

Erişkin Tek taraflı dudak-damak yarıklı bir hastaya multidisipliner yaklaşım

A multidisciplinary approach of an adult with unilaterally cleft lip and palate

Doç. Dr. Neslihan ÜÇÜNCÜ *, Dr. Ayşe GÜLŞEN**, Doç. Dr. Emel YÜCEL-EROĞLU*

Özet: Bu makalede tek taraflı dudak-damak yarığına sahip yetişkin bir hastada yapılan ortodontik-ortognatik-protetik tedavi uygulamaları sunulmuştur. Olguya tedavi başında mevcut olan sınıf III ilişki, negatif overjet, diş dizilim bozuklukları için ortodontik tedavi, mandibular gelişim fazlalığı, maksiller yetersizlik ve konkav profil için ortognatik yaklaşımlar, diş dizisindeki eksiklikler ve vakanın daimi retansiyonu için protetik yaklaşımlar uygulanmıştır. Sonuçta uzun dönemde multidisipliner yaklaşımlarla yeterli bir okluzyon ve fasial görünümde iyi bir estetik sonuç elde edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Erişkin dudak-damak yarıklı hasta, multidisipliner tedavi

Summary: In this article, some orthodontic-orthognathic-prosthetic treatment applications for a adult patient with unilateral cleft lip and palate were reported. The class III relationship, the negative overjet and the dental malalignment which existed before the treatment was treated by orthodontic treatment. Orthognathic approaches were applied to treat the mandibular protrusion, maxillary retrusion and concave profile. Prosthetic treatment methods were used for the spaces in the dental arc and retention. After the treatment, it was observed that the multidisciplinary approach that was applied to the adult patient resulted in a good occlusion and the facial aesthetic was satisfactory.

Key words: Adult cleft lip and palate patient, Multidisciplinary approach.

Giriş

Dudak-damak yarıklığı dişsel olarak rotasyonlar, yer darlığı, çapraz kapanış ve özellikle yarık hattındaki dişlerin gömülü kalması gibi problemlerin yanı sıra, çeşitli şiddetlerde ve yönlerde olabilen iskeletsel displazilerin eşlik edebildiği konjenital bozukluklardandır. Bu vakalardaki malokluzyon, primer anomali olan yarığın sonucu olarak veya yarığın cerrahi düzeltimine bağlı olarak oluşan etkilere ikincil bir yanıt olarak ya da her ikisinin bir sonucu olarak gelişebilir. Ayrıca, stomatognatik sistem fonksiyonlarında bozulmada, örneğin ağızdan solunum, mevcut malokluzyonun şiddetlenmesine katkıda bulunabilir. Bu olguların ideal tedavisi ise bir çok uzmanın birlikte çalışmasını içeren multidisipliner yaklaşımla mümkündür (1)

Dudak-damak yarığı vakalarında sagittal yönde iskeletsel problemler sıklıkla üst çene yetersizliği ve alt çene yetersizliği ve/veya geri konumlanması, veya üst çene yetersizliği ile alt çene ileriliğinin kombinasyonu şeklinde kendini gösterebilir. Ayrıca, transversal ve vertikal yönlerde de çeşitli şiddette iskeletsel problemler eşlik edebilir.

Dudak-damak yarığı olgularının ortodontik müdahalesi doğumdan hemen sonra başlar ve büyümenin çeşitli evrelerinin bir veya birkaçında karşımıza çıkabilir. Tedavinin başarısı, hastanın multidisipliner yaklaşım ile doğumdan itibaren takibine ve bir bütün olarak problemin dişsel, iskeletsel ve yumuşak doku komponentlerini iyi anlamaya bağlıdır. Hastanın genotipi iyi ise ve büyüme

potansiyeli iatrojenik olarak engellenmemişse tedavi kolaydır ve uyumlu yüz balansı ile yeterli diş-iskeletsel ilişki elde edilebilir (2).

İskeletsel uyumsuzlukların düzeltilmesi büyüme ve gelişim döneminde büyümenin yönlendirilmesini sağlayan maksillomandibular ortopedik yöntemler ile sağlanabilirken, büyüme potansiyelinin azaldığı veya bittiği dönemde iyi bir fasial estetik, okluzyon ve fonksiyon ile stabilitenin sağlanması sadece ortodonti ve ortognatik cerrahi kombinasyonu ile mümkündür.

Bu olgu sunumunda sol tek taraflı dudak-damak yarıklı ve iskeletsel sınıf 3 displaziye sahip bir kız bireye uygulanan multidisipliner yaklaşım anlatılacaktır.

Olgu

Tedavi başında 23 yaşında olan kız hastadan alınan anamnezde erken maksiller ortopedinin uygulanmadığı, dudağın doğumdan yaklaşık 6 ay ve damağın ise yaklaşık 18 ay sonra ameliyat edildiği öğrenildi.

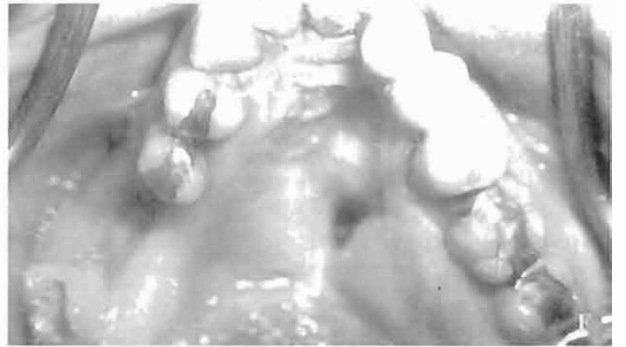
Tanı ve Tedavi Planlaması:

Hastanın klinik olarak yapılan ağız dışı muayenesinde (Resim 1a-b):

- Üst dudağın sol üst kısmında skar dokusu,
- Burun kanatları bölgesinde asimetri,
- Fossa kaninalar bölgesinde çöküklük,
- Konkav profil ve alt-üst dudak arasında negatif ilişki saptandı.

