

TEK TARAFLI DUDAK YARIĞI

Abdullah KEÇİK, Tacettin GÜÇER

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

Dudak ve damak yarıkları, pes ekinovarus'dan sonra en sık görülen majör konjenital anomali grubudur. Aşyalılarda daha sık olmak üzere ortalama 750 ile 1000 canlı doğumda bir görülmektedir. Bütün dudak ve damak yarıkları içerisinde ise; tam ve tek taraflı dudak yarığı bütün yarıkların %10-12 lik bir kısmını teşkil eder¹. Bu anomalinin embriyonik hayatın 4 ile 7. haftalarında nazofrontal ve lateral fasial uzantıların mezenkim tarafından penetrasyonu ve füzyonlarının eksikliği ile ortaya çıktığı bilinmektedir. Etyolojide maternal ve paternal etkileşimler rol oynayabilmektedir. Vakaların %40 ında genetik bir etyolojik risk izole edilebilmiş iken, geri kalan %60 lık kısım için infeksiyöz ajanlar (rubella), fizik faktörler (hipoksi, karbon monoksit) ve ilaçlar (Phenytoine, Alkol, Thalidomide) gibi çevresel teratojenler suçlanmaktadır². Bu anomali, insisiv foramen'in anteriorunda prepalatal alveol, maksilla, dudak ve nazal yapılarda defekt ile karakterizedir. Bu komponentlerin biri veya birkaçı, veya hepsi birden; ancak değişik oranlarda etkilenebilir. Dudak yarığı, ince hatlı bir skar ve minimal vermilyon çentiğinden, geniş ve basık bir burun kanadı ile cilt, kaslar, mukoz, maksilla nazal kemik ve kırkırdaklarda eksikliklere kadar oldukça geniş bir varyasyon gösterebilir^{3,4}.

Dudak yarığı, "10"lar kuralı diye bilinen (10 haftalık yaş "2.5 ay", 10 poundluk ağırlık "4500 gr.", Hemoglobün 10 gr/dl üzeri) klasik bir yaklaşımın öngördüğü on haftalık süreye karşın günümüzde, eşlik eden başka bir anomali engellemiyorsa, yenidoğan periodu dahil, herhangi bir zamanda ameliyat edilebilir^{1,2,5}.

DUDAK YARIĞI CERRAHİSİNİN EVRİMİ

Bu konuda eldeki bilinen en eski kayıt M.S. 390 yılına ait bir Çin belgesidir. Bu yazıda yarık kenarları kesilerek birbirlerine yaklaştırılmakta, ve düz hat onarımının en eski uygulaması olarak kabul edilebilecek bir tanımlama yapılmaktadır. 16. yüzyıla kadar kayda değer bir başka belge olmamasına karşın bu sürede benzeri türden çeşitli uygulamaların yapılageldiği de bilinmektedir. Bu yüzyılda Ambroise "Pare" kenarları kesilerek yaklaştırılan yarıkları tek bir iğne ve üzerinden

bağlanan "8" şeklinde bir iplik ile birleştirilmiş ve bu yolla eski uygulamayı güncelleştirmiştir. Bu konuda ilk bilimsel yayınlar 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Yine düz hat onarımı şeklindeki bu yayınlar 1891 de Rose ve daha sonra 1912 de Thompson tarafından yapılmış olup, vertikal uzunluğu kısa olan tarafa ait açılı insizyon uygulaması ile boyut farkı sorununun çözümlenmesi yönünde yenilikler içermektedirler. Bu paralelde Giraldes da 1866 da kayda değer bir modifikasyon önermiştir. Aynı dönemde bu boyut farkına yönelik lateral bazlı üçgen flep içeren bir teknik de Mirault (1844) tarafından ortaya atılmıştır. Bu teknik 1930 da Blair, 1945 de Brown tarafından modifiye edilmiş ve uzunca bir süre kullanılmıştır. 1949 yılında Le Mesurier 1892 de Hagedorn tarafından tanımlanan tekniği ortaya atmış, kare şeklinde bir lateral flebi medial komponentin uzatılmasında kullanmış, ve yine ilk kez "Eros yayı" nın rekonstrüksiyonundan bahsedilmiştir. 1952 de Tennison, medial flep uzatılması için bir "Z" plasti dizayn etmiş, ve üçgen bir flebi aynı amaçla kullanmıştır. Bu uygulama da 1959-da Randall tarafından modifiye edilmiş ve en son olarak da Skoog (1969) tarafından küçük bir değişiklik ile yayınlanmıştır. Bu evrim sürmekte iken, preoperatif ortodontik tedavinin gerekliliği ortaya çıkmış, ve bu yöndeki olumlu etkileri nedeni ile de esas cerrahi girişim öncesi "Dudak Adezyonu" uygulaması ortaya atılmıştır. Bu tekniklerin dışında 1955 yılında Millard, "Rotasyon-İlerletme" tekniğini ortaya atmış ve tarif ettiği iki versiyonu ile bu teknik, kolaylığı ve anatomik yapıların uygun onarımı nedeni ile en popüler onarım tekniği haline gelmiştir^{3,4,5}.

