



Dr. O. Güven

Mandibuler Prognatizmde Anterior Korpus Ostektomisi

Doç. Dr. Orhan GÜVEN*

Dr. Dt. Erhan ÖZDİLER**

ÖZET: Mandibular korpus ostektomisi, mandibuler prognatizm, Klas III açık kapanış ve ön çapraz kapanış vakalarında endikedir. Anterior ostektomi ise özellikle bazı mandibuler prognatizm ve arka grup dişlerin çapraz kapanışlı olmadığı Klas III maloklüzyonlarda endikedir. Bütün dento-fasiyal deformitelerin düzeltilmesinde olduğu gibi anterior korpus ostektomisinde de dikkatli bir model cerrahisi ve sefalometrik tetkik, planlamada en önemli unsurlardır. Bu makalede, anterior korpus ostektomisi ile düzeltilmiş bir mandibular prognatizm vakası takdim edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ortodontik Cerrahi; Korpus ostektomisi.

SUMMARY: ANTERIOR BODY OSTEOTOMY FOR MANDIBULAR PROGNATHISM. The mandibular body osteotomy is indicated for the correction of select cases of; Mandibular prognathism, Class III open-bite deformity, Anterior crossbite in the adult. The anterior body osteotomy is indicated primarily in selected cases of mandibular prognathism, class III malocclusion when the posterior teeth are not in crossbite or the crossbite is dental in nature and can readily be resolved with conventional orthodontics. As with the correction of other dentofacial deformities, carefully done model surgery and a cephalometric prediction tracing are imperative in planning the anterior body osteotomy. In this paper, a case of mandibular prognathism which is corrected by the technique of anterior body osteotomy is presented.

Key Words: Orthognathic surgery; Body osteotomy.

GİRİŞ

Ortognatik bozukluklar yüz estetiğinde son derece önemli değişikliklere yol açar. Tedavi, hastanın yaşı, karakteri, psikolojisi, sosyoekonomik yapısı ve anomalinin derecesine bağlı olarak ya ortodontik yada cerrahi yolla olur.

Cerrahinin gerekli olduğu durumlarda, tedavi, ameliyat kadar hatta bazan dahada fazla önem taşıyan bir preoperatif çalışma dönemi gerektirir. Bunlardan birincisi sefalometrik tetkikler ve ortodontik müdahale, ikincisi ise ortognatik model cerrahisidir (2).

Şüphesiz tedavinin en riskli kısmı, operasyon safhasıdır. Anestezinin şekli, müdahalenin intraoral veya

ekstraoral oluşu, lambo'ların revaskülarizasyonu, komşu kas ve sinirlerin korunması, postoperatif stabilizasyon, oklüzyonun korunması, kal teşekkülü, ayrı ayrı dikkat edilmesi gereken önemli hususlardır. Bu arada ortodontist, sadece dişlere müdahale eden biri değil, tedavinin bütün safhalarında cerrahın problemlerini paylaşacak, oluşabilecek komplikasyonlara gerek preoperatif gerek postoperatif müdahale edebilecek kişidir. Tedavide, ameliyat sonrası yara iyileşmesi ve sefalometrik değerler son derece mükemmel olsa bile çiğneme ve yüz kaslarının, iyileşmenin tamamlandığı kabul edilen dönemden sonra bile oluşabilecek problemleri de göz önüne alınmalıdır (1).

* Ankara Üni. Dişhek. Fak. Ağız, Diş Hast. Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

** Ankara Üni. Dişhek. Fak. Ortodonti Anabilim Dalı Araş. Gör.

Bu makalede, bir mandibuler prognati vakasına yapılan cerrahi ve ortodontik müdahale takdim edilecektir.

VAKA RAPORU

Hastanın (A.B.) fonksiyonel tanı için yapılan klinik muayenesinde alt çenenin zorlada olsa geriye gitmediği, istirahat halindeki alt çenenin maksimum interküspidasyon durumuna göre geri, sağ veya solda konumlandığı tesbit edilmiştir. Model tanısında ise sagittal yönde Angle Kl III ilişki, 7 mm lik negatif overjet, transversal yönde her iki tarafta kaninler ve sağ molar bölgede çapraz kapanış tesbit edilmiştir. Alt ve üst çenede yer darlığı saptanmamıştır. Periapikal grafilerde alt sağ 5 numaralı dişin eksen eğiminin bozuk olduğu dikkati çekmiştir. Alt sağ 7 numaralı dişe yapılan endodontik tedavinin başarısızlığı nedeni ile bu diş çekime gitmiştir. Cephe, profil resimleri (Resim 1a, 4a) incelendiğinde, profilde alt dudağın ve çene ucunun ileride konumlandığı, üst dudağın ise oldukça silikliği dikkati çekmiştir. El-Bilek radyografisinde ise gelişimin bittiği, yani R_u safhasında olduğu saptanmıştır. Kısaca iskeletsel Kl III yapı yanında (Tablo 1) her iki tarafta Kl III oklüzyon vardır (Resim 2a). Dik yön açısı normal değere yakındır.



Resim 1a.



Resim 1b.

Hastanın gelişiminin bittiği göz önüne alınarak, deformitenin düzeltilmesi için önce ortodontik sonra korpus mandibula'ya yapılacak bir cerrahi müdahale ile tedaviye karar verilmiştir.

Begg sabit tekniği uygulanarak anomaliye sadece dişsel olarak yaklaşılmıştır (Resim 3). Ortodontik müdahale sonrası Tablo 1 deki değerler elde edilmiş ve dişlerin stabilizasyonu için gerekli süre beklendikten sonra hasta nazal entübasyon tercih edilerek genel



Resim 2a.



