



DUDAK DAMAK
YARIKLARI DERNEĞİ

6. Uluslararası Kongresi

14-17 Kasım 2019 | Concorde Otel Lara, Antalya



14-17 Kasım 2019
Concorde Otel Lara, Antalya
kongre.dudakdamakyariklari.org

BİLDİRİ ÖZET KİTABI

KONGRE BAŞKANLARI



Prof. Dr. Figen Özgür
Dudak Damak Yarıkları
Derneği Eş Başkanı



Prof. Dr. Servet Doğan
Dudak Damak Yarıkları
Derneği Eş Başkanı

KURULLAR

Başkan

Figen Özgür

Servet Doğan(Eş Başkan)

Genel Sekreter

Müge Aksu

Sayman

Ayşe Tuba Altuğ

Üyeler

Yağmur Aydın

Zekeriya Tosun

Maviş Emel Kulak Kayıkçı

BİLİMSEL KURUL

Plastik Cerrahi Başkanı

Nihal Kocaaslan

İnci Gökalan Kara

Gencay Üstün

Ethem Günören

Murat Kara

Uğur Koçer

Muhammed Gafarov

Elmettin Avazzade

Eyvaz Latipov

Elçin Abdullayev

Mircafar Seyid

Murodjon Nigmanov

Vaqif Qalandarov

Ortodonti Başkanı

Arzu Arı Demirkaya

Derya Germeç Çakan

Toros Alcan

Bengisu Akarsu Güven

Aslıhan Uzel

Kamile Mutlu

Ahmet Rahhal

Dil-Konuşma ve

Odyoloji Başkanı

Özlem Logacev Ünal

Maviş Kulak Kayıkçı

Mehtap Öztürk

KONGRE ÖNCESİ KURSLAR 14 KASIM 2019, PERŞEMBE**Ortodonti Kursu
Kurs Koordinatörü: Ayşe Tuba Altuğ
Salon A**

13:30-15:30	Konvansiyonel ortognatik cerrahi hazırlığı	Ayşe Tuba Altuğ
15:30-16:00	Kahve Arası 	
16:00-18:00	Dijital ortognatik cerrahi hazırlığı	Can Arslan

**Plastik Cerrahi Kursu
Kurs Koordinatörü: Figen Özgür, Nihal Kocaaslan
Salon B**

13:30-15:30	Videolar ile kişisel ameliyat teknikleri -Dudak yarığı tek taraflı -Dudak yarığı çift taraflı -Damak yarığı cerrahisi -Dudak yarığı burnu -Velofaringeal yetmezlik -Maksiller osteotomi -Akut distraksiyon -Kraniyofasyal Cerrahi	Figen Özgür, Osman Akdağ, Yağmur Aydın Figen Özgür, Zekeriya Tosun Figen Özgür, Ersoy Konaş Bülent Saçak
15:30-16:00	Kahve Arası 	
16:00-18:00	Kişisel ameliyat teknikleri, trikler (varsa video) -Maksillo- fasyal cerrahi -Ortognattik cerrahi -Kranio -fasyal cerrahi -Kraniyosinostozlar -Erken, geç ve kraniyal distraksiyonlar -Maksiller distraksiyonlar	Gökhan Tunçbilek, İbrahim Vargel Emin Mavili, Bülent Saçak, Gaye Taylan Gökhan Tunçbilek Osman Akdağ

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI 15 KASIM 2019, CUMA**15 Kasım 2019, Cuma
Salon A**

08:30-09:30	Açılış Konuşmaları Figen Özgür Servet Doğan	
09:30-10:00	Kahve Arası 	
10:30-12:00	Ortognatik cerrahi, premaksilla ve pedikül serbestleştirme Oturum Başkanları: Emin Mavili, Yağmur Aydın	
	Ortognattik cerrahi	Emin Mavili
	Ortognattik cerrahi esnasında damak fistülü onarımı ve/veya kemik grefti: indikasyon, strateji ve sonuçlar	Zeki Güzel
	Majör pedikülü serbestleştirmek için foramen palatinum majusta yapılacak posterior ostektominin fistül ve iyileşmeye katkısı	Ethem Günören
	Geniş damak fistüllerinin cerrahi tedavisi	Nihal Kocaaslan
	Premaksilla reoryantasyonu: endikasyon, zamanlama, strateji ve sonuçlar	Zeki Güzel

Serbest bildiri oturumu



12:00-12:30	S-1 - Ortayüz Hipoplazisinde Red Kullanımı	Ali Ekemen
	S-12 - Yumuşak damak onarım tekniğinin konuşma gelişimine etkisi: furrow palatoplasti ile intravelar veloplasti konuşma sonuçlarının objektif yöntemler ile karşılaştırılması	Murat Kara
	S-14 - Rekalsitran palatal fistüllerin tedavisinde perifistüler lokal doku durumunun değerlendirilmesinde bir skorlama sistemi önerisi	Şeyda Güray Evin
	S-17 - Geniş damak yarıklı olgularda doku genişletici uygulamaları	Abdullah Ünlü
	S-24 - Yetişkin dudak-damak yarıklı bir hastanın multidisipliner tedavisi	Ceylan Güzel
12:30-13:30	Öğle Yemeği 	
13:30-15:00	Dudak Damak yarıkları tedavisinde kişisel yaklaşımlar Oturum Başkanları: Hakan Ağır, Osman Akdağ	
	Ddy tedavisinde sorunlarım, komplikasyonlarım	Hakan Ağır
	Ortognatik cerrahide fasiyal implantların kullanımı	Lütfi Eroğlu
	Farklı yaş grupları ve revizyon vakalarında Tennison Randall tekniği uygulamaları	Mustafa Sütçü
	Başka yöntemlerle onarılan bilateral dudak yarıklarının geç dönem Cutting yöntemi ile revizyonu	Osman Akdağ
	Kalem tipi endoskop yardımıyla damak ameliyatı esnasında ventilasyon tüpü uygulanması	Ethem Günören
	"Lateral Yarıklı Damak" olgu sunumları vesilesiyle literatür derlemesi	Soysal Baş
15:00-15:30	Kahve Arası 	
15:30-17:30	Oronazal fistül oluşumunda bir risk faktörü: ortodontik ekspansiyonu	Müge Aksu
	Erişkin dudak damak yarıklı hastaların çoklu problemleri ve çözümleri	Derya Çakan
	Yeni doğan ortodontik tedavisi ve klinik uygulamalarımız	Kamile Keskin Oruç
	Dudak damak yarıklı hastalarda büyümenin kraniyofasiyal yapılarıdaki ve üst havayolundaki etkisi	Bengisu Akarsu

