

Yüz Germe

Özcan Çakmak

Yüzde yaşlanma ile birlikte cilt elastikiyetinde azalma ve ciltte sarkma, yağ dokularında hacim kaybı, sönme ve yağ dokularında aşağı sarkma, kafatasında ve yüz kemiklerinde rezorbsiyona bağlı incelme gelişir. Alt ve orta yüzde yağ dokularında mandibula üzerine doğru sarkma (jowling), mandibula konturlarında silinme, yağ rezorbsiyonuna bağlı yüzde hacim kaybı olur, ligamentlerin arasından yağ dokuları sarkar, malar yağ pedinin sarkmasına bağlı nasolabial foldlarda belirginleşme olur, servikomental açı küntleşir, platismal bantlar belirginleşir, sarkar, “hindi boynu” görüntüsü oluşur. Yüz germe ameliyatlarında, yaşla birlikte oluşan anatomik değişikliklerin yaşlanma vektörlerinin ters yönünde çekilerek düzeltilmesi hedeflenir.

Başarılı bir yüz germe yapabilmek için öncelikle yüz yumuşak doku anatomisinin iyi bilinmesi, yaşla gelişen anatomik değişikliklerin doğru anlaşılması, hastaya ait yaşla gelişmiş anatomik değişikliklerin doğru analiz edilmesi, hastanın isteklerinin doğru anlaşılması, hastanın ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda hastaya özel doğru ameliyat planı yapılması gerekir.

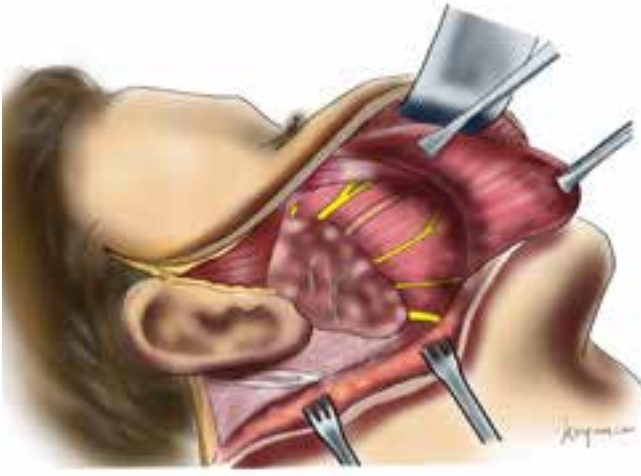
Tarihçe

Yüz germe ameliyatları, 1916 yılında Lexer'in sadece yüz cildini serbestleştirip gemesi ile başlamış, bu yöntem uzun süre değişmeden uygulanmış, 1968 yılında Skoog, boyun ve alt-yüzde ilk kez platisma flebini eleve ettiği bir teknik geliştirmiştir. 1976 yılında Mitz ve Peyronie alt-yüzün kas ve fasya komplek-

sinin anatomisini ayrıntılı şekilde inceleyerek SMAS (superfisyal muskulo apenörotik sistem) tanımı yapmıştır. Bu fasyal planın tek bir ünit olarak tariflenmesini takiben çeşitli SMAS teknikleri geliştirilmiştir. 1986 yılında Hamra, nasolabial bölgede daha belirgin bir düzelme elde etmek amacıyla orta yüz bölgesinde diseksiyona zigomatik kasların üzerinden devam ederek malar yağ pedini eleve etmiş, bu tekniğe “derin plan yüz germe” adını vermiştir.

Cerrahi Anatomisi

Yüz germe ameliyatlarını anlamak yüz anatomisini, özellikle de yüzün deri, kas, yağ dokusu, fasya ve fasial ligamentlerin birbirleriyle olan ilişkilerini anlamakla mümkündür. Yüz anatomisinin iyi anlaşılmasıyla gerçekleştirilecek olan subSMAS diseksiyon ile güvenli planda çalışılır ve sadece cildin gerildiği ameliyatlara göre çok daha yüz güldürücü sonuçlar alınır. SMAS tabakası yukarıda galea olarak başlar, aşağıya doğru olan seyri esnasında medialde frontalis kasını sarar, lateralde temporalis fasyasının (derin temporal fasya) üzerinde kalarak temporoparietal fasya olarak devam eder. Bu bölgede fasial sinirin frontal dalı temporoparyetal fasyanın içinde seyredir. Kaş kaldırma ameliyatlarında subgaleal (temporoparyetal fasyanın derininde) çalışılarak güvenli bir elevasyon yapılabilir. Zigomatik ark seviyesinde fasial sinirin temporal dalı, ince bir SMAS tabakasının arasında göreceli olarak korunmasız kalır. Bu bölgede, SMAS tabakası zigoma periostuna yapışmış halde olup, güvenli elevasyonun tek yolu subperiosteal planda ilerlemektir. Zigomatik



