

DIBBELL YÖNTEMİ İLE "CLEFT LIP-NOSE" ONARIMI (*)

Dr. Muvaffak SİPAHİOĞLU D. Ö. Onur EROL

Dr. Cemalettin ÇELEBİ Dr. Ege ÖZGENTAŞ

Dr. Abdullah KEÇİK (**)

Ö Z E T

Yarık dudak burun deformitesinin sekonder onarımında kullanılmaya yeni başlanan Dibell yöntemi anlatıldı. Bu yöntemin uygulandığı sekiz olguda alınan erken sonuçların özelliği tartışıldı.

G İ R İ Ş

Tek taraflı dudak yarığı bulunan hastadaki burun deformitesinin onarılması, sorunun karmaşık olması nedeni ile çeşitli güçlükler göstermektedir.

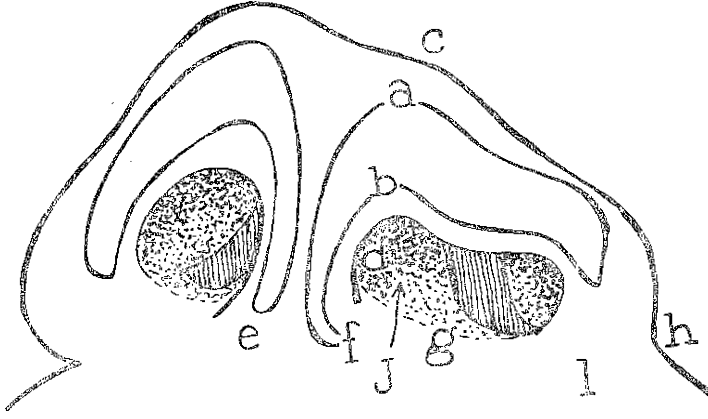
Huffman ve Lierle (1) ve daha sonra Stenström ve Oberg (2) bu deformiteye katılan multipl doku defektlerini tanımlamışlar ve patolojik anatomide, normale göre, büyük farklılıklar bulunduğunu vurgulamışlardır.

Temel anatomik farklılıkları şu şekilde sıralayabiliriz :

(Şekil 1).

(*) Yedinci TPCD Ulusal Kongresinde Uluslararası Plastik Cerrahi Kongresinde (Atina, 1981) tebliğ edilmiştir.

(**) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü.



Şekil 1 : Yarık dudak burun deformitesindeki temel anatomik farklılıklar.

(A) Alt yan kartilaj aşağıya doğru yer değiştirmiştir, (B) Alt yan kartilajın medial ve lateral krusları arasındaki açı genişlemiştir, (C) Dom normal taraftan daha aşağıdadır, (D) Yarık tarafta kolumella daha kısadır, (E) Kolumella tabanı sağlam tarafa doğru deviyeye olmuştur, (F) Medial krus normal taraftakinden daha aşağı seviyededir, (G) Burun deliği tabanı genişlemiştir, (H) Alar-fasiyal açı düzleşmiştir, (I) Yarık tarafta burun döşemesi sıklıkla çöküktür, (J) Septumun kemik ve kıkırdak parçası yarık tarafa doğru konvektir ve tumun kemik ve kıkırdak parçası yarık tarafa doğru konvektir. Ayrıca, McComb (3) tarafından, yarık taraftaki burun derisi ve mukozasının normal taraftakinden daha uzun olduğu ileri sürülmüştür.

Bu olguların ilk ameliyatlarında, burunlarındaki deformiteyi düzeltmeye yönelik işlemler uygulanmasına karşın, daha sonra yeniden burun deformitesi oluşmakta ve ikinci bir ameliyatı gerektirmektedir (4, 5). Millard'ın (6) modifiye ettiği kendi tekniği ve Skoog'un (7) önerdiği yöntem ile, ilk ameliyatta, burun deformitesi eskiye oranla daha başarılı bir şekilde onarılabilir. Ancak, geç sonuç verileri olmadığı için, bu olgularda bir sekonder onarım gereği ve derecesi bilinmemektedir.

