Усложнения след риносептопластика – компликации и грешки или непредсказуеми деформитети

Rhinoseptoplasty – complications, mistakes or unpredictable deformities

Пл. Недев

Клиника по УНГ-болести при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

Plamen Nedev

ENT clinic „Saint Marina“ Hospital – Varna

Abstract

Rhinoseptoplasty is regarded to be associated with many risks as the expectations of patient and physician are not always corresponding. Limited predictability is mainly due to the dynamics of the healing process. Many different types of tissues are involved: bone, cartilage, mucosa, skin, fat, fascia, muscles, nerves, vessels, perichondrium and periosteum. Besides of postoperative deformities many other risks and complications have to be considered.

Keywords: rhinoseptoplasty, complication.

Резюме

Риносептопластиката се асоциира като операция с висок риск поради диспропорциите на високите очаквания на пациента, тези на оператора и изхода от операцията. Ограничената предвидимост на резултатите е главно поради динамиката на оздравителните процеси. Това се дължи на факта, че са комбинирани много и различни тъкани: кост, хрущяли, лигавица, кожа, мастна тъкан, фасции и мускули, нерви, съдове, перихондриум и периостиум. В настоящата статия обсъждаме постоперативните деформитети, рисковете от операцията и съпътстващите усложнения.

Ключови думи: риносептопластика, усложнения.

Следоперативните деформитети са основният риск при ринопластика и според повечето автори се срещат между 5 и 15% от случаите, а според други до 25% (1). Статистически проучвания варират, че са проведени между 25 и 30% вторични операции от всички ринопластики (2).

Деформитетите могат да бъдат разположени в долната, средната или горната част на носа. Други автори ги разделят на леки, средно тежки и тежки (3), както и според времето на настъпване: интраоперативни, ранни следоперативни и късни (4). Аз мисля, че те биха могли да бъдат класифицирани като козметични, функционални и смесени. Разбира се, това разделение е относително, тъй като в повечето случаи не би могло да се констатира строго разделение между едните от другите:

I. Деформитети

1. Полибек деформитет. Най-честият деформитет след ринопластика е т.нар „polybeak“ деформитет. С термина „полибек“ се означава изпъкване в областта над носния връх, което придава вид на носа подобно на „папагалска човка“ („parrot's beak“ или „polybeak“). При 50% от случаите, индицирани за повторна ринопластика, се налагат поради този деформитет.

Той се обуславя предимно от предхождащи:

- ♦ дълбок назолабиален ъгъл.
- ♦ голяма хрущялна гърбица.

Следоперативно предизвикани:

- ♦ редукция на поддръжката на носния връх.

- ♦ липса на достатъчна поддръжка на каудалния край на септума.
- ♦ Недостатъчно отнемане на хрущялната гърбица.

Това би могло да се избегне от хирург с повече опит.

2. „V“-образен деформитет представлява видим с просто око обърнато V в областта на долния край на носните кости. Той се дължи на неадекватна поддръжка на средната част на носа и по-специално на триангуларните хрущяли след резекция на носния гръб.
3. Колапс на носната клапа.
4. Колапс на аларните хрущяли.
5. Малки деформитети на гърба на носа – костни и/или хрущялни.
6. Дислокация на носната пирамида и върха на носа
7. Асиметрия на ноздрите.
8. Резидуална костна гърбица.

II. Функционални нарушения:

9. Затруднено носно дишане – среща се при 70% от случаите, кандидати за повторна ринопластика. При 10% от оперираните пациенти се получава затруднено носно дишане или резидуално от преди операцията. Обикновено при изкривен или паднал нос ринопластиката се прилага за подобрене на носната функция. Това може да се дължи и на загуба на лигавичната чувствителност, както от образуването на ръбцова тъкан, атрофичен ринит, хипертрофичен ринит персистираща девиация на носния септум, аларен или валвуларен колапс, както и общото стеснение на носната кухина след редуцираща ринопластика.
10. Олфакторни нарушения – сравнително редки.

III. Инфекция

11. Кожни компликации – възпаление, атрофия, кожна некроза, фиброза, субкутанен гранулом, втвърдяване на кожата. Отокът на кожата зависи най-вече от нанесената травма при остеотомии. Перкутанните остеотомии водят до по-малък постоперативен оток на тъканите. Възпаление на кожата може да се получи при недостатъчно почистване или предходни кожни инфекции.
12. Инфекция – синусит, атрофичен ринит, включително и животозастрашаващи (toxic-shock-syndrome).

