

SOLUȚII CHIRURGICALE ÎN TRATAMENTUL PTOZEI LOBULULUI NAZAL

DORINA MIHAJLOVIC¹, DANIELA OLARIU², SHRUTI KAUSHAL³, ZORIN CRĂINICEANU⁴, FLORIAN BODOG⁵

^{1,2,3,4}Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, ⁵Universitatea din Oradea

Cuvinte cheie: rinoplastia, lobul nazal, ptoza lobului nazal

Rezumat: Lobulul nazal este unul dintre cele mai importante entități estetice ale nasului și, prin urmare, este de o importanță capitală pentru un chirurg plastician să încerce să corecteze diferitele malpoziții ale acestuia. Adesea, în intervențiile corectoare ale piramidei nazale acest deziderat trebuie atins. Pentru stabilirea unui plan terapeutic eficient este necesară analiza minuțioasă a tuturor structurilor anatomice implicate în rotația vârfului și raportul acestuia cu celelalte sectoare nazale. Planul terapeutic de corectarea lobulului căzut va impune manevre chirurgicale prin care, cu ajutorul rezecțiilor, a suturilor sau a numeroaselor grefe cartilajinoase, judicios amplasate caudal, alar, supradomal, la nivelul marginilor narinare, să i se redea nasului o linie normală.

Keywords: nose, tip ptosis, tip rotation

Abstract: Nasal tip is one of the most important esthetic entities of the nose and hence an important domain for a plastic surgeon to try to correct its various malpositions. Often, during the correction of nasal deformities, it is important to correct even the tip of the nose. To develop an efficient therapeutic plan, it is important to meticulously analyse all anatomic structures involved in tip rotation and its correlation with other sectors of the nose. The therapeutic plan for the correction of ptotic nasal tip includes surgical maneuvers, including resections, sutures or a number of cartilage grafts judiciously placed caudally, alar crus, supratip or alar margins to give a normal configuration to the nose.

Ptoza lobulului nazal este deseori întâlnită după traumatismele nazale. Făcând parte din procesul de îmbătrânire a feței, ptoza lobulului este caracteristica predominantă a îmbătrânirii nasului. În plus, aceasta este una dintre cerințele cele mai frecvente la pacienții care se prezintă pentru rinoplastia primară. Aproape fiecare rinoplastie implică manevre pentru obținerea și menținerea unei rotații adecvate a vârfului. Ptoza lobulului este de asemenea una dintre cele mai frecvente sechele la pacienții care se prezintă pentru rinoplastie secundară, și distrugerea iatrogenă a suportului de susținere a vârfului este cauza comună a evoluției ptozei lobulului după intervențiile de rinoplastie.

Rotația vârfului este de obicei evaluată pe imaginea de profil a nasului prin măsurarea unghiului nazolabial. Unghiul nazolabial se măsoară între linia ce trece prin punctul cel mai decliv al nasului până la vermillion și tangenta la columelă. Valoarea ideală estetică a unghiului nazolabial este definită ca fiind cuprinsă între 90°-100° la bărbați și între 100°-110° la femei. Numeroși factori, cum ar fi proeminența șinei nazale anterioare, retruzia maxilară sau prognatismul, asimetriile picioarelor mediale alare, pot influența înclinarea columelei fără a afecta în mod corespunzător poziția lobulului nazal sau axul longitudinal al columelei. Din această cauză, valoarea unghiului nazolabial în evaluarea ptozei lobulului poate fi eronată. O evaluare mai precisă este dată de măsurătorile dintre axul longitudinal al marginii narinale și planul lui Frankfort. În această evaluare, unghiul estetic ideal are valori cuprinse între 10°-30° la femei și 0°-15° la bărbați. Axul longitudinal al columelei trebuie să fie paralel cu axul longitudinal al marginii narinale, iar

marginea narinale ar trebui să descrie un arc neted la 2-4 mm deasupra marginii columelei. Deci, ptoza lobulului nazal este definită de un unghi mai ascuțit format între axul longitudinal al narinale și planul Frankfort decât valoarea ideală menționată anterior.

