

Şiddetli Maksiller Darlığı Olan Bir Dudak-Damak Yarığı Olgusunda Ortodontik Tedavi



Dr. A. E. Telli

Yrd. Doç. Dr. Aslı Ender TELLİ*

Prof. Dr. Filiz YUKAY*

ÖZET: Dudak-damak yarıkları en sıklıkla görülen kongenital deformitelerdir. Bu olgularda maksiller gelişim geriliği ve kollaps en belirgin özelliktir. Uygulanacak tedavi ile hastalardaki anatomik yetersizliğe bağlı olarak bozulan çiğneme, yutma, konuşma gibi fonksiyonların düzeltilmesi ve hastaya kabul edilebilir bir okluzyon ve estetiğin kazandırılması amaçlanır. Doğumdan hemen sonra uygulanan preoperatif ortopedik işlemler kadar, karma ve sürekli dişlenme döneminde uygulanacak ortodontik ve ortopedik işlemler de prognozu etkilemektedir. Sürekli dişlenme döneminde amaç mevcut malokluzyonun düzeltilmesi ve protetik tedaviye hazırlık olacak şekilde diş dizilimi sağlamaktır. Bu makalede şiddetli maksiller darlığı olan bir dudak-damak yarığı olgusunda, sürekli dişlenme döneminde uygulanan ortodontik tedavi yaklaşımı sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Dudak-damak yarığı, Ortodontik tedavi.

SUMMARY: ORTHODONTIC TREATMENT IN A CLEFT PALATE-CLEFT LIP CASE WITH SEVERE MAXILLARY COLLAPS. The cleft lip and palate cases are the most frequently seen congenital deformities. Retardation of the maxillary development and collaps are the most significant characteristics in these cases. It is aimed to correct the functions like mastication, deglutition and speech which were disturbed due to anatomic deficiency and to obtain an acceptable occlusion and esthetics, by means of the therapy. As much as the preoperative orthopedic procedures applied just after the birth, the orthopedic and orthodontic appliances used in mixed and permanent dentition periods affect the prognosis in these cases. The purpose of the treatment in permanent dentition is to correct the malocclusion and to prepare the dentition to prosthetic restorations. In this article the orthodontic treatment of a case in permanent dentition, with cleft palate and lip characterized with severe maxillary collaps will be presented.

Key Words: Cleft lip and palate, orthodontic treatment.

GİRİŞ

Dudak-damak yarıkları kongenital deformiteler arasında en sık rastlanılan deformite olup, 700-800 doğumda bir görülmektedir (6). Etiolojisinde herediter faktörlerin yanısıra hamilelikte kullanılan bazı ilaçlar, beslenme bozukluğu, radyasyon, şeker hastalığı gibi doğum öncesi etkenler de rol oynamaktadır (8).

Dudak-damak yarığı olguları deformitenin tipi ve yapısı ile ilgili olarak normal bireylerden farklılık gösterirler. Genellikle unilateral yarıklarda küçük segmentte,

bilateral yarıklarda ise her iki maxiller segmentte kollaps meydana gelir. Maksilla antero-posterior, vertikal ve transvers yönde büyüme geriliği gösterir. Sonuçta anterior ve posterior cross-bite ve maxiller retrognati ortaya çıkar (3, 6). Dudak-damak yarığı olgularında belirgin yüz asimetrisi vardır.

Bu olgularda, dental düzensizlikler, özellikle yarık bölgesindeki süt ve sürekli dişlerin kongenital eksikliği, supernumere dişler, hipoplastik, hiperplastik yapıdaki

* H.Ü. Diş Hek. Fak. Ortodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

dişler, fuzyon, malpozisyonlar da görülebilir. Dişlerin indifaları gecikebilir (1).

Dudak-damak yarıklarında tedaviden amaç anatomik yetersizliklerin tamamlanması, fizyolojik fonksiyonların, konuşma bozukluklarının ve estetiğin düzeltilmesidir.

Bu olguların tedavisi, plastik cerrah, K.B.B. uzmanı, pediatrist, konuşma tedavisi uzmanı, genetik uzmanı, dişhekimi ve ortodontist olmak üzere çok çeşitli bilim dallarına mensup uzlanların birlikte çalışmasını gerektiren ve doğumun hemen ertesinde başlayıp uzun yıllar süren bir yaklaşımdır.

Doğumun hemen ertesinde uygulanacak maksiller ortopedik tedavi ile damak operasyonu öncesinde hastanın cerrahi işleme hazırlanmasının yanısıra, fonksiyonlarını rahatlıkla yapabileceği morfolojik ortam da sağlanmış olur.