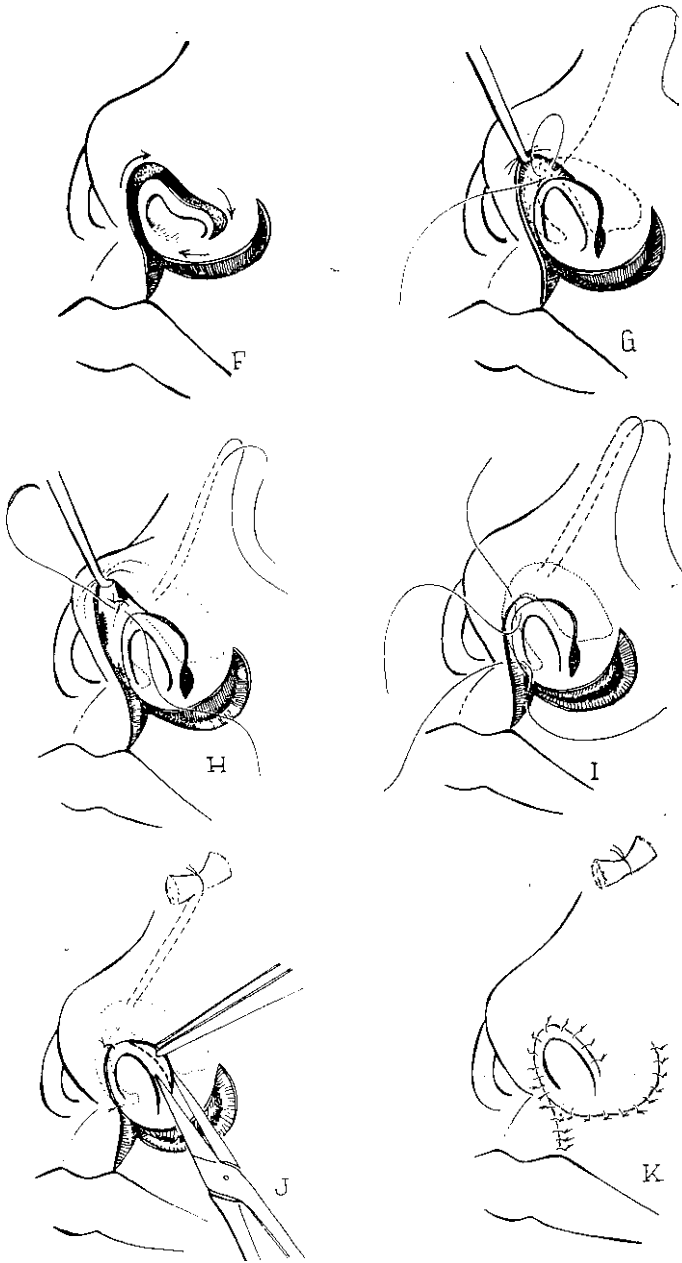
Kliniğimizde, 1965'den beri, 2000 den fazla dudak ve damak yarıklı hasta görülmüş veya tedavileri yapılmıştır. Tek taraflı dudak yarıkları 1979'a kadar Millard I (8) ve Millard II (9) yöntemleri ile onarılmıştı. Daha sonra, nazal deformiteyi düzeltmek için tek taraf-



Şekil 2 A : Dibbell yönteminin ameliyat aşamaları.

lı çatal flepin kullanıldığı, Millard III (6) yöntemi uygulanmaya başlandı. Evvelki yıllarda tedavileri yapılan hastaların çoğu şimdi yarık dudak burun deformitesinin sekonder onarımı için kliniğimize geri gelmektedir. Bu olgularda Dibbell'in yönetiminin faydalı ve kolay uy-

gulanabilir olduğunu g6rd6k. Bu yazımızda, bu yeni y6ntemi anlatıp aldığımız erken sonuçları tartişacağız.



şekil 2 B : Dibbell y6nteminin ameliyat aşamaları (devamı).

GEREÇ VE YÖNTEM

Dibbell yöntemi, 1979 yılı sonlarından beri, yarık dudak burun deformitesi olan sekiz hastada uygulandı. Hastalar doğumlarından 3 ay ile 9 ay sonra tek taraflı dudak yarığı nedeni ile, Millard I ve Millard II yöntemleri kullanılarak, ameliyat edilmişti. Olguların en küçüğü 3 en büyüğü ise 10 yaşında idi.

Teknik :

Deforme taraftaki burun deliği çevresinde, diğer burun deliğine simetrik bir burun deliği çizimi yapılır (Şekil 2 A). Ayrıca alar kaideyi serbestleştirip mediale yaklaştırmak için yapılacak ensizyon ve deri eksizyonun yeri belirlenir.

Burun deliği çevresinde ensizyon yapılarak, önce medial krus olmak üzere, bütün alt yan kartilaj üzerindeki deriden ve medial krus fibröz yapışıklıklarından ayrılır (Şekil 12 B, C, D). Böylece alt yan kartilaj burun içi mukozasına birleşik bir mekondrial flap gibi tamamen serbestleştirilmiş olur. Daha sonra, burun eşiğinden burun kanadına uzanan çizgide yapılan ensizyonla burun tabanı ve burun kanadı serbestleştirilir (Şekil 2 E).