Dudak yarığı onarımı ile ilgili olarak modifikasyonları ile birlikte 100 ün üzerinde tanımlama mevcuttur. Ancak temel benzerlikler gözönüne alınarak bir sınıflama yapmak mümkündür:

DUDAK YARIĞI ONARIMLARI

1- Düz hat onarımları:

a) Açılı insizyonlarla boyut uyumsuzluğu çözüm teknikleri:

(Rose, Thompson, Veau, Killner, Axhausen)

b) Lip adezyonu:

(Millard)

2- Lateral flep bazlı onarımlar:

(Mirault, Blair&Brown, Barret-Brown&McDowell)

3- Medial flep bazlı onarımlar:

(Owen)

4- "Z" Plastiler:

a) Alt bölge "Z" plastileri:

(Tennison-Randall, LeMesurier-Steffensen)

b) Üst bölge "Z" plastileri:

(Millard)

c) Alt ve üst bölge "Z" plastileri:

(Skoog-Trauner)

DUDAK YARIĞI ONARIMI: (MİLLARD TEKNİĞİ)

Dudak yarığı, mikroform, inkomplet, komplet veya adezyon ile birlikte olabilir. Bütün bu deformiteler için hemen hemen aynı teknik uygulanabilmektedir. Öncelikle sağlam tarafta Eros yayının üzerinden kolumella'nın tabanına kadar olan dudağın vertikal uzunluğu ölçülmeli ve yarık etrafındaki eksik saptanmalıdır. Bu şekilde gerekli olan rotasyonun miktarı elde edilmiş olur. Bu eksiklik hangi miktarda olursa olsun, rotasyon ve back-cut ile çözülebilecek bir sorundur. Randall, 3-4 mm den daha fazla boyut farkının varlığında rotasyonun yeterli olmayacağı yönünde görüş belirtmişse de bu Millard'a göre rotasyonun teknik detaylarını değerlendirme eksikliğinden ileri gelmektedir. İkinci ölçüm, yarık taraftaki dudağın lateral kısmının vertikal boyutunun saptanması için yapılır. Bu rotasyon tarafındaki dudak uzunluğuna erişebilmek için ilerletme tarafındaki vertikal boyutun ne kadar artırılması gerektiğini saptamaya yarar. Sağlam tarafta komissürden eros yayına kadar olan uzunluk da, yarık tarafın boyu için temel kriter olacaktır. Bu noktadan itibaren bu ameliyat için özel birtakım noktaların işaretlenmesi işlemi başlar. Genel anestezi altında da olsa uygun miktarda lokal anestezi uygulaması kanamayı azaltarak teknik kolaylık sağlar. Ancak tercihli işaretlemelerin infiltrasyon öncesi yapılması daha gerçekçi bir sonuç verecektir.

1- İşaretlemeler:

1= Eros yayının tam olarak orta noktası

2= Eros yayının sağlam taraftaki en yüksek noktası

3=1. ile 2. noktalarının arasındaki mesafe kadar yarık tarafına ilerlenerek bulunan Eros yayının yarık taraftaki en yüksek noktası

4= Sağlam taraf burun kanadı ile üst dudağın birleşim yeri

5=3. noktadan yarık boyunca eğri olarak çizilen ve kolumellanın tabanında sonlanan hattın ucundaki bitiş noktası

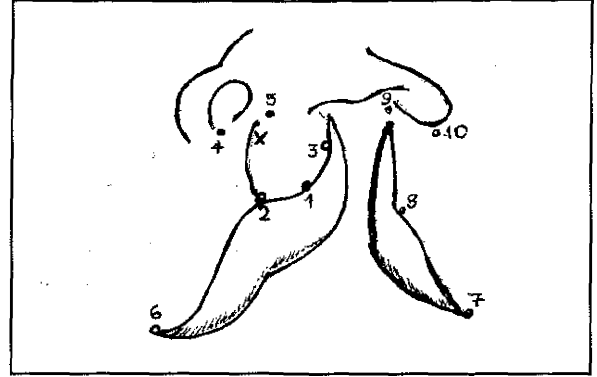
6= Sağlam taraf ağız komissürü

7= Yarık taraf ağız komissürü

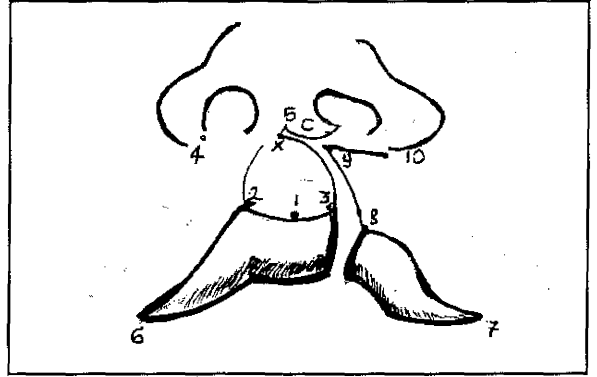
8= Yarık taraf vermilyon hattı ile filtrum birleşim noktası (3. nokta ile temas halinde olacaktır.)