Erken dönemde uygulanacak maksiller ortopedik uygulamaların, beslenmeye yardımının yanısıra orofacial gelişimin yönlendirilmesinde de rolü büyüktür. Burada kollabe maksiller lateral segmentlerin genişletilmesi ve premaksillanın repozisyonu, cerraha kolaylık sağlayacağı gibi, ebeveyne de psikolojik açıdan yardımcı olacaktır (3).

2. ila 12. haftalar arasında yapılan dudak operasyonu ve 1.5 - 2 yaşlarında yapılan damak operasyonundan sonra süt dişleri döneminde yapılabilecek maksiller ortopedik ve ortodontik işlemlerle cross-bite'in düzeltilmesi ve süt dişlerinin düzgün dizilimi amaçlanır. Karma dişlenme döneminde de maksiller genişletmenin yanısıra chin-cap, reverse headgear gibi ağız dışı apearelerle büyüme gelişim yönlendirilebilir.

Sürekli dişlerin tamamlanmasından sonra ortodontik tedavi amacıyla tüm dişler bantlanır. Bu dönemde mevcut Sınıf III malokluzyonun, dişlerdeki yerel düzensizliklerin, maksiller darlığın düzeltilmesi amaçlanır. Hastaya kabul edilebilir bir okluzyon sağlanır ve uygulanacak protez için hazırlıklar yapılır. Özellikle süt ve karma dişlenme döneminde ortodontik tedavi uygulanmamış olgularda sürekli dişlenme döneminde karşımıza daha ağır bir tablo çıkabilmekte ve tedavi güçleşebilmektedir.

Bu makalemizde 15 yaşında, şiddetli maksiller darlığı olan bir dudak-damak yarığı olgusunda uygulanan ortodontik tedavi sunulacaktır.

OLGU

Hasta 15 yaşında erkek çocuğu. Ağız dışı muayenesinde üst dudağının sol kısmında geçirmiş olduğu dudak operasyonuna bağlı skar dokusu ve asimetri gözleildi. Bunun dışında yüzde herhangi bir asimetri yoktu. Hastada oldukça düzgün ve dengeli bir profil vardı (Şekil 1 A,B).



Şekil 1. Olgunun Tedavi Başında Ağız Dışı ve Ağız İçi Görünümü

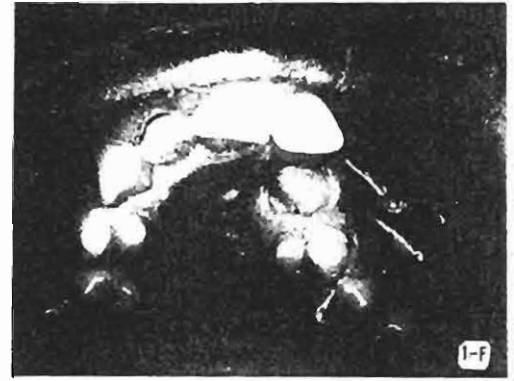
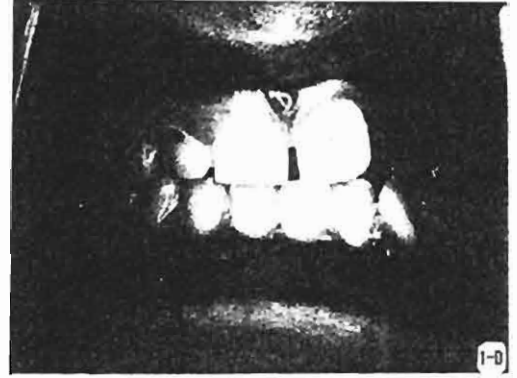
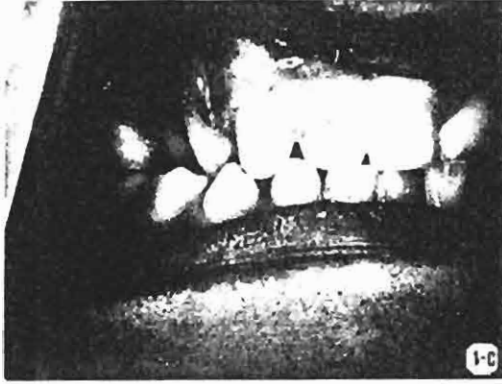
Ağız içi muayenesinde ilk göze çarpan bulgu şiddetli maksiller kollapstı. Özellikle dudak ve damak yarığının olduğu sol segmentte daha fazla daralma vardı. [2] nolu diş kongenital olarak eksikti. Molar ilişkisi sağda başbaşa, solda Sınıf II idi. [5] ve tüm sol maksiller dişlerde çapraz kapanış vardı. Kaninler arası kefase 20 mm., premolarlar arası mesafe ise 45 mm. idi. [3] palatinalde sürmekte idi. Orta çizgisi 2.5 mm. sola kayıktı. Palatinada damak operasyonuna bağlı skar dokusu ve sert ve yumuşak damağın birleşim yerinde büyükçe bir fistül vardı (Şekil 1 C, D, E, F).

