

İKİ TARAF LI DUDAK YARIKLARININ TEK EVRELİ TEDAVİSİ (7 YILLIK DÖNEMDEKİ SONUÇLAR)

Dr. H. Ege ÖZGENTAŞ (*) Dr. Ö. Onur EROL (**)

Dr. A. Yücel ERK (***) Dr. Abdullah KEÇİK (****)

Dr. Ömer ŞENSÖZ (*****) Dr. K. Güler Gürsu HAZARLI (*****)

Ö Z E T

İki taraflı dudak yarıklarının onarımı için 1973 yılında Dr. Erol tarafından geliştirilen yöntem anlatılmış ve bu yöntem ile tedavi edilen olguların 7 yıla kadar izlenmesinden edinilen sonuçlar tartışılmıştır.

Bu yöntem her cins iki taraflı dudak yarığı olgusuna kolayca uygulanabilmekte, % 49,61 oranında başarılı, % 45,67 oranında orta derecede başarılı ve % 4,72 oranında kötü sonuç elde edilmektedir. Filtrum, cupid yayı, tüberkül ve labial sulkus normal görünümünü kazanmakta, ileride kolumella uzatılmasında güçlük çekilmemektedir.

-
- (*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Asistanı.
(**) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Profesörü.
(***) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Doçenti.
(****) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Doçenti.
(*****) Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Doçenti.
(******) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Profesörü ve Bilim Dalı Başkanı.

NOT : Bu çalışma yedinci Ulusal Plastik Cerrahi (İstanbul, 1981) ve Uluslararası Plastik Cerrahi (IPRS, Atina, 1981) Kongrelerinde tebliğ edilmiştir.

G İ R İ Ő

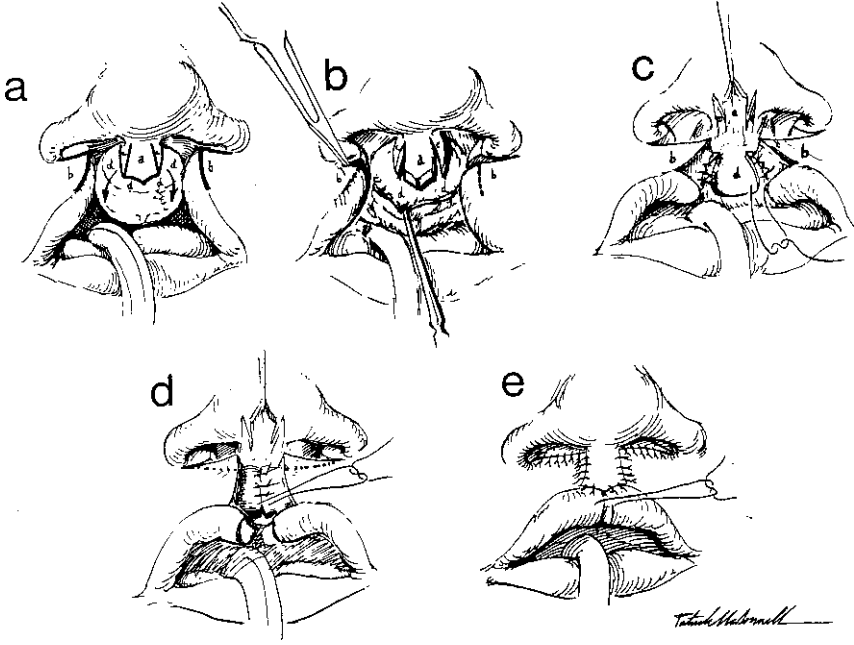
İki taraflı dudak yarıklarının onarımı tek taraflı dudak yarıklarından farklı özellikler gösterir. İki taraflı tam dudak yarıklarında kolumella çok kısadır veya hiç oluşmamıştır. Prolabium genellikle yetersizdir ve buradaki kas lifleri minimal derecede gelişmiştir veya yoktur (4, 5, 11). Premaksilla genellikle öne çıkıntılıdır. Birlikte tam damak yarığı olan olgularda alveolar arkusta geniş defektler bulunabilir. Bu hastalarda premaksillanın öne çıkıntılı olması ve dudak yarığının genişliğı tek evrede kapamayı güçleştirir. Bazı hastalarda alveolar süreçlerdeki kollaps nedeni ile, öne çıkıntılı premaksillanın geriye itilmesi mümkün olmadığından maksiller ortopedik tedavi gerekir. İki taraflı dudak yarıklarının onarımında kullanılan teknikler günümüze kadar çeşitli evrimler geçirmiştir. Eskiden kullanılan tek taraflı iki evreli onarım günümüzde pek çok merkezde terkedilmiştir.