15 Kasım 2019, Cuma
Salon B

**Pierre Robin hakkında
Oturum Başkanı: Gökhan Tunçbilek**

08:30-10:00	Tanı, Solunum sıkıntısı ve pozisyon ve ameliyat öncesi Yoğun bakım takibi	Ahmet Hamdi Sakarya
	Oral beslenme ve sıvı tedavisi(Ameliyat öncesi)	Arda Küçüküven, Figen Özgür
	Pierre Robin sekansında Damak yarığı onarım zamanlaması	Yağmur Aydın
	Dil dikişi faydalı mı? Erken Distraksiyon kimlere yapılmalı	Gökhan Tunçbilek
	Ameliyat sonrası solunum sıkıntılarını ön görebilir miyiz?	Murat Kara
	Ameliyat sonrası inhaler ve steroid vb kullanımının, anemi, kanama vd faktörlerin, yara iyileşmesine etkisi	Gencay Üstün
	Trakeostomi ne zaman? Acil ve elektif	Önder Günaydın
	KBB açısından kulak anomalileri ve tedavileri	Önder Günaydın
10:00-10:30	Kahve Arası ☕	
10:30- 12:30	Serbest Bildiri oturumu	
	S-2 Dudak damak yarıklarına eşlik eden kulak anomalileri	Arda Küçüküven
	S-3 Dudak damak yarıklarında ameliyat öncesi dönemde oral beslenme ve sıvı tedavisi	Arda Küçüküven
	S-4 Sekonder bilateral yarık dudak deformitesi onarımı için yeni bir flep tekniği: j- skar flep	Ayhan Okumuş
	S-5 Türkiye kuzeybatı bölgesindeki dudak ve/veya damak yarıklı hastalarda demografik, klinik ve operatif verilerin detaylı araştırması	Hakan Ağır
	S-6 Konjenital yarık dudak damaklı 8-29 yaş arası hastalarda cleft q anket çalışmasının bölgemizdeki sonuçlarının değerlendirilmesi	Dudu Dilek Yavuz
	S-7 Yarık dudak damaklı hastalarda otojen yağ grefti uygulamaları ve klinik sonuçlarımızın retrospektif değerlendirilmesi	Dudu Dilek Yavuz
	S-8 Geniş anterior damak fistüllerinde dil flebi ile rekonstrüksiyon	Emre Efe Aslaner
	S-9 Tek taraflı dudak yarıklarında tennison-randall tekniği	İbrahim Tabakan
	S-10 Premaksilla nekrozu sonucu oluşan kompleks defektin prefabrike serbest radial önkol flebi ile onarımı	Gazi Kurtalmış Yaprak
	S-11 Nadir bilateral tesser cleft 3: vaka sunumu ve cerrahi yaklaşım	Ensari Yavuz

10:30- 12:30	S-13 Grade 2 fistüllerin tedavisinde kliniğimizde kullanılan minimal invaziv cerrahiler ve rejeneratif işlemler	Şeyda Güray Evin
	S-15 Alveolar kleft onarımında klinik yaklaşımımız	Serkan Erbatur
	S-16 Erişkin damak yarığı hastalarında nazal septal varyasyonların değerlendirilmesi	Erden Erkut Erkol
	S-18 Dudak adezyon tekniğinin geniş bilateral dudak yarıklarında normal dudak antropometrik ölçümlerini sağlamadaki etkinliği	Ahmet Doğramacı
	S-19 Mikroform yarık dudak rekonstrüksiyonlarında w-z plasti kombinasyonunun rotasyon-ilerletme flebi onarımı ile karşılaştırılması	Çağrı Berk Arıkan
	S-20 Kliniğimize son iki yılda başvuran yarık dudak ve damaklı hastaların epidemiyolojik dağılımlarının analizi	Ozan Güven Kaplan
	S-21 Sekonder yarık dudak deformitesinde kurtarıcı bir flep, abbé flebi	Çağla Çiçek
	S-22 Tek taraflı dudak-damak yarıklı bireylerde maksillomandibular uzunlukların servikal vertebra maturasyonu ile ilişkisi	Bengisu Akarsu
	S-23 Ortognatik cerrahi tedavinin hava yoluna etkisinin incelenmesi	Can Arslan
	S-25 Tek taraflı dudak damak yarığında nazoalveolar şekillendirmenin nazolabial etkilerinin üç boyutlu değerlendirilmesi	Derya Germeç
	S-26 Opere edilmiş tek taraflı dudak damak yarıklı bireylerde nazolabial estetiğin farklı gruplar tarafından değerlendirilmesi	Ege Doğan
	S-27 Tek taraflı dudak damak yarıklı bireylerde maksiller gelişimin iskeletsel sınıf I ve sınıf III düzensizliği olan bireyler ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi	Ege Doğan
	S-28 Farklı şiddette dudak damak yarığına sahip ergen bireylerin olumsuz değerlendirilme korkusu, sosyal görünüş kaygısı ve anne-baba tutumu arasındaki ilişkinin karşılaştırılması	Elif Ergin
	S-29 Dudak ve damak yarıklı ergen hastalarda ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, kaygı ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Elif Ergin
	S-30 Tek taraflı dudak damak yarıklı bireylerde yüz simetrisinin üç boyutlu olarak değerlendirilmesi	Seda Ertürk
	S-31 Tek taraflı dudak damak yarıklı bireylerde dental özelliklerin üç boyutlu olarak değerlendirilmesi	Sevgi Kaptıkaçtı

