

Endoskopik Septoplasti

ENDOSCOPIC SEPTOPLASTY

Serdar KARAHATAY*, Abdullah AKKAYA*, Derya TALAS**, M.Yalçın ÖZKAPTAN***

* Asis.Dr., GATA KBB AD,

** Uz.Dr., GATA KBB AD,

*** Prof.Dr., GATA KBB AD, Başk., ANKARA

Özet

GATA KBB Kliniği'nde 1993 yılından beri endoskopik sinüs cerrahisi uygulamalarında gerek daha iyi görüş ve gerekse de alet kullanımını kolaylaştırmak amacıyla aynı seansta yapılan endoskopik septoplasti olguları gözden geçirilmiştir. Cerrahi teknik metinde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Endoskopik septoplasti; ameliyat sonrası hemoraji sebebi ile nazal tampon uygulamasına genellikle gerek bırakmayan, fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisini kolaylaştıran ve anatomiyi koruyan bir girişim olarak değerlendirilmiştir.

Seçilmiş endikasyonlarda, gerek tek başına ve gerekse fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisini kolaylaştıran bir unsur olarak aynı seansta uygulanan bu cerrahi teknik, aynı zamanda asistan eğitimi açısından da yararlı bir girişim olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik septoplasti,
Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi

T Klin K.B.B. 2001, 1:23-26

Summary

Endoscopic septoplasty operations carried out as a complementary procedure either for better exposure or to facilitate endoscopic sinus surgery in GATA ENT Clinic since 1993 have been revised. Surgical procedure is explained in the text in a detailed manner.

Endoscopic septoplasty is evaluated as a respectful procedure to normal nasal anatomy usually not necessitating nasal tamponade for postoperative nasal haemorrhage and a procedure facilitating functional endoscopic sinus surgery.

Either alone or performed with functional endoscopic sinus surgery to facilitate this procedure, this technique is also evaluated useful for assistant education.

Key Words: Endoscopic septoplasty,
Functional endoscopic sinus surgery

T Klin J E.N.T. 2001, 1:23-26

Septum deviasyonu, nazal obstrüksiyon nedeni olduğunda tek başına operasyon endikasyonudur. Rinolojik pratikte çok görülen bu patolojinin giderilmesinde kullanılan teknikler çok uzun yıllardan beri başarı ile uygulanmaktadır. Rinoskopik muayenede, solunum fonksiyonunu bozmadığı düşü-

nülen sınırlı septum deviasyonlarının, fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi sırasında gerek görüş ve gerek alet kullanımında yarattığı zorluk, septuma yönelik yeni ve sınırlı bir tekniğin tanımlanmasına yol açmıştır (1,2).

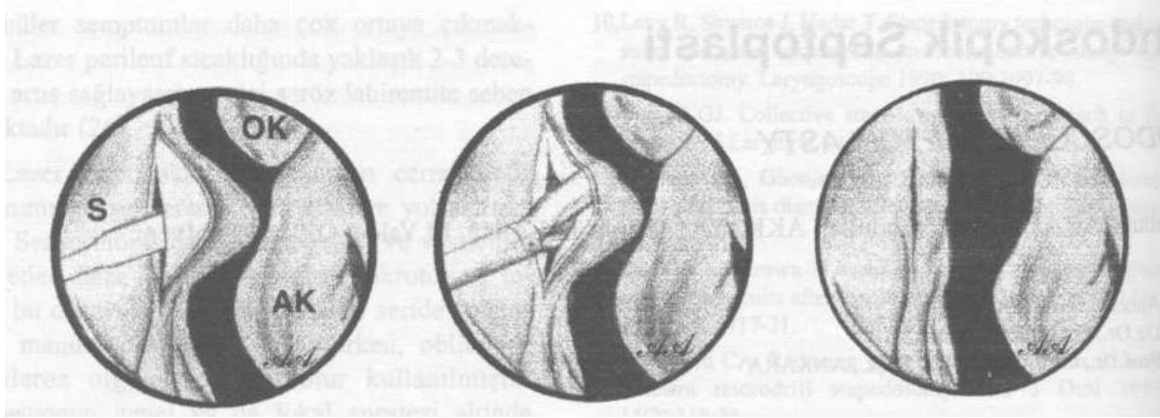
FESC prosedürüne ek olarak ve aynı seansta uygulanan endoskopik septoplasti, seçilmiş vakalarda operasyonu kolaylaştırmakta ve morbiditeyi azaltmaktadır. Kliniğimizde gereken olgularda yıllardır uygulanmakta olan bu teknik, görsel

