

KÜÇÜK YAŞLARDA İNTRANASAL REKONSTRUKSİYONUN GEREĞİ

X Doç. Dr. Metin Arat

XX Dr. İlker Tezel

XXX Dr. İbrahim Hızalan

XXXX Dr. Serkis Mıgdişoğlu

ÖZET:

10 yaşın altındaki çocuklarda yapılacak septoplastik ameliyatların nazal maturasyonda retardasyona sebep olacağı kanısı vardır. Fakan son on yıl içersindeki nazopulmoner fonksiyonlar üzerindeki çalışmalar eski bir çok hipotetik akseptansların değişmesine sebep olmuştur. Kati endikasyon mevcutsa, küçük yaşlarda da konservativ bir septoplastik korreksiyonun gereği, bu gün artık şart gibidir. Küçük çocukların büyük bir kısmında küravit tedaviler netice vermemekte ve tedavinin şekli ne olursa olsun bu çocuklar devamlı ağız teneffüsü yapmak mecburiyetinde kalmaktadırlar. Nasal kartilaj ve kemik deformitelerin korreksiyonu ile normal fizyolojinin sağlanmasına imkan veren bir metod sunulmaktadır.

Summary:

Intranasal reconstruction in early childhood.

It is generally considered that septoplasty in children under 10 years may lead to retardation of growth of the nose. But it the last 10 years studies on nasopulmonary function caused to changing many old hypothesis. It is accepted that to advocate a conservative septoplasty during early childhood is reasonable. Curative treatment of the nasal obstructions on many children are very often hopeless. These children usually continues to be mouth breather no matter what curative treatment is attempted. A methode of physiologic and reconstructiv correction of deformity produced by nasal-septal and nasal-bone deformities are presented.

-HİPOCRATES yazıtlarında burun konusuna oldukça geniş yer verildiği dikkati çeker. O günlerin kanılarına göre beyin salgıları lami-kribiformis yolu ile buruna akmaktaydı. 18. yüzyılda hekimlek mesleği gerçek bilincine kavuşmaya başlayınca bu gibi ampirik ve gerçek dışı yargı ve inançlar yanında burun fonksiyonları hakkındaki bilgilerde bu günkü anlayış doğrultusuna yönetildi.

x Bursa Tıp Fak. Kürsü başkanı

xx başasistanı

xxx asistanları

Burun fizyolojisi ve bilhassa alt teneffüs yolları ile üst teneffüs yollarının burun boşlukları ile nöro-fizyolojik periferik ve santral rö-lasyonları, fizik ve şimik etkenlerin respiratuar tübün belirli kesimlerinde husule getirdikleri nazopulmoner mekaniğine ait bilgilerimiz yetersiz ve halen çalışma ve araştırma konusu düzeyindedir. Klasik ders kitaplarında burun fizyolojisinde, burnun üç mojar fonksiyonu respi-rasyon, olfaksiyon, fonasyon olduğundan bahsedilir. Tabiidir ki bu gün için böyle basit fizyolojik bilgilerle bir çok sorunlara çözüm yolu bulunamaz. Nazopulmoner refleksler, üst-alt teneffüs yolları ile nasal pasajlar arasındaki rö-lasyonlar bilinmez ve parametreleri ölçülebilir bir düzeye getirilmezlerse respiratuar mekanikte klinik olarak değerlendirilme, mukayese ve istatistik olasılıkları sağlanamaz (1).

Burun yollarından 24 saatte 15 milyon santimetre küp hava alt teneffüs yollarına sevk edilirken ısıtılmakta nemlendirilmekte ve yabancı partükülerden temizlenmektedir. (air conditioning function) Çevre havasının ısısı ne olursa olsun burun boşluklarındaki hava ısısı vücut ısısından 1-2 dereceden daha farklı değildir. Bu fizyolojik işlemlerle hem alt teneffüs yollarına verilen hava fizyolojik şartlara getirilmiş olur ve hemde hipotalamus-burun arasındaki ısı kontrol regülasyonu ile genel ısı kaybı önlenmiş olur (2).

