

TESSIER No. 0 YÜZ YARIĞI CERRAHİ TEDAVİSİNE DEĞİŞİK BİR YAKLAŞIM (İki Olgunun Değerlendirilmesi)

Tayfun AKÖZ, Bülent ERDOĞAN, Metin GÖRGÜ, Ruşen KAPUCU,
Naci KARAÇAL, Rohat KUTLAY

Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Yüz yarıkları oldukça nadir doğumsal deformitelere aittir. Bu nadir yarıkların en sık rastlananlarından birisi baş ve yüzün orta hattında gerçekleşen Tessier no. 0-14 yarıklardır. Bunlar orta hatta bütün yüz yapılarını tutmakla birlikte sıklıkla üst dudak ve burnu etkiler. No. 0 yüz yarığı olan 2 hastamızda burun dokuları, çeşitli derecelerde etkilenmiştir. Her iki hastada da öncelikle yumuşak dokuya yönelik cerrahi girişim planlandı. Geniş kolomella ve nazal tipi daraltmak amacı ile konservatif olarak eliptik deri ve yumuşak doku eksizyonu yapıldı. Tip projeksiyonunu artırmak amacı ile üst pediküllü dermal flep, burun çatısına çevrildi. Eliptik insizyonunun primer sütüre edilmesi ve burun tabanına yaptırılan rotasyon ile kolomellada uzama sağlandı. Mümkün oldukça yumuşak dokular korundu. Burun çatısı ve kolomellaya yönelik kemik çatı rekonstrüksiyonu yapılmamasına rağmen, postoperatif sonuçlar tatminkardı.

Anahtar Kelimeler : Yüz yarığı, Tessier No. 0 yarığı, cerrahi tedavi

GİRİŞ

Yüz yarıkları, dudak ve damak yarığı ile karşılaştırıldığında oldukça nadir doğumsal deformitelere aittir¹. Kamamoto'nun literatür incelemeleri sonucunda elde ettiği insidansı 100.000 doğumda 1,9 - 6,8'dir². Thorne literatür verileri ile bu oranı 100.000 canlı doğumda 1 olarak belirlemiştir³.

Yüz yarıklarının birçok sınıflaması yapılmışsa da bugün için en sık kullanılanı Tessier tarafından yapılmıştır^{4,7}. Sagittal orta

SUMMARY

A different surgical approach to Tessier No. 0 facial clefts (Analysis of 2 cases)

Facial clefts are rare congenital deformities. tessier no. 0-14 cleft which occurs on the midline of the face and the cranium is one of the most common in facial clefts. Although these clefts involve all facial structures on the midline, they often affect upper lip and nose. Our two patients with No.0 facial cleft have nasal deformities with different degrees in severity. First of all, surgical treatment to the soft tissue excision were made, conservatively. The dermal flap pedicled superiorly rotated to upper part of the nose for augmenting nasal tip projection. Columellar lengthening was obtained after suturing of the skin incisions and rotating of the nostril base. Soft tissues were protected as possible as. Although skeletal reconstruction to the nasal roof and columella was not performed, postoperative results were satisfactory.

Key Words : Facial cleft, Tessier No. 0 cleft, surgical treatment

hatta göre anatomik lokalizasyonda yapılmış bu sınıflama, kolay ve anlaşılır olması nedeniyle oldukça kabul görmüştür.

Tessier No. 0 yüz yarıkları tüm yarıkların en sık görülenidir⁸. Monasterio 176 hastada gözlediği 345 yüz yarığının 92'sinin (%26,66) No.0 kleft olduğunu vurgulamış, 146 hastada gözlediği 245 nazal kleftin 59(%40,41)'unun No.0 kleft olduğunu tespit etmiştir⁹. Gürsu'nun bir çalışmasında 174 olguluk dudak/damak yarıklı hasta serisinde 4 olguda median yarığ