Geliş Tarihi: 05.09.2000

Yazışma Adresi: Dr.Serdar KARAHATAY
GATA KBB AD, ANKARA

T Klin J E.N.T. 2001, 1

23



Şekil 1,2,3. Posterior yerleşimli izole bir spurun burun tabanına dik bir insizyon ile çıkarılması (S:Septum, AK:Alt Konka, OK:Orta Konka).

kolaylığı ile aynı zamanda asistan eğitiminin de bir parçası olmuştur. Son yıllarda, yabancı literatürde de bu konuya ilişkin yayınlar dikkat çekmektedir (1-6). Burada endoskopik septoplasti tekniğinin yanısıra endikasyonları üzerinde durulmuştur.

Yöntem

FESC uygulanan hastalarda endoskopik septoplasti şu durumlarda uygulanmaktadır:

a. Endoskopik muayenede nazal obstrüksiyon yapmayan ancak FESC esnasında görüş ve cerrahi alet kullanımında zorluk yaratacak septum üst kısmına ait sınırlı septal deviasyonlar.

b. Özellikle septum arka kısımlarına yerleşen izole septal spurular.

Birinci durumdaki şekilde sınırlı septal deviasyonu olan olgularda ilk sinüs cerrahisi, deviasyon ile obstrükte olmayan tarafa uygulanmaktadır. Bu işlem sonrasında septoplastiye geçilmekte ve insizyon deviasyonun kontrilateraline yapılmaktadır. Bu insizyon Killian insizyonu olabileceği gibi daha çok uygulandığı biçimi ile deviyeye kısma yakın konumda da yapılabilir. Mukoperikondrial flep elevasyonunda Cottle elevatörü kullanılır. Kıkırdak insizyonu, mukozal insizyonun 1-2 mm daha posterioruna yapılarak karşıya geçilir. Karşı taraf mukoperikondriumu eleve edilirken mukozal hasar oluşturmamaya azami dikkat gösterilir. Deviyeye kıkırdak yapılar endoskopik makaslar ve forsepsler kullanılarak gerektiği kadar çıkarılır. Sağlanan rahat görüş olanağı altında karşı taraf sinüs cerrahisine geçilebilir.

İzole septal spuruların endoskopik cerrahisinde ise aynı tarafta spur apeksine uyan bölgede burun tabanına dik veya paralel bir insizyon yapılır. Daha sonra Cottle elevatörü ile flepler alttaki kemik ya da kıkırdak spur ortaya konacak şekilde superior ve inferiora doğru eleve edilir. Bir osteotom protrude olan kemiğin tabanına konarak kemik çıkartılır. Spurun kalan parçaları endoskopik forsepsler ile temizlenir. Osteotom kullanılmaz ise aynı işlem güçlü forsepsler ile de yapılabilir. Mukozal flepler yerine konduktan sonra gerekirse tampon konulabilir (Şekil 1,2,3).

Endoskopik septoplasti tekniği, 1993 yılından beri endoskopik sinüs cerrahisinin tamamlayıcı bir unsuru olarak kliniğimizde gerektiği kadar uygulanmakta, bazı olgularda buna endoskopik görüş altında alt konkaya uygulanan turbinoplasti de eklenmektedir. Bu uygulamalar operasyon alanına yapılan subperikondrial ve submukozal lokal anestezi uygulamasından sonra gerçekleştirilmektedir.