12:30-13:00	Öğle Yemeği 	
	Damak Yarıkları ve Konuşma Oturum Başkanları: Özlem Ünal Logacev, Çiğdem Kirazlı	
	Konuşma fizyolojisi ve dudak damak yarıkları değerlendirmesinde yenilikçi teknoloji kullanımı	Özlem Ünal Logacev
	Dudak damak yarıklı çocukların psikolojik değerlendirilmesi	Çiğdem Kirazlı
13:00-14:30	Kraniyofasiyal anomalilerde konuşma terapisi (şadiye bacık tırnak)	Şadiye Bacık Tırnak
	0-12 Ay Dudak damak yarıklı bebeklerde beslenme ve yutma değerlendirmesi	Önal İncebay
	0-12 Ay Dudak damak yarıklı bebeklerde beslenme ve yutma rehabilitasyonu	Aydan Baştuğ Dumbak
	Serbest Bildiri oturumu S-30 - Türkiye'de damak dudak yarıkları ile ilgili yapılmış tezlerin incelenmesi	Halil Uysal
14:30-15:00	Kahve Arası 	
	Alveolar Yarıklarda Konsensus Oturumu Oturum Başkanları: İbrahim Canter, Arzu Arı Demirkaya	
	Primer Alveolar kemik greftleme avantaj dezavantaj	Ahmet Hamdi Sakarya
15:00-16:30	Sekonder alveolar kemik greftleme avantaj dezavantaj	İbrahim Canter
	Tersiyer alveolar kemik greftleme avantaj dezavantaj	Muhsin Yılmaz, Figen Özgür
	Ortodontik açıdan alveolar greftleme avantaj dezavantaj	Aslıhan Uzel
	Hemşire Oturumu Oturum Başkanları: Burcu Acımiş, Deniz Kahraman	
	Dudak damak yarığı ile doğan bebeklerin emzirme ve beslenmesi	Burcu Acımiş
16:30-18:00	DDY tedavisinde pre-operatif, per-operatif, post-operatif tedavi protokolumuz	Deniz Kahraman
	Dudak Damak Yarıklı Bebeklerde uygulanan beslenme girişiminin tartı artışına etkisi: sistematik derleme	Şerife Erdost
	Ameliyat sonrası beslenme	Sevil Çınar
	Sendromik, trakeostomili bebeklerin ameliyat sonrası hemşirelik bakımı	Pınar Erkuş, Özlem Göksu

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI 16 KASIM 2019, CUMARTESİ**16 Kasım 2019, Cumartesi
Salon A**

08:30-09:30	Konjenital Anomaliler Oturum Başkanları: Ayşe Tuba Altuğ, İbrahim Vargel	
	Dudak Damak yarıklarında en güncel moleküler yaklaşımlar	Ayşe Tuba Altuğ
	Dudak damak yarıklarına eşlik eden sendromik anomaliler	Damla Menkü Özdemir, Figen Özgür
	Hemifasial mikrosomi nedir? Tipleri nelerdir?	Gencay Üstün
	Kulak anomalileri plastik cerrahi açısından	Arda Küçüküven, Figen Özgür
09:30-11:00	Kraniyo-fasiyel Anomaliler ve Cerrahileri Oturum Başkanları: Gaye Taylan, Gökhan Tunçbilek	
	Kraniyosinostozlar	Gaye Taylan
	Endoskopik Scafosefali	Bülent Saçak
	Kraniyal distraksiyon uygulamaları	Gökhan Tunçbilek
	Apert sendromu ve cerrahisi	İbrahim Vargel
	Multipl Sütür Sinostozda 2 aşamalı onarım(Önce posterior distraksiyon)	Bülent Saçak
11:00-11:30	Kahve Arası ☕	
11:30-12:30	Dudak damak yarıklarının genetiği	Nurten Akarsu
	Nadir görülen yüz anomalileri	İbrahim Vargel
	Sendromik vakalarda dudak damak yarıkları	Gencay Üstün
12:30-13:30	Öğle Yemeği 🍽️	
13:30-15:30	Maksillo-fasiyel cerrahi Oturum Başkanı: Ersoy Konaş	
	Dudak yarığı burnu deformitesi. "Dibbel mi, dübel mi?"	Ali Barutçu
	Bimaksiller osteotomiler	Ersoy Konaş
	Monoblok ilerletmelerde tecrübelerim	İbrahim Canter
	Ortognatik cerrahinin farengeal havayoluna etkisi	Can Arslan
	Geç dönemde ortognatik cerrahi tedavi	Erol Kesiktaş

15:30-16:00	Kahve Molası ☕	
	Dudak damak yarığı cerrahisinde değişik tecrübeler Oturum Başkanları: Deniz İşcen, Uğur Koçer	
	Özbekistan deneyimi	Deniz İşcen
	Afrika plastik cerrahi kampları deneyimi	Ethem Günören
	Afrika-Orta Asya Kampları deneyimi	Uğur Koçer
16:00-17:30	Afrika-Orta Asya Kamplarında yapılan olgular	Koray Gürsoy
	Azerbaycan'da Dudak damak Yarıklı olgularda 5 yıllık tecrübem	Mircafar seyid
	Çocuklarda çeşitli nedenlerle oluşmuş değişik doku deformasyonlarında yaklaşımlarımız, Azerbaycan Tıp Üniversitesi Kliniği tecrübesi	Vaqif Qalandarov
	Suriye'deki Krizin Sağlığa Etkileri: Dudak damak yarıklı mültecilerde demografik ve post-operatif verilerin değerlendirilmesi	Etkin Boynuyoğun, Figen Özgür
16 Kasım 2019, Cumartesi Salon B		
	Dudak Damak Yarıklarında Nazoalveolar Şekillendirme Kurs Koordinatörü: Arzu Arı Demirkaya	
09:00-10:00	Çift taraflı dudak damak yarıklarında nazoalveolar şekillendirme (1)	Arzu Arı Demirkaya
10:00-10:30	Kahve Molası ☕	
10:30-12:30	Çift taraflı dudak damak yarıklarında nazoalveolar şekillendirme (2)	Arzu Arı Demirkaya
12:30-13:30	Öğle yemeği 🍽️	
13:30-15:30	Çift taraflı dudak damak yarıklarında nazoalveolar şekillendirme (3)	Arzu Arı Demirkaya
15:30-16:00	Kahve Molası ☕	
16:00-18:00	Çift taraflı dudak damak yarıklarında nazoalveolar şekillendirme (4)	Arzu Arı Demirkaya

16 Kasım 2019, Cumartesi
Salon C

09:30-10:00	Konferans: Sanat ve Kültür Konuşmacı: Fulya Turan Oturum Başkanları: Figen Özgür, Servet Doğan
10:00-12:30	Resim Kursu Fulya Turan
12:30-13:00	Öğle Yemeği 
13:00-18:00	DDY Aileler oturumları Oturum Başkanları: Zekeriya Tosun, Özlem Ünal Logacev, Şerife Erdost "Yüzümle Mutluyum Derneği" ile derneğimizin söyleşisi Dudak damak yarıklı bireylerin gözüyle Plastik cerrahlarla ailelerin söyleşisi Ortodontistler ile ailelerin söyleşisi Konuşma uzmanları ve odyologlar ile ailelerin söyleşisi Hemşirelerimizle ailelerin söyleşisi Aile güçlendirilmesi Mentorluk
18:00-18:30	Dernekler ve Aileler birbirlerine nasıl yararlı olabilir (sonuç bildirgesi)
18:30-19:00	"Bizim Hikayemiz" Öykü Yarışması sonuçları Oturum Başkanları: Figen Özgür, Servet Doğan

