

## "Long Face" ve Ortognatik Cerrahi



Dr. O. Güven

Doç. Dr. Orhan GÜVEN\*

**ÖZET:** Maksillo / mandibular aşırılık bazı müellifler tarafından terminolojide, "uzun yüz" veya "yüksek yüz" olarak adlandırılmaktadır. Bu tabloda, yüzün vertikal boyutunu artıracak üç neden söz konusudur; a. Hypsomalaxillia, b. Hypsogenia, c. Hypsostomia. Bu makalede yukarıdaki özellikleri taşıyan bir "Long face" vakası ve cerrahi tedavisi takdim edilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Long Face, Yüksek Yüz, Ortodontik Cerrahi.

**SUMMARY:** "LONG FACE" AND ORTHODONTIC SURGERY. The authors suggest a taxonomy and a specific terminology for vertical maxillo/mandibular excess dysmorphies, "Long face" or "High face". They distinguish three anomalies which may, separate or in association, cause an increased vertical dimension of face; a. Hypsomalaxillia, b. Hypsogenia, c. Hypsostomy. In this paper a case of "Long face" and its surgical treatment will be presented.

**Key Words:** Long Face, High Face, Orthodontic Surgery.

### GİRİŞ

Uzun yüz sendromu, multipl anomaliler ihtiva eder. Günümüzde sendrom için bir çok terim kullanılmaktadır bunlardan, hiperdiverjan yüz, maksiller alveolar hiperpilazi, maksillar vertikal fazlalık, anterior vertikal fazlalık, ve yüksek açılı yüz tipi, zaman zaman değişik makalelerde göze çarpmaktadır (1, 3). Genelde uzun yüz "long face" terimi yerine günümüzde yüksek yüz "high face" en fazla tavsiye edilendir (6).

Teşhis, klinik ve teleradyografik tetkiklere dayanır. Bu testler ve tetkikler sırasında hasta gevşemiş durumda olmalı, mümkün olduğu kadar özellikle dudak kaslarını kasmamalı.

Klinik teşhisde şu hususlar göz önünde bulundurulmalıdır;

a) Hypsomalaxillia

Dinlenme anında bile hastanın üst anterior diş grubunun aşırı açıklığı dikkate çeker (Şekil 1). Bu genellikle kabul edilen 2 mm. lik ölçümden oldukça

büyükür. Gülerken dişetleri ortaya çıkar ve anglosakson'ların "gummy smile" dedikleri durum oluşur. Fakat bu arada hasta "kısa dadak" sendromuyla karıştırılmamalıdır.

b) Açık kapanış veya hypsostomia

Yine dinlenme anında bile dikkati çeken labial non-oklüzyon durumu söz konusudur. Bu bazan M. Orbicularis oris'in istemli kasılması ile gizlenebilir (Şekil 1).

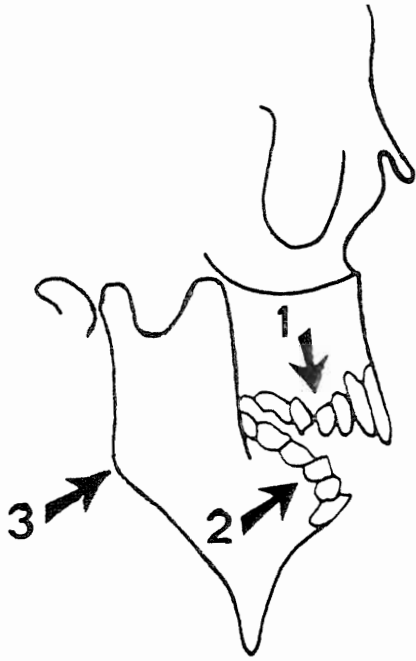
c) Hyposogenia

Alt çene ön yüksekliğinin aşırılığı dikkati çeker. Bu aşırılık, Delaire (1) analizinden yapmış olduğu sapma ile tesbit edilebilir.

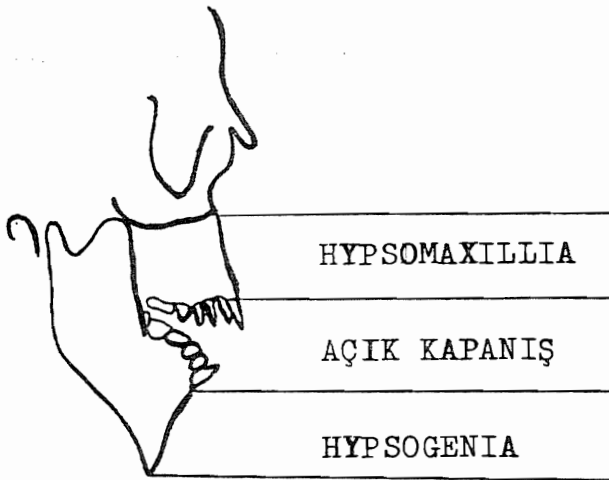
Uzun yüz sendromunun etyolojisinde rol oynayan üç faktör söz konusudur (Şekil 2); Vertikal posterior maksillar dentoalveolar aşırılık, vertikal anterior mandibular dentoalveolar yetmezlik, amblygonia (6).