Kliniğimizde Eylül 1993 ve Eylül 2000 tarihleri arasında; Endoskopik septoplasti 55 erkek ve 32 kadın hastada, FESC prosedürüne eklenmiştir. Yine aynı dönemde nazal pasaj obstrüksiyonu yapan, posterior yerleşimli spur mevcut olan 17 erkek ve 9 kadın toplam 26 hastada endoskopik septoplasti ile supur rezeksiyonu uygulanmıştır.

Tartışma

FESC'in yaygınlaşmasıyla uygulanmaya başlayan endoskopik septoplasti, mükemmel bir

görüş ve minimal travma ile uygulanan daha az invazif bir teknik olarak standart alın aynası septoplastisine üstünlük göstermektedir. Normal şartlarda solunum fonksiyonunu bozmayan ve obstrüksiyon yaratmayan deviasyonlar özellikle orta meanın komşuluklarında olduklarında endoskopik sinüs cerrahisinde sorun olmaktadır. Bu nedenle FESC prosedürüne preoperatif ya da intraoperatif sınırlı septoplasti eklenmelidir.

Posterior yerleşimli izole septal spurlarda standart septoplasti insizyonu uygulandığında eleve edilmesi gereken mukoperikondrial flep çok geniş olmaktadır. Bu durum postoperatif ağrı ve morbiditeyi arttırmaktadır. Ayrıca alın aynası ile spekulum arasından sağlanan görüş posterior alanlarda çoğunlukla yeterli olmamaktadır. Endoskopik yaklaşımla sağlanan mükemmel görüş eşliğinde geriye yapılan insizyon sayesinde eleve edilen mukoperikondrial flep minimuma indirilmektedir. Böylece postoperatif ağrı ve ödem azalmaktadır (3).

Alın aynası ve spekulum ile yapılan peroperatif muayenede spekulumun fiziksel etkisi ve ışığın yetersizliği yanlış değerlendirmelere yol açabilmektedir. Özellikle nazal valf bölgesinin endoskopik muayenesi fiziksel baskının ortadan kalkması sonucu daha doğala yakın görüntü sağlamaktadır.

Revizyon septoplastilerde, endoskop yardımıyla yapılan insizyonun deviasyonun hemen önünde olması eleve edilmesi gereken mukozal flebi minimuma indirmektedir. Bilindiği üzere bu şartlarda mukozal flebler önceki cerrahi bağlı olarak oldukça yapışiktır ve bu bölgenin elevasyonu çoğunlukla mukozal yırtılmalarla sonuçlanmaktadır. Endoskop yardımıyla kalmış olan kıkırdığın üzerine yapılacak insizyon tüm bu sorunların giderilmesinde büyük kolaylık sağlamaktadır (3).

Yenidoğanlarda olduğu gibi standart septoplasti tekniği uygulanmasının zor olduğu vakalarda, endoskop kullanımı zorunluluk olarak değerlendirilmektedir. Aşırı kıkırdak rezeksiyonunun, maksilla ve orta yüz gelişimindeki olumsuz etkisi bilinen bir gerçektir. Çoğu kulak burun boğaz uzmanı nazal deformite girişimlerini yüz kemik gelişiminin bitmesinden sonraya ertelemektedir. Ancak unutulmaması gereken konu, yenidoğanlarda burun solunumunun dominant olmasıdır. Hasta yaşı ne olursa olsun, solunum ya da buna bağlı

beslenme sıkıntısı yaratan ağır septal deformitelerin çözümüne yönelik erken dönem yaklaşımlarında endoskopik septoplasti seçilecek yöntemlerden biri olarak düşünülebilir (4).

