

پوست ضخیم بینی؛

۴ سال تجربه درمانی با روش پیشنهادی

دکتر فرهاد حافظی، دکتر بیژن نقیب زاده، دکتر امیرحسین نوحی*

* گروه جراحی ترمیمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

چربی پوست در ناحیه سوپرا تیپ، ضخیم بوده و ضخامت بافت نرم روی نوک بینی از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بینی گوشتی یکی از مسائل بحث برانگیز جراحی است که هنوز جراحان در سیر تکاملی جراحی پلاستیک، روش قطعی برای اصلاح آن پیدا نکرده‌اند، بدین علت تکنیکهای متعدد و متناقضی در مقالات مختلف چاپ شده و باعث سردرگمی جراح در انتخاب روش مناسب برای حل این مسئله پیچیده گردیده است. توجه این مقاله بر یافتن روشی برای کاهش بافت نرم نوک بینی و دوباره پوشاندن ساختار بینی است. مشخصه این تکنیک *undermine* کردن پوست بینی در زیر لایه *Superficial musculoaponeurotic system (SMAS)* و روی پری کندریوم است. اعتقاد ما بر این است که جدا کردن بافت نرم در دیسکسیون فوق می‌تواند ضخامت پوست نوک بینی را بصورت یکدست و بدون عارضه چندان کاهش دهد. هدف این مقاله بیان روش جدیدی برای دیسکسیون بافت نرم بینی و کاهش ضخامت چربی پوست در مناطق مختلف بینی به منظور دستیابی به اهداف متفاوت می‌باشد. به عقیده نویسندگان این مقاله، این روش یکی از موثرترین راهها برای مقابله با بینی گوشتی است.

واژگان کلیدی: چربی زیر پوستی، راینوپلاستی، بینی گوشتی.

مقدمه

در کشورهای در حال توسعه با رشد جمعیت بالا، جراحان رینوپلاستی با توجه به افزایش تعداد بیماران با موارد بیشتری از پوست ضخیم (*Bulky skin*) مواجه هستند که در این مناطق کاملاً شایع بوده و تا حال حاضر هیچگونه تکنیک عملی برای حل قطعی این موضوع بچاپ نرسیده است (۶-۲). به اعتقاد ما با برداشتن چربی زیر لایه *Superficial musculoaponeurotic system (SMAS)* و روی پری کندریوم با خطر کمتر می‌توان ضخامت چربی را کاهش داد.

معرفی بیماران

در این تکنیک ۴۰۵ بیمار در فاصله شهریور ۱۳۸۰ تا خرداد ۱۳۸۴ توسط دو جراح نویسنده مقاله تحت عمل رینوپلاستی قرار گرفتند. در این گروه ۱۷۸ بیمار دارای بینی گوشتی متوسط تا شدید بودند. تشخیص بینی ضخیم (*Bulky nose*) بر اساس تاریخچه آکنه و پوست چرب در مشاهده و لمس یا

پوست بینی در ناحیه سوپراتیپ (*Supratip*) بیشترین ضخامت را داشته و ضخامت بافت نرم روی نوک بینی (*tip*) از فردی به فرد دیگر متفاوت است (شکل ۱) که به زاویه اختصاصی گنبد (*Dome*)، موقعیت گنبد در یکطرف نسبت به طرف مقابل و ضخامت بافت نرم پوشاننده بستگی دارد (۱). از آنجائیکه روشهای مناسبی برای بعضی موارد مطرح گردیده که با تغییرات انجام شده بر قسمت تحتانی سپتوم و غضروف تحتانی جانبی (*Caudal septum and lower lateral cartilage*) موفقیت آمیز بوده است، لذا توجه ویژه این مقاله بر ضخامت پوست که یکی از مهمترین مسائل رینوپلاستی بوده و برای آن راه حل مناسبی یافت نشده، معطوف شده است.

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری،

دکتر فرهاد حافظی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۶/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱۲

مثلث نرم (soft triangle) قسمت چپ، این مشکل ایجاد شد. این مسائل در موارد دیگر تکرار نشد.

بحث

مفهوم منطقی جراحی بر روی پوست ضخیم این است که از ضعیف کردن اسکلت بینی پرهیز گردد. از آنجاکه ساختمان غضروف بینی در این دسته از بیماران ضعیف است، در صورت کاهش اسکلت بینی نه تنها به بهبودی بیمار کمکی نمی‌شود، بلکه باعث پهن شدن بینی پس از عمل جراحی خواهد شد.