9= Yarık taraf en medialdeki en üst cilt noktası

10= 4. nolu noktanın yarık taraf izdüşümü (Şekil 1-2).



Şekil 1:



Şekil 2:

İşaretlemede kolaylık sağlayacak bazı eşitlikler:

1-2 = 1-3

2-4 = 8-10

2-6 = 7-8

3-x = 8-9

ROTASYON

Rotasyon 3. noktada başlar ve yumuşak bir eğimle kolumellanın tabanına kadar devam eder. Böylece yarık kenarı da dezepitelize edilmiş olur. İnsizyon, kolumella tabanında kolumella genişliğinin 2/3 ü kadar sağlam tarafa ilerletilir ve lateral elemanın kısa olduğu vakalarda bu tek başına yeterli olur. Ancak genellikle rotasyonu 90 derecelik bir back-cut ile artırmak gerekir. Bu insizyon normal filtruma paralel, ancak daha medialine yapılır. Dikkat edilmesi gereken nokta asla filtrumu kesmemek,

ve normal dudak tarafının verikal boyutunu artırmamaktır. Tam tabaka yapılacak olan bu insizyon, aynı zamanda yukarı dönmüş kas dokusunu da maksilladan ayıracak ve uygun adale onarımını mümkün kılacaktır. Mukoza ve cilt tarafında 1-2 mm yi aşmayacak şekilde kas diseksiyonu yapılabilir, daha fazlası normal filtrum konkavitesini bozacaktır. Yapılan insizyon yarık tarafında insizyonun yarığa bakan tarafında üçgen şekilli ve sivri ucu aşağıya bakan bir flep oluşturur. Buna "C" flebi denir. Rotasyon flebi "A", ilerletme flebi "B" ile adlandırıldığından, üçüncü flep "C" ile isimlendirilmiştir. Bu flep membranöz septumdan da ayrılır, ve kolumellanın uzatılması için tek taraflı bir "Forked Flap" olarak "back cut" yapılan donör alana oturtulur. Eğer vertikal uzunluğu fazla gelirse oblik olarak defekte oturacak şekilde ucu kesilebilir. Böylece, hem tek taraflı kolumella kısalığı giderilir, hem "back-cut" donör alanı defekti onarılmış olur, hemde yapılan rotasyona destek olacak bir doku elde edilmiş olur. Burada flep cilde 6-0 non-absorbabl, septal mukozaya aynı incelikte absorbabl sütürler ile tespit edilir. Eğer bu aşamada Eros yayının her iki tepe noktası aynı horizontal çizgide ise medial tarafın preparasyonu bitmiş demektir.

İLERLETME

İlerletme flebi genellikle rotasyon flebine uyacak şekilde işaretlenir. Ucunda kullanılabilir cilt ve kas olduğundan, bu flep genellikle üst tarafa doğru uzatılır. Burada insizyon, rotasyon tarafına boyutu uyduracak, ancak fazla gerginlik yaratmayacak şekilde istenildiği kadar yapılabilir. Burada burun tabanına yapılacak bir horizontal insizyonla flebi serbestleştirmek, gerginliği azaltacak girişimlerden biridir. Ancak en önemlisi yanak dokusunun maksilladan geniş bir diseksiyonla ayrılmasıdır. Bu diseksiyon infaorbital sinir seviyesine kadar çıkartılarak; defekt ne kadar geniş olursa olsun, gerginlik olmadan bir adale ve cilt yaklaştırılması sağlanabilir. Sütür hattında lateral flep hafif konkav olarak insize edilirse rotasyon tarafının konveksitesine uyum kolaylaşacaktır. Ancak unutulmaması gereken nokta bu eğimin vertikal boyutu artıracağıdır.

Kas diseksiyonu:

Kas diseksiyonu hem cilt, hem de mukoza yönünde dikkatli yapılmalıdır. Özellikle flebin ucunda kas ciltten ayrılmamalı, böylece en fazla gerginliğin olduğu noktada cildi de yaklaştırarak skar dokusunun genişlemesinin önüne geçilmelidir. Eğer sütür hattında kitle etkisi yapacak bir kas kitlesi mevcutsa, rahatlıkla bir kısmı rezeke edilebilir.