Sendromun tedavisi özellikle ileri yaşlarda, anomalinin kaynağında iskeletsel olduğu için cerrahiye dayanır.

\* A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D. Öğretim Üyesi



Şekil 1. Uzun yüz sendromunda taksonomi.



Şekil 2. Uzun yüz sendromunda etyolojik bölgeler.

Bu makalede tipik bir uzun yüz sendromu ve cerrahi tedavisi takdim edilecektir.

#### VAKA RAPORU:

Kliniğimize ağızını kapayamama, yemek yemede güçlük ve çenesinin uzunluğu gibi şikayetlerle başvuran B.A. (20)'ün yapılan klinik ve radyolojik tetkiklerinde, sadece arka bölgede 2. molarların kapanışa girdiği, anterior vertikal boyutta aşırılık ve yüksek açılı bir yüz tipi ile CI III tipi bir kapanış sergilediği gözlemlendi (Resim 1a, 2a, 3a).



Resim 1a.



Resim 1b.

Hasta dinlenme anında bile ağızını kapatamamakta, buna bağlı olarakda ağız mukozasındaki kuruluk ve süremlili boğaz ağrısından (kronik faringitis'e bağlı) şikayet etmekte idi.

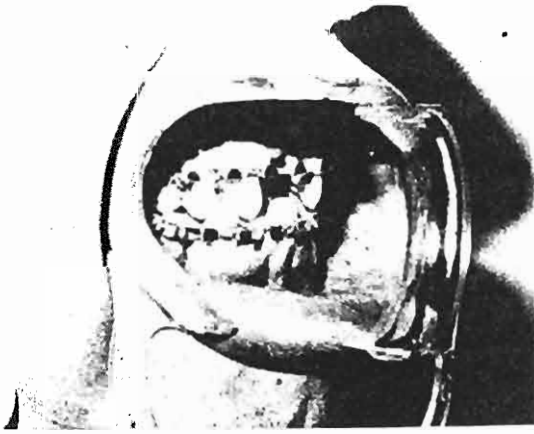
Hastaya hem oklüzyonunu düzeltmek hemde vertikal boyutu azaltmak üzere, "Korpus otektomisi + Genioplasti" önerildi.

Tedavi planlaması ve model cerrahisi tamamlandıktan sonra hasta nozo-trakeal anestezi ile ameliyata alındı.

İlk operasyonda hastaya korpus otektomisi uygulandı (4, 5). Postoperatif 9. ayda genioplasti yapılmak üzere davet edilen hasta yapılan düzeltmenin yeterli olduğunu belirterek ikinci operasyonu kabul etmedi.



Resim 2a.



Resim 2b.



Resim 3a.

Genioplasti uygulanamamasına rağmen hastanın preoperatif-postoperatif sefalometrik değerleri (Resim 4 Tablo 1) ve profilinde büyük değişiklikler tesbit edildi (Resim 3a, 5). Ön bölgedeki kısmi diş eksikliğine rağmen, ideale yakın bir oklüzyon (Resim 2b), vertikal boyutta azalma elde edildi (Resim 1b). Eğer hasta ikinci bir müdahaleyi kabul etse idi vertikal boyutta ideale yakın bir hale getirilebilirdi.

#### TARTIŞMA

İskeletsel anomalilerin tedavisinde ortognatik cerrahi kısa sürede büyük değişiklikler ortaya koyar. Bu tedavi bir ortodontik tedavi ile desteklenirse sonuç son derece yüz güldürücü olur.

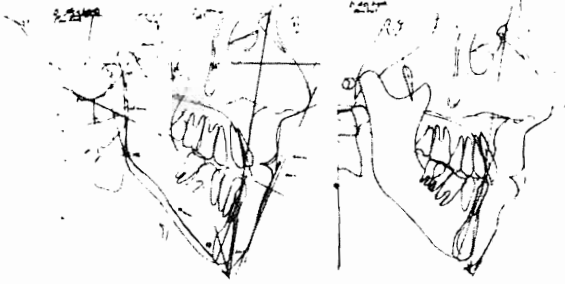
Dentofasiyel deformiteler stomatognatik sistemde önemli ölçüde estetik ve fonksiyonel sorunlara neden olurlar. Bunlardan daha önemli olan bir faktörde vardır ki bu hatayı şiddetle sorununa çözüm aramaya iter; Hastadaki psikolojik depresyon hastanın çevresi ile ilişkilerinde olumsuz gelişmelere yol açar (2).

Takdim edilen vaka ortodontik anomalilerin içerisinde oldukça ileri bir konum sergileyerek hastada estetik, psikolojik sorunlardan başka fonksiyonel ve patolojik hadiselerede yol açmaktaydı.