Şekil 32. Yüz germe cerrahi anatomisi, SMAS flebi ekarte edildikten sonraki görüntü. Fasial sinir, masseter kasının üzerinde, parotido-masseterik fasyanın altında izlenmekte.

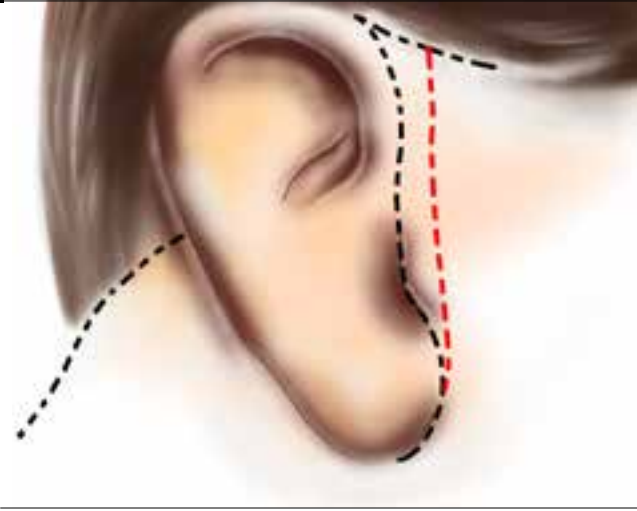
arkın altında fasiyal sinirin dalları parotidomasseterik fasya içerisinde yer alır, SMAS tabakası ise parotidomasseterik fasya üzerinde seyreder. SMAS yüzde fasiyal kasları sarar, daha derinde yer alan fasiyal sinirine zarar vermeden güvenli şekilde subSMAS diseksiyon yapılarak yüz germe gerçekleştirilebilir (Şekil 32). Yanak bölgesinde SMAS tabakası zigomatik adeleleri sarar. Elevasyonun zigomatik adale posteriorunda kaldığı, yanı sıra zigomatikokutanöz ligamentlerin ayrılmadığı klasik SMAS germe tekniklerinde, nasolabial sulkusta iyileşme sağlanamaz. Bukkal dalların zigomatik adeleri inferior yüzlerinden inerve etmeleri dolayısıyla, diseksiyonun bu noktadan itibaren SMAS'ın üstünden ilerletilmesi gerekir. Derin plan yüz germede ve genişletilmiş subSMAS tekniklerinde yanak bölgesinde zigomatikokutanöz ligamentin ayrılmasını takiben, aşağı ve öne doğru zigomatikus major kası yüzeyinden yapılacak bir diseksiyonla malar yağ pedi eleve edilerek daha yumuşak bir nasolabial katlantı elde edilebilir. Subperiostal orta yüz germe ameliyatlarında ise, malar bölgede zigoma etrafındaki gibi subperiosteal planda diseksiyon yapılarak, malar yağ pedi ve suborbikularis okuli yağ dokularının yukarı çekilmesiyle nasolabial katlantıda maksimum iyileştirme sağlanabilir. İnferior SMAS, platismayı saran sağlam bir tabaka olarak boyuna doğru ilerler. SMAS çekme ile boyunda yaşlanma değişiklikleri düzeltilebilir.