Şekil 1: İlk olgunun preoperatif görüntüsü

deformitesi olduğu belirtilmiştir¹⁰. Doğal olarak No. 0 yüz yarığının tedavisi ile ilgili olarak çeşitli literatür bilgileri oluşmuştur.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: F.Y., 4 yaşında erkek çocuğu. Yüzünde şekil bozukluğu şikayeti ile getirilen olgu Tessier No. 0 fasial kleft tanısıyla yatırıldı (Şekil 1). Anne babası arasında akraba evliliği olmayan hastanın babasında doğuştan alt ekstremitte kısalığı ve genu valgusu mevcutmuş. Annesi 1. trimester sırasında gebe olduğunu bilmeden antibakteriyel oral ve vajinal tabletleri kullanmış. Hastanın yapılan muayenesinde, burun tipi bifiddi. Kolumellaya uyan bölgede prolabium ile uyumlu doku ve bu dokunun her iki tarafında yarık izlenmekteydi. Lateral elemanlarda kolumella ve filtrum mevcuttu. Üst alveol tam orta hatta yumuşak dokuda sınırlı minimal yarık görünümünü vardı. Burun nostrilleri küçük ve damak yüksek olmasına rağmen konuşması normaldi.

Hastanın 2 ve 3 boyutlu tomografisinde: maksiller sinüs alveoler prosesinde orta hatta kemik defekti izlenmekteydi. Sert damağa ait kemik yapı gözlenmemiş olup, nazal septum