Standart septoplasti eğitimi sırasında yaşanan önemli bir sıkıntı asistanın, cerrahın ne yaptığını çoğunlukla izleyememesidir. Eğitim esnasında yapılan alın aynası değişimleri operasyon zamanının uzamasına ve sterilizasyonun bozulmasına sebep olmaktadır. Endoskopik septoplastinin tüm aşamalarının bir monitörden izlenebilmesi asistan eğitimine büyük bir kolaylık sağlamaktadır (3). Biz de tüm vakalarımızı monitör yardımı ile birden fazla asistana izlettirme olanağı bulduk ve bu işlem için zaman kaybına uğramadık. Gardiner ve ark. hayvan modellerinde endoskopi eğitimini konu alan makalesinde alet kullanımı ve endoskopi altında çalışma beceresinin gelişimini işlemiştir. Asistan eğitimine endoskopik septoplasti ile başlanması tüm diğer endoskopik cerrahi uygulamaları için ilk basamak olarak değerlendirilmiştir (5).

Endoskopik septoplasti endikasyonları geniş bir yelpazede izlenirken özellikle vurgulanmış iki kontrendikasyonu mevcuttur. Bunlar; belirgin kaudal defleksiyonu olan bir deformite ve septorinoplastiyi endike kılan ağır bir eksternal nazal deformitedir (3).

Endoskopik septoplasti ile ilgili yayınlarda en sık belirtilen komplikasyon nazal sineşi (%4-30) ve kanamadır (3,6). Ancak bu gibi komplikasyonlar yönelik düzeltici girişimler standart alın aynası septoplastisinde uygulananlardan daha güçlük arzemektedirler. Bu konu, endoskopik cerrahiye alışkın olmayan ya da eğitimini gören cerrahlarda potansiyel bir sorun olarak izlenmektedir. Vakalarımızda hiç sineşi gözlemedik. Bunu titiz bir postoperatif takip periyodu izlememize bağlamaktayız.

Sonuçlar

Sınırlı septoplasti, alın aynası ya da endoskopik yaklaşımla yapılsın FESC sırasında veya sonrasında sinüslere yaklaşımı kolaylaştıran ve aynı anda nazal obstrüksiyonu gideren cerrahi bir girişimdir. Özellikle endoskopik girişimi zorlaştıracak düzeyde olan minimal deviasyonlarda ve izole septal spurlarda, sağladığı mükemmel görüş alanı ile standart septoplastiye büyük üstünlük sağlamaktadır. Gerek revizyon cerrahilerde gerek birincil

girişimlerde deviasyonun hemen önüne yapılan insizyon kaldırılması gereken flebin genişliğini azaltarak postoperatif ağrı ve morbiditeyi azaltmaktadır. Çocukluk çağı septum girişimlerinde endoskopik yaklaşım bir seçenek olarak düşünülebilir. Endoskopik septoplasti asistan eğitiminde yapılan işlemlerin monitörden izlenmesi sayesinde mükemmel bir eğitim aracı olarak üstünlük göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Lanza DC, Kennedy DW, Zinreich SJ. Nasal endoscopy and its surgical applications. In: Lee KJ ed. Essential otolaryngology: head and neck surgery, 5th ed. New York: Medical Examination, 1991: 373-87.
2. Lanza DC, Rosin DF, Kennedy DW. Endoscopic septal spur resection. Am J Rhinol 1993; 7:213-6.
3. Hwang PH, McLaughlin RB, Lanza DD, Kennedy DW. Endoscopic septoplasty: Indications, technique, and results. Otolaryn Head-Neck Surg 1999; 120:5:678-82.
4. Emami AJ, Brodsky L, Pizzuto M. Neonatal septoplasty: case report and review of literature. Int J of Pediatric Otorhinolaryngology 1996; 35:271-5.
5. Quentin Gardiner FRCS, Matthew Oluwale FRCS, Luke Tan FRCS, Paul S. White FRACS. An animal model for training in endoscopic nasal and sinus surgery. The J of Laryn and Otol 1996; 110:425-8.
6. Van Delden MR, Cook PR, Davis WE. Endoscopic partial inferior turbinoplasty. Otolaryn-Head-Neck Surg 1999; 121,4:406-9.