Yapılan ağız içi muayenede (Resim 1c-g):

* Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti A.B. D.
** Serbest Ortodontist



Resim 1A-G: Vakanın ortodontik tedavi öncesi ağız dışı ve ağız içi görüntüleri

- Angle III. Sınıf malokluzyon,
- Şiddetli ön ve arka çapraz kapanış,
- Üst orta hatta sola yaklaşık 5mm deviasyon,
- Sağ üst segmentte 1. ve 2. molar dişlerin, sol üst segmentte santral, lateral, kanin ve premolar dişlerin ve sağ alt segmentte 1. molar dişin eksik oldukları,
- Sağ üst santral ile sol üst 2. premolar dişler arası sağlıklı olmayan bir köprü olduğu,
- Üst damağın sol orta bölgesinde oronazal fistül ve damakta skar dokusu olduğu,
- Alt diş arkında sol 2. premolar ve sağ santral dişler bölgesinde dizilim bozukluğu olduğu saptandı.

Hastadan alınan lateral sefalometrik filmler üzerinde yapılan ölçümlere ilişkin değerler Tablo 1'de görülmektedir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda hastanın fasial retrognatizme ek olarak; hem üst çene gelişim yetersizliğinden hem de alt çene gelişim fazlalığından kaynaklanan [(Burlington Ortodontik Araştırma Merkezi Standartlarına göre (3))] iskeletsel 3. sınıf displaziye sahip olduğu ve dik yön boyutlarının artmış olduğu saptandı. Anterior kranial kaideye göre üst keserin ve mandibular düzleme göre alt keserin konumlarının retrüziv oldukları bulundu (Tablo 1).

Hastaya ilişkin tüm verilerin değerlendirilmesi sonucunda kombine ortodontik-ortognatik cerrahi tedavi uygulanmasına karar verildi. İdeal bir estetik, iyi bir okluzyon, fonksiyon ve stabilite elde edebilmek için, öncelikle ortodontik tedavi uygulanarak dentisyonda dekompanzasyonun, dizilimin, seviyelenmenin ve olabildiğince dental arklar arası koordinasyonun sağlanması gerektiği sonucuna varıldı. Daha sonra da üst çenede LeFort



Resim 2: Olgunun mevcut uygulamalarının çıkarılması ve köprü ayağı dişlerin kronlanmasından sonraki ağız içi önden görünümü

I ve alt çenede sagittal splint osteotomileri uygulanarak; iki çene cerrahisi ile iskeletsel displazinin düzeltilmesi planlandı. En son olarak da eksik dişlerin protetik tedavisinin yapılması düşünüldü.

Multidisipliner Tedavi Aşamaları:

A) Dişlerin Ortodontik Tedaviye Hazırlanması: Ortognatik cerrahi öncesi hastanın mevcut köprüsü sökülüldü ve köprü ayakları geçici olarak kronlandı (Resim 2).

B) Dentisyonun Cerrahiye Hazırlanması: Mevcut olan alt ve üst dişler braketlendi. Alınan teşhis modelleri değerlendirildiğinde sagittal yönde normal okluzyon sağlandığında transversal olarak üst molar bölgede genişletme gerekmediği, fakat üst interkanin genişliğinin yetersiz olduğu saptandı. Bu nedenle üst 3. molar dişler transpa-

Tablo 1: Hastaya ilişkin sefalometrik değerler

Parametreler	Tedavi Öncesi (I)	Ortognatik Cerrahi Öncesi (II)	Ortognatik Cerrahi Sonrası* (III)	Tedavi Sonu (IV)	Tedaviden 6 Ay Sonra (V)
1. SNA	(°)	70.0	69.5	76.0	75.0
2. SNB	(°)	73.0	73.0	68.0	69.5
3. ANB	(°)	-3.0	-3.5	8.0	5.5
4. Co-A	(mm)	84.5	84.0	90.0	89.0
5. Co-Gn	(mm)	129.0	129.0	120.0	122.0
6. y-A	(mm)	44.5	44.0	52.0	51.0
7. y-B	(mm)	39.5	39.5	27.5	31.5
8. GoGnSN	(°)	45.0	45.0	51.0	50.5
9. ArGoGn	(°)	133.0	132.0	134.0	138.0
10. ANS-Mc	(mm)	82.0	82.0	85.0	81.0
11. S-Go	(mm)	85.0	85.0	82.0	79.0
12. N-ANS	(mm)	65.0	65.0	64.0	65.0
13. ANS-Gn	(mm)	80.0	80.0	83.0	79.0
14. N-Me	(mm)	147.0	147.0	149.0	146.0
15. Jarabak	(%)	57.8	57.8	55.0	53.5
16. SN-U1	(°)	91.0	76.0	72.0	77.0
17. IMPA	(°)	78.0	82.0	82.0	80.0
18. Overjet	(mm)	-3.5	-10.0	3.0	1.5
19. Overbite	(mm)	2.0	1.0	0.25	2.0
20. y- üst dudak	(mm)	59.0	57.5	63.0	61.0
21. y- alt dudak	(mm)	62.0	63.5	59.5	57.0
22. y- burun ucu	(mm)	84.0	84.0	85.5	86.0
23. Nazolabial aç	(°)	96.0	92.0	102.0	95.0

* Lateral sefalometrik film alınırken cerrahi splint ağızdadır. Bu film cerrahi operasyondan 3 hafta sonra alınmıştır.