Velisinden alınan bilgilerden hastanın 6 aylıkken dudak, 2 ve 4 yaşında iken de damak operasyonları geçirdiği öğrenildi. Ancak herhangi bir ortodontik tedavi görmediği belirtildi.

Hastanın anne ve babasında ve 7 yaşındaki kardeşinde dudak-damak yarığı yoktu.

Tedavide öncelikle maksilladaki aşırı darlığın düzeltilmesi amacıyla Ricketts'in (10) quad helix sabit ekspansiyon apareyi uygulandı.

3 haftada bir kez kontrole çağrılan hastada her seansta aparey ağızdan çıkarılarak 3 - 4 mm. kadar akti-

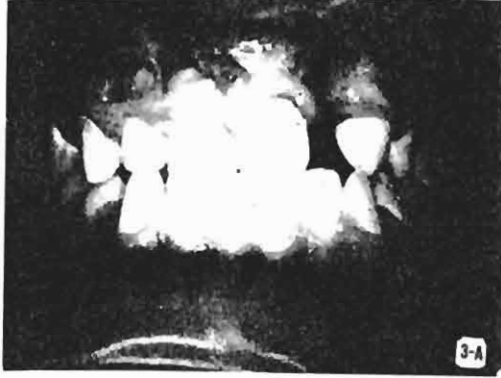


ve edildi. 10 ay sonra maksiller ve mandibuler dişler arasında transfers yöndeki ilişki düzeltildi. Ancak ilerde olabilecek relaps düşünülerek 4 - 5 mm. kadar daha genişletme yapıldı. Quad helix sabit aparatının aktif kolları 65 | 56 nolu dişlerde relapsı önleyecek, 43 | 34 nolu dişlerde ise hareketine engel olmayacak şekilde kısaltıldı. Üst ark bonding yapıldı. Şekil 2 A ve B de ekspansiyonu izleyen leveling sırasında ağız içi durumu göstermektedir. 7 aylık aktif ortodontik tedaviden sonra maksillada iyi bir diş dizilimi elde edildi (Şekil 3 A,B).

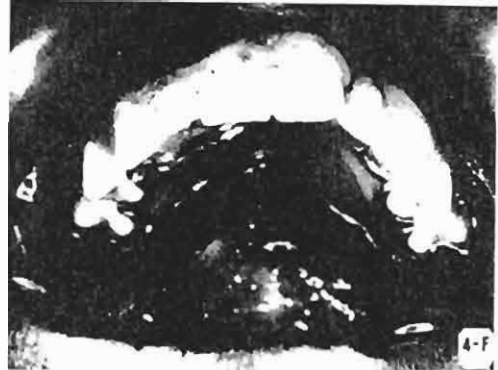
Hastaya retansiyon amacıyla 2 bölgesinde diş içeren bir Hawley aparatı takıldı ve protez uzmanı ile yapılan konsültasyonda fistül bölgesini de kapatacak şekilde bir obtüratör içeren hareketli bir protezin hasta için uygun olacağı düşünüldü. Şekil 4 A ve B hastanın tedavi sonunda ağız dışı görünümünü, Şekil 4 C, D, E, F ise protez takıldıktan sonra ağız içi durumunu göstermektedir. Protez uygulamasından sonra hastanın konuşmasında da önemli ölçüde düzelme elde edildi.



Şekil 2. Ekspansiyon Sonrasında Ağız İçi Görünüm



Şekil 3. Olgunun Tedavi Bitiminde Ağız İçi Görünümü



Şekil 4. Olgunun Tedavi Bitiminde Ağız Dışı Görünümü ve Uygulanan Protezle Birlikte Ağız İçi Görünümü

TARTIŞMA

Dudak-damak yarığı olgularında erken dönemde ortodontik-ortopedik tedaviler uygulanmadığı zaman sürekli dişler tamamlandığında karşımıza ağır bir malokluzyon tablosu çıkabilmektedir (3,7).