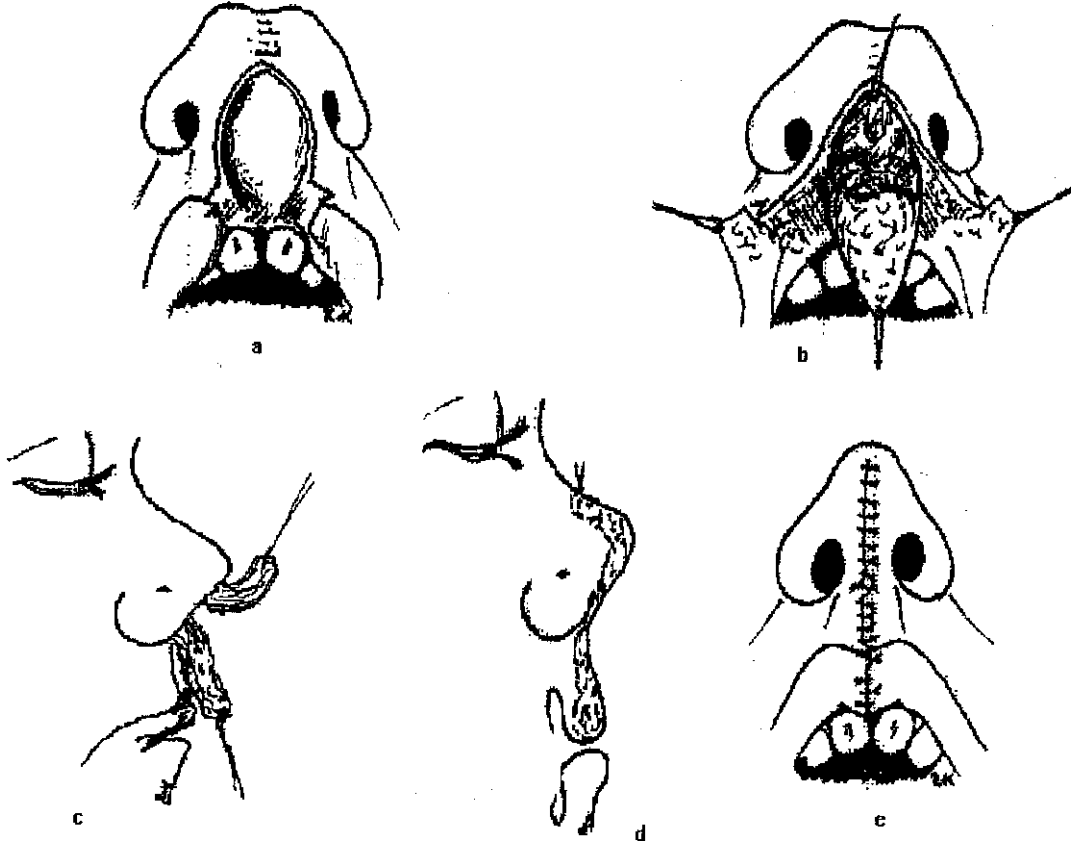


Şekil 2: Hastanın 2 ve 3 boyutlu tomografisi

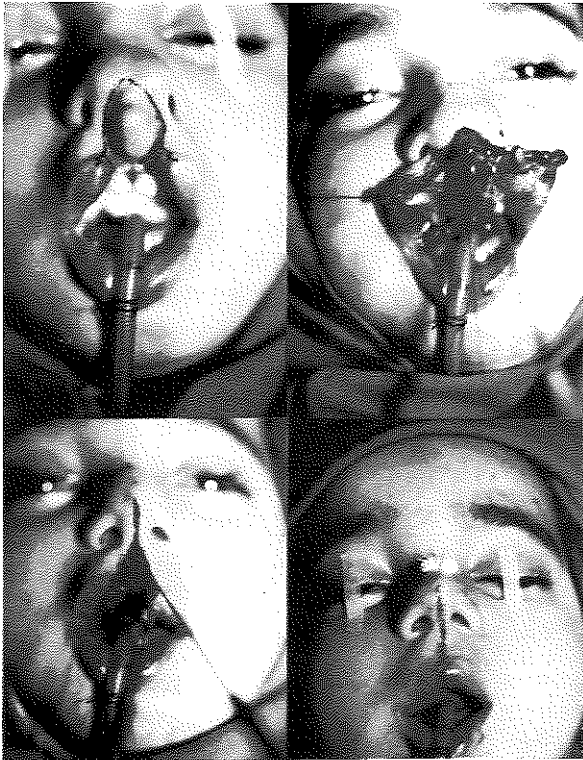
bazal kesimde bilaminar görünümdeydi (Şekil 2).

Cerrahi işlem: Nazal tipten başlayıp bilateral ilerleyen, kolumella filtrum tüberkülünü kateden insizyon yapıldı. Orta hattaki fazla dokunun üzerindeki deri dezepitelize edildi. Bu alanın altındaki midkolumellar yumuşak dokudan ilk olarak üst pediküllü, daha sonra alt pediküllü iki adet yumuşak doku flebi hazırlandı ve kaldırıldı. Fleplerin üst pediküllü olanı nazal tip büyütülmesinde, alt pediküllü olanı ise vermilion ve tüberkül büyütülmesinde kullanıldı. Kolumella bazisi ve tüberkül oluşturulacak yerde, vertikal insizyona iki minik Z plasti eklendi. Transfüksiyon sütürleri ile kolumella daraltıldı. Orta hatta düz kapama yapıldı (Şekil 3 ve Şekil 4). Olgunun postoperatif sonuçları kabul edilir düzeydeydi (Şekil 5).

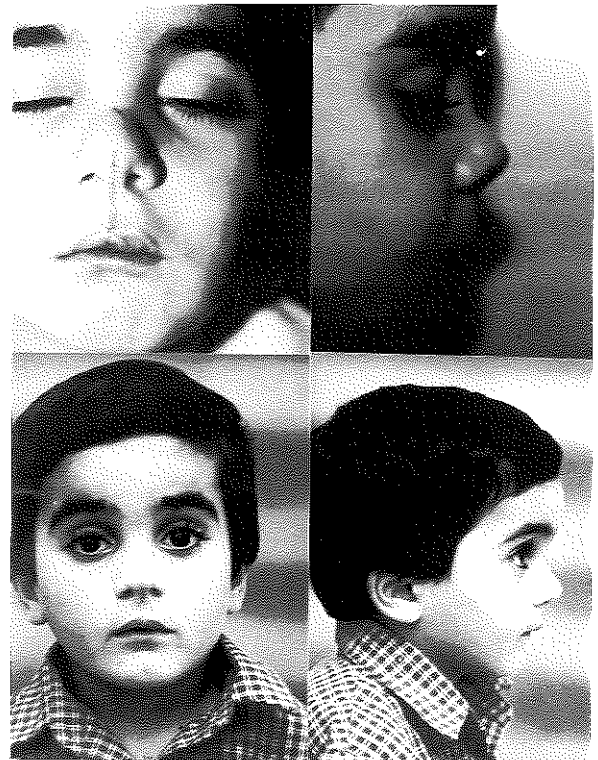
Olgu 2: Ö.A., 1,5 yaşında erkek çocuk. Olgu, burnunda şekil bozukluğu şikayeti ile başvurdu. Anne-babası arasında akraba evliliği olmayan hastanın annesi gebeliğinin 1. trimesterinde asetaminofen kullanmış. Hastanın muayenesinde, alar baz genişlemiş, kolumella kısa ve geniştir. alar kartilajlar laterale deplase ve filtrum geniştir (Şekil 6). Hastanın damağının



Şekil 3: a. Operasyon planının çizimi. b. Orta hatta işaretli alan dezerpitelize edilmiş, o bölgedeki yumuşak dokudan önce üst pediküllü, sonra alt pediküllü iki adet vertikal flep hazırlanmıştır. c. Fleplerin kaldırılmasından sonra yandan görünüşü. d. Üst pediküllü flep, hazırlanan deri altı tüneline burun tipi ve dorsumuna, alt pediküllü flep üst dudak orta hattına ve tüberküle yerleştirilmiştir. e. Mukoza ve kas tamirini takiben kolumella tabanında ve üst dudak deri-mukoza birleşiminde iki adet z-plastiden sonra cilt primer suture edilmiştir.