Resim 3 A-E: Operasyon öncesi ortodontik tedavi sonu ağız dışı ve ağız içi görüntüleri

latal arka birleştirildi ve üst interkanin genişlik ark telleri ile genişletildi. Alt ve üst dişlerin dizilimleri ile seviyelenmeleri ve interark koordinasyonu olabildiğince sağlandıktan sonra cerrahi arklar takıldı. Resim 3 a-f'de olguya ilişkin cerrahi öncesi ağız dışı ve içi fotoğraflar ve sefalometrik filmi izlenmektedir. Ameliyat sırasında ve sonrasında damak yarığının ayırdığı üst sağ ve sol segmentlerin stabilitesini arttırmak amacıyla temel arkın üstünden seyreden ve headgear tüplerinde sonlanan bir milimetre çaplı yuvarlak çelik telden bükülen pasif bukcal ark bağlandı. Bu aşamada yapılan sefalometrik değerlendirme ve tahmin sonucunda üst çenenin LeFort I osteotomisi ile 8 milimetre öne, alt çenenin ise sagittal splint osteotomisi ile 7 milimetre geriye hareketini sağlayacak şekilde iki çene cerrahisi uygulanmasına karar verildi. Özellikle üst dudak ile üst keser görünüm miktarının iyi olması nedeniyle LeFort I osteotomi ile üst çenede vertikal yönde herhangi bir değişim planlanmamıştır. Dik yönde alt yüz yüksekliğindeki fazlalığın ikinci bir genioplasti ameliyatı ile azaltılması ve çene ucunun biraz ileri ve öne alınması planlandı. En son olarak rinoplasti ile burundaki deviasyonun ve kozmetik bozukluğun giderilmesi hedeflendi. Üst model yüz arki ile ya-

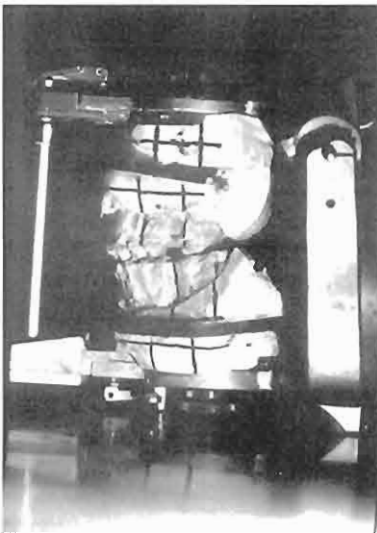
rı ayarlanabilir artikülatöre aktarıldı ve sentik ilişki kaydı aracılığı ile de alt model artikülatöre taşındı. Sefalometrik öngörü değerlerine göre model cerrahisi yapıldı (Resim 4) ve iki ayrı cerrahi splint hazırlandı. Birinci splint yalnızca cerrahi sırasında üst çeneyi alt çeneye göre cerrahların konumlandırmasında kullanılırken, ikinci splint cerrahi ile gerçekleştirilen tüm hareketleri gösterir ve cerrahi sonrası belli bir süre ağızda bırakılır.

C) Ortognatik Cerrahi: Nasal entübasyonu mümkün olmayan hastaya trakeotomi yapılarak uygulanan genel anestezi altında önce LeFort I ve sonra sagittal splint osteotomileri uygulandı. Üst çenede plak osteosentezi, alt çenede tel osteosentezi kullanıldı (Resim 5a). Akrilik cerrahi splint arada olacak şekilde alt ve üst arklara uygulanan çengellerden ligatür teli ile bağlanarak sağlanan ve desteği akrilik splint aracılığıyla dişler ve kısmen çene kemiklerinden alarak relapsa karşı koyan "klasik bimaksiller" fiksasyon yapıldı. Ancak, özellikle bimaksiller fiksasyon döneminde olduğu bildirilen cerrahi sonrası relaps eğiliminin (4, 5) üst dudaktaki skar dokusu nedeniyle bu vakada daha fazla olması beklendiğinden; klasik bimaksiller fiksasyon yönteminin yetersiz kalabi-