Hacettepe Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğ'i'nde 1965-1973 yılları arasında iki taraflı dudak yarıkları iki ayrı evrede Millard (8)'in tek taraflı "Döndürme - İlerletme" yöntemi ile onarılmıştır. 1973 yılında Dr. Onur Erol tarafından bu tip olgular için tek evreli bir yöntem geliştirilmiş ve aynı yıl İstanbul'da yapılan ikinci Uluslararası Maksillo-Fasial Cerrahi Sempozyumunda filme alınmış biçimi ile gösterilmiştir (3, 6).

Kliniğimizde 1973 yılından başlayarak tüm iki taraflı dudak yarığı deformiteli hastalar adı geçen yöntem ile tedavi edilmiştir. Bu olgularda 7 yıl içinde aldığımız sonuçlar değerlendirilmiştir.

GEREÇLER VE YÖNTEM

Teknik : Bu yöntem tam ve tam olmayan dudak yarıklarında küçük değişikliklerle uygulanır. Prolabiumda çok dar bir filtrum (3-5 mm) ve bunun iki tarafında küçük "c" flepleri, lateral dudak elemanlarında ise Millard yöntemindeki gibi "b" flepleri planlanır (Şekil 1 a). Filtrumun ("a" flebi) kaudal ucu vermilyon kenarının 1 mm yukarısından işaretlenir. Filtrumu ve "c" fleplerini çevreleyen prolabial deri, vermilyon mukozası ile birlikte premaksilladan diseke edilerek tek bir mukokütaneöz flep şeklinde ("d" flebi) ağız içine doğru çevrilir (Şekil 1 b). "c" flepleri ve filtrum pedikülleri kolumellada kalacak şekilde premaksilladan tamamen serbestleştirilir. "b" fleplerinin di-



Şekil 1 : Uygulamakta olduğumuz yöntemin şematik anlatımı.
(Ayrıntılar için "Gereçler ve Yöntem"e bakınız).

seksiyonu yapılırken medial kenarlarının kaudal uçlarında filtrum alt kenarına getirilecek olan vermilyon parçaları bırakılır. Bu vermilyon parçalarının "b" flebinden diseke edilen kenarlarında "beyaz mukoküteneal çizgi"nin bırakılmasına özen gösterilir. Geniş yarıklarda "b" flepleri maksilladan diseke edilerek serbestleştirilir. Tam yarıklarda burun kanatları nazal mukozaya insizyon yapılarak maksilladan keskin diseksiyon ile ayrılır. Lateral dudak elemanlarındaki orbikularis oris kası mukoza ve deriden birkaç milimetre diseke edilir. Diseksiyonların tamamlanmasından sonra "b" fleplerinin mukozası premaksillanın iki tarafında "d" flebine dikilir (Şekil 1 c). Her iki "b" flebindeki orbikularis oris kası premaksilla önünde ve filtrumun arkasında uç uca dikilir. Bu evrede "b" flebinin vertikal boyunda "d" flebine göre oluşabilecek fazlalık, flebin burun tarafına bakan kenarından üçgen şeklinde eksizyon yapılarak giderilebilir (Şekil 1 d). "b" fleplerinin medial kenarları filtrum kenarlarına dikilerek filtrum kolumnaları oluşturulur. "b" flepleri alt köşelerdeki vermilyon çıkıntıları filtrum alt ucu ve "d" flebi arasında karşılıklı dikilerek cupid yayı ve tüberkül oluşturulur (Şekil 1 e). "c" flepleri burun taba-