Şekil 4: Operasyon planı



Şekil 5: Hastanın erken ve geç dönem görüntüsü



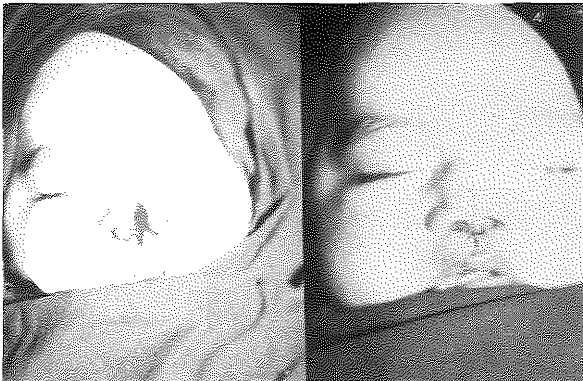
Şekil 6: İkinci olgunun preoperatif görüntüsü

yüksek olduğu tespit edildi.

Olgunun 2 ve 3 boyutlu tomografisinde, sert damak orta hat sağında lineer ossifikasyon defekti gözlenmiştir. Nazal septum kalın olup bilaminer görünümündedir. Sol burun deliği tabanında maksiller kemikten köken alan çıkıntı dikkati çekmektedir (Şekil 7 a,b).



Şekil 7: Hastanın radyografik değerlendirilmesi. a. Üç boyutlu CT, b. Aksiyel planda CT



Şekil 8: İkinci hastanın intraoperatif görüntüsü



Şekil 9: Hastanın postoperatif 3. aydaki görüntüsü

Cerrahi işlem: Genel anestezi altında No. 0 yüz yarığı ile kolumella ortasından, tipten üst dudak ortasına kadar eliptik bir dezepitelizasyonu takiben midkolumellar alan ve membranöz septumdaki yumuşak dokular konservatif olarak çıkarıldı. Tomografik incelemede gözlenen ve genişlemiş nazal spinin nostril tabanını daraltan parçası eksize edildi. Septum ön kenarı uzantısına yumuşak doku ile birlikte rotasyon yaptırıldı. Kolumellar kartilajlara transfiksiyon sütürleri konulduktan sonra cilt primer kapatıldı. Burun tabanlarından arta kalan dokular eksize edilerek, üst dudak 2/3 üst kısmından başlayacak şekilde dokular Y şeklinde sütüre edildi. Nostrillere yer tutucu tampon konularak operasyona son verildi (Şekil 8). Olgunun erken postoperatif sonuçları tatminkardı. Ancak geç dönemde kolumellanımı kısa olduğu gözlemlendi (Şekil 9).

TARTIŞMA

Yüz yarıklarının en sık görüleni, baş ve yüzün orta hattında gerçekleşen Tessier No. 0 yarıklardır⁸. Bunlar orta hatta bütün yüz yapılarını tutabilmekle birlikte sıklıkla üst dudak ve burnu etkiler. Üst dudagının No. 0 yarığı vermiliokutan çizgide mikroform yarıklarla seyredebilir. Nazal No.0 yarıklar ise sıklıkla nazal bifidite ve burun dorsumunda düzleşmeye neden olur. Nazal piramidin osteokartilajinöz çatısı genişlemiştir. Alar ve lateral kartilajlar laterale deplase olmuş ve hipoplastiktir (1,%). Ciddi vakalarda hipoplastik alar kartilajlardan frontal kemiğe uzanan subkutan fibromuskuler bir band mevcuttur. Filtrum sıklıkla kısa ve geniştir ve üst dudak kleftleriyle birlikte seyreder. Nazal septum kalınlaşmış, duplike olmuş veya kaudalde Y şeklindedir. Etmoid sinüs hücrelerinin sayısı artmış ve genişlemiştir. Yarık, orbitalar arası boşlukta ilerlerse hipertelorizmle karşılaşılır. Yarık kraniale doğru Tessier No. 14 yarık olarak devam eder^{1,3,9}.