Resim 3f: Operasyon öncesi olgunun sefalometrik görünümü

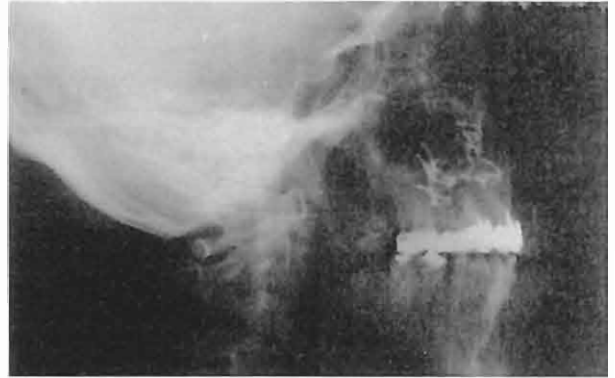
leceği düşünüldü. Bu nedenle, bu vakada iskeletsel ankracı arttırmak (6) amacıyla Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalında geliştirilen yeni bir yöntem gereği hastaya cerrahi sırasında dört tane transmukosal mini vida uygulandı. Cerrahi sonrası relaps eğilimini azaltmak amacı ile geliştirilen bu yöntem üzerindeki çalışmalar aynı klinikte halen devam etmektedir. Cerrahi sonrası relapsa neden olan bileşke kuvvet vektörünün yönünün tam tersi yönde elastik takıldığında direncin artırılmasını mümkün kılacak şekilde, komşu dişlerin köklerine zarar vermeyeceği ve olabildiğince yoğun kemik bölgeler seçilerek transmukosal vidalar yerleştirilmesine karar verildi. Bu nedenle, bu vakada üst çenede olabildiğince posterior ve süperior bölgeye; üçüncü molarların mezialinde ve fonksiyonlar sırasında yaralanmaya neden olmaması için vestibular sulkusun en derin yerinin biraz altındaki bölgeye sağ ve sol taraflara birer tane olmak üzere toplam iki tane vida uygulandı (Resim 5b). Alt çenede ise yanlarda olacak şekilde olabildiğince en anterior bölgeye; sağda kanin



Resim 4: Operasyon öncesi model set-up

distaline ve solda kanin mezialine gelecek şekilde toplam iki vida yerleştirdi. Alt ve üst transmukozal mini vidalar her bir yanda ayrı ayrı birbirlerine ligatür teli ile sıkıca bağlandı. Bu şekilde akrilik splint-diş-kemik destekli klasik intermaksiller fiksasyonun relapsa direnme gücünün geliştirilen bu vida-kemik yöntemi ile arttırılacağı düşünüldü. Operasyon sonrası 8. haftada intermaksiller fiksasyon açıldı. Bu dönemde, fonksiyonel matriksin deforme edici etkilerini nötralize etmek amacı ile bir süre dental arklardan hafif kuvvette sınıf üç elastikler kullanıldı. Ancak, aynı dönemde relaps eğilimi baş gösterdiğinden transmukozal mini vidalardan sınıf üç elastikler uygulanmaya başlandı ve üst dental arka daralma oluşmaması için verenli akrilik plak takıldı.

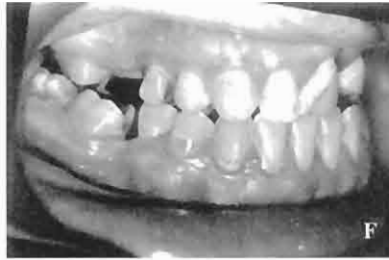
Hastanın aktif tedavi süresi ameliyattan önce 22 ay olup, ameliyattan 6 ay sonra braketter sökülerek (Resim 6a-g) alt dental arka vestibülde akrilik destekli hawley apareyi ve üst dental arka damak fistülünün kapatılması için düşünülen ikinci operasyondan hemen sonra da kullanılabilecek şekilde planlanan döküm plak takıldı (Resim 7a-b). Bunu takiben damak fistülü (Resim 7c) ve rinoplasti operasyonları (Resim 8a-c) yapıldı. Genioplasti operasyonu hasta istemediği için uygulanmadı. Bu operasyonlardan 2 ay kadar sonra üst arka ful protetik restorasyon yapıldı (Resim 9 a-h).



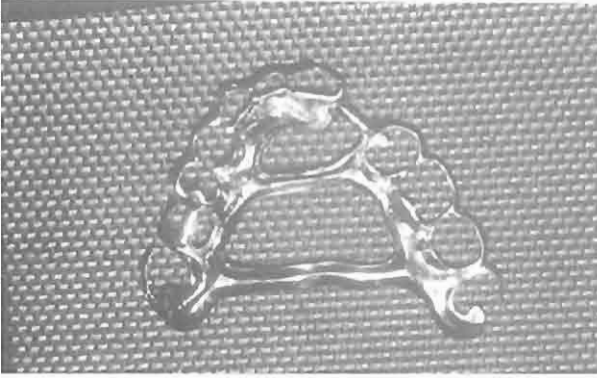
Resim 5a: Operasyon sonrası olgunun sefalometrik görünümü



Resim 5b: Operasyondan hemen sonraki ağız içi görünüm



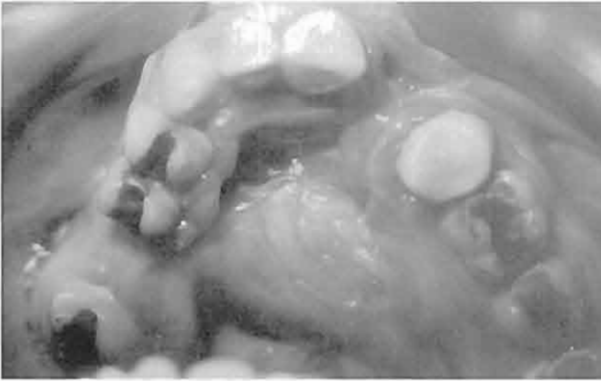
Resim 6 A-G: Olgunun operasyon sonrası braketer söküldükten sonra alınan ağızdışı ve ağız içi görüntüleri



Resim 7a: Üst çenede retansiyon amaçlı kullanılan döküm plak



Resim 7b: Alt çenede kullanılan vestibülünde akril destekli hawley plağı



Resim 7c: Oronazal fistül operasyonu sonrası üst çene görüntüsü

Multidisipliner Tedavinin Etkileri:

Tedavi öncesi, ortognatik cerrahi öncesi ve sonrası ile aktif tedavi sonu ve bundan 6 ay sonrasında pekiştirme dönemine ait değerler Tablo 1'de sunulmuştur. Referans düzlemleri olarak SBL (Stable Basicranial Line: T noktasından geçen ve ethmoid kemiğin lamina cribrosa'sına teğet olacak şekilde çizilen düzlem) (7) ve buna T noktasından dik olarak indirilen y doğrusu kullanılmıştır. Kullanılan referans düzlemleri ve sefalometrik parametreler Şekil.1'de, sefalometrik total çakıştırma sonuçları ise Şekil 2, 3 ve 4'de görülmektedir. Sefalometrik total çakıştırmalar aktif tedavi öncesi ile aktif tedavi sonu, ortognatik cerrahi sonrası ile aktif tedavi sonu ve aktif tedavi sonu ile pekiştirmenin 6. ayındaki dönemlerde yapılmış; total çakıştırmalar SBL doğrusu ve y eksenine göre yapılmıştır. Cerrahi ile elde edilen değişimlerin yüzdeleri ve cerrahi sonrası oluşan relapsa ilişkin yüzde değerleri Tablo II ve Tablo III'de sunulmuştur.

Aktif tedavi döneminde ortodontik tedavi ile ortognatik cerrahinin total etkileri değerlendirildiğinde (Tablo 1. I.- IV.safha) (Şekil 2.) ; SNA açısının 5 derece arttığı, SNB açısının 3.5 derece azaldığı ve ANB açısının 8.5 derece arttığı bulundu Maksiller uzunluk (Co-A) 4.5 mm artmış, mandibular uzunluk ise (Co-Gn) 7 mm azalmıştır. SN düzlemine sella tursicanın ön üst yüzeyinden inilen vertikal düzleme göre A noktası (y-A) 6.5 mm öne, B noktası (y-B) 8 mm arkaya hareket etmiştir. Ver-

tikal yönde ise GoGnSN açısı 5.5 derece artmış, gonial açı (ArGoGn) 5 derece artarken; alt yüz yüksekliği 1 mm, arka yüz yüksekliği (S-Go) 6 mm, Jarabak oranı % 3.8 ve total ön yüz yüksekliği (N-Me) ise 1mm azalmıştır. Overbite değişmemiş, overjet 5 mm artmıştır. Yumuşak doku ölçümleri sonucu üst dudak 2 mm ileri, alt dudak 5 mm geri, burun ucu 2 mm öne hareket etmiştir, nazolabial açı 1 derece azalmıştır.

Bimaksiller fiksasyon dönemini de kapsayan cerrahi sonrası ortodontik tedavi döneminde iskeletsel relaps ve buna bağlı olarak oluşan ve/veya oluşturulan dental relaps Tablo I ve III'de görülmektedir. Bu dönemde oluşan relaps miktarı pekiştirme dönemine göre daha fazla bulunmuştur (Tablo I ve III).

Tartışma

Dudak-damak yarığı olgularında üst çeneye yapılacak ilerletme operasyonunun gerek üst dudaktaki ve farengeal bölgedeki skar dokusunun etkisi ile güçleşmesi, gerek operasyon sonrası oluşabilecek velofarengeal yetmezliğin şiddetini arttırması gibi sınırlamalar, gerekse ilerletmenin fazla yapıldığı olgularda relapsın şiddetinin de fazla olması gibi nedenler sonucu (8) bu vakada çift çene cerrahisi planlandı .

Dudak-damak yarıklı hastalarda maksiller ilerletme cerrahisinin stabilitesi açısından Willmar (9), transversal yönde intermolar ve interkanin mesafelerde önemli bir relaps olmadığını, ortalama 4-6 mm'lik cerrahi maksiller ilerletmede bir yıl sonunda 1 mm (%17) lik horizontal yönde iskeletsel relaps olabileceğini bildirmiştir. Houston ve arkadaşları (10), LeFort I sonrası oluşan değişikliklerin cerrahi değişiklik miktarı ile ilgili olduğunu ve bu miktarın genelde az olduğunu bildirmişlerdir. Poulton ve Ware (4) sagittal split ramus osteotomisi uyguladıkları vakalarında %23-%76 iskeletsel relaps gözlemişler ve bu relapsın büyük bir kısmının cerrahiden sonraki ilk birkaç ay içinde oluştuğunu bildirmişlerdir. Schendel ve Epker (5)'de relapsın büyük bir kısmının cerrahiden hemen sonraki ilk 6-8 haftalık dönemde daha fazla olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu olguda relaps yüzdeleri incelendiğinde, relapsın büyük bölümünün cerrahi operasyondan sonraki ilk 6 aylık dönemde olduğu izlenmektedir (Tablo I ve III, Şekil 3). Sunulan bu olguda pe-



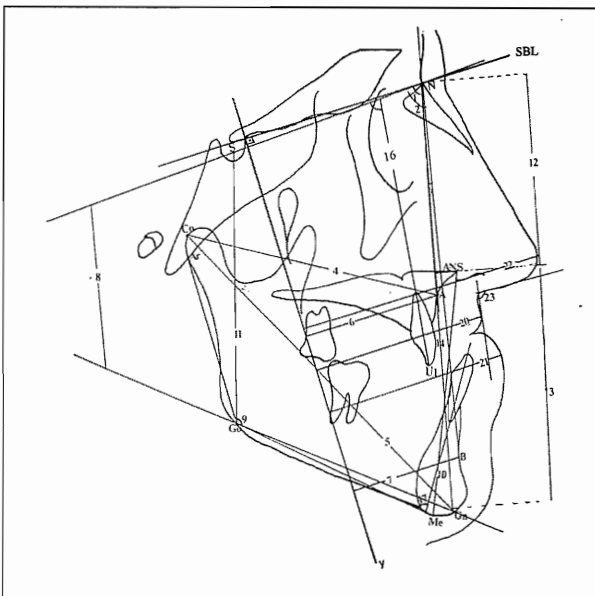
Resim 8 A-C: Olgunun Rnoplasti operasyonu sonrası ağız dışı görüntüleri