nına döndürülerek burun tabanı kapatılır. "c" fleplerinde görülebilecek fazlalık kesilmez, ileride kolumella uzatılmasında kullanılmak üzere burun tabanında saklanır. Ancak kolumellanın yeterli uzunlukta olduğu tam olmayan dudak yarıklarında "c" fleplerinin tamamı veya bir kısmı eksize edilebilir.

1973-1980 arasındaki 7 yıllık dönemde yukarıda tanımlanan yöntem ile 128 hasta ameliyat edilmiştir. Bu hastaların dosyaları incelenerek maksiller ortopedik tedavi görenler belirlenmiş, uygulanan operasyonlar ve hangi yaşlarda operasyona alındıkları araştırılmıştır (Tablo I ve II).

Sonuçlar hastaların operasyon öncesi ve sonrası fotoğrafları ve dosyaları incelenerek değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede objektif olabilmek için her hastaya filtrum, cupid yayı, tüberkül, kolumella, burun kanatları ve skar durumuna göre puan verilmiş; bu puanlara göre sonuç çok iyi, iyi, orta ve kötü olarak belirtilmiştir.

Komplikasyonların değerlendirilmesinde sorun yaratmayan sınırlı enfeksiyonlar ve dikiş apseleri **hafif enfeksiyon**; yara açılması veya doku nekrozuna yol açan enfeksiyonlar ise **ciddi enfeksiyon** olarak tanımlanmıştır. **Yara açılması** ve **flep nekrozu** sütunlarına ise enfeksiyon olmaksızın bu komplikasyonları gösteren olgular alınmıştır. **Yara açılması** olarak yeniden sütür konulmasını gerektirecek derecede olan açılmalar değerlendirmeye alınmıştır.