Serbestleştirilmiş olan alt yan kartilaj, mukozası ile birlikte, sol burun deliğinde saat yönünde, sağ burun deliğinde saat yönüne ters biçimde döndürülür. Bu manevra ile hem kolumella uzamış olur hem de alar kartilaj normal pozisyonunu almış olur. Yeniden pozisyonlandırılan alt yan kartilaj burun sırtı derisinden geçirilen 4/0 nylon dikiş ile geçici olarak yukarıya asılır. Ayrıca, aynı alar kartilaj, medial ve lateral krusların birleşim köşesine konan sütürler ile, normal taraftaki kartilaja tespit edilir (Şekil 2 F, G, H).

Alar kartilajın rotasyonu ve yukarı taşınması sonucu burun deliği kenarında oluşan deri fazlalığı eksize edilir. Dudağın onarım yapılan tarafındaki deri fazlalığı eksize edildikten sonra, yara dudakları birbirine yaklaştırılıp sütüre edilir. İlk dikişler burun deliğinin kolumellar kenarında en üst ve en alt uçlara konulur, daha sonra, burun deliği çevresi 6/0 devamlı dikiş ile sütüre edilir. Dudak ve burun kanadındaki yara dudakları tek tek dikişler ile iki tabaka halinde sütüre edilir (Şekil 2 I, J, K).

Serbestleştirilmiş yapıların yeni yerlerine tam oturması için burun içine xeroform tampon konur. Burun tamponu ve dikişler ameliyatın 5 ci günü alınır.

BULGULAR

Dibbell yöntemi ile ameliyat edilen sekiz hastanın yedi tanesinde ameliyat sonrası erken komplikasyon görülmedi. Bir olguda, enfeksiyon nedeni ile, dikişler alındıktan sonra mukokondrial flap yerinden kalktı. Hasta yeniden ameliyata alınarak, burun deliği kenarına sütür konarak flap yerine tespit edildi. Hiç bir olguda, deri veya flep nekrozu oluşmadı. Hastalar en az bir ay, en çok 6 ay izlendi. Skar oluşumunun minimal olduğu gözlemlendi. Erken sonuçların yeterli olduğu ve burun şeklinin yeniden bozulmadığı saptandı. İki olgumuzun, ameliyat öncesi ve sonrası fotoğrafları Şekil 1 ve 2'de görülmektedir.

TARTIŞMA

Yarık dudak burun deformitesinin onarımı için bir çok yöntem önerilmiştir. Spira ve arkadaşları (10), 1969'da bunları toparlayıp, temel girişimlerine göre, kategorilere ayırmıştır. Hepsinin kendine göre üstün yönleri vardır. Ancak bu tekniklerin her birinin tek başına tam bir başarı elde edemediği, sayılarının çokluğundan anlaşılmaktadır.

Stenström (11), tek taraflı dudak yarığı ile birlikte olan burun deformitesinin, anormal embriyolojik gelişmeden dolayı değil, burun yapılarının kötü pozisyonlanmasından dolayı olduğunu ileri sürmüştür. Anatomopatolojik gözlemlerden ve şimdiye kadar önerilmiş yöntemlerin değerlendirilmesinden sonra şu vurgulanabilir. Eğer deforme alar kartilajın repozisyonu ile düzeltilebilecek ise, kullanılacak yöntem, alar kartilajın tamamının serbestleştirilerek yükseltmesini içermelidir. Aynı zamanda yarık tarafta alar kaidenin mediale kaydırılarak düzeltilmesiyle alınacak sonuç daha yeterli olacaktır (12).

Kullanılan Dibbell yöntemi, alar kartilajın tam olarak mobilize edilmesini ve alar kaidenin mediale kaydırılmasını içerir. Alar kartilajın tam olarak mobilize edilmesi, çok az bir gerginlik ile yeniden pozisyonlandırılmasına olanak sağlar. Böylece yeniden pozisyonlandırılmış alar kartilajın Stenström'ün (11) yönteminde olduğu gibi devamlı sütürler ile asılı tutulmasına gerek kalmaz. Alar kaidenin mediale kaydırılması, burun tabanındaki çöküntünün giderilmesine de yardımcı olur.

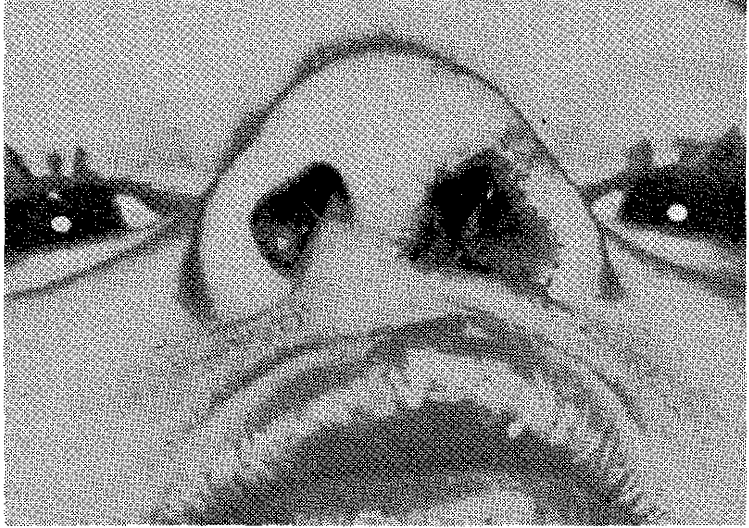
Ensizyonlardan dolayı oluşan skar çizgisinin, bazı yazarların inançlarının aksine, bizim olgularımızın hiç birinde sakıncalı sonuç yaratmadığı saptanmıştır. Bu bulgular Dibbell'in kendi olgularında elde ettiği olumlu geç sonuçlarla uyum sağlamaktadır.