kişirme sonrası kayıtların değerlendirilmesinde alt ve üst çenede sagittal yönde görece az relaps olduğu bulunmuştur (Tablo III, Şekil 4). Üst dudaktaki skar dokusu, velofarengal bölgedeki skar dokusu ve anomalinin şiddetine rağmen relapsın klinik olarak üstesinden gelinmeyecek kadar fazla şiddette olmaması; üst çenede plak osteosentezinin kullanılmasına, sağ ve sol segmentler arasında köşeli arka ilaveten 1 mm çaplı kalın labial arkın kullanılmasına ve splint-diş-kemik destekli klasik intermaksiller fiksasyonun 8 hafta uygulanmasının yanı sıra, alt çene ile üst çene kemiklerinin arasında direkt bağlantı sağlayarak bir anlamda iskeletsel ankraji arttırmak amacı ile geliştirilen yeni yöntem gereği uygulanan transmukozal vidaların sınıf III elastik doğrultusunda teller ile bağlanmasına da bağlı olabilir. Ancak, klinik

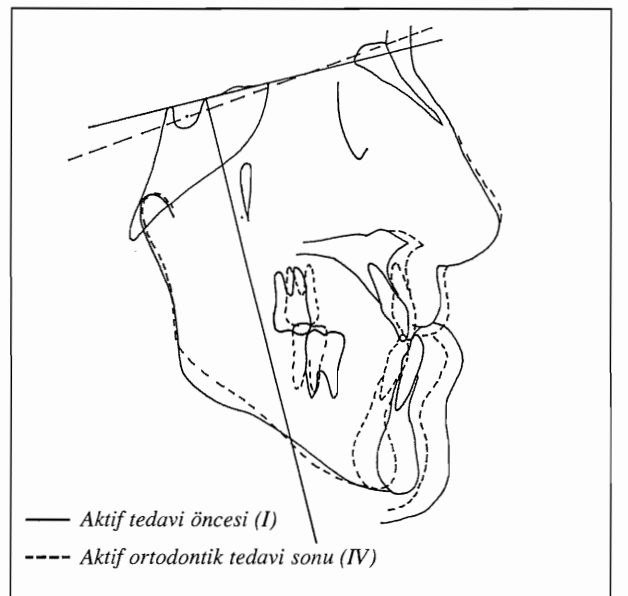
düzeyde başa çıkılmayacak kadar fazla şiddette relaps kendini göstermese de yine de beklenenin üzerindedir (Tablo I ve III).

Freihofer (11) tek taraflı dudak-damak yarıklı olgularda küçük segmentin vertikal ve transversal yönde retansiyonunun sağlanmasının daha zor olduğunu ve bu nedenle openbite oluşabileceğini bildirmiştir. Vakamızda openbite oluşmamış ve transversal yöndeki olası daralma, operasyon sonrası intermaksiller fiksasyon ve üst arktaki kalın labial arkın çıkarılmasından sonra verenli plak ile kontrol altına alınmıştır.

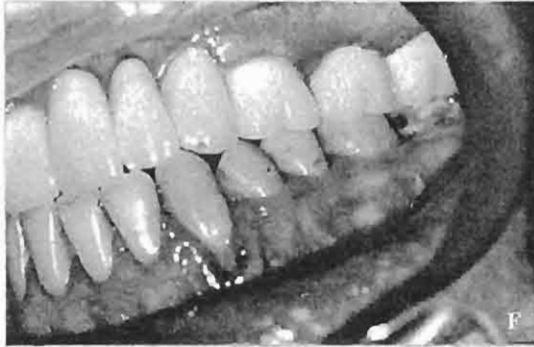
Maksilla ve mandibulanın uzaydaki hareketi profili etkiler. Freihofer (11,12) Le Fort I uyguladığı 25 dudak-damak yarıklı bireyde en az 6 aylık pekiştirme sonunda



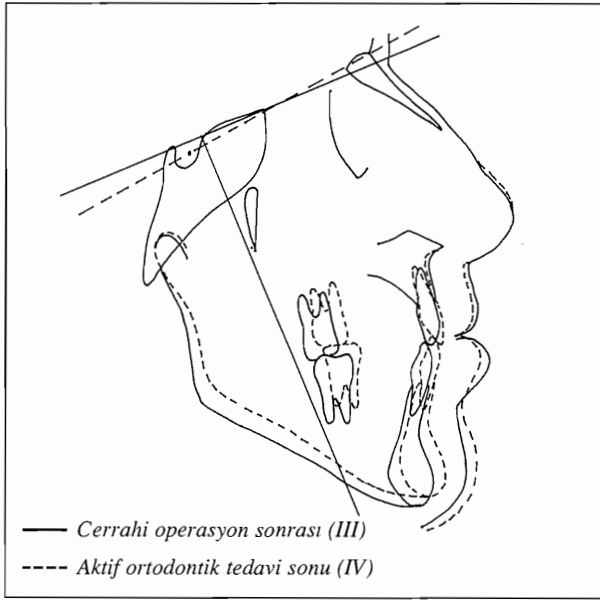
Şekil 1: Vakada kullanılan referans düzlemleri ve sefalometrik ölçümler



Şekil 2: Vakaya ilişkin aktif tedavi öncesi (I) ve aktif ortodontik tedavi sonu (IV) sefalometrik total çıkıştırma.