Ameliyat

Yüz germe ameliyatları genel olarak alt ve orta yüz yağ dokularında sarkma (jowling), mandibula konturlarında silinme, servikomental açıda küntleşmeyi düzeltir. Birçok yazar tarafından değişik SMAS varyasyonları tariflenmiş olsa da, gerçek modifikasyonlar sadece elevasyonun genişliği veya çekme yönü üzerinde olmuştur. Hangi SMAS tekniği kullanılırsa kullanılsın, net sonuç alt-yüz platismasının gerilmesi ve daha belirgin bir çene hattı konturunun ortaya çıkarılmasıdır. Derin plan yüz germe ameliyatında SMAS tekniklerine göre subkutan diseksiyon daha sınırlı yapılır, bu durum özellikle ciddi sigara içme öyküsü bulunan hastalarda avantajlıdır. Geniş ve sarkık malar yağ pedleri ve aşırı derin nasolabial katlantıları olan hastalarda klasik SMAS çekme işlemleri düzelme sağlamaz. Bu hastalarda nasolabial foldlarda etkili düzelme gerçekleştirebilmek için eş zamanlı subperiostal orta-yüz germe ameliyatı, ya da tek başına derin plan veya genişletilmiş subSMAS çekme ameliyatları seçilir. Yüz germe ameliyatları esnasında çoğu zaman yaşlanmayla oluşmuş olan hacim kaybını gidermek için yüze yağ enjeksiyonları yapılır. Ek olarak boyunda yağ fazlalığı olan hastalarda yağ alma (liposuction), platismal bantları belirgin olan hastalarda platismaplasti yapılması gerekebilir.

İnsizyon

Temporal insizyon, anterior saç çizgisi sınırında başlar. Kadınlarda insizyon, aurikulanın yukarısında saç çizgisi takip edilerek posteriora doğru uzatılır. Erkeklerde ise, heliks kökü seviyesinde favorinin içerisinden arkaya doğru horizontal olarak ilerleyip, posteriora favori sınırı takip edilerek aşağı doğru uzatılır. Preauriküler insizyon kolu aurikulanın ön sınırını takip ederek aşağı uzanır. Tragal kısım erkeklerde (sakalların dış kulak yoluna çekilmesine yol açmamak için) sakal çizgisi takip edecek şekilde pretragal, kadınlarda tragusun 1-2 mm posteriorundan geçecek şekilde posttragal aşağıya doğru ilerler. Tragusun altında insizyon, lobülün sınırlarını takip edecek şekilde aşağıya inip kıvrılarak posteriora doğru döner. Postauriküler komponent postauriküler sulkusun 1 cm kadar anteriorunda ilerler, antiheliks inferior krusu hizasında posteriora doğru kıvrılır. Saç çizgisine ulaştıktan sonra, saç içerisinde oblik olarak 3-4 cm kadar ilerletilir (Şekil 33).



Şekil 33. Yüz germe insizyonu. Kırmızı kesikli çizgi: Erkeklerde preaurikuler sakalsız bölgenin korunması için kullanılır.

Subkutan Diseksiyon

Yüz germe ameliyatlarının ilk aşaması subkutan diseksiyon olup, diseksiyon SMAS'e müdahale yapılacak bölgede optimum görüş sağlayacak ve cilt yerine yattığında kabarıklık yaratmayacak kadar ilerletilir. Makasla subkutan yağ dokusu flepte kalacak şekilde avasküler planda diseksiyon yapılır.

SMAS Çekme

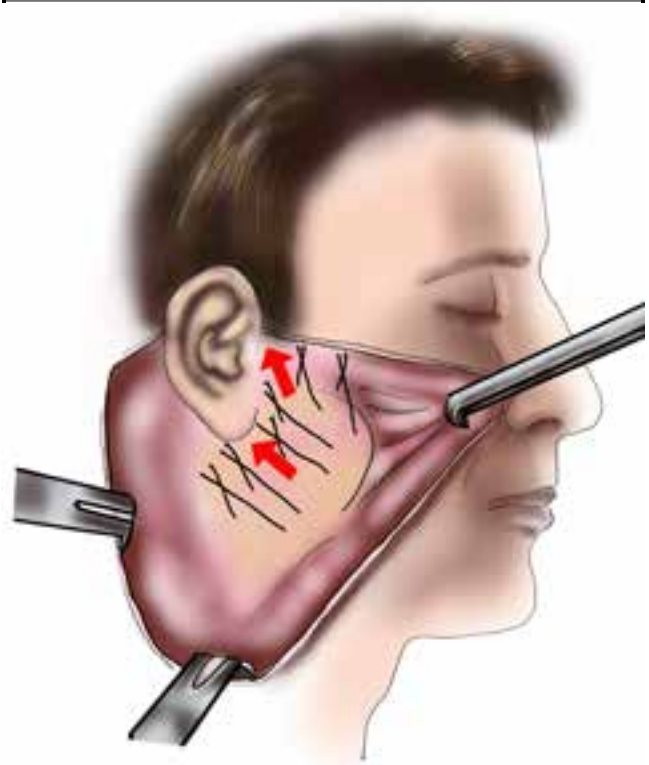
Yeterli genişlikte subkutan diseksiyonu takiben SMAS'e müdahale yapılır. SMAS'e uygulanan çekme işlemi, güç ve desteği daha derindeki yapılara ve dokulara transfer eder, cilt fazlalığı gerilim uygulanmadan rezeke edilir. SMAS'ın gerilmesi birkaç değişik yöntem ile yapılabilir.