ETIOLOGIE

În ptoza lobulului trebuie să fie luate în considerare conceptul trepidului ca suport al lobulului nazal și mecanismele minore și majore de susținere a vârfului. Dacă aarele sunt comparate cu un trepid, cu picioarele mediale de o parte și picioarele laterale de celelalte două părți ale trepidului, prefigurarea modificărilor de rotație a vârfului dată de alterările structurilor de susținere este mai ușoară. În plus, integritatea picioarelor mediale și laterale, legăturile picioarelor mediale la marginea caudală a cartilajului patruleter și conexiunea fibroasă dintre marginea caudală a cartilajelor triunghiulare și marginea cefalică a picioarelor laterale alare sunt considerate structurile majore de susținere a lobulului.

Mecanismele minore de susținere includ (1) septul cartilajinos dorsal, (2) ligamentele interdomale, (3) spina nazală, (4) septul membranos și (5) atașamentul cartilajelor alare cu pielea. Modificările de mărime, formă și integritate ale picioarelor trepidului, împreună cu perturbarea mecanismelor majore și minore de suport ale lobulului conduc la alterări grave ale rotației vârfului.

Dacă este compromisă integritatea picioarelor mediale, vârful nazal se rotește spre inferior, ca și înclinarea trepidului sub greutatea învelișului de părți moi. Aceasta este cea mai întâlnită cauză a ptozei vârfului secundară unei traume,

¹Autor corespondent: Shruti Kaushal, Str. Franyo Zoltan, Nr. 6, Timișoara, România, E-mail: doctorshruti@gmail.com, office@brol.ro, Tel: +40730 485878

Articol intrat în redacție în 20.12.2012 și acceptat spre publicare în 12.02.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2013;2(1):46-48

incluzând injuriile iatrogene. În plus, nasurile cu alare mediale scurte congenital sau fragile dau aspectul de lobul coborât. Distrugerea conexiunilor dintre alarele laterale și cartilajele triunghiulare cauzează ptoza lobulului. Injurii cum ar fi rezecția excesivă a cartilajelor alare laterale în timpul intervențiilor de rinoplastie pot conduce la prăbușirea vârfului nasului când mecanismele majore de susținere a vârfului sunt compromise. Ptoza senilă a nasului poate fi, de asemenea, explicată astfel, ligamentele de susținere dintre cartilajele triunghiulare și cartilajele alare laterale pierzându-și integritatea cu vârsta.

Lățimea excesivă a picioarelor laterale deprimă inferior lobulul, ca și proiecția caudală mare a septului cartilaginos. Acesta este un aspect deseori întâlnit la pacienții cu un nas tensionat. În cele din urmă, retracțiile columelei, ca de exemplu în despicăturile palatului (în special cele bilaterale) ori în sechele după traumatisme ale nasului sau buzei, pot duce la ptoza vârfului. Pe scurt, ptoza nazală de obicei rezultă dintr-o discrepanță între suportul vârfului și forța descendentă a gravitației învelișului format de tegument și părțile moi suprajacente.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Corecția ptozei lobulului nazal necesită o atenție analiză preoperatorie cu identificarea structurilor fiziopatologice, urmări ale alterărilor chirurgicale ale structurilor lobulului. Tratamentul chirurgical implică de obicei consolidarea picioarelor mediale, rezecții limitate ale alarelor laterale și scurtarea conservatoare a marginii caudale a septului nazal.

CHIRURGIA SEPTULUI

Chirurgia septului este de obicei prima manevră în tratamentul ptozei vârfului. Pentru a obține accesul la marginea caudală a septului se folosește o incizie hemitransfixiantă. La un nas cu exces de cartilaj septal se poate impune excizia septului caudal. Uneori poate fi necesară și excizia septului membranos. Materialul pentru confecționarea grefelor de augmentare a vârfului poate fi recoltat din mijlocul septului cartilaginos după decolarea unui tunel submucopericondrial. Trebuie avut grijă la păstrarea integrității unui suport adecvat dorso-caudal al septului. Dacă este necesar, rezecția spinei nazale și incizarea mușchiului *depressor septi* poate fi practică în același timp operator.