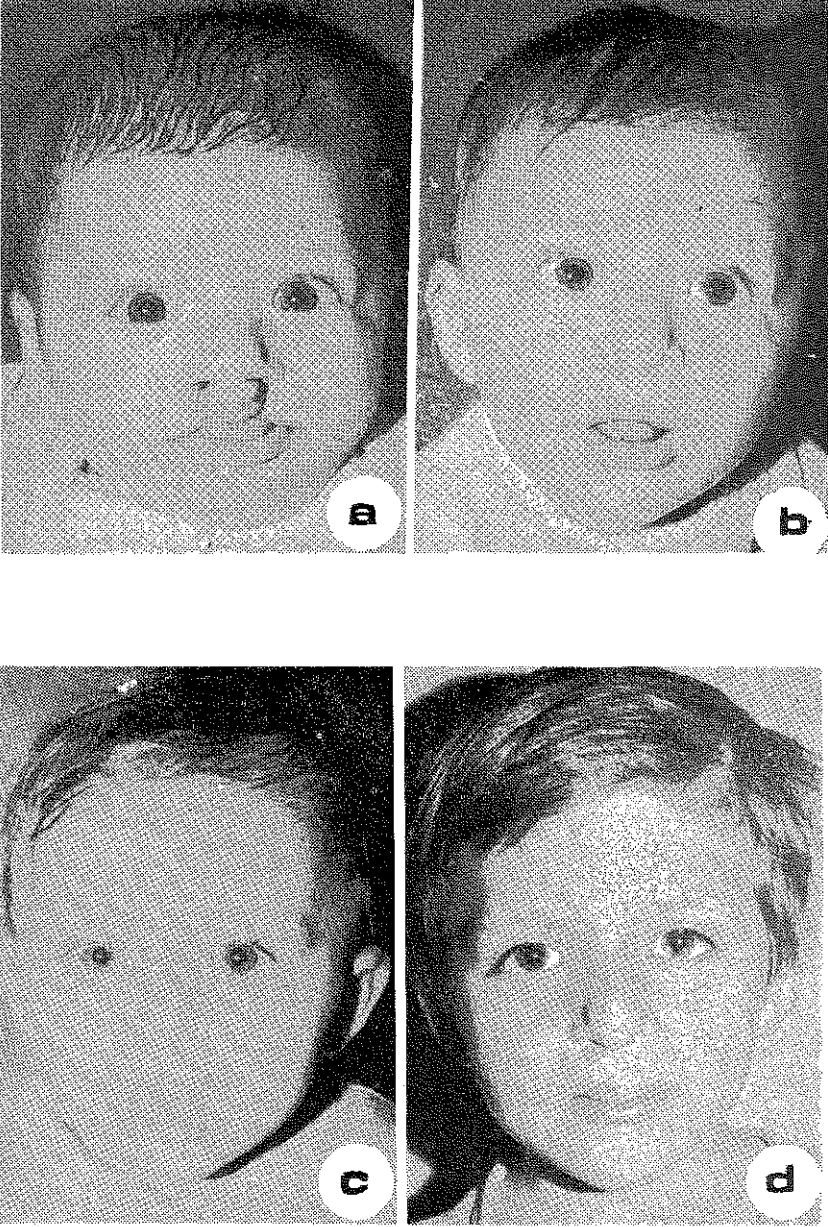
BULGULAR

Uyguladığımız yöntem ile çok geniş iki taraflı tam dudak yarıklarının dahi tek evrede sorunsuz olarak kapatılabilmeleri sağlanmıştır (Şekil 2, 3, 4, 5, 6).

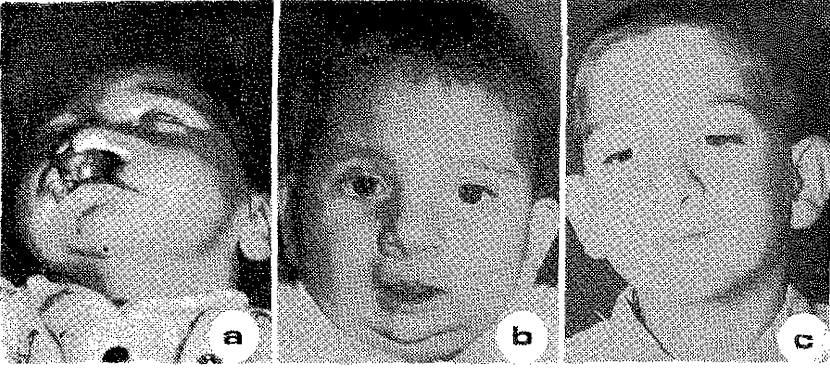
128 olgudan 30 tanesine maksiller ortopedik tedavi uygulanmıştır. Operasyon sonrası 127 hasta 7 yıla kadar değişen sürelerde izlenmiş, 7 yıldır izlenmekte olan 3 hasta saptanmıştır.

Uyguladığımız yöntem ile iki taraflı tam dudak yarıklarında % 4,69 oranında çok iyi, % 40,63 oranında iyi sonuç alınmış; tam olmayan iki taraflı dudak yarıklarında ise çok iyi ve iyi sonuçlar sırasıyla % 11,11 ve % 55,56 oranında bulunmuştur (Tablo III).