Burun tabanı:

Eğer lateral dudak burun tabanından ayrılmazsa, mediale ilerleyen flep sayesinde burun kanadı da basık

görüntüsünden tamamen kurtulacaktır. Bir de maksilla üzerinde diseksiyon yapılırsa kazanç daha fazla olur. Ancak, genellikle burun kanadı ilerletme flebinden daha fazla ilerletilerek kabul edilebilir bir şekil elde edilir. Bunun için yine Millard tarafından 1976 da yayınlanan bir teknik kullanılır. Buna göre burun kanadına sirkumalar bir insizyon yapılarak kanadın ucu deepitelize edilir veya alar tabandan subkutan bir flep eksize edilerek septuma veya bu alana sütüre edilir. Eğer burun kanadında fazla cilt var ise eksize edilir, ve "C" flebine sütüre edilerek kolumella tabanı ile devam eden "nostril sill" oluşturulmuş olur.

Dikiş:

Bu noktada hazırlanmış olan lateral flebin ucu ve özellikle kas kısmı "C" flebinin altına gelecek yerde derine sütüre edilir. Eğer ilerletme flebindeki kasın en üst ucu rotasyon flebinin tabanına oturacak olursa sonraki sütürlerin rotasyonu geriye döndürebilecek etkilerin önüne geçilmiş olur. Daha sonra cilt, "backcut" donör alanına sütüre edilir ve eğer gerekiyorsa burun kanadı da lateral flep superior kenarına sütüre edilerek anterior projeksiyonunun normal tarafa benzemesi sağlanır. Eğer bazı inkomplet vakalarda görüldüğü gibi lateral elementin üst kısmında bir depresyon söz konusu ise, medialden hazırlanacak superior bazlı bir kas flebi cilt altından laterale ilerletilerek bu deformite ortadan kaldırılır, ve aynı zamanda kontrakte olacak skarın devamlılığı da bozulmuş olur. Bu aşamada eğer plan doğru olarak uygulanmış ise, dudak birleştirilmiş, ve nazal deformite düzeltilmiş durumdadır. Ancak, devie septum ve deforme alar kırıldak için bir müdahale halen gerekmektedir ve daha sonra planlanacaktır. Gerginlik fazla ise birkaç gün Logan yayı uygulanabilir ve günlük antibiyotik pomadları ile sütür hattının burun salgısı ile teması kesilmeye çalışılır. Eğer ameliyat sırasında elde edilmiş boyutlar dengeli ise ilk aydan itibaren vertikal boyutta bir kısalma ile sütür hattında bir çentiklenme görülebilir. Bu geçici bir durumdur ve 6. aydan sonra normale döner^{1,2,5}.

Günümüzde en çok kullanılan dudak yarığı onarım yöntemi olan bu teknik için en çok yapılan eleştiri rotasyonun yetersizliğidir. Bunun için çeşitli modifikasyonlar önerilmişse de en doğrusu "back cut" yapılırken teknik detayların iyi değerlendirilmesi ile cesur davranmaktır. Ancak yine de bunlardan Skoog'un önerdiği "white roll" seviyesinde lateral flepten hazırlanacak inferior bazlı mini bir cilt flebinin, medialde yapılacak bir insizyonun arasına yerleştirilerek elde edilen ek bir 2mmlik kazançtan bahseden yayını işlevsel görmektedir.

Sonuç olarak Millard onarımı, günümüzde dudak yarığı için önerilen onarımın en popüler olanı olarak kabul edilmektedir. Bütün varyasyonları ile birlikte

DUDAK YARIĞI

dudak yarığının her türüne uygulanabilirliği, teknik sınırlamaların oldukça az olması, kolay öğrenilebilir ve uygulanabilir olması gibi özellikleri bu popülerizasyon için yeterli görünmektedir.

Dr. Tacettin GÜÇER
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
Sıhhiye, ANKARA

KAYNAKLAR

1. Millard, R.Jr. Unilateral Deformity. Cleft Craft. Ed. Millard R. Little, Brown& Co. 1976 Vol:1 pp3-487.
2. Millard R. Jr. Unilateral Cleft Lip Deformity. Plastic surgery. Ed. Mc Carthy J. W.B. Saunders Co. 1990 pp. 2627-2653.
3. Bardach J. Unilateral Cleft Lip. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery Ed.Cohen M. Little Brown&Co. 1994 pp:548-566.
4. Byrd S. Unilateral Cleft Lip. Plastic Surgery. Ed. Aston, S., Beasley, R., Thorne, C. Lippincott Raven 1997. pp:245-255.
5. LaRossa, D., Randall, P. Unilateral Cleft Lip. Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery. Ed. Georgiade, G. Williams&Wilkins Co. 1997 pp:220-230.