IV. Травма

13. Травма и инфекция на орбитата. Некроза на клепачите. Слепота (преходна или постоянна) вследствие спазъм или тромбоза на a. centralis retinae.
14. Риноликворея, травма на мозъка, фистула между кавернозния синус и вътрешна сънна артерия, тромбоза на кавернозния синус.

V. Реакция на отхвърляне на транспланта-та

15. При автогенните трансплантати рисковете са от дислокация и резорбция, докато при алопластите рисковете са и от инфекция, изкривяване или отхвърляне. Тези усложнения се срещат в 1% от случаите, а при силиконовите импланти компликациите са между 5 и 20%.

При първична ринопластика използването на собствен ребрен хрущял са налага в случаите на уголемяваща операция. Трябва да се очаква по-значима резорбция на хрущял в случай, че той е нарязан на кубчета, поради по-голямата му контактуваща повърхност с тъканите, отколкото използването на цял хрущял. Обвиването на нарязания хрущял с фасция предпазва оцеляването на хондроцитите и по този начин намалява риска от резорбция.

Въпреки добрите литературни данни за поносимостта на алопластите, автогенния хрущял е все още предпочитаният материал от повечето хирурзи. Небиологичните материали са по-стабилни и опасността от резорбция е малка (5).

Риносептопластиката се счита за операция с висок риск поради ограниченото предсказване на постоперативните резултати. Ролята на компютърните графики, представящи бъдещите резултати от риносептопластиката, са относителни и по-скоро заблуждаващи пациента и предполагащи по-високи очаквания и претенции от страна на пациента (6). Основание за това е и фактът, че непосредствените резултати веднага след операцията могат да бъдат различни една година по-късно. При тази операция с пълна сила важи правилото „всичко се вижда и бие на очи“. Ограничената предвидимост преди всичко зависи от заздравителния процес. Това е предопределено и от множеството тъкани, обуславящи този процес: кости, лигавица, мастна тъкан, мускулни фасции, мускули, нерви, перихондриум и периост, кръвоносни съдове, кожа. Индивидуалната реакция на тези структури не винаги е под контрола на оператора.

Пациентът обикновено обвинява хирурга за лошите резултати, докато операторът ги приема като компликации.

Статистиката на следоперативните деформитети е неточна поради факта, че не винаги пациентът се връща при първия оператор, както и от факта, че не всички пациенти с постоперативни деформитети са готови за втора операция.

Според някои автори следоперативните деформитети се дължат на некоректно изпълнение на първичната ринопластика или непълна първа операция (7).

Постоперативните деформитети и техните причини може да се тълкуват различно. Всеки хирург е бил свидетел, че въпреки „перфектно“ извършената операция, лошите, нежеланите и неочаквани резултати са находка, която изглежда без обяснение. Обратно, трудна и изпълнена с неочаквани обрати „лоша“ операция води до задоволителни и понякога прекрасни резултати. Компликации, грешки или непредсказуеми деформитети е все още дискутабилен въпрос, чийто отговор още дълго ще се обсъжда.

Литература

1. Rettinger G.; Risks and complications in rhinoplasty. GMS Current Topics in Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery 2007, Vol. 6, 1-14.
2. Shubailat G.; Secondary Rhinoplasty. Indian J Plast Surg Supplement 2008 Vol. 41, 80 – 86
3. Bagal A.A, Adamson A.P.; Revision Rhinoplasty. Facial Plastic Surgery. 2002, vol.18, №4, 233 – 244.
4. Kamer FM, Churukian MM, Hansen L. The nasal bossa: a complication of rhinoplasty. Laryngoscope. 1986; 96 (3): 303-7.
5. Vuyk H.D. and P.A. Adamson, Biomaterials in rhinoplasty, Clin Otolaryngol **23** (1998), pp. 209–217
6. Vuyk H.D. et al. The role of computer imaging in facial plastic surgery consultation: a clinical study. Clin. Otolaryngol. 1998, 23, 235 – 243
7. Perkins SW, Tardy ME.; External columellar incisional approach to revision of the lower third of the nose. Fac Plast Surg Clin North Am 1993;1:79–98.