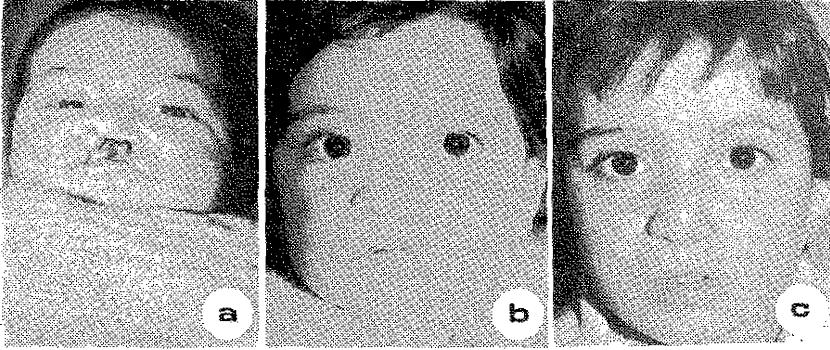
Bir olgu postoperatif ikinci gün gastroenterit, dehidratasyon ve sepsisten eksitus olmuş, bu nedenle sonuçların değerlendirilmesi 127 hasta üzerinde yapılmıştır (operasyon mortalitesi % 0,78).



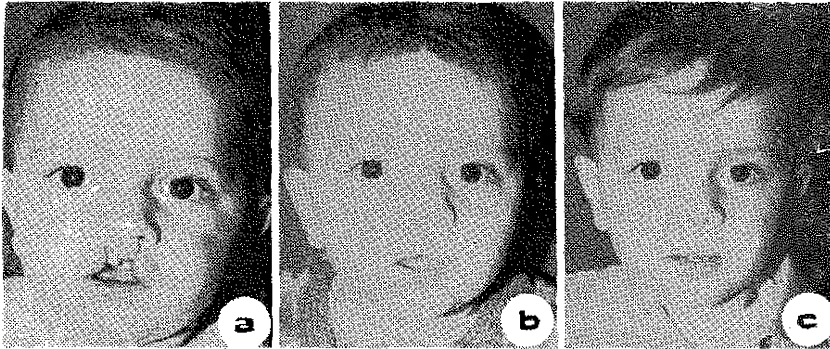
Şekil 2 : A) İki taraflı tam dudak yarığı, B) Ameliyattan 1 ay sonra, C) Ameliyattan 6 ay sonra ve D) Ameliyattan 7 yıl sonraki görünüm.



Şekil 3 : A) İki taraflı tam dudak yarığı., B) Ameliyattan 2 ay sonra ve C) Ameliyattan 7 yıl sonraki görünüm.

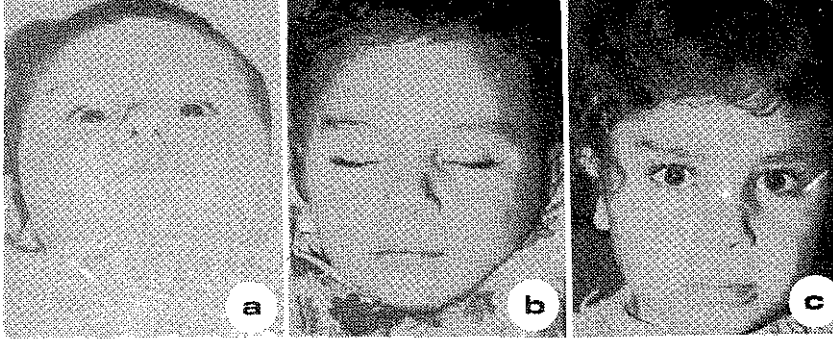


Şekil 4 : A) İki taraflı tam dudak yarığı, B) Ameliyattan 1 ay sonra ve C) Ameliyattan 4 yıl sonraki görünüm.



Şekil 5 : A) İki taraflı tam olmayan dudak yarığı, B) Ameliyattan 1 ay sonraki ve C) Ameliyattan 2 yıl sonraki görünüm.