CHIRURGIA PICIOARELOR MEDIALE

Lipsa suportului picioarelor mediale este deseori întâlnită la pacienții cu ptoza lobulului. Fixarea unei grefe *strut* mediocrurale din cartilaj septal este metoda standard de tratament a acestui aspect. Grefa poate fi fixată prin abord intranasal sau extern, deși plasarea și fixarea precisă e mai ușor de realizat prin abord deschis, în special la pacienții cu o intervenție anterioară. Grefa este suturată între picioarele mediale cu fire de sutură resorbabile pe ac drept.

Grefa ar trebui fixată deasupra spinei nazale pentru a evita deviația lobulului nazal. Absența cartilajului septal ca și donor de grefă impune alte surse alternative. Cartilajul ar fi suficient, dar curbura sa naturală necesită remodelare înainte de fixarea sa. La pacienții cu ptoză severă sau curburi ale picioarelor mediale, grefe costale autogene sunt sursa unui *strut* drept și solid.

CHIRURGIA PICIORULUI LATERAL

Rezecția conservatoare a marginii cefalice a piciorului lateral este o altă manevră care poate realiza rotirea minimă sau moderată a vârfului. Manevra trebuie să fie foarte conservatoare; trebuie păstrată o porțiune de cel puțin 6 mm din piciorul lateral pentru a preveni slăbirea și prăbușirea alarelor.

O altă manevră pentru rotirea vârfului implică scurtarea piciorului lateral. Aceasta se poate realiza prin secționarea domului, prin rezecția cartilajului suprapus și prin

reconstrucția prin sutură cu nylon 6-0 a bandetei intacte. Această manevră îngustează vârful nasului și asigură rotirea vârfului.(2,4) Și aici rezecția trebuie să fie conservatoare. Uneori poate fi necesară rezecția septului membranos redundant împreună cu aceste manevre, pentru a păstra rotația vârfului.(3)

Dacă pe lângă rotație este necesară și creșterea proiecției vârfului, se poate practica manevra de „*lateral crural steal*”.(5,6) Aceasta se realizează prin adăugarea la lungimea piciorului medial a unei porțiuni din piciorul lateral. Cartilajele lobulului nazal pot fi redefinite fie cu sutură cu fir matlasat vertical, fie prin secționarea imediat laterală a domului și reconstrucția vârfului prin suplimentarea lungimii piciorului medial. Aceste manevre cresc lungimea piciorului medial al trepidului și suplimentează proiecția vârfului.

GREFAREA VÂRFULUI NASULUI

Pentru a obține rotația adecvată a vârfului poate fi necesară grefa „*onlay*” a vârfului nasului. Grefele de vârf se prelevează de obicei din cartilajul septal, dar, dacă acesta lipsește, se poate folosi și cartilaj auricular sau costal.(7) Nivelul dorit de rotație se poate obține modificând poziția grefei. Poziționarea mai cefalică produce rotire mai mare, dar scade proiecția. Grefa trebuie fixată bine la cartilajele alare laterale, stabile și simetrice, cu mai multe fire de sutură nylon 6-0. Pot fi necesare două sau chiar trei straturi de grefă pentru a obține proiecția și rotația dorită.(8)

Grefa trebuie să fie subțire și rotunjită, pentru a evita vizibilitatea marginilor ascuțite la pacienții cu piele subțire.(9,10) Subțierea subcutană a tegumentului lobulului poate fi necesară la pacienții cu piele groasă sau cu țesut adipos bogat.(11)

Figura nr. 1. Corecția chirurgicală a ptozei vârfului nasului cu grefă autologă de cartilaj din septul nazal – aspect preoperator (a, c); aspect la 8 luni postoperator (b, d)



MANEVRE ADJUVANTE

Rareori pot fi necesare și alte manevre suplimentare pentru corecția ptozei vârfului nasului. La pacienții vârstnici, cu ptoză senilă, se poate efectua un lifting al nasului, prin decolarea tegumentului nazal dorsal și excizia unei elipse orizontale la nivelul glabelei. La anumiți pacienți operați care prezintă ptoza vârfului poate fi necesară refixarea cartilajelor alare laterale și suspendarea lor de cartilajul triunghiular. La pacienții cu deficit columelar, ca în rinoplastia pentru despicături, corecția ptozei lobulului poate necesita rotirea țesuturilor moi sau aducerea lor în zona columelei. Chirurgul trebuie să aibă o abordare flexibilă și să execute o combinație de proceduri pentru a realiza rotirea completă a vârfului nasului.

ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Postoperator se aplică benzi adezive și atelă termoplastică pentru a ajuta redraparea și cicatrizarea anvelopei tegumentare și de părți moi pe noul schelet nazal modificat. Vârful este susținut cu benzi adezive (leucoplast). Pacientul este instruit să-și curețe plaga și să aplice unguent antibiotic și toaletă intranasală cu ser fiziologic pentru a îndepărta crustele. Pacientul este sfătuit să evite traumatismele nazale pentru 6 săptămâni postoperator. Prin controlul periodic se monitorizează procesul de vindecare și se evaluează remisia edemului părților moi prin analiza fotodocumentată.

COMPLICAȚII

Complicațiile postoperatorii includ infecție, sângerare, formarea de cicatrici hipertrofice sau neregulate, asimetrie nazală, precum și reapariția ptozei vârfului. (12) Majoritatea complicațiilor minore pot fi manageriate prin terapie conservatoare și prin respectarea cu strictețe a indicațiilor de către pacient. Cea mai bună metodă de prevenție este analiza preoperatorie atentă și tehnica operatorie meticuloasă. Uneori este necesară reintervenția chirurgicală pentru corectarea asimetriei nazale postoperatorii. Pacientul trebuie informat preoperator cu privire la această posibilitate și se precizează că, de cele mai multe ori, chirurgia de revizie nu trebuie efectuată mai devreme de 6 luni de la operația inițială, lăsând suficient timp pentru evaluarea vindecării.

Concluzii:

Proiecția și rotația vârfului nasului este o problemă foarte importantă care trebuie rezolvată în timpul rinoplastiei. Se folosesc diferite tehnici chirurgicale pentru a îmbunătăți ptoza vârfului nasului, în funcție de particularitățile cazului. Datorită câmpului operator foarte mic, cei mai importanți factori pentru un rezultat bun rămân o planificare atentă, tehnica precisă și experiența chirurgului.

REFERINȚE

1. Wagner W. Stabilizing cartilage grafts in functional-aesthetic rhinoplasty. *Laryngorhinootologie*. Oct 2008;87(10):697-702.
2. Cardenas JC, Carvajal J, Ruiz A. Securing nasal tip rotation through suspension suture technique. *Plast Reconstr Surg*. May 2006;117(6):1750-5; discussion 1756-7.
3. Anderson JR. A reasoned approach to nasal base surgery. *Arch Otolaryngol*. Jun 1984;110(6):349-58.
4. Berman WE. Surgery of the nasal tip. *Otolaryngol Clin North Am*. Oct 1975;8(3):563-74.
5. Janeke JB, Wright WK. Studies on the support of the nasal tip. *Arch Otolaryngol*. May 1971;93(5):458-64.
6. Kabaker SS. An adjunctive technique to rhinoplasty of the aging nose. *Head Neck Surg*. Mar-Apr 1980;2(4):276-81.
7. Konior RJ. The droopy nasal tip. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2006;11;14:291-9.

8. McCollough EG, Mangat D. Systematic approach to correction of the nasal tip in rhinoplasty. *Arch Otolaryngol*. Jan 1981;107(1):12-6.
9. Tebbetts JB. Anatomic basis and clinical implications for nasal tip support in open and closed rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. Oct 1999;104(5):1571-3.
10. Toriumi DM. New concepts in nasal tip contouring. *Arch Facial Plast Surg*. May-Jun 2006;8(3):156-85.
11. Toriumi DM, Johnson CM. Open Structure Rhinoplasty: featured technical points and long-term follow-up. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 1993;1:1.
12. Holt GR, Garner ET, McLarey D. Postoperative sequelae and complications of rhinoplasty. *Otolaryngol Clin North Am*. Nov 1987;20(4):853-76.