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI 17 KASIM 2019, PAZAR

Salon A

09:00-11:00	Dudak damak yarığı ve kraniyo maksillofasial cerrahi eğitimi Oturum Başkanları: İnci Gökalan Kara, Toros Alcan Geçmiş dönem? "Güler Gürsu hocamın yaptırdığı ilk dudak yarığı ameliyatı. Mükafat mı, kabus mu? Şimdiki sorunlar? Gelecekte nasıl olacak?	Ali Barutçu Hakan Ağır İnci Gökalan Kara
11:00-11:30	Kahve Molası 	
11:30-13:00	Kapanış Konuşmaları Sonuç Bildirgesinin Okunması Dernek Eş-başkanlarının Konuşması	Müge Aksu Figen Özgür, Servet Doğan

Sözel Bildiriler

S – 1 Ortayüz Hipoplazisinde Red Kullanımı

Ali Ekemen

S – 4 Sekonder Bilateral Yarık Dudak Deformitesi Onarımı İçin Yeni Bir Flep Tekniği: J- Skar Flep

Ayhan Okumuş

S-5 Türkiye Kuzeybatı Bölgesindeki Dudak Ve/Veya Damak Yarıklı Hastalarda Demografik, Klinik Ve Operatif Verilerin Detaylı Araştırması

Hakan Ağır

S – 6 Konjenital Yarık Dudak Damaklı 8-29 Yaş Arası Hastalarda Cleft Q Anket Çalışmasının Bölgemizdeki Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Dudu Dilek Yavuz

S – 7 Yarık Dudak Damaklı Hastalarda Otojen Yağ Grefti Uygulamaları Ve Klinik Sonuçlarımızın Retrospektif Değerlendirilmesi

Dudu Dilek Yavuz

S – 8 Geniş Anterior Damak Fistüllerinde Dil Flebi İle Rekonstrüksiyon

Emre Efe Aslaner

S – 9 Tek Taraflı Dudak Yarıklarında Tennison-Randall Tekniği

İbrahim Tabakan

S – 10 Premaksilla Nekrozu Sonucu Oluşan Kompleks Defektin Prefabrike Serbest Radial Önkol Flebi İle Onarımı

Gazi Kurtalmış Yaprak

S – 11 Nadir Bilateral Tessier Cleft 3: Vaka Sunumu Ve Cerrahi Yaklaşım

Ensari Yavuz

S – 12 Yumuşak Damak Onarım Tekniğinin Konuşma Gelişimine Etkisi: Furlow Palatoplasti İle Intravelar Veloplasti Konuşma Sonuçlarının Objektif Yöntemler İle Karşılaştırılması

Murat Kara

S – 13 Grade 2 Fistüllerin Tedavisinde Kliniğimizde Kullanılan Minimal İnvaziv Cerrahiler Ve Rejeneratif İşlemler

Şeyda Güray Evin

S – 14 Rekalsitran Palatal Fistüllerin Tedavisinde Perifistüler Lokal Doku Durumunun Değerlendirilmesinde Bir Skorlama Sistemi Önerisi

Şeyda Güray Evin

S – 15 Alveolar Kleft Onarımında Klinik Yaklaşımımız

Serkan Erbatur

S – 16 Erişkin Damak Yarığı Hastalarında Nazal Septal Varyasyonların Değerlendirilmesi

Erden Erkut Erkol

S – 17 Geniş Damak Yarıklı Olgularda Doku Genişletici Uygulamaları

Abdullah Ünlü

S – 18 Dudak Adezyon Tekniğinin Geniş Bilateral Dudak Yarıklarında Normal Dudak Antropometrik Ölçümlerini Sağlamadaki Etkinliği

Ahmet Doğramacı

S – 19 Mikroform Yarık Dudak Rekonstrüksiyonlarında W-Z Plasti Kombinasyonunun Rotasyon-İlerletme Flebi Onarımı İle Karşılaştırılması

Çağrı Berk Arıkan

S – 20 Kliniğimize Son İki yılda Başvuran Yarık Dudak ve Damaklı Hastaların Epidemiyolojik Dağılımlarının Analizi

Ozan Güven Kaplan

S – 21 Sekonder Yarık Dudak Deformitesinde Kurtarıcı Bir Flep, Abbé Flebi

Çağla Çiçek

S – 22 Tek Taraflı Dudak-Damak Yarıklı Bireylerde Maksillomandibular Uzunlukların Servikal Vertebra Maturasyonu İle İlişkisi

Bengisu Akarsu

S – 23 Ortognatik Cerrahi Tedavinin Hava Yoluna Etkisinin İncelenmesi

Can Arslan

S – 24 Yetişkin Dudak-Damak Yarıklı Bir Hastanın Multidisipliner Tedavisi

Ceylan Güzel

S – 25 Tek Taraflı Dudak Damak Yarığında Nazoalveolar Şekillendirmenin Nazolabial Etkilerinin Üç Boyutlu Değerlendirilmesi

Derya Germeç

S – 26 Opere Edilmiş Tek Taraflı Dudak Damak Yarıklı Bireylerde Nazolabial Estetiğın Farklı Gruplar Tarafından Değerlendirilmesi

Ege Doğan

S – 27 Tek Taraflı Dudak Damak Yarıklı Bireylerde Maksiller Gelişimin İskeletsel Sınıf I Ve Sınıf Iı Düzensizliği Olan Bireyler İle Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi

Ege Doğan

S – 28 Farklı Şiddette Dudak Damak Yarığına Sahip Ergen Bireylerin Olumsuz Değerlendirilme Korkusu, Sosyal Görünüş Kaygısı Ve Anne-Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Elif Ergin

S – 29 Dudak Ve Damak Yarıklı Ergen Hastalarda Ağız Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi, Kaygı Ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Elif Ergin

S – 30 Tek Taraflı Dudak Damak Yarıklı Bireylerde Yüz Simetrisinin Üç Boyutlu Olarak Değerlendirilmesi

Seda Ertürk

S – 31 Tek Taraflı Dudak Damak Yarıklı Bireylerde Dental Özelliklerin Üç Boyutlu Olarak Değerlendirilmesi