128 hastaya uygulanan 141 operasyonda toplam 16 adet komplikasyon saptanmıştır (Tablo V). Vomerden blok rezeksiyon yapılarak premaksillaları geriye alınan ve aynı seansta iki taraflı tam dudak yarığı onarımı yapılan iki hastadan birinde premaksilla ve filtrumda nekroz gelişmiştir.



Şekil 6 : A) İki taraflı tam olmayan dudak yarığı, B) Ameliyattan 3 ay sonraki ve C) Ameliyattan 5 yıl sonraki görünüm.

TARTIŞMA

Kullandığımız yöntem Veau (12), Barsky (1) ve Millard (7) yöntemlerinin birleştirilip modifiye edilmesi ile ortaya çıkmıştır. Millard'ın tek evreli bilateral dudak onarımı için en son tanımladığı yöneme çok benzemekle birlikte iki noktada ondan ayrılmaktadır : 1) Prolabiumdaki filtrum flebi ve burun tabanına çevrilen "c" flepleri dar olarak hazırlanmakta, 2) Prolabium lateral ve inferiorundaki fazla deri, vermilyon mukozası ile tek parça halinde aşağıya çevrilmiştir ("d" flebi).

Onarım sırasında filtrum özellikle dar olarak hazırlanmakta, buna karşılık çocuk büyüdüğünde normale yakın görünümde bir filtrum elde edilmektedir. Premaksilladaki geniş ve sağlam deri-mukoza flebi yeterli labial sulkus oluşmasına olanak vermekte, üst dudak mukozasında gerginlik olmayışı tüberkülün normaldeki gibi belirgin olmasına yol açmaktadır. Bu flep sayesinde çok geniş dudak yarıklarında bile dudak mukozası devamlılığı kolayca sağlanabilmekte, yara gerginliğine karşı direnci arttırmada kas ve deriye ek olarak üçüncü bir tabaka elde edilmektedir.

Dudak yarığı deformiteleri içinde tarafımızdan en sık ameliyat edileni iki taraflı tam dudak yarığı ve tam damak yarığı (BCCL CCP) olan gruptur (% 42,19). İkinci sıklıkta ise sekonder bilateral dudak yarıkları yer almaktadır (% 13,28).

Premaksillanın fazla öne çıkıntılı olması kullandığımız yöntemde büyük teknik zorluklar çıkarmamaktadır. Kas onarımı yapıldığı için, kasların dinamik etkisi ile kısa sürede premaksilla geriye itilmektedir. Bu nedenle premaksillanın geriye alınmasına yönelik ortodontik tedavilere fazla gerek kalmamaktadır. Serimizdeki 128 hastadan yalnız 9 tanesine (% 7,03) bu tür ortodontik tedavi uygulanmıştır. Ancak alveoler süreçlerdeki kollapsın her olguda premaksillanın sığabileceği oranda açılması zorunludur.

Kullandığımız yöntemde Millard'ın (10) tanımladığı "Primer Forked Flap" tekniği eklenerek dudak onarımı ve kolumella rekonstrüksiyonu birlikte yapılabilirse de bu durumda kas onarımı mümkün olmadığından yeğ tuttuğumuz bir yöntem değildir. Yöntemimizde "c" flepleri ileride yapılacak kolumella uzatılmasında kullanılmak üzere burun tabanına çevrilerek saklanır.

Kolumella uzatılması ayrı bir evrede, dudak onarımından en erken 1 yıl sonra yapılmaktadır. Dudağın vertikal boyunun kısa olduğu olgularda Millard (7) Forked Flap yöntemi ile, dudak vertikal boyunun normal olduğu olgularda ise Veau-Cronin (2) yöntemi ile kolumella uzatılması yeğ tutulmaktadır.