0 santigrat derecedeki hava nem taşımaz. Hava ısındıkça nem taşıma kapasitesi de artar. Alınan havanın nemlendirilmesi üst-alt teneffüs yolları ve akciğer alveolleri epitelinin fizyolojik fonksiyonu için şarttır. Bu nemlendirme için gerekli sıvı burun mukozasındaki intravaskular mesateden sağlanmaktadır. 24 saatte 1 litre sıvı bu mesafeden diffüzyonla mukoza sathına ulaşarak solunum havasına eklenmektedir. Respiratuar mukoza epitelinin üzerini ince bir muköz filim kaplar. Bu filim mukozanın koruyucu örtüsüdür. Bu filim ile kaplı olmayan mukoza kısımlar her türlü enfeksiyona karşı dispozisyon hazırlar. Bu muköz örtü muayyen bir viskozitede fanksiyon aktıvdır. Ve viskozite sınırları gayet dardır. Havanın fizyolojik şartta nemlenmiş olması bu viskoziteyi fizyolojik-aktif sınırlarda tutar (3).

Burun boşluklarının hacim değişimleri ve nemlendirme kapasiteleri özel bir damar şebekesinin intranazal yapılarda konjestiyon ve dekonjestiyon husule getirme mekaniği ile temin edilir. Bu mekanik nörofizyolojik olarak sempatik ve parasempatik refülasyonu kontrolu altındadır. Siklik olarak husule gelen tonus değişimleri santral olarak kontrol edilir, ve periferik sitimulanlar bu siklus ritmini değiştirmez. Bu mekanik nasal rezistans için şarttır (4).

Burun boşluklarına giren hava türbülan hareketlerle intranasal sü- rüktürlere çarptırılarak devamlı yön değişmelerine uğratılır. Aerodinamik kanunlara göre devamlı yön değiştiren havaya partikü- ller iştirak edemezler ve müköz örtüye yapışıp kalırlar (turbulent Pre- cipitation). Sonradan bu partiküller siliar aktivite ile farenx boşluğu- na atılırlar. Alınan havanın temizlenmesinde türbülant Presipitasyon - dan başka mukozanın PH 'ı' lyozomlar fagositler ve immunglobulin - ler rol oynamaktadır. Bütün bu faktörlerin tümü burnun klerens potan- sieline etken olurlar (5).

Buraya kadar burnun sadece respiruar fizyolojisinden bahsedildi. Burnun major fonksiyonlarından ikincisi tiziko-şimik uçuncüsü ise me- kanik meknizma ile sağlanır.

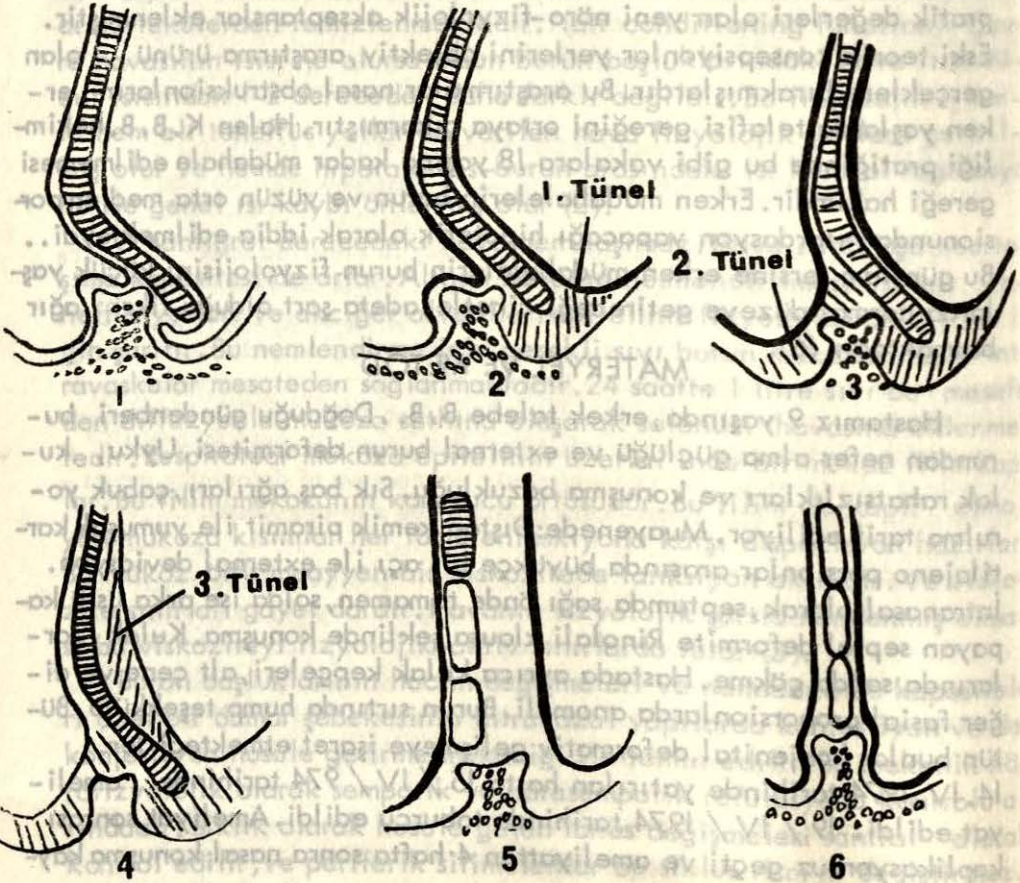
Buraya kadarki klasik fizyolojik bilgilere son senelerde klinik pratik değerleri olan yeni nöro-fizyolojik akseptanslar eklenmiştir. Eski teorik konsepsiyonlar yerlerini objektif, araştırma ürünü olan gerçeklere bırakmışlardır. Bu araştırmalar nasal obstruksiyonların er- ken yaşlarda telafisi gereğini ortaya çıkarmıştır. Halen K.B.B. hekim- liği pratiğinde bu gibi vakalara 18 yaşına kadar müdahale edilmemesi gereği hakimdir. Erken müdahalelerin burun ve yüzün orta median por- sionunda retardasyon yapacağı hipotetik olarak iddia edilmekteydi. . Bu gün tam tersine erken müdahalelerin burun fizyolojisini küçük yaş- larda normal düzeye getireceği cihetle, adeta şart olduğu fikri ağır basmaktadır (6).