در بررسی مقالات چاپ شده در این مورد راه حل نتیجه بخشی مشاهده نشد. González-Ulloa (۶) در مقالات خود گزارش کرده است بینی ضخیم و گوشتی که پر از غدد سباسه است تنها با برداشتن پوست ضخیم سوپراتیپ و بخیه کردن آن بافتها بهبود می‌یابد. Peck (۴) چند سال پس از معرفی shield graft، در مقاله‌ای که در سال ۱۹۹۶ منتشر کرد نشان داد یکی از مشکل‌ترین مسائل رینوپلاستی بدست آوردن یک نوک بینی مشخص در بیماران با پوست ضخیم است. او بر این باور است که یک رینوپلاستی کلاسیک برای این هدف کافی نبوده و تراشیدن خارجی پوست را به‌عنوان راه حل نهایی توصیه نموده است. البته استفاده از این دو روش بعلت ایجاد اسکار هیپرتروفیک و تغییر رنگ پوست در بیماران با محدودیت همراه است.

گزارشهای پراکنده‌ای در مورد استفاده از مواد سنتتیک در نوک بینی وجود دارد ولی بعلت اختلاف نظرهایی که در بین نویسندگان وجود دارد، کاربرد آن توصیه نشده است. نوآوری‌هایی در تاریخ رینوپلاستی برای حل این معما ارائه شده است که می‌توان به استفاده از پیوند غضروف بینی اشاره کرد. این جراحان پیشرو با متداول نمودن پیوند غضروف به نوک بینی کمک بسیاری در تصحیح بینی انجام دادند اما این تکنیک در بیماران با بینی بسیار چرب و گوشتی تاثیر زیادی نداشت (۴، ۷، ۸، ۹). تکنیک‌های مختلفی توسط جراحان مختلفی در گوشه و کناردنیا مطرح شده ولی نتایج قابل قبولی نداشته است. مقالاتی که اخیراً توسط جراحان رینوپلاستی بر روی بینی‌های گوشتی نژاد هیسپانیک (Hispanic) در ایالات متحده، آمریکای جنوبی و خاورمیانه منتشر شده است، مسائل مشترکی در مورد تصحیح بینی ضخیم مطرح کرده‌اند (۲) و تاکید این افراد بر بیان آناتومی بافت نرم بینی و ایجاد تغییرات در این ناحیه است (۱۵-۱۰).

در حین جراحی گذاشته شد (۴). در تمام بیماران جراحی با تکنیک باز انجام شد (شکل ۷-۳). در مجموع بیماران به مدت ۱۴ ماه (۴۲-۶ ماه) پیگیری شدند. عارضه نامنظمی پوستی در ۵ بیمار مشاهده شد.

مشخصه تکنیکی که به توضیح آن خواهیم پرداخت Undermine کردن پوست بینی در زیر SMAS است. جراحی به روش باز و در زیر دید مستقیم آغاز می‌شود و بجای اینکه پوست از روی اسکلت غضروفی استخوانی بلند شود در یک پلان جدید، در زیر SMAS، شبیه دیسکسیون در عمل لیفتینگ صورت جدا می‌شود. لایه‌ای از چربی و غدد سباسه در زیر SMAS و چسبیده به اسکلت بینی باقی می‌ماند (شکل ۲). در این مرحله می‌توان ضخامت پوست را با برداشتن چربی و غدد سباسه از روی اسکلت بینی کاهش داد، بدون اینکه به عروق خون‌رسان پوست بینی آسیبی برسد.

نکته قابل توجه این مقاله این است که بر خلاف روش متداول بجای تراشیدن چربی از زیر پوست، می‌توان مستقیماً بافت مخلوط چربی و غدد سباسه را به میزان تحت کنترل از روی اسکلت بینی برداشت و آسیب کمتری به پوست بینی وارد نمود. قابل ذکر است که نباید چربی را بطور عمیق از سمت جانبی اسکلت بینی برداشت تا به عضلات باز کننده سوراخهای بینی و Lateral crurae آسیبی برسد. با این روش نه تنها می‌توان ضخامت بافت چربی را در ناحیه میانی کم کرد، بلکه می‌توان نامنظمی‌ها و عدم تقارنهای جزئی در ناحیه غضروفهای جانبی فوقانی (Upper lateral cartilage) را نیز تصحیح نمود.

عوارض

تهاجم به لایه‌های سطحی و عدم توجه به ساختمان آناتومیک بینی، منجر به ایجاد تلائزکتازی، پوست آتروفیک و فرورفته، براق و قرمز می‌شود. در بیمارانی که سابقه عمل رینوپلاستی قبلی دارند، این عمل باید با احتیاط بیشتری انجام شود چراکه اسکار بیشتری در بیماران فوق دیده می‌شود و احتمال بدشکلی (Deformity) با این تکنیک افزایش می‌یابد (شکل ۹).

در شروع استفاده از تکنیک فوق هر دو نویسنده این مقاله با نامنظمی‌هایی مانند اسکار و فرورفتگی پوست بینی در ۵ بیمار مواجه شدند (شکل ۹). دو بیمار در چندین نوبت توسط جراحان دیگر تحت عمل جراحی پوست ضخیم قرار گرفته بودند و در یک مورد بعلت برداشتن زیاد و غیرضروری از بافت

انجام رینوپلاستی در لایه زیر SMAS ممکن است نقطه عطفی در انجام جراحی رینوپلاستی موفقیت‌آمیز در بیماران با پوست ضخیم باشد.