Sevgi Kaptıkaçtı

S – 32 Türkiye’de Damak Dudak Yarıkları İle İlgili Yapılmış Tezlerin İncelenmesi

Halil Uysal

S1

ORTAYÜZ HİPOPLAZİSİNDE RED KULLANIMI

Dt. Ali EKEMEN¹, Dr. Dt. Orkhan ISMAYILOV², Dt. Raha AKBARİHAMED¹, Prof. Dr. Tülin Ufuk TOYGAR MEMİKOĞLU³, Prof. Dr. Hakan Alpay KARASU¹

¹ Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

² Serbest Ağız Diş ve Çene Cerrahisi

³ Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı

GİRİŞ

Dudak damak yarıklı bireyler doğumlarından yetişkin çağa kadar sahip oldukları deformitelerin düzeltilmesi amacıyla birçok defa opere olurlar. Yarık bölgenin onarımı için yapılan ameliyatların sonucunda maksillada gelişimi sekteye uğrayabilir. Orta yüz hipoplazisi sadece dudak damak yarıklarına bağlı olarak görülmez, bazı kraniofasiyal sendromlarda da görülebilir. Maksiller hipoplazinin tedavisi için distraksiyon osteogenezin kullanımı günümüzde giderek artmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu sunumda maksiller hipoplazisi olan 4 hastanın Rijit Eksternal Distraktör ile cerrahi tedavisi sunulacaktır. Konvansiyonel Le Fort I osteotomisi ile deformitenin düzeltilmesi için gerekli olan maksiller ilerletmenin mümkün olmadığı bu hastalarda RED kullanılmıştır. Aygıt sabah 0.5mm akşam 0.5mm olmak üzere günlük 1mm aktif edildi. Yeteri kadar ilerletme yapıldıktan sonra konsolidasyon aşamasına geçildi ve aygıt 45 gün boyunca son pozisyonunda ağızda bekletildi. RED aygıtı çıkarıldıktan sonra hastalara 3 hafta süreyle yüz maskesi kullanıldı.

SONUÇ

RED uygulaması geleneksel lefort I metoduyla başarılı olamayan bütün maksiller hipoplazi vakalarında uygulanabilir. Sunumdaki vakalarımızda maksilla da yeterli ilerletme sağlanmış ve tedavi bitiminde herhangi bir oklüzyon bozukluğuyla karşılaşmamıştır.

S4

Sekonder bilateral yarık dudak deformitesi onarımı için yeni bir flep tekniği: J- Skar Flep

Dr.Ayhan OKUMUŞ Estetik ve Plastik Cerrahi Uzmanı

Özel Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Bursa

Giriş

Otojen yağ grefti estetik ve rekonstrüktif cerrahide hacim kayıplarına bağlı kontur deformitelerinin düzeltilmesi amaçlı oldukça sık kullanılmaktadır. Bu çalışmada yarık dudak damak nedeni ile opere edilmiş ancak sonrasında kontur deformiteleri ve hacim kayıpları olan hastalara otojen yağ grefti uygulamalarımız ve sonuçları hasta dosyalarından ve fotoğrafları üzerinden değerlendirilmek üzere retrospektif taranmıştır.

Yöntem

2016-2019 yılları arasında yarık dudak damak nedeni ile daha önce opere edilen ve kontur deformitesi, hacim kaybı olan 6 hastaya otojen yağ grefti uygulaması yapılan hastalar taranmıştır. Hastalar 16-37 yaş aralığında olup toplam 14 otojen yağ grefti uygulaması yapılmıştır.

Bulgular

3 kadın 3 ü erkek olmak üzere toplam 6 hasta değerlendirilmeye alınmıştır. Bayan hastalardan ikisine dudak asimetrisini gidermek amaçlı yalnızca 1 er kez otojen yağ grefti uygulaması lokal anestezi altında yapılmıştır. Erkek hastalardan birine ortognatik cerrahi sonrası genel anestezi altında her 2 maksilla paramedian bölgede oluşan kontur deformitesine otojen yağ grefti uygulaması, diğer 3 hastanın alar tabanlarındaki hacim kayıpları ve özellikle kolumelladaki kısılıklarına yönelik hacim kazandırma ve columellaya ekspansiyon amaçlı tekrarlayan yağ grefti uygulamaları yapılmıştır. Uygulamalardan sonra hastalar 6 ay- 1 yıl arasında takipte tutulmuş, herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ve fotoğraflar ile değerlendirmeleri yapıldığında oldukça yüz güldürücü sonuçları olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç

Yapılan cerrahi işlemlerin %70 i lokal anestezi altında yapılmış olup genel anestezi ile yapılan işlemlerde ilave cerrahi prosedürler(ortognotoik cerrahi, anterior ve ya posterior fistül kapatılması vb) uygulanmıştır. Ağır deformitesi olan hastalarda tekrarlayan otojen yağ grefti uygulamaları gerekli olabilmektedir. Otojen yağ grefti uygulamaları sonrası gerek asimetrilerin düzeldiği gerekse verilen yağ greftleri ile istenilen ekspansiyonun sağlandığı gözlemlenmiştir.



S5

Türkiye Kuzeybatı Bölgesindeki Dudak ve/veya Damak Yarıklı Hastalarda Demografik, Klinik ve Operatif Verilerin Detaylı Araştırması

Dr. E. Ciğdem Karadağ Sarı¹, Dr. E. Kağan Yaşar², Dr. Gamze Eren², Dr. Altuğ Altinkaya¹,
Dr. Hakan Ağır¹

¹Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D., Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

²Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

Giriş: Orofasiyal yarıklar, tüm dünyada en yaygın görülen konjenital kraniofasiyal anomalilerdir. Literatürde, Türkiye Kuzeybatı Bölgesinde dudak ve/veya damak yarıklı (DDY) hastaların demografik, klinik ve cerrahi verilerini detaylı inceleyen çalışma oldukça az sayıdadır.

Amaç: Bu çalışmada Türkiye Kuzeybatı bölgesinde yer alan DDY hastalarının demografik, klinik ve cerrahi verileri ve sonuçları detaylı incelenmiştir.

Metod: 2005-2015 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran primer DDY hastalarının elektronik tıbbi kayıtları retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik, klinik, ameliyat özellikleri ve ameliyat sonrası komplikasyon verileri değerlendirildi.