• SMAS Plikasyon

Plikasyon tekniklerinde SMAS tabakasına direkt kesi veya elevasyon yapılmaz. SMAS fasyası kendi üzerine yaşlanma vektörlerinin tersi yönünde (superiora ve parsiyel olarak posteriora doğru) kendi üzerine katlanarak sütürler ile tespit edilir (Şekil 34). SMAS plikasyonunda SMAS'a insizyon veya diseksiyon yapılmaz, kısa sürede uygulanabilir; potansiyel riskleri daha azdır, ancak her hastada optimal sonuç vermeyebilir.

• SMAS İmbrikasyon

İmbrikasyon tekniklerinde SMAS'e direkt insizyon ve rezeksiyon yapılır. İnsizyon ve rezeksiyonun SMAS'ın



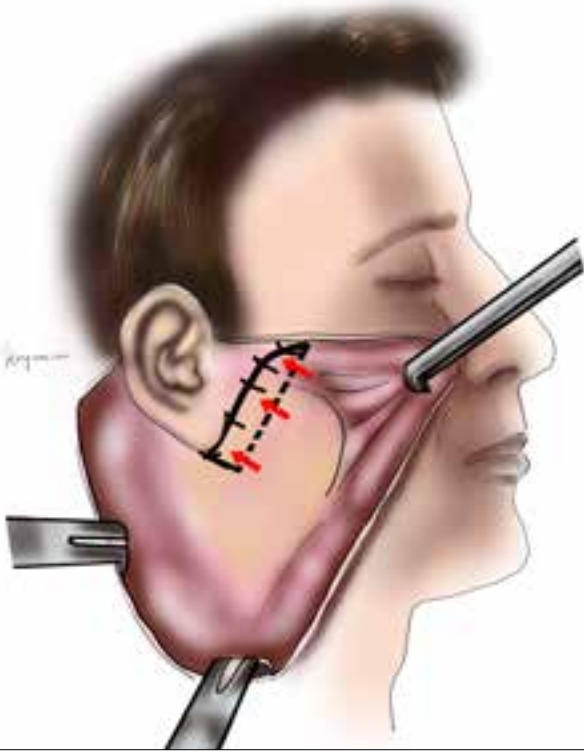
Şekil 34. SMAS plikasyon

değişik bölgelerine yapıldığı teknikler tarif edilmiştir, ancak genellikle tragusun önünden kulak lobülünün altına doğru uzanan bölgeye yapılır. Kesilen fasya uçları anteriorda kalan parçaya sınırlı subSMAS diseksiyon yapıp, yaşlanma vektörlerinin tersi yönünde çekilerek dikişlerle yeniden birleştirilir (Şekil 35). Plikasyon yöntemlerine göre daha etkili sonuçlar alınabilir.