Resim 9 A-H: Olgunun protetik uygulama sonrası ağız dışı ve ağız içi görüntüleri

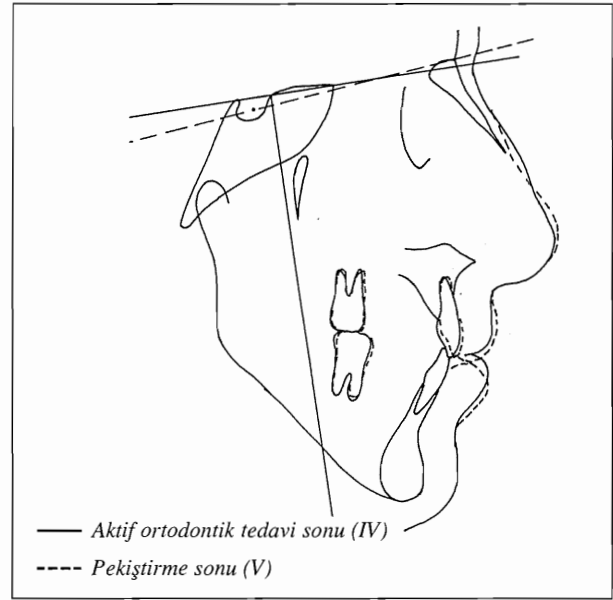


Şekil 3: Vakaya ilişkin cerrahi operasyon (III) ve aktif ortodontik tedavi sonu (IV) sefalometrik total çakıştırma

maksillanın ileri alınmasını takiben yumuşak doku cevabını incelemiş; burun ucunun maksiller hareketi 1:3 oranında, üst dudak tabanının maksiller hareketi ise 4:7 oranında takip ettiğini ileri sürmüştür. Bu olguda tedavi başıyla pekiştirme sonunda oluşan değişimler incelendiğinde A noktasında 8 mm.lik maksiller hareket planlanmasına karşın 5.5 mm.lik (y-A) hareket elde edilebilmiştir. 5.5 mm.lik maksiller ilerletme sonucunda burun ucu 3 mm, üst dudak ise 3 mm öne hareket etmiş ve oranlar 3:5.5 olarak yansımıştır. Yalnız bu olguda bu arada rinoplasti uygulandığı gözardı edilmemelidir

Tablo II: Cerrahi ile elde edilen değişimlerin yüzdeleri

Parametreler		Değişim Yüzdeleri (II –III) %
1. SNA	(°)	9.35
2. SNB	(°)	-6.85
3. ANB	(°)	-328.57
4. Co-A	(mm)	7.14
5. Co-Gn	(mm)	-6.98
6. y-A	(mm)	18.18
7. y-B	(mm)	-30.38
8. GoGnSN	(°)	13.33
9. ArGoGn	(°)	1.52
10. ANS-Me	(mm)	3.66
11. S-Go	(mm)	-3.53
12. N-ANS	(mm)	-1.54
13. ANS-Gn	(mm)	3.75
14. N-Me	(mm)	1.36
15. Jarabak	(%)	-4.84
16. SN-U1	(°)	-5.26
17. IMPA	(°)	0.00
18. Overjet	(mm)	-130.00
19. Overbite	(mm)	-100.00
20. y- üst dudak	(mm)	9.57
21. y- alt dudak	(mm)	-6.30
22. y- burun ucu	(mm)	1.79
23. Nazolabial açı	(°)	10.86



Şekil 4: Vakaya ilişkin aktif ortodontik tedavi sonu (IV) ve 6 aylık pekiştirme sonu (V) sefalometrik total çakıştırma

(Tablo I).

Relaps üst çeneye göre kendini alt çenede daha fazla göstermiştir (Tablo I ve III). Gonial açıda artış ve arka yüz yüksekliğinde azalma ile karakterize alt çenedeki relaps eğilimi belirgindir (Tablo I ve III). Bu büyük ölçüde alt çenede tel osteosentezi kullanılmasına bağlı olabilir. Bu olguda akrilik splint-diş-kemik destekli klasik intermaksiller fiksasyonun relapsa direnme gücü geliştirilen bu vida-kemik yöntemi ile beklendiği ölçüde arttırılamamıştır. Dentoalveolar yapılar oluşan iskeletsel relaps ölçüsünde kompanzasyon göstermeye zorlanmıştır ve kısmen de kompanzasyonu sağlanmıştır (Tablo I ve III).

Handerson ve Jackson (13) oronazal fistül, yarık dudak revizyonu gibi bozuklukları maksiller ilerletme operasyonu ile birlikte yapmayı, rinoplasti operasyonunu ise maksiller ilerletme operasyonundan en az 6 ay sonra yapılmasını önermişlerdir. Bu olguda oronazal fistül ve rinoplasti operasyonu LeFort I operasyonundan 6 ay sonra gerçekleştirilmiştir. Hastaya yapılan rinoplasti operasyonu ile burun-dudak-çene ucu ilişkisi daha olumlu olmuştur.