نتیجه‌گیری

نویسندگان مقاله معتقدند که این تغییرات بافت نرم در نواحی پوست ضخیم و یا در تغییرات جزئی اسکلتی بینی که با روشهای دیگر قابل اصلاح نمی‌باشند، موثر می‌باشند. اعتقاد ما بر این است که یک لایه قابل دسترس و امن بین بافت چربی عمقی و لایه‌های سطحی تر پوست وجود دارد. این لایه عمقی را می‌توان تشریح نمود و بدون اینکه به عروق پوست آسیبی برسد، آن را برداشت. تقارن بیشتر و عدم تغییر راههای تنفسی بیمار با دسترسی به این تکنیک که شامل ترمیم بافت چربی در قسمتهای مختلف پوست بینی و تصحیح بافت زیر جلدی می‌باشد، امکان‌پذیر خواهد بود. از طرف دیگر در صورتی که بافت نرم از تغییرات اسکلت بینی تبعیت ننماید، باید بافت نرم را درمان نمود.

هرچند تمامی نویسندگان معتقدند لازم است تغییراتی در بافت نرم در جراحی‌های بینی گوشتی انجام شود، لیکن هنوز روش مطمئنی برای حل این مسئله چاپ نشده است. مشکل دیگری که جراحان پلاستیک با آن روبرو هستند تورم ناحیه سوپراتیپ بعد از عمل جراحی است که پس از کاستن قوز بینی ایجاد شده و در بعضی از بیماران ممکن است تا آخر عمر باقی بماند. (شکل ۸)

پس از گسترش و مقبولیت عمومی جراحی باز در بینی، ایجاد تغییرات در پوست ضخیم بینی گوشتی (unpliable)، در دید مستقیم امکان‌پذیر گردیده است. نویسندگان این مقاله معتقدند که این تغییرات بافت نرم می‌تواند در تمام قسمتهای بینی که دارای پوست ضخیم بوده و یا تغییرات اسکلتی جزئی دارند و با روشهای دیگر قابل اصلاح نیست (مانند برآمدگی مختصر قسمت پهلوهای غضروف جانبی فوقانی) مؤثر واقع شود. این روش این توانایی را به جراحان بینی می‌دهد که علاوه بر انجام جراحی کلاسیک رینوپلاستی اصلاح دقیقی بر روی بافت نرم بینی در زیر دید مستقیم انجام دهند.

REFERENCES

1. Oneal RM, Beil RJ Jr, Schlesinger J. Surgical anatomy of the nose. Clin Plast Surg 1996;23(2):195-222.
2. Leach J. Aesthetics and the Hispanic rhinoplasty. Laryngoscope 2002;112(11):1903-16.
3. Botti G. Thick skin and cosmetic surgery of the nasal tip: how to avoid the cutaneous polly beak. Aesthetic Plast Surg 1996;20(5):421-7.
4. Peck GC Jr, Michelson LN, Peck GC. The external shaving technique in aesthetic rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1996;97(1):33-9.
5. Fanous N. Mersilene tip implants in rhinoplasty: a review of 98 cases. Plast Reconstr Surg 1991;87(4):662-71.
6. González-Ulloa M. The fat nose. Aesthetic Plast Surg 1984;8(3):135-40.
7. Ortiz-Monasterio F, Olmedo A, Osoy LO. The use of cartilage grafts in primary aesthetic rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1981;67(5):597-605.
8. McKinney P. Management of the bulbous nose. Plast Reconstr Surg 2000;106(4):906-17.
9. Sheen JH. Tip graft: a 20-year retrospective. Plast Reconstr Surg 1993;91(1):48-63.
10. Copcu E, Metin K, Culhaci N, Ozkok S. The new anatomical viewpoint of the nose: the interdomal fat pad. Aesthetic Plast Surg 2003;27(2):116-9.
11. Daniel RK. Hispanic rhinoplasty in the United States, with emphasis on the Mexican American nose. Plast Reconstr Surg 2003;112(1):244-56.
12. Sun GK, Lee DS, Glasgold AI. Interdomal fat pad: an important anatomical structure in rhinoplasty. Arch Facial Plast Surg 2000;2(4):260-3.
13. Klatsky SA, Manson PN. Aesthetic rhinoplasty in patients with thick nasal skin. Ann Plast Surg 1983; 11(1):10-6.
14. Copcu E, Metin K, Ozsunar Y, Culhaci N, Ozkok S. The interdomal fat pad of the nose: a new anatomical structure. Surg Radiol Anat 2004;26(1):14- 8.
15. Matory WE Jr, Falces E. Non-Caucasian rhinoplasty: a 16-year experience. Plast Reconstr Surg 1986; 77(2):239-52.