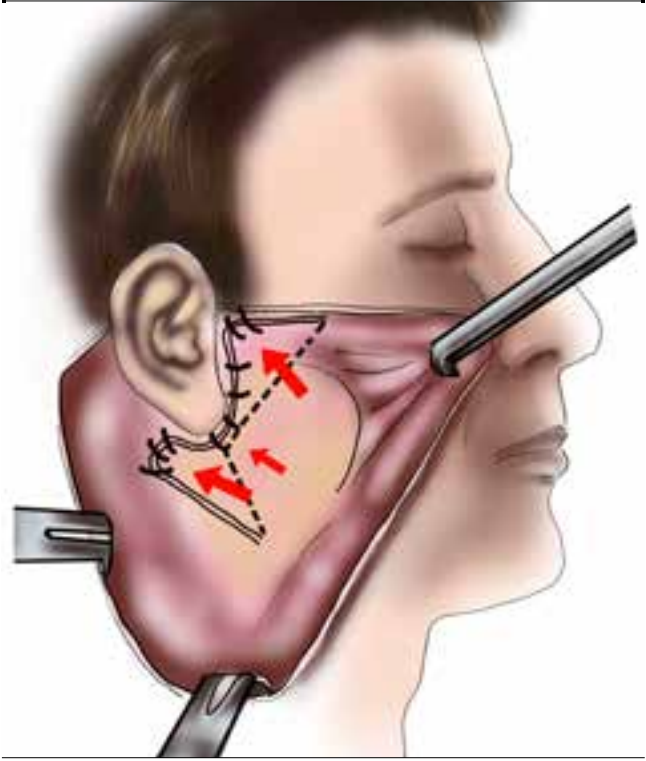
• Genişletilmiş Sub-SMAS

Bu teknikte üstte bahsedilen tekniklerden farklı olarak derin plan yüz germedeki diseksiyona benzer şekilde geniş bir alanda subSMAS diseksiyon yapılarak platisma ve malar yağ pedi serbestleştirilir, zigomatikokutanöz ve masseteriko kutanöz ligamentler ayrılır. Malar yağ pedinin serbestleştirilmiş olması nedeniyle, sınırlı SMAS çekme ameliyatlarına oranla daha yumuşak bir nasolabial katlantı elde edilir.

SMAS tabakasına fasiyal sinirin temporal dalının anteriorunda kalınacak şekilde insizyon yapılır. Fasiyal sinirin frontal dalının izlediği yol, lobülün inferior sınırından başlayıp tragus ile lateral kantus arasındaki hattın orta noktasına kadar uzayacak şekilde, Pitanguy hattı boyunca işaretlenir. Bu çizginin 2 cm kadar anterioruna paralel olarak çizilen ikinci bir çizgi,



Şekil 35. SMAS imbrikasyon



Şekil 36. Genişletilmiş subSMAS

SMAS'a girilecek olan hattı belirler. SMAS insizyonu lobulusun önünden aşağı doğru döndürülerek angulus mandibulanın 3 cm inferioruna kadar uzatılır. Boyunda sub-SMAS diseksiyon angulus mandibulanın yaklaşık olarak 3 cm inferioru ve medialine kadar ilerletilir. Yüzde Sub-SMAS diseksiyon zigomatikus majör kasının kenarına kadar yapılır. Orbikularis okuli kasına ulaşıncaya kadar aşağıya doğru takip edilip zigomatikus majör kası tanınır. Diseksiyona bu noktadan sonra zigomatikus majör ve minör adelelerinin üzerinden aşağıya doğru devam edilir. Malar yağ pedi zigomatik adalelerin üzerinden diseke edilerek serbestleştirilir. Subplatismal (sub-SMAS) flep yukarı doğru elev edilip, modiolus intakt bırakılacak şekilde iki plan birleştirilir. Derin plan yüz germeden farklı olarak daha geniş cilt diseksiyonu yapılmış olduğundan cilt ve SMAS (platisma ve malar yağ pedi) ayrı ayrı SMAS daha çok superiora, daha az posteriora (Şekil 36); cilt daha çok posteriora, daha az superiora çekilerek, daha doğal bir kapanma sağlanabilir.