Resim 2b.



Resim 3.

anestezi altında ameliyata alınmıştır. Hastaya, preopereatif set-up'lara bağlı kalarak, intraoral-anterior-korpus-ostektomisi uygulanmıştır (2, 3, 4).

Ameliyatı takip eden 1 ay için bimaksiller tesbit uygulanan hastanın 7. günde mukozal yara iyileşmesinin tamamlandığı gözlenerek dikişleri alınmıştır. Postoperatif 35. günde bimaksiller tesbit kaldırılmış, ayrıca bir ay için pekiştirme tedavisine tabi tutulmuştur.

T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Dişhekimliği Fakültesi
Ortodonti Anabilim Dalı

25.07.1985: Ortodontik Tedavi Öncesi
5.11.1986: Orto. Ted. Sonrası-Operasyon Öncesi
21.01.1987: Operasyon Sonrası
12.10.1987: Operasyondan 9 Ay Sonra

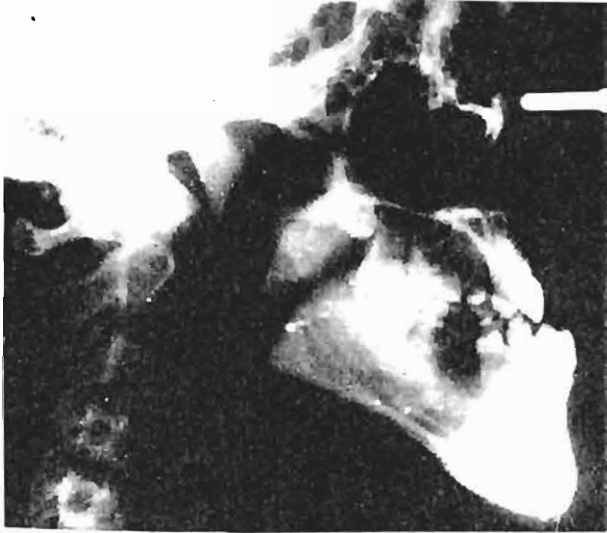
Adı Soyadı : A. İ.

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

STEİNER SEFALOMETRİK ANALİZİ

		Net. Form.	25.7.85	5.11.86	21.1.87	12.10.87
SNA	(angle)	82°	82	82	82	82
SNB	(angle)	80°	89	83	84	84
ANB	(angle)	2	-7	-7	-2	-2
SND	(angle)	76°	86	86	81	83
⊥ to NA	(mm)	4	5 mm	11 mm	7mm	7mm
⊥ to NA	(angle)	22°	24	30	26	23
T to NB	(mm)	4	3 mm	4.5mm	4mm	5mm
T to NB	(angle)	23°	13	17	10	14
Po to NB	(mm)	Not Established	2 mm	2 mm	2mm	2mm
Po and I to NB	(Difference)	Varies	1 mm	2.5mm	2mm	3mm
⊥ to I	(angle)	131°	151	129	143	141
Ocel to SN	(angle)	14°	9	11	14	14
GoGn to SN	(angle)	32°	31	28.5	33	31
SL	(mm)	51	67 mm	77 mm	74mm	63mm
SE	(mm)	22	23.5 mm	22 mm	24mm	23mm
Soft tissue Line	()		-3/2	-2.5/5	2/3.5	0/4



Resim 4a.



Resim 4b.

TARTIŞMA

Mandibuler korpus ostektomisi alt çene anomalilerinde oldukça sık kullanılan bir tekniktir. Epker (2) e göre tercih edildiği vakalar; a) Mandibuler prognatizm, b) Klas III açık kapanış, c) Anterior çapraz kapanıştır.

Anterior ostektomi cerrahın tercihine göre tek etapta intraoral veya iki etapta, intraoral-ekstraoral olarak yapılır. İntraoral tek etapta yapılan, teknik olarak ve postoperatif riskinin fazla olmasına rağmen hastanın

yüzünde herhangi bir iz bırakmadığı için estetik açıdan tercih edilen bir metottur. Anterior ostektomi, simetrik olarak yapıldığı gibi asimetrik olarak da yapılabilir (2).

Takdim edilen vakaya, uzun süren bir ortodontik düzeltmeden sonra çok dikkatli bir model cerrahisi ile, intraoral-simetrik-anterior-korpus-osteotomisi uygulanmıştır. Ameliyatta korpus uzunluğu 12 mm kısaltılmış, buna bağlı olarak ANB açısı -2 dereceye inmiştir. Bu arada, üst keser NA ile 7 mm ve 28 derecelik bir konuma ulaşmış, 2 mm'lik pozitif overjet ve 3 mm'lik overbite elde edilmiştir (Resim 1b, 2b, 4b).

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Bell, W.H.: *Surgical correction of dentofacial deformities*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1985.
2. Epker, N.B., Wolford, L.M.: *Dentofacial deformities- Surgical and orthodontic correction*. The C.V. Mosby Co. St. Louis. 1980.
3. Güven, O., Kışnişci, R.: *Ortognatik cerrahide korpus osteotomisi*, Otorinolarenoloji ve Stomatoloji Dergisi. 1: 95-98, 1987.
4. Keller, E.E., Hill, A.J., Sather, A.H.: *Orthognathic Surgery*. Mayo Clin. Proc. 2: 117-133, 1976.

Yazışma Adresi : Doç. Dr. Orhan GÜVEN
Ankara Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Cerrahisi A.B.D.
Beşevler/ANKARA

Bu makale, Yayın Kurulu tarafından 11/01/1989 tarihinde yayına kabul edilmiştir.