En iyi kozmetik sonuçlar, No. 0 yüz yarığı gibi orta hat yarığı olan hastalarda elde edilir. Monasterio bunu şu nedenlere bağlamıştır: Geniş ve derin orta hat yarıklarda dahi yeterli cilt kapaması sağlanmaktadır ve mevcut deformite simetriktrir⁹. Özellikle yarığın etkilediği doku oranının sınırlı olduğu olgularda sonuçların beklenenin üstünde olması doğaldır. Olgularımızda kemik yapılarda kleftin etkisinin sınırlı olduğu göz ardı edilmemelidir.

Thorne'a göre, nadir yüz yarıklarının değişken özelliği, standart tedavi yöntemlerinin bu hastalarda geçerli olmadığı şeklindedir ve her bir olgunun cerrahi tedavisi farklı olabilir^{3,9}. Olgulara nadir rastlanması yapılan cerrahi tedavilerdeki yöntem ve tecrübeyi de sınırlamaktadır¹¹⁻¹³. Ancak olgularımızdaki gibi sadece burnu ilgilendiren No.0 yüz yarıklarının cerrahi tedavisinde geniş ve derin burun dorsumundan eksizyon yapılması, alar kartilajların birbirine yaklaştırılması, gerekli desteği sağlamak amacıyla kemik ve kıkırdak grefti konulması gibi yöntemler kullanılmaktadır^{1,6,9}. Tüm tedavi metodlarını ilgilendiren genel prensipler göz önüne alınmalıdır³. Nefes alma, beslenme ve görme

fonksiyonu korunmalı, kleftin her bir bölümü tek tek ele alınarak, psikososyal etkileri en aza indirecek tedavi planlaması yapılmalıdır. Olgularımızın ikincisinde, yarığın solunum fonksiyonuna olumsuz etkisi söz konusuydu. Bu nedenle nostrilleri daraltan genişlemiş nazal spin parçaları eksize edilmişti. Yüz yarıklarında yaş ile yüz yapıları büyümekte, defektler daha da belirginleşmekte ve defektlerin düzeltilmesi daha da zorlaşmaktadır. Bununla birlikte erken çocukluk döneminde sadece yumuşak dokuları ilgilendiren kleft deformitelerinin düzeltilmesi gerektiği belirtilmektedir. Kemik gibi büyüme potansiyeli olan yapılara erken çocukluk döneminde yapılacak cerrahi girişimlerin yararı tartışmalıdır^{1,3,14}. İlk olguda tedavi sosyal nedenlerle gecikmişti, hasta cheveyninin çevre etkilerini önemsemeye başlaması nedeni ile başvuru yapılmıştı.

No.0 yüz yarığı olan hasta sayısı oldukça fazla olan Monasterio'nun çalışmasında minimal nazal klefti olan hastalarda fazla dokunun çıkarıldığı belirtilmektedir⁹. Orta hat yapılarını yaklaştırmak için bu işlem gereklidir. Ancak yine bu tip hastalarda eksize edilmesi planlanan yapılar bir ölçüde korunması ile gerekli yerlerde doku büyültmeleri gerçekleştirilebilir. Olgularımıza yapılan cerrahi girişim belirli prensipler doğrultusunda çoğunlukla yumuşak dokuya yapıldı. İlk olguda derin ve geniş kleftin kolumella ve burun dorsumundaki bölümlerinde eliptik olarak deri dezepitelize edildi ve alttaki yumuşak doku fazlası tamamen çıkarılmadan bu bölgeden alt ve üst pediküllü iki flep hazırlandı. Daha önceki yayınlarda vurgulanan prosedürlerin dışında, burun dorsumu ve tipteki deformite, üst pediküllü dermal flep bu bölgeye çevrilerek düzeltildi. Alt pediküllü dermal fleple de vermilyon ve dudak tüberkülü büyütüldü. Burun dorsumu ve tipe yerleştirilen dermal flep bu bölgeye kısmen destek sağlayacak ve geç dönemde kemik ve kıkırdak grefti konulmasına ihtiyacını azaltacaktır. Thorne'a göre kemik büyümesi tamamlanana kadar mümkünse kemik yapılara yönelik rekonstrüksiyon ertelenmelidir³. Hastalarımızda kemik yapıları ilgilendiren yarık boyutları küçüktü. Her iki olguda da yumuşak doku onarımının etkisi ile kemik yarığının daralacağı düşünüldü.