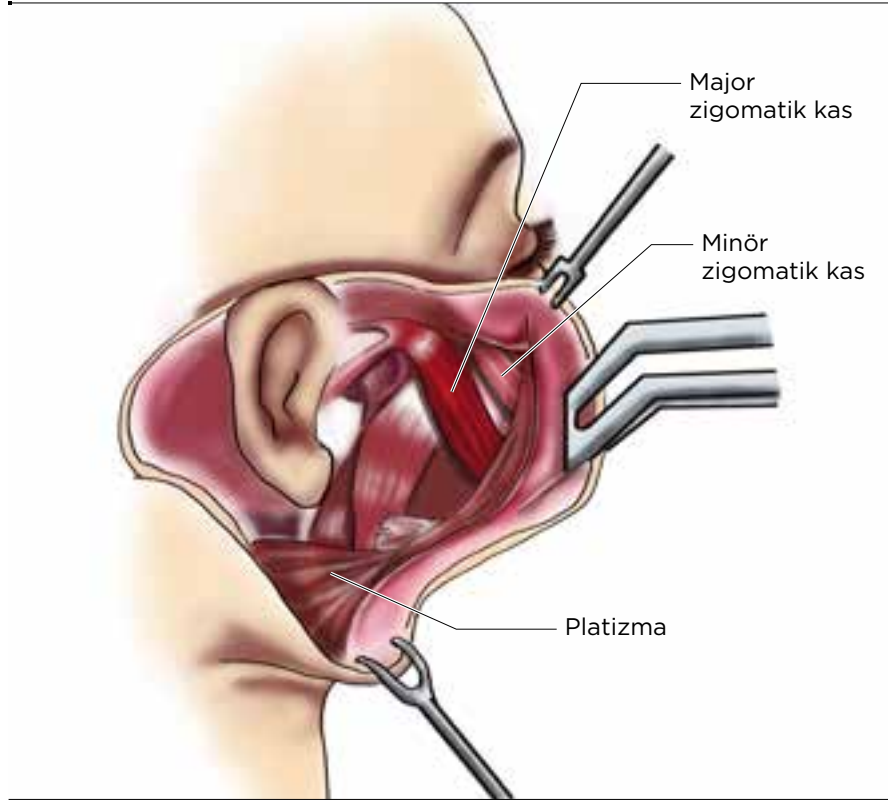
Derin Plan Yüz Germe

Derin plan germede, SMAS ameliyatından farklı olarak subkutan diseksiyon çok daha küçük bölgede,

SMAS'a insizyon yapılacak olan bölgeye kadar yapılır, cilt ve SMAS tek bir ünite olarak çekilir. Kalın ve vasküler flep beslenme problemi yaşayabilecek özellikle sigara içen hastalarda avantajlıdır. Klasik tanımda boyunda subSMAS elevasyonu yapılmaz, mandibula inferiorunda subkutan elevasyon yapılır. Derin plan yüz germede fasiyal sinirin temporal dalını takip eden hattın 2 cm kadar anteriorunda SMAS'e insizyon yapılarak sub-SMAS diseksiyona geçilir. Bu aşamadan sonra genişletilmiş sub-SMAS'ta anlatıldığı gibi zigomatikus majör kasına kadar sub-SMAS diseksiyon yapılır, zigomatik major-minör kaslarının yüzeyinden diseksiyona devam edilerek malar yağ pedi serbestleştirilir (Şekil 37). Malar yağ pedinin çekilmesi, yumuşak bir nasolabial katlantı elde edilmesini sağlar.

Kapatma

Dren yerleştirilmesini takiben SMAS flebi yukarıya ve posteriora doğru vektörle çekilerek dikişlerle heliks kökünün anterioruna, tragusun önüne, lobulus önüne ve mastoid tipe dikilir. Oksipital bölgenin saçlı derisi superiora doğru döndürülerek fazla deri alınır ve stapler ile kapatılır. Preauriküler ve postauriküler fazlalıklar alınır ve cilt gergin olmayacak şekilde kapatılır.



Şekil 37. Derin plan yüz germede flep elevasyonu sonrası görüntü

lır. Fleplerde beslenme bozukluğu yaratmayacak şekilde baskılı pansuman yapılır.

Komplikasyonlar

Hematom

En sık görülen komplikasyondur. Ani başlangıçlı ağrı, şişlik ve ekimozlar büyüyen hematoma belirtleridir. Küçük hematomlar 14-gauge iğneli bir enjektörle çekilerek drene edilebilir, ancak doğru tedavi edilmiş majör hematomlar cilt beslenmesini bozarak flep nekrozuna yol açabilir. Bu nedenle büyüyen hematomların erken fark edilerek tedavi edilmeleri önemlidir. Uygun yaklaşım, dikişlerin alınarak hematoma boşaltılması ve kanama kontrolü yapılmasıdır.

İnfeksiyon

Yüz ve boynun mükemmel kanlanması nedeniyle enfeksiyon insidansı düşüktür. Ağrı, şişlik, lokalize eritem ve ateş ile karakterizedir. Genellikle bakteri üremesi için çok uygun bir kültür ortamı olan hematoma oluşumu ile birlikte görülür. Tedavide kültür alınarak antistafilokokal etkinliği olan geniş spektrumlu antibiyotikler başlanır.