Ameliyat sonrası 22 hasta 4-7 yıl arasında (üçü 7 yıl) izlenmiştir. İyi ve çok iyi sonuç aldığımız olguları başarılı olarak değerlendirdiğimizde % 49,61 oranında başarılı sonuç aldığımız görülmektedir (Tablo IV). Kötü sonuç olguların yalnız % 4,72 sinde görülmüştür. Başarılı sonuç yönünden iki taraflı tam, iki taraflı tam olmayan, tek taraflı tam, diğer taraflı tam olmayan ve sekonder olgular arasında önemli bir fark olmadığı anlaşılmıştır ($\chi^2 = 1,529$ $0,8 > p > 0,5$). Bu sonuç yöntemimizin her cins iki taraflı dudak yarığına başarı ile uygulanabildiğini göstermektedir.

Son yıllarda bazı kliniklerde "Lip Adhesion" (9) tekniği uygulanarak iki taraflı tam dudak yarığı tam olmayan şekle dönüştürülmektedir. "Lip Adhesion" tekniği ile iyi estetik ve fonksiyonel sonuçlar alınmasına karşın cerrahi yaklaşıma bir evre daha eklemesi gibi bir sakıncası vardı. Bu yöntem de diğer iki evreli yöntemler gibi ülkemiz sosyoekonomik koşullarına ters düşmektedir.

SONUÇ

İki taraflı dudak yarıklarının onarımı için yeni bir yöntem tanımlanmış ve bu yöntem ile tedavi edilen hastaların 7 yıla kadar izlenmesinden alınan sonuçlar tartışılmıştır. Bu yöntem ile her cins iki taraflı dudak yarığında birbirine yakın başarılı sonuçlar elde edilmekte, komplikasyon oranı düşük olmakta, çok geniş yarıkların dahi kolayca kapatılması mümkün olmakta ve ortodontik tedaviye olan gereksinim minimuma indirilebilmektedir.

SUMMARY

The one stage reconstruction of bilateral cleft lip technique modified from previously published techniques of Veau, Barsky and Millard was described by one of us (Ö.O.Erol, 1973). This method is basically very similar to one of Dr. Millard's technique with the principle difference being in our utilization of a muco-cutaneous flap for lining of the sulcus and in our creation of the philtrum.

We have employed this technique in a series of 128 patients over the past 7 years without any difficulty in closing even very wide clefts. Using this technique we have obtained succesful results in 49,61 %, fair results in 45,67 % and poor results in 4,72 % of our cases.

TABLO I : UYGULANAN OPERASYONLAR

Dudak onarımı	: 117	(% 82.98)
Kolumella uzatılması	: 13	(% 9.22)
Dudak onarımı ve aynı seansta kolumella uzatılması	: 9	(% 6.38)
Vomerden blok rezeksiyon ve aynı seansta dudak onarımı	: 2	(% 1.42)
T O P L A M	: 141	

TABLO II : OPERASYONLARIN YAŞLARA GÖRE DAĞILIMI

	3-5 ay	6-12 ay	1-2 yaş	3-4 yaş	5-7 yaş	8 yaş ve yukarı
Dudak onarımı	: 27 (% 19.15)	23 (% 16.31)	39 (% 27.66)	5 (% 3.55)	12 (% 8.51)	11 (% 7.80)
Kolumella uzatılması	: —	—	—	5 (% 3.55)	7 (% 4.96)	1 (% 0.71)
Dudak onarımı ve kolumella uzatılması (aynı seansta)	: 1 (% 0.71)	2 (% 1.42)	—	4 (% 2.84)	2 (% 1.42)	—
Vomerden blok rezeksiyon ve aynı seansta dudak onarımı	: —	—	1 (% 0.71)	—	1 (% 0.71)	—
Toplam (141 operasyon)	: 28 (% 19.86)	25 (% 17.73)	40 (% 28.37)	14 (% 9.93)	22 (% 15.60)	12 (% 8.51)

