi estetik rinoplasti adayının fark etmediği, muayene sırasında ortaya konan bir durumdur.⁶ Gülme deformitesinin unsurları burun ucunun mimiklerle yukarı aşağı hareketi, üst dudakta kısalma ve üst dudak ortasında enine katlantıdır. Bu deformitenin sebepleri ayrıntılı şekilde sınıflandırılmıştır.⁶

Şekil 2a. Gülme deformitesi hafif seviyede olan 24 yaşındaki bayan hastanın ameliyat öncesi görünümü, gülme deformitesi minimal burun ucu hareketinden ibaret



Şekil 2b. Kapalı rinoplasti ve DSN kasi müdahalesi sonrası burun ucu hareketinin oluşmadığı görülüyor.



Bizim çalışmamızda amacımız, özellikle hafif gülme deformitesi olan olgularda burun ucu hareketliliğini depresör septi nazi kasi repozisyonu ile gidermektir. Gülme deformitesi nedeniyle burun ucu hareketinin önlenmesi için çeşitli yöntemler önerilmiştir. Bunlar depresör septi nazi kasının kesilmesi¹⁻⁴, yumuşak dokuların sıyrılması², septum kaudal kısmının

kesilmesi¹, transfiksion insizyonu yoluyla depresör ve orbicularis oris kasının rhomboid eksizyonu⁷, kolumella-labial açının arttırılması⁸, burun ucu ile üst dudak serbest kenarı arasındaki cildin V-Y kompozit ilerletme flebi tarzında uzatılması⁹ ve sabit iskelet yapılarının yeniden pozisyonu şeklinde sınıflandırılmıştır.⁶

Şekil 3a. Ağır gülme deformitesinin üç unsurunda içeren 19 yaşındaki bayan hastanın ameliyat öncesi sağ yan fotoğrafı



Şekil 3b. Sadece alar sefalik eksizyon ve DSN kas müdahalesi yapılan hastanın ameliyat sonrası 1. senede kontrol fotoğrafı görülüyor. Burun ucu hareketi engellenmiş ve nazolabial açı genişlemesine rağmen, üst dudak kısalığı ve enine katlantısı belirgin olarak görülmektedir.



Depresör septi nazi kasının, burun ucu hareketliliğinin ana nedeni olduğunu ve gülme testiyle teşhis edileceğini ilk defa Wright ve arkadaşları⁴ bildirmiştir. Burun ucuna gelen gergin-

liğin DSN kasının kesilmesi ile azaltılabileceğini Ham ve arkadaşları⁴ önermişlerdir.

DSN kası nasal septumun iki yanından alveolar maksillaya uzanan bir çift kاستır. Rohrich ve arkadaşları⁴ çalışmalarında 55 kadavra disseksiyonu yaparak 3 tip DSN kası ilişkisi tanımlamıştır. Birinci tip DSN kasının Orbikularis Oris kası ile tam iç içe geçtiği ilişkiyi tarif eder (%62). İkinci tipte DSN kası alveolar maksilla periostuna yapışır (%22). Üçüncü tipte ise DSN kası rudimenterdir (%16). Bu yazarlar ameliyat öncesi muayenede aktif depresör septi nazi kası varlığını düşündükleri olguların tamamında ameliyat sırasında belirgin DSN kası saptamış ve depresör septi nazi kasının sıyrılmasının burun ucu hareketini önlediğini bildirmişlerdir. Kesilen distal kas uçlarının anterior nasal spina altında birbirlerine sütüre edilmesinin, bu kasların yeniden eski yerine yapışmasına engel olacağını ve aynı zamanda kolumella-labial açığı dolgunluk kazandırdığını bildirmişlerdir.⁴

Kolumella-labial açıda dolgunluk DSN kasının anterior nazal spina altında birleştirilmesi yanında diğer yöntemlerle de başarılabilir⁶. Bunlar kıkırdak grefti⁶, kıyılmış kıkırdak greftleri⁸ ve/veya medial crusların alt uçlarının sütürle birbirine yaklaştırılmasıdır.⁹ Rinoplasti sonrası kolumellanın ve kolumella-labial açının estetik ölçülere uygunluğu sağlanmalıdır. Gülme deformitesi varlığında tek eleman burun ucunun aşağı hareketi değil aynı zamanda üst dudakın dikey hatta kısılması ve filtrumun ortasında enine katlantı oluşmasıdır⁶. Orta ve ağır gülme deformitesi olan olgular, farklı bir yöntem uygulanarak ayrı bir çalışmaya alındılar. Hafif gülme deformitesi olgularında, kolumella-labial alanda dolgunluğun oluşturulduğu bizim çalışmamızda da gösterildi.