Sinir Yaralanmaları

Greater aurikuler sinir, yüz germe ameliyatları sırasında en sık zedelenen sinirdir. Postauriküler bölgede subkutikuler diseksiyon yapılırken SCM kasının ve greater aurikuler sinirin zedelenmemesi için cilt flebinin ince tutulmasıyla engellenebilir.

Fasial motor sinir yaralanma insidansı %0 ile %3.3 arasında değişir. Genelde ilk 6 ay içerisinde düzelir, kalıcı hasar çok daha nadirdir. Yüz germe sırasında fasial sinirin yaralanma sebepleri sıklıkla, sinire yakın bölgede elektrokoter kullanılması, künt diseksiyonlar sırasında nöropraksi, planlar arasında agresif liposuction yapılması ve agresif subSMAS elevasyonu sırasında sinirin parsiyel veya tam kesilmesidir. Fasial sinirin yerleşiminin kesin olarak bilinmesi, diseksiyon sırasında korunabilmesi için şarttır. En sık yaralanan dallar temporal ve marjinal mandibular dallardır. Temporal dal yaralanması cilt flebi kaldırılırken subkutan planda kalınarak, orta yüz germede zigomatik ark seviyesinde subperiostal planda çalışılarak ve SMAS elevasyonu sırasında zigomanın inferiorunda kalınarak önlenir. Marjinal mandibular dalın yaralanmaya en açık olduğu yer mandibula orta kısmının 1-2

cm inferiorunda seyrettiği bölümdür. İnce platisması olan hastalar makas diseksiyonu veya suction kanülü uygulanması sırasında yaralanmaya maruz kalabilir. Mandibula altındaki SMAS elevasyonu, direkt görüş altında ve künt diseksiyon ile yapılmalıdır. Derin plan yüz germe ve genişletilmiş subSMAS ameliyatlarında ise çoğunlukla geçici olmak üzere bukkal dal yaralanmalarıyla karşılaşılabilir.

Hipertrofik Skar Oluşumu

Flep kapanması sırasında cilde aşırı gerilim uygulanması, hipertrofik skar oluşumu ile sonuçlanabilir. Aralıklı intralezyonel steroid injeksiyonu faydalı olabilir.

Kulak Lobülü Deformitesi

Kulak lobülü kapatma sırasında yerine düzgün şekilde sabitlenmezse, iyileşme dönemi içinde aşağıya doğru sarkarak şeytan kulağı deformitesine neden olabilir. Düzeltilmesi için postoperatif 6 ay beklenmelidir.

Hipoestezi, parestezi: Genellikle geçici olup 6 ay-1 sene içinde düzelir.

- İnsizyon Hattı Düzensizlikleri
- Parotis Hasarı
- Telenjektazi
- Hipertrikozis

OKUNMASI ÖNERİLEN KAYNAKLAR

- [1] **Sherris DA, Larrabee WF Jr.** Anatomic considerations in rhytidectomy. *Facial Plast Surg*, 1996; 12:215-22.
- [2] **Hamra ST.** Composite rhytidectomy. St. Louis, Missouri, Quality Medical Publishing, 1993.
- [3] **Barton FE.** The SMAS and the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg*, 1992; 89:1054-58.
- [4] **Perkins S, Dayan S.** Rhytidectomy. In Papel ID, ed. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery*, 2nd ed. New York: Thieme; 2002: 153-171.
- [5] **Baker DC, Conley J.** Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*, 1979; 64:781-795.
- [6] **Ivy EJ, Lorenc ZP, Aston SJ.** Is there a difference? A prospective study comparing lateral and standard SMAS facelifts with extended SMAS and composite rhytidectomies. *Plast Reconstr Surg*, 1996; 98:1135-42.
- [7] **Hızal E, Çakmak Ö.** Yüz germe. *Kulak Burun Boğaz Baş Boyun Cerrahisi'nde Güncel Yaklaşım*. 2008; 4: 36-44.
- [8] **Babakurban ST, Cakmak O, Kendir S, Elhan A, Quatela VC.** Temporal branches of the facial nerve and their relationships with the fascial layers. *Arch Facial Plastic Surg*, 2010; 12: 16-23.