TABLO III : İKİ TARAF LI DUDAK YARIĞI AMELİYATINDAN ALINAN SONUÇLAR

	Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam
B CCL	3 (% 4.69)	26 (% 40.63)	29 (% 45.31)	6 (% 9.38)	64
B İCL	2 (% 11.11)	10 (% 55.56)	6 (% 33.33)	—	18
Karışık	2 (% 7.14)	14 (% 50.00)	12 (% 42.86)	—	28
Sekonder	—	6 (% 35.29)	11 (% 64.71)	—	17
TOPLAM	7 (% 5.55)	56 (% 44.09)	58 (% 45.67)	6 (% 4.72)	127

TABLO IV : ALINAN BAŞARILI SONUÇLAR

B CCL	(64)	29 (% 45.31)
B İCL	(18)	12 (% 66.67)
Karışık	(28)	16 (% 57.14)
Sekonder	(17)	6 (% 35.29)
TOPLAM	(127)	63 (% 49.61)

TABLO V : KOMPLİKASYONLAR

	Hafif Enfeksiyon	Ciddi Enfeksiyon	Yara Açılması	Flep Nekrozu	Toplam
Dudak onarımı (117 op) :	2 (% 1.71)	2 (% 1.71)	6 (% 5.13)	2 (% 1.71)	12 (% 10.26)
Kolumella uzatılması (13 op) :	1 (% 7.69)	1 (% 7.69)	—	—	2 (% 15.38)
Dudak onarımı ve aynı seansta kolumella uzatılması (9 op) :	—	1 (% 11.11)	—	—	1 (% 11.11)
Vomerdon blok rezeksiyon ve aynı seansta dudak onarımı (2 op) :	—	—	—	1 (% 50)	1 (% 50)
TOPLAM 141 operasyon :	3 (% 2.13)	4 (% 2.84)	6 (% 4.26)	3 (% 2.13)	16 (% 11.35)

KAYNAKLAR

1. Barsky, A.J.: Kahn S. and Simon, B.E.: Principles and Practice of Plastic Surgery. New York: Mc Graw Hill 1964 S. 352.
2. Cronin, T.D.: Lengthening the columella bay the use of skin from the nasal floor and alae. Plast. Reconstr. Surg. 21: 417, 1958.
3. Erol, Ö.O.: Bilateral dudak yarığı tamirinde yeni modifiye bir metod. Uluslararası II. Maksillofasial Cerrahi Sempozyumu, İstanbul 1973.
4. Fara, M.: Anatomy and arteriography of cleft lips in stillborn children. Plast. Reconstr. Surg. 42: 29-36, 1968.
5. Fara, M. and Smahel, J.: Postoperative follow up of restitution procedures in the orbicularis oris muscle after operation for complet bilateral cleft of the lip. Plast. Reconstr. Surg. 40: 13,1967.
6. Gürsu, K.G. ve Erol, Ö.O.: Bilateral dudak yarıklarının onarımında modifiye yeni bir yöntem. Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni. 7: (4) 655-662, 1974.
7. Millard, D.R.Jr.: Closure of bilateral cleft lip and elongation of columella by two operations in infancy. Plast. Reconstr. Surg. 47: 324-331, 1971.
8. Millard, D.R.Jr.: Rotation-Advancement in the repair of bilateral cleft lip. Grabb W.C.; Rosenstein S.W. and Bzoch K.R. (yazarlar): Cleft Lip and Palate. Boston: Little, Brown 1971. Sayfa 305-310.
9. Millard, D.R.Jr.: Cleft Craft II Bilateral and Rare Deformities. Boston: Little, Brown. 1977 Sayfa 175-182.
10. Millard, D.R.Jr.: Bilateral cleft lip and a primary forked flap: A preliminary report. Plast. Reconstr. Surg. 39: 59-65, 1967.
11. Rees, T.D.: Swinyard C.A. and Converse J.M.: The prolabium in the bilateral cleft lip. Plast. Reconstr. Surg. 30: 651,1962.
12. Veau, V.: Operative treatment of complete double harelip. Ann. Surg. (Paris) 76: 143-156, 1922.