Gülme deformitesini oluşturan etmenlerden biri de septum kıkırdağı uzunluğudur. Bu deformiteye “Gergin burun” adı verilmiştir¹⁰. Gergin burun deformitesinde gülme deformitesi orta ve ağır şiddette görülür. Bu durumda kaudal septal rezeksiyon ve bazı olgularda da anterior nasal spina aşındırılması gerginliği azaltır. Çalışmaya alınan olgu grubu hafif gül-

me deformitesi içeren hastalar olduğu için, bu tip hastalar çalışma dışında tutuldu.

Biz bu yöntemi, hafif gülme deformitesi varlığı saptanan rinoplasti olgularında başarıyla uyguladık. Bu çalışmanın farkı, DSN kası repozisyonunun tek başına sadece hafif gülme deformitesinde kullanılması gerektiğini vurgulamasıdır. DSN kası repozisyonu, ameliyat sonrası burnu aşağı çeken vektörü başarıyla engelledi. Burun ucu hareketini engelleme ve nazolabial açının istenilen dolgunluğa ulaşmasında, hafif gülme deformiteli olgularda, başarılı olarak kullanılabilir bir yöntem olduğu sonucuna vardık.

ÖZET

Gülme mimiği sırasında burun ucunun yukarı aşağı hareketi, üst dudakta dikey hatta kısalma ve filtrum ortasında enine katlantı "Gülme deformitesi" olarak tanımlanır. Sebeplerden biri ve belki en çok incelenen etmen depressor septi nazi kası aşırı aktivitesidir.

Ocak 2000 ile Aralık 2002 tarihleri arası 16 olgu bu yöntemle ameliyat edildi. Olguların ikisi dışında hepsi kadın olgular olup yaşları 18 ile 42 arasında idi (Ortalama yaş: 27).

Rinoplasti bitiminde ağız içi insizyonla alveoler maksillaya yapışan depressör septi nazi kasları sıyrıldı ve alt uçları ön nazal spina ön ve altında olacak şekilde birbirlerine sütüre edildi. Takip süresi ortalama 2 yıldır.

Sonuçlar estetik açıdan tüm hastalarda başarılıydı. Ameliyat sonrası yara sorunu ve frenulum kısalığı komplikasyonları saptanmadı. Depresör septi nazi kası repozisyonunun ame-

liyat sonrası burnu aşağı çeken vektörü engellediği ve nazolabial açının istenilen duruma getirilmesini kolaylaştırdığı sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

1. McCarthy JG, Wood-Smith D. Rhinoplasty. Plastic Surgery. Ed. JG McCarthy. Philadelphia, WB Saunders, 1990; 1785-1894.
2. Rees TD. The lip-tip-columella complex and the alar base. Aesthetic Plastic Surgery'de. 2nd ed. Rees TD, La Trenta GS, Philadelphia, WB Saunders, 1994; 245-292.
3. De Souza Pinto EB, Da Rocha RP, Filho WQ, Neto ES, Zacharias KG, Amancio EA, De Camargo AB. Anatomy of the median part of the septum depressor muscle in aesthetic surgery. Aesth Plast Surg 1998; 22: 111-115.
4. Rohrich RJ, Huynh B, Muzaffar AR, Adams WP Jr., Robinson JB Jr. Importance of the Depressor Septi Nasi muscle in Rhinoplasty: Anatomic study and clinical application. Plast Reconstr Surg 2000; 105: 376-383.
5. Zide BM. Nasal anatomy: The muscles and tip sensation. Aesth Plast Surg 1985; 9: 193-196.
6. Çetinkale O, Tulunay S, Çokneşeli B. Augmentation of the columella-labial angle to prevent the "Smiling Deformity" in Rhinoplasty. Aesth Plast Surg 1998; 22: 106-110.
7. Cachay-Velasquez H, Laguinge RE. Aesthetic treatment of the columella. Ann Plast Surg 1989; 22: 370-379.
8. Webster RC, Smith RC, Kazda G. Columella-labial changes in solution of rhinoplastic problems. Laryngoscope 1985; 95: 629-643.
9. Mottura AA. Short columella nasolabial complex in aesthetic rhinoplasty. Aesth Plast Surg 2001; 25: 266-272.
10. Johnson CM Jr., Godin MS. The tension nose: Open structure rhinoplasty approach. Plast Reconstr Surg 1995; 95: 43-51.