Genelde maksiller kollaps ve gelişim geriliği ile karakterize bir Cl III olgusu ortaya çıkmaktadır. Bunlara ek olarak dantal arklarda dişlerde konum bozuklukları, rotasyonlar da görülmektedir.

Tedavide asıl hedef maksillanın genişletilmesidir. Bunun için müteharrik veya sabit apareylerden yararlanılabilmektedir. Özellikle dişlerin aksiel eğimlerinin palatine doğru olduğu durumlarda Rickett's tipi quad helix sabit apareyi oldukça etkilidir (9).

Cleft bölgesindeki kemik eksikliği nedeniyle bu olgularda ekspansiyon oldukça hızlı elde edilebilmektedir. Ancak elde edilen bu hızlı genişletme çok süratli bir şekilde geri dönme eğilimi göstermektedir. Bunu önlemek için bu olgularda kemik greftinin kullanılmasını öneren araştırmacılar vardır (2).

Relapsı önlemek için de uzun süreli retansiyon önerilmektedir. Hatta bu olgularda yapılacak protez ile ömür boyu retansiyonun daha doğru olduğu belirtilmektedir (8, 12).

Yumuşak damak ve sert damaktaki bütünselliğin bozulması ve damaktaki fistüller konuşmayı olumsuz yönde etkileyebilmekte ve hastada psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Bunların tedavisinde yapılacak obtüratörlü protezlerin olumlu etkisi vardır (11).

Burada tedavisi sunulan olguya gerek preoperatif, gerekse postoperatif dönemde herhangi bir ortodontik tedavi uygulanmamış olması hastadaki şiddetli maksiller darlığa neden olmuştur.

Tedavi ile amaçlanan kabul edilebilir bir okluzyon, iyi bir estetik ve herşeyden önemlisi hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarının yürütebileceği bir ortam sağlanmıştır. Sadece 2 nolu dişinin eksik olmasına karşın seçilen protez, tüm maksillada elde ettiğimiz genişletmeyi koruyacak şekilde planlanmış hareketli döküm protezi olmuştur. Posterior bölgedeki fistüllerin de uygun bir obtüratörle kapatılması hastanın konuşmasında da düzelmeye sağlamıştır.

Dudak-damak yarığı olgularının tedavisinde hastalarına dengeli bir okluzyon ve estetik görünüm kazandı-

rılmasında, dolayısı ile bu hastaların psikolojik sorunlarının da düzeltilmesinde ortodontistlere önemli bir görev düşmektedir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Aran, İ., Enacar, A.: *Damak yarıklarında postoperatif ortodontik tedavi uygulamaları*. A.Ü. Diş Hek. Fak. Der., 5: 82, 1978.
2. Boyne, J.P., Sands, R.N.: *Combined Orthodontic Surgical Management of Residual Palato Alveolar Cleft Defects*. Am. J. Orthod., 70:1, 1976.
3. Enacar, A., Aran, İ.: *Damak yarıklarında preoperatif maksiller ortodontik tedavinin ilke ve yararları*. Türk Otolaringoloji Bülteni, 1. 92, 1979.
4. Foster, T.D.: *Maxillary deformities in repaired cleft of the lip and palate*. Brit. J. Plas. Surg., 15: 182, 1969.
5. Graber, T.M.: *Congenital cleft palate deformity*. J. Am. Dent. Assoc., 48: 375, 1954.
6. Graber, T.M.: *Orthodontics. Principles and Practice*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1972.;
7. Lubit, E.C.: *Cleft Palate Orthopedics Why? When? How?* Am. J. Orthod., 69: 562, 1976.;
8. Peat, H.J.: *Early orthodontic treatment for clefts*. Am. J. Orthod., 65: 28, 1974.;
9. Perkün, F.: *Çene Ortopedisi*. Cilt III, Gençlik Matbaası, İstanbul, 1977.;
10. Ricketts, R.M., Bench, R.W., Ougino, C.F., Hilgers, J.J., Schulof, R.J.: *Bioprogressive Therapy*. R.M. Orthodontics. 1980.
11. Stuffins, G.M.: *Speech and mental attitudes in the older presurgical child. First International Symposium of Long Term Treatment in Cleft Lip and Palate*. Aug. 23 rd / 24 th., 1979.
12. Wood, G.B.: *Three dimensional arch correction in patients with unilateral cleft lip and palate*. Am. J. Orthod., 61: 501, 1972.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Aslı Ender TELLİ,
H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Ortodonti Anabilim Dalı

ANKARA

Bu makale, Yayın Kurulu tarafından 12/04/1989 tarihinde yayına kabul edilmiştir.