

**Sınıf III Vakalarında Ortognatik Cerrahi (Vaka Raporu)**

Doç. Dr. Orhan GÜVEN\*

**ÖZET:** Azami bir ortodontik cerrahi düzeltmede planlama, dişsel olduğu kadar fasiyal tetkikleri de içermelidir. Dentofasiyal problemlerin planlanmasında altı husus önemlidir; maksilla-kranyum, mandibula-kranyum, maksilla-mandibula, maksillar dişler-maksilla, mandibular dişler-mandibula, maksillar dişler-mandibular dişler-maksillar dişler ilişkileri. Planlamada sefalometrik tetkik ve ortodontik model cerrahisinin bu ilişkileri ortaya koymada çok önemli rolü vardır. Bu makalede, daha önce yeterli bir planlama yapılmadan ameliyat edilmiş bir mandibular prognatizm vakasının ikinci bir ameliyatla düzeltilmesi takdim edilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Ortodontik cerrahi, mandibula, ostektomi

**SUMMARY:** ORTHOGNATIC SURGERY IN CLASS III CASES (CASE REPORT). If the maximum potential of surgical-orthodontic treatment is to be realised, treatment planning must include consideration of facial as well as dental relationships. It is no longer enough to manipulate dental casts only in planning surgical procedures on the jaws. Six major relationships must be evaluated in planning treatment for dentofacial problems: maxilla to cranium, mandible to cranium, maxilla to mandible, and maxillary teeth to maxilla, mandibular teeth to mandible, and maxillary teeth to mandibular teeth. Of these only the last can be seen on dental casts. Cephalometric analysis and orthognatic model surgery are necessary to evaluate other relationships. In this paper correction of mandibular prognathism operated without being planned previously has been presented.

**Key Words:** Orthognatic surgery, mandible, osteotomy

**GİRİŞ**

Gelişimini tamamlamış kişilerde dentofasiyal anomalilerin tedavisi oldukça komplike bir iştir. Bu düzeltme, dikkatli ve sistematik bir sefalometrik planlama ile oklüzal çalışmayı gerektirir (1,2,3). Tedavinin başarısı, iyi planlanmış bir cerrahi öncesi çalışma ki bu bazı hallerde defalarca tekrarı gerektiren preoperatif model cerrahisininide içerir, ayrıca dikkatli bir cerrahi uygulama ve postoperatif bakımı gerektirir (3,4,5).

Uzun yıllar dentofasiyal bozuklukların cerrahi tedavisi "çenedeki eğriliği veya çıkıklığı" düzeltmeye yönelik olmuş ve genellikle oklüzal ilişki ve uzun dönemde oluşması muhtemel TME problemleri üzerinde fazla durulmamıştır.

Bu makalede, sadece genioplasti uygulanarak düzeltilmeye çalışılmış bir Class III vakasının ikinci bir cerrahi müdahale ile tedavisi takdim edilecektir.

**VAKA RAPORU**

Kliniğimize başvuran 23 yaşındaki hanım hasta (D.Ç.) hikayesinde; alt çenesinin üst çenesine oranla daha büyük olduğunu, bu nedenle başvurduğu bir klinikde 8 ay önce alt çenesinin ön kısmından ameliyat geçirdiğini belirtmiştir. Bu ameliyata rağmen alt ön grup dişlerinin halâ önde olduğunu fark eden hasta, bu bozukluğun giderilmesini istemiştir.

Yapılan klinik radyolojik muayenede, hastaya mental bölgeden ekstraoral olarak müdahale edildiği, mental kemiğin guj ile alınmış olduğu fakat çenelerin halâ class III ve açık kapanış halini koruduğu tesbit edildi (Resim 1.2.3).

Gerekli sefalometrik tetkik ve ortognatik model cerrahisi tamamlandıktan sonra hastaya naso-trakeal anestezi altında korpus ostektomisi uygulandı.

\* A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı



Resim 1. Preoperatif Profil Görünümü



Resim 2. Preoperatif Oklüzyon



Resim 3. Preoperatif Sefalometri

#### BULGULAR

Hastanın preoperatif ve postoperatif iskeletsel-dişsel-yumuşak doku ölçümlerindeki farklılıklar tablo I'de sergilenmiştir.

#### TARTIŞMA

Ortodontik cerrahinin başarısı en önce iyi bir preoperatif planlama, nüks ve postoperatif çeşitli komplikasyonlara önceden hazırlıklı olmaya dayanır. Vakamıza daha önce ortognatik cerrahinin tüm preoperatif ve operatif kurallarından uzak olarak yapılan, çene ucunun çıkıklığını gidermeye yönelik cerrahi yaklaşım ikinci operasyonunda son derece güç duruma sokmuştur. Bunlardan birincisi, kurallara uygun olarak yapılacak ikinci operasyon için alınan sefalogramda çene ucu guj ile kaldırıldığı için ortodontik noktalar kaybolmuş, böylece preoperatif hesaplama ve ölçümler gerektiği kadar sıhhatli olmamıştır. Diğer önemli faktör anterior mental bölgenin büyük miktarda kortikal kemik kaybı nedeniyle ameliyat sonrası yaptığımız ostektomi sonrası anterior segmentin bundan önce yapılan benzer ostektomilerden (4,5) farklı olarak beslenmesi bozulmuş ve post operatif iyileşme son derece geç olmuştur.