Dudak-damak yarıklı olgularda son cerrahi düzeltimi takiben tedavi sonuçlarının retansiyonu, eksik dişlerin tamamlanması, okluzyonun stabilizasyonu ve çiğneme fonksiyonu, yumuşak dokulara destek olarak estetik düzeltilmesi, artikülasyon ve fonasyona yardım, damaktaki ve alveoldeki defektin rekonstrüksiyonu amaçları ile protetik tedavi hedeflenir (14,15). Bu olguda oronazal fistülün cerrahi olarak kapatılması ve hastanın hareketli bir proteze isteksizliği gibi nedenlerle, estetik, daimi pekiştirme ve fonksiyon amaçlı olarak sabit protetik tedavi uygulandı.

Erişkin dudak-damak yarıklı bireylerde olası multidisipliner yaklaşımlara örnek verilen bu olguda; her dönem-

Tablo III: Cerrahi sonrası relaps yüzdeleri

Parametreler		Cerrahi Sonrası Aktif Tedavi Döneminde Relaps (III – IV) %	Pekiştirme Döneminde Relaps (IV-V) %
1. SNA	(°)	-1.32	0.00
2. SNB	(°)	2.21	0.00
3. ANB	(°)	-31.25	0.00
4. Co-A	(mm)	-1.11	0.00
5. Co-Gn	(mm)	1.67	0.00
6. y-A	(mm)	-1.92	0.00
7. y-B	(mm)	14.55	0.00
8. GoGnSN	(°)	-0.98	0.00
9. ArGoGn	(°)	2.99	0.00
10. ANS-Me	(mm)	-4.71	0.00
11. S-Go	(mm)	-3.66	0.00
12.N-ANS	(mm)	1.56	0.00
13. ANS-Gn	(mm)	-4.82	0.00
14. N-Me	(mm)	-2.01	0.00
15. Jarabak	(%)	-1.82	0.00
16. SN-UI	(°)	6.94	2.60
17. IMPA	(°)	-2.43	0.00
18. Overjet	(mm)	-50.00	66.67
19. Overbite	(mm)	700	-50.00
20. y- üst dudak	(mm)	-3.17	1.64
21. y- alt dudak	(mm)	-4.20	0.00
22. y- burun ucu	(mm)	0.58	1.16
23.Nazolabial açı	(°)	-6.86	12.63

de hastanın ve hekim grubunun özverili, titiz ve sabırlı bir şekilde çalışması ile iyi bir oklüzyon ve iyi bir fasyal estetik elde edilebileceği sunulmuştur.

Teşekkür

Bu vakanın cerrahi operasyon işlemlerini gerçekleştiren Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Estetik ve Plastik Cerrahisi Anabilim Dalı öğretim üyelerinden sayın Prof. Dr. Kenan Atabay ile ekibine ve vakanın protetik yaklaşımlarını gerçekleştiren Dt. Ayşim Şenol Özel'e teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. Marsh JL, Galic M. Maxillofacial osteotomies for patients with cleft lip and palate. Orthognathic in Plastic Surgery 16(4), 803-814, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1989.
2. Figueroa AA, Polley JW, Cohen M. Orthodontic management of the cleft lip and palate patient. Advances in management of cleft lip and palate. Clinics in Plastic Surgery 20 (4): 733-753, W.B Saunders Company, Philadelphia, 1993
3. McNamara J A, Brudon W L: Orthodontic and Orthopedic Treatment in the Mixed Dentition Needham Press, Third printing, s : 23-25, 1993.
4. Poulton D R, Ware D E: Surgical-orthodontic treatment of severe mandibular retrusion. Part I. Am J Orthod 59: 244-264, 1971.
5. Schendel S A, Epker B N: Results after mandibular advancement surgery: an analysis of 87 cases. J Oral Surg 38: 265-282, 1980.
6. Umemori M, Sugawara J, Mitani H, Nagasaka H, Kawamura H. Skeletal anchorage system for open-bite correction. Am J of Orthod and Dentofac Orthop 115:166-174,1998.
7. Viazis A D. The cranial base triangle. J. Clin Orthod Orthodontics. 25: 565-570, 1991.
8. Herber SC, Lehman JA. Orthognathic surgery in the cleft lip and palate patient. Advances in management of cleft lip and palate. Clinics in Plastic Surgery 20 (4): 755-768, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993
9. Willmar K. On Le Fort I osteotomy. Scand J Plast Reconstr Surg 12: 1-68, 1974
10. Houston WJB, James DR, Jones E, Kavvadia S. Le Fort I Maxillary osteotomies in cleft palate cases. Surgical changes and stability . J cranio-Max-Fac Surg 17: 9-15, 1989.
11. Frehofer HP. Changes in nasal profile after maxillary advancement in cleft and non-cleft patients. J Maxillofac Surg 5(1):20-27, 1977.
12. Frehofer HP . The lip profile after correction of retromaxillarisim in cleft and non-cleft patients. J Maxillofac Surg 4(3): 136-141, 1976.
13. Handerson D, Jackson IT. Combined cleft lip revision, anterior fistula closure and maxillary osteotomy: A one-stage procedure. Br j Oral Surg 13: 33-39, 1975
14. Ohyama T Prostodontic considerations for patients with cleft lip and palate . Int. Dent J. 36: 140-145, 1986
15. Wegscheider W, Bratschko R, Plischka G, Haas M, Permann R, Parshe E. The system of Prosthetic treatment for CLAP patients. J Cranio-Max-Fac Surg 17: 49-51, 1989.

Yazışma adresi:

Doç.Dr.Neslihan ÜÇÜNCÜ
Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ortodonti A.B.D.
8. Cad 06510 Emek -Ankara