

# AKRİLİK PLAK YARDIMIYLA GREFTSİZ ANKYLOGLOSSİA TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Mübin HOŞNUTER, Zekeriya TOSUN, Adem ÖZKAN, Sadık ŞENTÜRK, Nedim SAVACI

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

## ÖZET

Ankyloglossia dilin ağız tabanına yapışık olması ya da aradaki bağın normalden daha kısa olması halini anlatan bir terimdir. Bu durum dil hareketlerini ve dilin fonksiyonlarını engelleyerek emme gücünü, meme başı yaraları, erken süten kesilme ve hatta konuşma bozukluğu gibi önemli problemlere yol açabilmektedir. Erken tanı ve minör bir cerrahi girişimle kolayca tedavi edilebilen ankyloglossia olgularında, çocukların genellikle 0-1 yaş döneminde olması nedeniyle postoperatif bakım problemleriyle karşılaşmaktadır. Bunlar arasında enfeksiyon, greft maserasyonu ve sekonder yapışıklıklar sayılabilir. Bu yazıda, dilin ağız tabanına tam yapışık olduğu ankyloglossia vakalarında tedaviyi ve postoperatif bakımı kolaylaştırmak, buna ek olarak sekonder komplikasyonları en aza indirmek amacıyla özel olarak planlanmış bir akrilik plak tanıtılmakta ve kullanım sonuçları bir olgu üzerinde tartışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ankyloglossia, dil bağı, kısa frenulum

## GİRİŞ

Yaygın olarak dil bağı (tongue-tie) olarak bilinen ankyloglossia, anormal derecede kısa lingual frenulumla karakterize konjenital bir oral anomalidir. Bebeklerde emme gücünü meydana getirmesi, meme başı yaralarına sebep olması, infantlarda kilo artışında azalma ve erken süten kesilmeye yol açabilmesi gibi sebeplerle klinik önem arz etmektedir. Ayrıca tedavide geç kalındığı takdirde konuşma bozukluklarına da yol açabilmektedir. Son yıllarda anne sütüne verilen önemin artmasıyla, ankyloglossia'ya olan ilgide de bir artış olmuştur.

Bazı otoriteler ankyloglossia'yı kısa, kalın ve fibroze olmuş lingual frenulum olarak tanımlamışlardır. Yine bazıları bu olayın gerçekte, dilin ağız tabanına yapışık olması durumu olduğunu iddia etmektedirler.

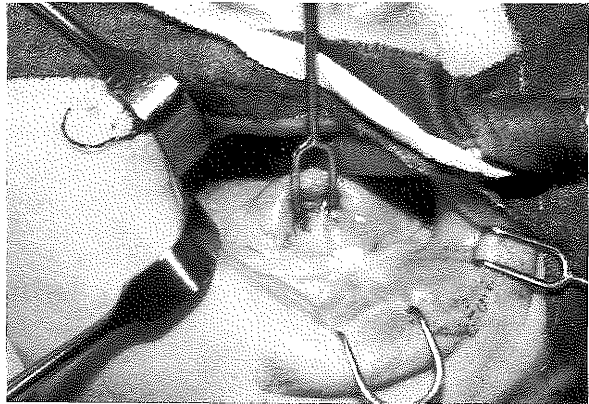
Tüm bu yaygın tanımlamalarda görülmektedir ki, dil hareketlerindeki sınırlanma ve düğümlenmeyi meydana getiren yapı dilin orta hatında ve altta bulunan kısa fibrotik band dokusu veya frenulumdur. Bu durumun en ağır derecesi dilin distal ucunun ağız tabanı ve alveoler arka yapışık olması halidir<sup>1</sup>.

## SUMMARY

### *The Treatment of Ankyloglossia with an Acrylic Plaque Instead of Graft*

Ankyloglossia is a common condition characterized by the short membrane under the tongue or distally attachment of the tongue to the floor of the mouth. This situation limits the range of motion of the tongue, impairing its ability to fulfill its functions and causes some problems such as: early weaning, speech disorders and nipple masseration. Secondary adhesions, infections and speech impairments frequently occur in postoperatively period. A new acrylic apparatus has been presented in this article, as supporter for surgical treatment of severe ankyloglossia with related case report.