Bulgu: Bu çalışmaya 150 DDY'li hasta dahil edildi. Bu hastaların 88'i (%58.7) erkek, 62'si (%41.3) kadın iken 134'ü sendromik ve 16'sı sendromik değildi. Dudak ve damak yarığı birlikte olan hasta oranı %60, izole damak yarığı olan hasta oranı %31.3 ve izole yarık dudağı olan hasta oranı % 8.7 idi. Ortalama doğum haftası 38 ± 1.8 iken ortalama doğum ağırlığı 2868 ± 523 g idi. Anne yaş ortalaması 28 ± 5 yıl iken baba yaş ortalaması 32 ± 6 yıl idi. Maternal folik asit, sigara ve alkol kullanım oranları sırasıyla %83.3, %5.3 ve %1.3 idi. Akriba evliliği oranı yalnızca %3.3 idi. DDY'nin prenatal ultrasonografi (USG) tanı oranı % 28 idi. Prenatal USG ile tanı konulan hastaların %74'ü doğumdan önce herhangi bir DDY merkezine başvurmadı. Prenatal DDY tanısı konan hastalarda sezaryan doğum oranı %95.3'ü iken

normal doğum oranı %4.7. Nazoalveolar molding tekniği sıklıkla çift taraflı dudak ve damak yarıklı hastalarda uygulandı. Yarık dudak ameliyat onarımı sıklıkla Modified, extended Mohler tekniği ile yapıldı. Yarık damak onarımı çoğunlukla Bardach çift-flep palatoplasti tekniğini radikal intravelar veloplasti ile combine ederek yapıldı. Grommet tüpü (%72.2) çoğu hastada uygulandı. Yarık damaklı hastalarda miringotomi ya da parasentez oranı %12.8 iken asellüler dermal matriks (ADM) kullanım oranı %28.5 idi. Palatal fistül oranı % 3.2 idi.

Sonuç: DDY'li hastaların özelliklerini bilmek tedavi planlaması ve tatmin edici sonuçlar elde etmesi açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, bu bölgede DDY'li hasta verilerini bu kadar detaylı değerlendiren ilk çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: damak yarığı, demografik, dudak yarığı, dudak ve damak yarığı, Türkiye

S6

KONJENİTAL YARIK DUDAK DAMAKLI 8-29 YAŞ ARASI HASTALARDA CLEFT Q ANKET ÇALIŞMASININ BÖLGEMİZDEKİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Dudu Dilek Yavuz¹, Arş. Gör. Dr. Selçuk Yılmaz¹, Arş. Gör. Dr. Erkan Kerem Kaya¹, Arş. Gör. Dr. Murat Bilgin¹, Dr. Öğr. Üyesi Fuat Uslusoy¹, Dr. Öğr. Üyesi Selman Hakkı Altuntaş¹, Prof. Dr. Mustafa Asım Aydın¹

1: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD- ISPARTA

Giriş

CLEFT Q Anket formu Konjenital Yarık Dudak Damak Nedeni ile tedavi gören hastaların yaşam kalitesini ölçen ve yeni geliştirilen bir ankettir. Türkiye’de bulunan Yarık Damak Dudaklı hastalarda bu anket ile yapılmış bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Kliniğimizde Yarık Dudak Damak nedeni ile takipli çok sayıda hastamız mevcuttur. Bu nedenle hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amaçlı polikliniğe başvuran 8-29 yaş arası hastalara Cleft Q anketi uygulanmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem

8- 29 yaş arası unilaterale yarık dudak damak, bilateral yarık dudak damak, izole dudak ve ya izole damak hastaları okuma yazma bilmek ve mental geriliği olmamak kaydı ile çalışmaya dahil edilmiş ve hastalara 12 bölümden oluşan Cleft Q Anketleri doldurulmuştur. Cleft Q anketinde hasta ilk 6 bölümde kendi görüntüsünü (yüz, burun, burun delikleri, dudaklar, yarık dudak izi, alt ve üst çene), 7-8-9. bölümde yarık dudak damağa bağlı fonksiyonel işlevlerini(konuşma, yemek yeme) ve 10-11-12. bölümde de sosyal hayatını değerlendirilmesini içeren sorulara yanıt vermiştir. Anketler değerlendirilirken her bölümde verilen cevaplar anketin toplam maksimum değerleri ile orantılanmış ve yüzdeler hesapları yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 37 kadın 51 erkek toplam 88 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %63.6 sı (n:56) çocuk ve ergen grubu iken %36.4 ü (n:32) erişkin hasta grubu olarak bulunmuştur. Hastaların anamoli düzeyi arttıkça görünüm, fonksiyon ve sosyal hayatları ile ilgili puanlamalarında olumsuz yönde ciddi artışların olduğu gözlenmiştir.

Tartışma

Yarık dudak damaklı hasta grubunu görsel, fonksiyonel ve sosyal olarak değerlendirecek bir anket formunun daha önce olmaması bir dezavantajdır. Cleft Q hastaya yapılan tedavilerin ve sonuçlarının hastanın bakış açısı ile değerlendirilmesini sağladığı için yarık dudak damaklı hastaya yaklaşımı ve hasta için neyin daha önemli olduğunu hekiminin değerlendirmesini oldukça kolaylaştıracaktır.

S7

YARIK DUDAK DAMAKLI HASTALARDA OTOJEN YAĞ GREFTİ UYGULAMALARI VE KLİNİK SONUÇLARIMIZIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Dudu Dilek Yavuz¹, Prof. Dr. Mustafa Asım Aydın¹

1: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD- ISPARTA

Giriş

Otojen yağ grefti estetik ve rekonstrüktif cerrahide hacim kayıplarına bağlı kontur deformitelerinin düzeltilmesi amaçlı oldukça sık kullanılmaktadır. Bu çalışmada yarık dudak damak nedeni ile opere edilmiş ancak sonrasında kontur deformiteleri ve hacim kayıpları olan hastalara otojen yağ grefti uygulamalarımız ve sonuçları hasta dosyalarından ve fotoğrafları üzerinden değerlendirilmek üzere retrospektif taranmıştır.

Yöntem

2016-2019 yılları arasında yarık dudak damak nedeni ile daha önce opere edilen ve kontur deformitesi, hacim kaybı olan 6 hastaya otojen yağ grefti uygulaması yapılan hastalar taranmıştır. Hastalar 16-37 yaş aralığında olup toplam 14 otojen yağ grefti uygulaması yapılmıştır.