Şekil 1 : Bir olgunun ameliyat öncesi (üstte) ve sonrası (altta).

Özet olarak, elimizdeki erken sonuç verilerine göre; alt yan kartilajın tam olarak rotasyonuna ve böylece dom'un kendiliğinden oluşmasına olanak sağlayan bu yöntem, burun çatısına ve septomuna girişim gerektirmeyen olgularda yeterli olmakta, ikinci bir girişimi ancak minimal düzeltmeler için gerektirmektedir. Burun kanadı, septum ve burun tepesi yanında burun tabanındaki çöküklük, sadece yu-

muşak doku rotasyonu ile önemli derecede azalmakta ve bu bölgeye kıkırdak veya kemik grefti gereksimini minime indirmektedir.



Şekil 2 : Diğer bir olgunun ameliyat öncesi (üstte) ve sonrası (altta).

SUMMARY

Since 1965, our department of Plastic Surgery has seen and treated more than 2000 cleft lip and cleft palate children. All unila-

teral cleft lips were repaired with either the Millard I or Millard II procedure through 1978, in 1979 we began to utilize his latest modification (Millard III) employing a unilateral forked flap to primarily correct the associated nasal deformity. In recent years, many of our earlier treated patients are returning for the repair of their cleft lip nose deformities, Dibbel's method of repair has been found to be both useful and easy to use. Highlights of the technique are as follows: an incision is made completely around the rim of the nostril. The lower lateral cartilage is dissected free from the skin. The medial crus of alar cartilage is dissected through that part of the original incision made on the rim of collumella and separated from the contralareral crus. Following the completion of this maneuver, the entire vestibular tissue is dissected and elevated from the nose skin as a composite flap of mucosa and lower lateral cartilage. This soft tissue composite is rotated counterclockwise fashion on the left side. The alar cartilage is suspended with a temporary 4-0 nylon suture brought at over the dorsum of the nose, the alar-cheek angle is deepened to restore symmetry by an incision which allows the base of the ala to be turned in and sutured to the nasal spine. The vestibular mucosa is then sutured to the nasal rim in it's new position. Eight patients treated with this method showed excellent results up to one year follow-up.

KAYNAKLAR

1. Huffman, W.C., Lierle, D.M.: Studies on the pathological anatomy of the unilateral harelip nose. *Plast. Reconstr. Surg.*, 4: 225, 1949.
2. Stenström, S.J., Oberg, T.R.H.: The nasal deformity in unilateral cleft lip. *Plast. Reconstr. Surg.*, 28: 295, 1961.
3. McComb, H.: Treatment of the unilateral cleft lip nose. *Plast. Reconstr. Surg.*, 55: 596, 1977.
4. Millard, D.R., Jr.: The unilateral cleft lip nose. *Plast. Reconstr. Surg.*, 34: 169, 1964.
5. Edgerton, M.T., Marsh, J.L.: Uses of the nasolabial flap in the correction of cleft lip nasal deformities. *Plast. Reconstr. Surg.*, 60: 56, 1977.
6. Millard, D.R., Jr.: Extensions of the rotation-advancement Principle ofr wide unilateral cleft lips. *Plast. Reconstr. Surg.*, 42: 535, 1968.
7. Skoog, T.: *Plastic Surgery, New Methods and Refinements*, First Ed., PP. 80-93. Almqvist and Wiksell International, Stockholm, 1974.
8. Millard, D.R., Jr.: A radical rotation in single harelip. *Am. J. Surg.*, 95: 318, 1958.

9. Millard, D.R., Jr.: Refinements in rotation-advancement cleft lip technique. *Plast. Reconstr. Surg.*, 33: 26, 1964.
10. Spira, M., Hardy, S.B., Gerow, F.J.: Correction of nasal deformities accompanying unilateral cleft lip. *Cleft Palate J.*, 7: 112, 1970.
11. Stenström, S.J.: Correction of cleft lip nasal deformity. A: refinement of an older method. *Plast. Reconstr. Surg.*, 59: 675, 1977.
12. Nishimura, Y., Ogino, Y.: The use of two V-flaps for secondary correction of the cleft lip nose. *Plast. Reconstr. Surg.*, 60: 390, 1977.