MATERYEL VE METOD

Hastamız 9 yaşında, erkek talebe B. B. . Doğduğu gündenberi bu- rundan nefes alma güçlüğü ve external burun deformitesi. Uyku, ku- lak rahatsızlıkları ve konuşma bozukluğu. Sık baş ağrıları, çabuk yo- rulma tarif ediliyor. Muayenede: Dıştan kemik piramit ile yumuşak kar- tilajeno porsiyonlar arasında büyükçe bir açı ile external deviasyon. İntranasal olarak, septumda saği önde tamamen, solda ise arka üstü ka- payan septal deformite Rinolali klausa şeklinde konuşma. Kulak zar- larında sağda çökme. Hastada ayrıca kulak kepçeleri, alt çene ve di- ğer fasial proporsiyonlarda anomali. Burun sırtında hump teşekkülü. BÜ- tün bunlar konjenital deformativ gelişmeye işaret etmektedirler. 14. IV. 1974 tarihinde yatırılan hasta 15 / IV / 1974 tarihinde ameli- yat edildi. 19 / IV / 1974 tarihinde taburcu edildi. Ameliyat sonrası komplikasyonsuz geçti ve ameliyattan 4 hafta sonra nasal konuşma kay- boldu.

Subjektif şikayetler ameliyatı hemen takiben ortadan kalktı.

Hastamıza COTTLE tekniği ile septoplasty yapıldı. Üç tünel açılarak solda üçüncü tünel ile kartilaj - mukoza birbirlerinden ayrıldı sağ - da ise mukozaya yapışık bırakıldı. Sağa itilen kartiiada muhtelif en-sisyanlar yapılarak mobil hale getirildi. Vomer kanatları ve palatinal kristada kemik çıkıntılarda obstruktiv deformiteler bulunduğuundan bun-larda çıkartılarak ameliyata son verildi. Tanpon kondu, üç gün sonra tanponlar alındı.



COTLE metodu ile konservatif septoplastik rekonsrüksiyonu.

- 1-Septum solda alt meaya luxte olmas, sağda kret.
- 2-Soldu birinci tünelin açılması.
- 3-Sağda ikinci tünelin açılması.
- 4-Soldu üçüncü tünelin açılması ve birinci tünelle birleştirilmesi.
- 5-Septumda bir kaç ensizyoni yapılarak nobit hale getirilmesi.
- 6-Sağ mukozaya yapışık kıkırdak dilimlerini orta hatta fixasyonu.

TARTIŞMA

Septoplastik ameliyattar gerek lokal komplikasyonlardan korunma ve gerekse organizmanın bütünlüğü için erken yaşlarda yapılmasında



HASTANIN ÖNDEN VE YANDAN GÖRÜNÜŞÜ

- 2-Atmüsferde fazla yağın altında çocuklarda ameliyat yapmamak.
- 3-İntranasal mukozadan rezeksiyon gerektiren metodlardan kaçınmak.
- 4-Estetik açıya ile burun konatlarını zayıflatici rezeksiyonlardan kaçınmak.
- 5-Nasal pasajları gereğinden fazla genişletmek, ayrıca karpinasyon kontrolü gösüren konkalarda erken yaşlarda septoplastiye

ilaveten rezaksion yapmamak, nasal resistansı korumak.