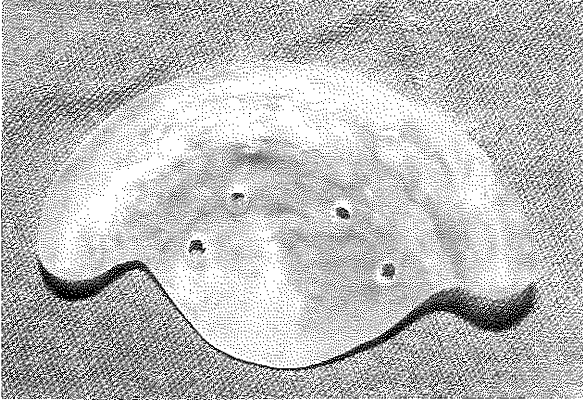
**Key Words:** Ankyloglossia, short frenulum



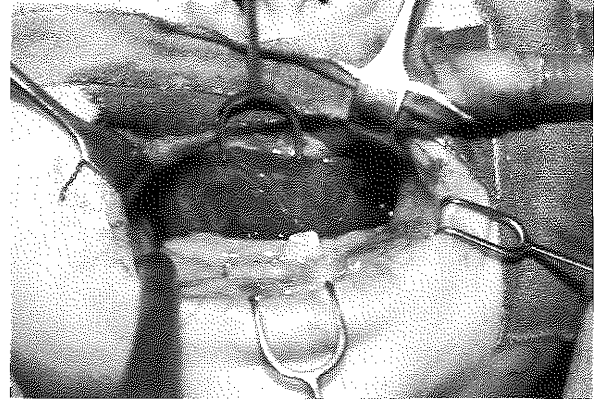
**Şekil 1:** İleri derecede bir ankyloglossia olgusu. Dil ucu alveoler arka aşmamaktadır.

## OLGU SUNUMU

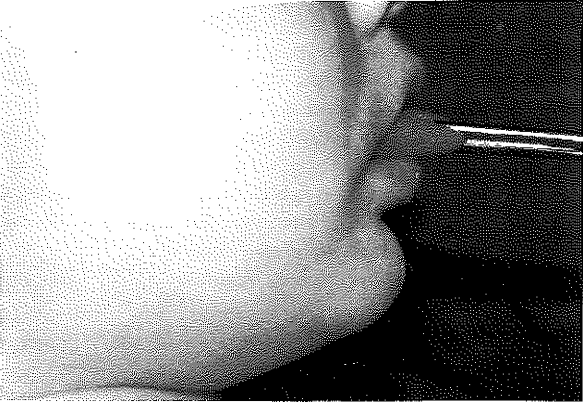
5 aylık bir kız çocuğu doğumdan itibaren var olduğu söylenen dilde yapışıklık ile kliniğimize getirildi. Yapılan fizik muayenede dil ucunun ve her iki dil kenarının



**Şekil 2:** Hasta için özel yaptırılan akrilik plak. Plak, distal alveoler ark ve serbestlenen dil tabanına oturan iki ana bölümden meydana gelir. Üzerine açılan delikler drenaj ve tespit amacıyla kullanılmaktadır.



**Şekil 3:** Dilin ağız tabanı ve alveoler ark yapışıklıkları tamamen serbestlendikten sonra oluşan büyük doku defekti görülmektedir.



**Şekil 4:** Hastanın postoperatif 2 ay sonraki görünümü. Dil alveoler arkta dışarı 3-4 cm kadar uzanabilmektedir.

premolar dişler hizasına kadar ağız tabanına yapışık olduğu gözlemlendi (Şekil 1). Dil kökü ve dil kaslarının hareketli olduğu ancak dil ucunun alveolar arka hemen tamamen yapıştığı saptandı. Operasyona karar verildikten sonra hasta diş hekimliği fakültesi ortodonti bölümüne yönlendirilerek mandibular alveolar arkın distal yarısına oturacak bir akrilik plak yaptırıldı. Bu plak postoperatif yapışıklığı önlemek için alveol üzerine oturacak ve ağız tabanında distal dil köküne kadar 2-3 cm kadar uzanacak şekilde planlandı (Şekil 2). Ayrıca altında tükürük birikimine bağlı maserasyon ve buna bağlı enfeksiyonları önlemek amacıyla akrilik plak üzerine birkaç delik açıldı. Dilin alveole yapışan distal ucu ve ağız tabanı yapışıklıkları cerrahi olarak tamamen serbestlendikten sonra (Şekil 3) akrilik plak üzerindeki delikler yardımıyla alveolar arka sütüre edildi. Yaklaşık onbeş günlük bir süreçte dil altı ve ağız tabanındaki açık yara yüzeylerinin epitelize olarak tamamen iyileştiği görüldü ve yirminci günün sonunda plak çıkartıldı.