Ameliyat öncesi  $-5^\circ$  olan (N-A-Pog) değeri,  $+7^\circ$ , SNB açısı  $83^\circ$  den  $78^\circ$  ye, ANB açısı  $-2^\circ$  den  $+3^\circ$ 'e değişim göstermiştir. Fonksiyonel oklüzal düzlem üzerinde A noktasından, B noktasına olan mesafe 17 mm. den 7 mm. kadar değişme göstermiştir. Kesiciler arası açı  $137^\circ$  den  $130^\circ$  ye inmiştir.

Ameliyat sonrası gerek iskeletsel ve dişsel, gerekse yumuşak dokularda oldukça önemli değişimler olmuştur (Resim 4.5.6.7).

#### TEŞEKKÜR

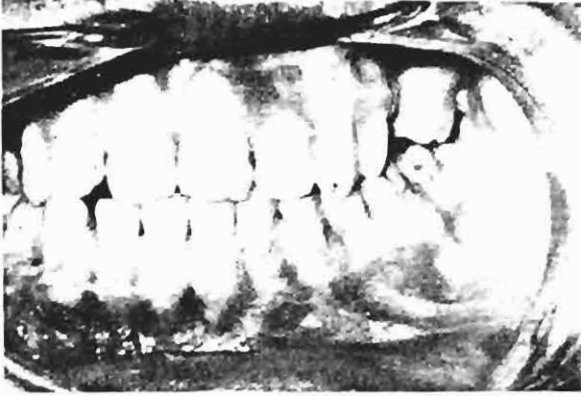
Preoperatif-postoperatif ortodontik değerlendirmelerde ve ortodontik model cerrahisi sırasında yardımlarını esirgemeyen sayın Doç. Dr. Ayhan Enacar'a teşekkürlerimi sunarım.



Resim 4. Preoperatif-Postoperatif Çakıştırma

Tablo I. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Farklılıklar

<u>SKELETAL MEASUREMENTS</u>	<u>Preop.</u>	<u>Postop.</u>
(Steiner/Downs)		
Facial Angle (N-Pog/FH)	96	90
Angle of Convexity (N-A-Pog)	-5	+7
SNA	81	81
SNB	83	78
ANB	-2	+3
Palatal plane/SN	10	10
Anatomic occl. plane/SN	26	26
GoGn/SN	30	27
Mandibular plane/FH	19	24
Y-Axis (SGn/FH)	54	57
(SGn/SN)	68	70
(ANS-Me/N-Me)	% 1.15	% 1.13
Wits Appraisal (A point to B point on functional occl. plane)	17 mm	7 mm
<u>DENTAL MEASUREMENTS</u>		
(Steiner/Downs/Williams)		
Upper incisor to SN	105	105
Upper incisor to NA	5 mm	5 mm
Upper incisor to NA	23	23
Lower incisor to NB	5 mm	5 mm
Lower incisor to NB	24	24
Pogonion to NB	0 mm	-1 mm
/I to NB: Pog to NB	5:0	5:-1
Lower inc. to mand. plane	89	89
Interincisal angle	137	130
Lower incisor to A-Pog	5 mm	5 mm
<u>SOFT TISSUE MEASUREMENTS</u>		
(Merrifield/Ricketts)		
Upper lip to E line	-9 mm	-5 mm
Lower lip to E line	-2 mm	-2 mm
Z-Angle (protrusive lipchin/FH)	82	76
Nasolabial angle	110	114
Mentolabial angle	163	143
<u>TWEED</u>		
FMA	19	24
IMPA	89	89
FMIA	72	67



Resim 5. Postoperatif Oklüzyon



Resim 6. Preoperatif-Postoperatif Sefalometri

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Bell, W.H': *Surgical correction of dentofacial deformities*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1985.
2. Enacar, A., Aytan, S., Yukay, F., Ciğer, S., Aksoy, A.Ü., Erverdi. N.: *Sınıf III maloklüzyonların*



Resim 7. Postoperatif Profil Görünümü

*cerrahi tedavisinde ortodontinin rolü.* H.Ü. Diş Hek. Fak. 2. Dişhekimliği Kongresi, Ankara, 1-4. Mayıs. 1986, Ankara.

3. Enacar, A., Aksoy, A.Ü.: *Ortognatik cerrahi uygulanmış sınıf III olgularda profil değişiklikleri.* Türk Ortodonti Dergisi, 1: 80-89, 1988.
4. Güven, O., Kişnişci.R': *Ortognatik cerrahide korpus osteotomisi.* Otorinolarenoloji ve Stomatoloji Dergisi, 1:95-98, 1987.
5. Güven, O., Özdiler, E.: *Mandibular prognatizmde anterior korpus ostektomisi.* Otorinolarenoloji ve Stomatoloji Dergisi (Baskıda).

*Yazışma Adresi: Doç Dr. Orhan GÜVEN*

*Ankara Üniversitesi*

*Dişhekimliği Fakültesi*

*Ağız, Diş ve Çene Hast. ve Cerrahisi*

*Anabilim Dalı*

*Beşevler/ANKARA*

Prot  
bir par  
yonun  
tarafın  
yılında  
gerekti  
sağlık,

\*  
\*\*  
\*\*\*  
\*\*\*\*