6-Hump mevcutsa ellememek. Erken yaşlarda hump'ın ellenmesi nasal kollapsa sebep olabilir.

7-Muayyen bir metod yerine, vakasına göre değişen strateji ile en az travmatizan en konservativ bir şekli tercih etmek.

8-Daima fizyolojik gaye sınırları içerisinde kalmayı tercih etmek.

SONUÇ

Son bir kaç yıl içerisinde bazı cerrahlar 7-8 yaşlardan itibaren septoplast ameliyatları yapmaktaydılar. Genel akseptansa ters düşen bu gibi kişisel tutamlar zamanla objektivite kazanmış ve artık rutin metodlar haline dönüştürülmüştür. OMBREDANN, WILLIAMS, HOLMES, COHEN, SALINGER, CONVERSE, METZEBAMM, FOMON, CALICETTI, OGURA ve DENECKE bu görüşün savunucuları olmuşlar ve uzun yıllardırda tatbikatını yapmaktadırlar.

1971 yılındaki maxillo-fasial cerrahi kongresinde Viyanadan Dr. BRUCK Amerikadan Dr. BERNSTEİN aynı konuya değinerek aynı paralel tutum içerisinde olduklarını, bir kaç senedir erken septoplasty'i tatbik ettiklerini ifade etmişlerdir. Hamburg Üniversitesinden Dr. PİRZİG 3 yaşındaki çocuklara bile ameliyat yapmaktaydı.

Memleketimizde yaş faktörüne bağlı eski bir görüyü bırakarak bizdede kati endikasyonlarda, erken yaşlardan itibaren septoplastik ameliyatların yapılmasını gerekli olduğunu öneririz.

LİTERATÜR

1-BRAWN, S. MD.: Diseases of the ear nose and throat. ,3-147, Philadelphia, 1971.

2-MONTGOMERY, W. W. MD.: Surgery of the upper respiratory system. Vol I, Philadelphia, 1971.

3-GUYTON, A. C.: Textbook of medical physiology. , Saunders-Philadelphia, 464, 1971.

4-İNGELSTEDT, S. MD.: Humidifying capacity of the nose. Oto 79 : 475 ,1970.

5-OGURA ,P. L. , ve KARZON,DT. M.D.: The role of immunglobulins in the mechanism of mucosal immunity to virus infection. ,Med. clin.North America ,17:385 ,1970 ,

6-CONLET -J. MD. ve DICKSON, J.T. MD.:Plascit and reconstructive surgery of the face and neck. ,George Thime Verlaf- Stuttgart, 1972.

7-BERNSTEIN, L. MD.: Early submucous resection of nasal septal cartilage. ,Arch'Otol.97:273 ,1973.

8-DENECKE.H.J. ve MEYER,R. MD.:Plastic surgery of and neck. vol:1-116, Springer Verlag-Heidelberg .1967.

Because of this case the literature has been reviewed and the Chiari-Frommel syndrome is discussed.

Doğumdan sonra oluşan, galactorrhea, amenorrhea ve genital organlarda atrofi ile karakterlenen bu sendrom 1855 de CHIARI tarafından tanımlandı. 1882 de FROMMEL buna benzer bir vak'a bildirdi (1). LİPPARD (1961)'a göre yayınladığı vak'aya kadar literatürde 19 Chiari-Frommel sendromu mevcuttu (2). Biz taradığımız literatürde bugüne kadar 40 hakiki Chiari-Frommel sendromuna rastladık (2,3,4,5,6). Bu kadar ender görülen bir vak'amızı yayınlamayı uygun bulduk.

VAK'ANIN SUNULMASI:

Ş. K. 28 yaşında, ev kadını. Şikâyeti:Göğüslerinde dolgunluk, devamlı süt gelmesi ve âdet görmemesi.

Hikâyesi:7 yıl önce normal spontan doğum yapan hasta 9 ay âdet görmemiştir. Çift hormonla bir âdet (?) gördükten sonra, 3-4 ay kadar oral kontraseptif kullanmış;bu arada belli belirsiz âdet şeklinde kanamaları olmuş. Çocuğunu 14 aylıktan memeden ayırmış, fakat süt ürememiştir ve artık hiç âdet görmemiştir. Baş vurduğu doktorlar, çift hormon

Çiğdem Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsü, başasistan