Hastanın 6 aylık takibinde herhangi bir nüks görülmedi, fonksiyonel ve estetik açıdan tatminkar bir sonuç elde edildi (Şekil 4).

#### TARTIŞMA

Ankyloglossianın standart bir tanımlaması olmadığından, anlamlı prevalans çalışmaları da yoktur. De Porte ve Parkhurst 273,000 canlı doğumda 99 patolojik ankyloglossia saptamışlardır<sup>1</sup>. Horton ve diğerleri 9 yıllık cerrahi deneyimlerine göre frenulektomi gerektirecek derecede 57 ankyloglossia vakası tespit etmişlerdir<sup>2</sup>. Yapılan pek çok çalışmada konuşma ve ses bozuklukları gösteren ankyloglossia vakalarının populasyon içindeki yaklaşık prevalansının binde 0,2-0,3 düzeyinde olduğu saptanmıştır<sup>1</sup>. Yine bir başka çalışmada 1041 yenidoğanın incelenmesinde E/K= 2.6/1 oranıyla ankyloglossia insidansı %4.8 olarak verilmiştir ki bu insidans ve erkek olgu dominansı Friend ve Harris'in çalışmalarında da onaylanmıştır<sup>3-5</sup>.

Neonatal frenotomi ankyloglossia tedavisinde yeni bir metod değildir. 18. yy'da bir çok otör infantın süt emmesini kolaylaştırmak için frenulumun kesilmesini tavsiye etmiştir<sup>6</sup>.

Lawrence tarafından yapılan bir çalışmada yaşları 18 ay ile 14 yıl arasında değişen 322 çocuk değerlendirilmiş ve dilin serbest kısmının uzunluğu (Frenulumun ağız tabanından çıktığı yer ile dil ucu arası mesafe) ölçülmüştür. Bulunan sonuçlarla hastanın konuşma ve oral problemleri eş zamanlı değerlendirilerek bir klasifikasyon yapılmıştır. Buna göre;

1. Klas 0: Klinik olarak normal kabul edilen serbest dil kısmı: 16 mm'den büyük.
2. Klas I: İlimli ankyloglossia: 12-16mm
3. Klas II: Belirgin ankyloglossia: 8-11mm.
4. Klas III: Şiddetli ankyloglossia: 3-7 mm.

5. Klas IV: Tam (komplet) ankyloglossia: 3 mm. den küçük<sup>7</sup>

Bazı otörler de ankyloglossia'yı hafif, belirgin ve şiddetli olarak 3 grupta sınıflandırmışlar ve hafif gruba çoğu zaman herhangi bir cerrahi müdahale gerekmediğini belirtmişlerdir<sup>3</sup>. Ancak aynı çalışmada, ankyloglossia şiddet derecesinin, anne tarafından tarif edilen emzirme güçlüğü ile ilişkisinin olmadığı da vurgulanmaktadır. Yani bazı hafif olgularda emzirme güçlüğü görülebilirken, bazı orta ve şiddetli olgularda hiçbir problem oluşmayabilmektedir. Bu bulgular ışığında derecesi ne olursa olsun, annesi emzirme güçlüğü tarif eden infantlara, neonatal frenotomi uygulanması yerinde bir yaklaşım olacaktır.