Nazal No. 0 kelfti olan hastalarda kolumella kısadır ve destek dokusu azdır, ayrıca septum ön kenarı geniş olup, kolumella bazisinde "Y" şeklinde açılabilir^{1,9}. İkinci olgumuzda mevcut olan bu bulguları düzeltmek için nostrili daraltan kolumella devamlılığındaki yumuşak dokuya rotasyon yaptırıldı. İlk olgumuzda olduğu gibi kırıldak ya da kemik çatı rekonstrüksiyonu yapılmadı. Buradaki gerekçe, rotasyona rağmen laterale yayılan yumuşak dokunun yetersiz olmasıdır. Görülmektedir ki minimal nazal kleftin fazlalık gibi görülen orta hat dokuları rekonstrüksiyona yetmemektedir. Bu nedenle çift taraflı dudak yarığının cerrahi onarımında olduğu gibi kozmetik ve fonksiyonel deformite oluşturmadan yumuşak dokular mümkün oldukça korunmalıdır.

Olgularımızda kullandığımız cerrahi prosedür, tek seansta yarık onarımını sağladığından hastaları mükerrer anestezi almaktan kurtarmaktadır. Burun desteği için kırıldak veya kemik greft kullanılmadığı için ek skar oluşmamaktadır. Geç dönemde eksiklik söz konusu olursa, burun çatı ve kolumella desteği sağlanabilir. Bu olgularda hareketle, aşırı derecede deformite oluşturmayan No.0 yüz yarıklarının tedavisi öncelikle yumuşak dokuya yapılmalı, çıkarılması planlanan yumuşak dokuların eksiklik olan yerlerde kullanılması için çaba sarf edilmelidir.

Tayfun AKÖZ

Meşrutiyet Cad. Çanakkale apt. No:36/6
06420 Kızılay / ANKARA

KAYNAKLAR

1. Kawamoto, H.K.Jr: Rare craniofacial clefts In: Mc Carthy (ed), Plastic surgery, W.B. Saunders, Phila-

- delphia, Vol 4, p 2922, 1990.
2. Kawamoto, H.K.JWr., Wang, K.H., Macomber, W.B. :Rare craniofacial clefts. In: Converse, J.M. (ed.). Reconstructive plastic surgery, W.B. Saunders, Philadelphia, Vol. 4, p.2116, 1977.
3. Thorne, C.H.: Craniofacial clefts, Clin. Plast. Surg. 20:803, 1993.
4. Harkins, C.S., Berlin, A., Harding, R.L., et al.: A classification of cleft lip and cleft palate. Plast. Reconstr. Surg. 1962, 29: 31.
5. Karfık, V.: Proposed classification of rare congenital cleft malformations in the face. Acta Chir. Plast. 1:163, 1966.
6. Tessier, P.: Anatomical clasificaiton of facial, craniofacial and laterofacial clefts. J. Maxillofac. Surg. 4: 69, 1976.
7. Van der Meulen j.C., Mazzola, R., Vermey-keers C. et al. : A morphogenetic classification of craniofacial malformation. Plast. Reconstr. Surg 71: 560, 1983.
8. Shewmake, K.B., Kawamoto H.K.: Congenital clefts of the nose: Principles of surgical management. Cleft Palate Craniofac. J. 29:531, 1992.
9. Monasterio, F.O.: Nazal clefts, Ann. Plast. Surg. 18:377, 1987.
10. Gürsu, K.G. : Median cleft deformity. In Transactions of the Fourth International Congress on Plastic and Reconstructive Surgery. Amsterdam, Excerpta Medica, 1969.
11. Baibak, G., Bromberg, B.E.: Congenital midline defects of the midface. Cleft Palate J. 3: 392, 1966.
12. Galanti, S.: Rare congenital malformations of the nose (2 cases of bifid nose). Ann. Laryngol. 60: 583, 1961.
13. Krikum, L.A.: Clinical features of median cleft of the nose. Acta Chir. Plas. 14: 137, 1972.
14. Aköz, T., Erdoğan B., Görgü, M., et al.: Bilaterally Involved Tessier No. 4 Cleft. Cleft Palate-Craniofac. J., 33: 252, 1996.