Bulgular

3 kadın 3 ü erkek olmak üzere toplam 6 hasta değerlendirilmeye alınmıştır. Bayan hastalardan ikisine dudak asimetrisini gidermek amaçlı yalnızca 1 er kez otojen yağ grefti uygulaması lokal anestezi altında yapılmıştır. Erkek hastalardan birine ortognatik cerrahi sonrası genel anestezi altında her 2 maksilla paramedian bölgede oluşan kontur deformitesine otojen yağ grefti uygulaması, diğer 3 hastanın alar tabanlarındaki hacim kayıpları ve özellikle kolumelladaki kısıklıklarına yönelik hacim kazandırma ve columellaya ekspansiyon amaçlı tekrarlayan yağ grefti uygulamaları yapılmıştır. Uygulamalardan sonra hastalar 6 ay- 1 yıl arasında takipte tutulmuş, herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ve fotoğraflar ile değerlendirmeleri yapıldığında oldukça yüz güldürücü sonuçları olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç

Yapılan cerrahi işlemlerin %70 i lokal anestezi altında yapılmış olup genel anestezi ile yapılan işlemlerde ilave cerrahi prosedürler(ortognotoik cerrahi, anterior ve ya posterior fistül kapatılması vb) uygulanmıştır. Ağır deformitesi olan hastalarda tekrarlayan otojen yağ grefti uygulamaları gerekli olabilmektedir. Otojen yağ grefti uygulamaları sonrası gerek asimetrilerin düzeldiği gerekse verilen yağ greftleri ile istenilen ekspansiyonun sağlandığı gözlemlenmiştir.

S8

Geniş Anterior Damak Fistüllerinde Dil Flebi ile Rekonstrüksiyon

Emrah Efe Aslaner, Burak Özkan, Ahmet Çağrı Uysal, Nilgün Markal Ertaş

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş

Palatoplasti sonrası sert damak fistülü görülme insidansı yaklaşık %25-30 civarındadır. Fistülün boyutları ve lokalizasyonu, damakta skar varlığı ve hastanın yaşı fistülün hangi yöntemle kapatılacağını belirlemede en önemli etkenlerdir. Geniş defektlerin (>5mm) kapatılması bölgedeki lokal doku azlığı nedeniyle zorlayıcıdır. Geniş defektlerin kapatılmasında literatürde cerrahi ve prostetik yöntemler tanımlanmıştır. Dil flebi yüksek vaskülaritesi olan ve geniş damak fistüllerinde başarıyla kullanılan güvenilir bir fleptir.

Materyal ve Metod

Bu çalışmaya son 8 yıl içerisinde damak yarığı onarımı sonrası 5 mm den büyük çaplı anterior damak defekti olan ve dil flebi ile rekonstrüksiyon yapılan toplam 7 hasta dahil edildi. Tüm hastalar damak yarığı onarımı sonrası gelişen sert damak fistülü nedeniyle birden fazla operasyon geçirmişti. Ortalama defekt boyutu yaklaşık 4 cm² idi. Hastalara dil flebi ile rekonstrüksiyon planlandı.

Sonuçlar

İki hasta hariç diğer hastalarda defekt kapamaları nazal ve oral mukozal kapama olarak iki tabakalı yapıldı. Nazal tabaka mukozal turn over fleplerle sağlanırken, oral mukoza dil flebi ile kapatıldı. Ortalama hastanede yatış süresi 3 gündü. Tüm hastalarda ikinci seans 3 hafta sonra yapıldı. Operasyonlar genel anestezi altında yapıldı. Flep ayrılması sonrasında erken ve geç dönem majör bir komplikasyon görülmedi. Dilde herhangi bir morbiditeye rastlanmadı.

Tartışma

Geniş anterior damak fistülleri yarattığı regürjitasyon, velofaringeal yetmezlik gibi ciddi sorunlar nedeniyle onarılması gereken önemli bir postpalatoplasti komplikasyonudur. Literatürde tanımlanmış lokal mukozal flepler, nasolabial flepler, serbest flepler, kemik ve kıkırdak greftlemeleri incelendiğinde geniş defektlerin kapatılması için tanımlanmış altın standart bir yöntemin olmadığı dikkat çekmektedir. Dil flebi intraoral planlaması, görünür bir skar yaratmaması, yüksek vaskülaritesi ve myomukozal yapısı nedeniyle güvenilir bir fleptir. Nazal mukozanın onarılamayacağı geniş defektlerde tek tabakalı onarımlarda dahi başarılı sonuçlar bildirilmiştir. İki aşamalı olması, hasta konforunun düşük olması, pediatrik operasyona uyum güçlüğü gibi dezavantajlarının yanında damakta yoğun skar varlığı olan geçirilmiş multipl operasyon öyküsü olan geniş defektlerde kullanılması uygun olan bir fleptir.

S9

Tek Taraflı Dudak Yarıklarında Tennison-Randall Tekniği

İbrahim Tabakan¹, Eyüphan Gencel¹, Cengiz Eser¹, Osman Metin Yavuz¹

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

GİRİŞ

Dudak ve damak yarıkları en sık rastlanan majör konjenital anomalilerdendir. Dudak yarığı terimi; üst dudak, kolumella, septumun alt kısmı ve premaksillayı içeren yapıların ayrışmasını tarifler. Dudak yarıklarının tedavisinde pek çok yöntem tariflenmiş olup bu sunumda Tennison'un tariflediği alt bölge z-plastisi anlatılacaktır.

YÖNTEM ve BULGULAR

Kliniğimize son 2 yıl içerisinde başvuran tek taraflı dudak yarıklı 15 hastaya Tennison Randall tekniğine uygun olarak dudak yarığı onarımı yapıldı. Tüm hastalar genel anesteziyle beraber lokal anestezi kullanılarak opere edildi. Tüm hastalarda orbicularis oris onarımı yapıldı. Ek olarak 10 hastaya mukozaya da z plasti yapıldı. Hiçbir hastada nostril retainer kullanılmadı. Yaklaşık operasyon süresi 1 saattir. Hastalar 2. veya 3. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Dudak yarıklarında başarılı estetik ve fonksiyonel sonuç elde etmek için gerekenler şunlardır; doğru cilt-mukoza birleşiminin sağlanması, vermillon kenarlarının simetrik olması, nostril tabanının simetrik olması, dudağın hafif eversiyonu, minimal skar, cupid yayı ve vermillon cilt sınırının simetrik olması.