Bizim vakamız şiddetli derecede bir ankyloglossia vakasıydı ve operasyondan sonra oluşacak defekt oldukça geniş olduğu için ya sekonder iyileşmeyle epitelizeasyona bırakılması veya greftle onarılması gerekiyordu. Çok küçük bir çocukta ağız içinde bir greft dokusunun maserasyon ve enfeksiyon riskinin yüksek olacağı göz önüne alınarak greftten vazgeçildi. Her iki yara yüzeyi açık bırakıldığı taktirde bu kez sekonder yapışıklık riski söz konusu olacaktır. Tüm bu sebeplerden dolayı açık yara yüzeylerinin birbiriyle temasını engelleyecek ve epitelizeasyona izin verecek bir metot düşünüldü. Dış hekimliği ortodonti kliniğinde, alt çene alveolar ark üzerine ve ağız tabanına oturacak şekilde olguya özel akrilik (Polymethylmethacrylat powder + Methylmethacrylat Monomer) bir plak yapıldı. Bu madde, yarı damak olgularında damak aparatı yapımında rutin olarak kullanıldığı ve güvenilirliği kanıtlandığı için bizim vakalarımızda da en uygun malzeme olarak seçilmiştir. Operasyondan sonra plak, alveolar ark üzerine, bu amaçla hazırlanmış deliklerden geçilerek suture edildi. Plak dilin serbest hareketlerine engel olmuyordu. Plak altında tükrük birikimi olmadığından dil ve ağız tabanındaki defektlerin onbeş gün içinde tamamen epitelize olduğu gözlemlendi.

Kliniğimizde toplam 4 ileri derece ankyloglossia vakası akrilik plak yardımıyla opere edildi. Postoperatif antibiyoterapi uygulanması ve titiz bir bakım nedeniyle hiç enfeksiyon görülmedi. Bir vakamızda, plağın dil tabanına oturan kısmı kısa kaldığı için çocuk diliyle iterek plağı sütürlerinden kopardı ve dışarı attı. Vaka kontrole geç getirildiğinden kısmi yapışıklıklar oluştu. Bu nedenle, dil serbestlendikten sonra oluşacak defektin çok iyi hesaplanması ve akrilik plağın tam dil tabanına oturacak şekilde yapılması gerekliliğini vurgulamak isteriz. Ayrıca plak üzerindeki deliklerin yiyecek

artıklarıyla kapanmaması için her beslenmeden sonra su püskürtülerek veya bir bezle silinerek plak temizliği yapılması muhtemel komplikasyonları en aza indirecektir.

Ankyloglossia vakalarının hangi derecede olursa olsun ihmal edilmemesi ve tedavisinin erken dönemde yapılması gerektiği görüşündeyiz. Özellikle bebeklik dönemindeki bir ağız içi operasyonunun postoperatif takibinin oldukça problemli olduğu göz önüne alınırsa akrilik plak gibi bir yardımcı materyalin hasta ve doktora ne kadar büyük bir konfor sağlayacağı daha iyi anlaşılacaktır. Yapımı basit ve ucuz olan bu aparatın ağır ankyloglossia vakalarının tedavisinde başarıyla kullanılabilmesi kanaatindeyiz.

## SONUÇ

Özel planlanan akrilik plak uygulaması ile ankyloglossia vakalarında postoperatif iyileşmenin rahat ve başarılı bir şekilde gerçekleştiği görüldü. Akrilik plağa bağlı maserasyon görülmediği gibi uzun dönem takibinde, plağın çıkartan bir vaka dışında, nüks yapışıklıklara da rastlanmadı. Bir ortodontist tarafından istenen ölçü ve şekillerde kolayca üretilebilen bu akrilik plak yardımıyla ağır dil yapışıklıklarının başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği kanaatini taşımaktayız.

*Dr. Mübin HOŞNUTER  
Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı  
67600 Kozlu, ZONGULDAK*

## KAYNAKLAR

1. Williams W.N., Waldron C.M. Assesment of lingual function when ankyloglossia (tongue-tie) is suspected. JADA, 110: 353, 1985.
2. Horton C.E., et al. Tongue-tie. Cleft Palate J, 6:1, 1969.
3. Messner A.H., Lalakea M.L., Aby J., et al. Ankyloglossia. Incidence and associated feeding difficulties. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 126:36, 2000.
4. Friend G.W., Harris E.F., Mincer H.H., et al. Oral anomalies in the neonate, by race and gender, in an urban setting. Pediatr Dent, 12: 157, 1990.
5. Harris E.F., Friend G.W., Tolley E.A. Enhanced prevalence of ankyloglossia with maternal cocaine use. Cleft Palate Craniofac J, 29: 72, 1992.
6. Marmet C, Shell E, Marmet R. Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. J Hum Lactation, 6:117, 1990.
7. Lawrence A., Kotlow D.D.S. Quintessence International, 30:259, 1999.