Hastaya iki basamaklı bir ameliyat önerilmiş ve hastanın kendi tercihine bağlı kalınarak ancak biri uygulanabilmiştir. Buna rağmen tercih edilen cerrahi teknik yani bilateral korpus ostektomisi bize hem yer kazandırdı, açık kapanışı düzeltti hemde vertikal boyutta önemli ölçüde azalma sağlamış oldu.



Resim 3b.



Resim 4.

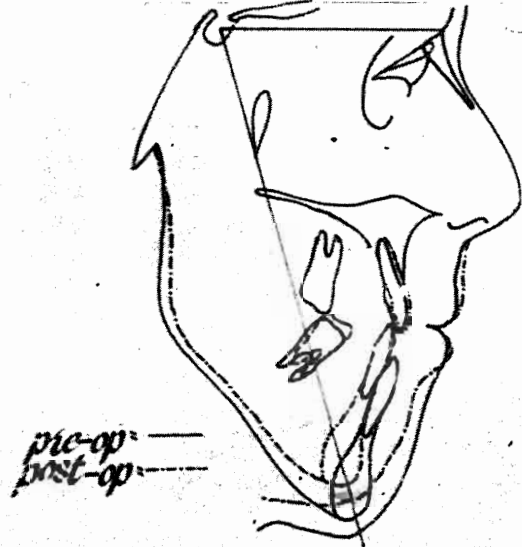
Tablo I-

SKELETAL MEASUREMENTS (Steiner/Downs Analyses)	DATE	AGE	
Facial Angle (N-Pog/FH)	(degrees)	82°	80°
Angle of Convexity (N-A-Pog)	(degrees)	1°	5° *
SNA	(degrees)	81°	82°
SNB	(degrees)	81°	79°
ANB	(degrees)	0°	3° *
Palatal plane/SN	(degrees)	7°	7°
Anatomic Occlusal plane/SN	(degrees)	27°	27°
GoGn/SN	(degrees)	52°	50°
Mandibular plane/FH	(degrees)	51°	49°
Y-Axis (SGn/FH)	(degrees)	75°	75°
(SGn/SN)	degrees	86°	77°
Percentage of lower face height (ANS-Me/N-Me)	(%)	62	62.5
Wits Appraisal (A point to B point on functional occlusal plane)	(mm)	19 mm	-9 mm *
DENTAL MEASUREMENTS (Steiner/Downs/Williams Analyses)			
Upper incisor to SN	(degrees)	110°	100°
Upper incisor to NA	(mm)	4 mm	0 mm
Upper incisor to NA	(degrees)	26°	18°
Lower incisor to NB	(mm)	1 mm	0 mm
Lower incisor to NB	(degrees)	12°	18°
Pogonion to NB	(mm)	2 mm	0 mm
/1 to NB:Pog to NB	(:)	1:2	0:2
Lower incisor to mandibular plane (degrees)		58°	64°
Interincisal angle (degrees)		144°	145°
Lower incisor to A-Pog	(mm)	2 mm	0 mm
SOFT TISSUE MEASUREMENTS (Merrifield and Ricketts Analyses)			
Upper Lip to E line	(mm)	-5 mm	-1 mm
Lower Lip to E line	(mm)	-8 mm	-3 mm
Z-Angle (protrusive lip-chin/FH)	(degrees)	70°	60° *
Nasolabial angle	(degrees)	119°	125°
Mentolabial angle	(degrees)	170°	145° *
TWEED ANALYSIS			
FMA	(degrees)	51°	49°
IMPA	(degrees)	59°	64°
FMIA	(degrees)	70°	67°

\*Önemli Değişiklik Gösteren Değerler.

## TEŞEKKÜR

Sefalometrik değerlendirmeler ve preoperatif planlama safhasında göstermiş olduğu yardımları için sayın Dr. Ayhan ENACAR'a teşekkür ederim.



Resim 5.

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Delaire, J.: *Analyse architecturale et structure cranio-faciales*. Rev. Stomatol. 79: 1-33, 1978.
2. Enacar, A., Aksoy, A.Ü.: *Ortognatik cerrahi uygulanmış iskeletsel sınıf III olgularında profil değişiklikleri*. Türk Ortodonti Dergisi. 1: 80-89, 1988.
3. Freihofer, H.P.M.: *Surgical treatment of the sort face syndrome*. J. Oral Surg. 39: 907-911, 1981.
4. Güven, O., Kişnişçi, R.: *Ortognatik cerrahide korpus osteotomisi*. Otorinolaringoloji ve Stomatoloji Dergisi. 1: 95-97, 1987.
5. Güven, O.: *Class III vakalarında ortognatik cerrahi*. Türk Ortodonti Dergisi. 1: 245-248, 1988.
6. Merville, L.C., Diner, P.A.: *Long face: New proposals for taxonomy, diagnosis, treatment*. J. Cranio-Max-Fac Surg. 15: 84-93, 1987.

Yazışma Adresi : Doç. Dr. Orhan GÜVEN

A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi

Ağız, Diş, Çene Cerrahisi A.B.D.

Beşevler - ANKARA

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