Günümüzde birçok merkezde yaygın olarak kullanılan Millard tekniği operasyon sırasında modifikasyon yapılmasına olanak sağlar. Minimal doku atılır. Oluşan skarlar anatomik olarak kabul edilebilir bölgelerde yer alır. Bu teknikte nostril tabanı rahatlıkla oluşturulabilir ve revizyonları kolaydır. Ancak yeni başlayanlar için zor bir tekniktir. Erken dönemde vertikal skar kontrakte olursa dudakta kısalık gelişebilir. Bazı hastalarda yarık kenarlar arasında uzunluk farkının olduğu durumlarda white roll tarafına z plasti yapmak gerekebilir.

Triangular flep tekniğinin avantajları şöyle sıralanabilir: Uygulanması basittir, vertikal skar kontraktürü oluşumunu engeller, postoperatif dönemde görülen dudak geriliminin negatif etkilerini ortadan kaldırır, lateral dudak segmentinin boyunun uzatılması gereken durumlarda kullanılabilir. Dezavantajları ise: Deneyimsiz ellerde çok uzun veya çok kısa dudak ile sonuçlanır, filtrum kolonunu çaprazlayan bir skar oluşur, bu da filtral kolonların düzleşmesine veya belirginliğinin azalmasına neden olur.

SONUÇ

Dudak yarığı onarımında birçok teknik tanımlanmıştır. Günümüzde birçok merkezde Millard tekniği kullanılmakta olup uygulama kolaylığı ve iyi sonuçları nedeniyle seçilmiş vakalarda Tennison tekniğinin de kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.

S10

Premaksilla Nekrozu Sonucu Oluşan Kompleks Defektin Prefabrike Serbest Radial Önkol Flebi İle Onarımı

Gazi Kutalmış Yaprak, Eyüphan Gencel, Ömer Kokaçya, Metin Yavuz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş ve Amaç

Bilateral komplet dudak ve damak yarığı birliktelikleri tedavi planlaması ve yönetimi açısından detaylı ve dikkatli bir planlama süreci gerektiren bir süreçtir. Bu hastalarda gerçekleştirilen dudak damak yarığı ve alveolar kleft operasyonlarında yapılan aşırı diseksiyonlar sonrası premaksillar segmentin perfüzyonunun bozulması sonucu nekroz ile sonuçlanan tedavisi zor bir defekt oluşabilmektedir. Bu olgumuzda dudak damak yarığı operasyonları sonrası premaksilla nekrozu gelişen ve damak anteriorda 3 x 2 cm lik kemik ve mukoza defekti olan hastanın fonksiyonel ve estetik amaçlı rekonstrüksiyonunu ele almaktayız.

Yöntem ve Bulgular

20 yaşında kadın hasta polikliniğimize başvurduğunda damak anteriorda tam kat 3 x 2 cmlik geniş defekti mevcuttu. Hastanın anamnezinde 8 aylıkken dudak yarığı, 5 yaşında damak yarığı, 7 yaşında oronazal fistül onarımları yapılmış ve bu operasyonlar sonucu damak anteriorda defekt oluşmuş. 12 yaşında bu defekte damak protezi uygulanmış.16 yaşında hastaya iliak kemikten kemik grefti ile defekt onarımı yapılmış ancak operasyondan 3 ay sonra greft nekrozu olmuş. Hastaya tarafımızca iliak kemik grefti ile prefabrike serbest radial önkol flebi planlandı. Prefabrikasyon operasyonundan 2 ay sonra, sintigrafi ile kemik dokunun viable olduğu gösterildi ve 3. ay sonunda prefabrike serbest radial önkol flebi ile nazal mukoza, alveolar kemik ve oral mukoza onarımı başarılı bir şekilde gerçekleştirildi.

Tartışma

Premaksilla nekrozu sonucu oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu planlama ve tedavi açısından zorlu bir süreçtir. Planlamada donör alan morbiditesi, ileri dönemde protez uygulanabilirliği ve yumuşak doku ihtiyacı göz önünde bulundurulmalıdır. Oral yumuşak doku defektleri için radial ön kol serbest flebi bir çok yayında iyi bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Yine alveolar kleft onarımında ilk tercih olarak iliak kemik grefti kullanılması da planlamamızda önemli yer almıştır.

Sonuç

Hastamıza prefabrike serbest radial önkol flebi ile fonksiyonel ve estetik açıdan başarılı bir rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiştir. Bu hastalarda prefabrike serbest radial ön kol flebi alternatifler arasında yer alabilir.

S11

NADİR BİLATERAL TESSIER CLEFT 3: VAKA SUNUMU VE CERRAHİ YAKLAŞIM

Ensari Yavuz, Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

3 numaralı yarık ya da oronazoküler yarık, kraniofasiyal yarıklarının en sık görülenidir. 3 numaralı yarık 1 ve 2 numaralı yarığa benzer şekilde başlar ve filtral kolon sonrası nazal tabandan geçer. Alar taban ve alt göz kapağı arasındaki doku eksikliği, etkilenen tarafta burunda kısalığa sebep olur. Yarık, medial kantus ve alt lakrimal punktum arasından geçer. Lakrimal sistem, özellikle de alt kanalikül devamlılığı bozulmuştur. Medial kantus daha altta yerleşmiştir ve hipoplazik olabilir. Alt punktumun medialinde kolobomlar gelişebilir ve tipik olarak göz inferolaterale kaymıştır. Tessier 3 yarıklı hastaların tedavisi oldukça güç olup ve titizlikle yapılması gerekmektedir. Bu olgumuzda bilateral Tessier 3 yarığı olan ve bilateral komplet dudak yarığı olan hastanın Millard tekniği ile onarımını sağladık.

Yöntem ve Bulgular

9 aylık kız bebek, Suriye'den kliniğimize dudak damak yarığı ve gözlerde kolobom şikayetiyle başvurdu. Hastada bilateral Tessier 3 yarığı tespit edildi. Gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra hastaya genel anestezi altında Millard tekniğine uygun olarak bilateral komplet dudak yarığı onarımı yapıldı. Ayrıca aynı seansta nazolabial oluklar insizyonlar uzatılarak onarıldı. Bilateral medial kantal tendonlar nazal kemiğe asılarak yukarıya taşındı. Göz hastalıklarından destek alınarak göz bakımı ve önerileri uygulandı. 9 gün hospitalize edilerek taburcu edildi. Hastaya daha sonra kolobom cerrahisi ve damak yarığı onarımı yapıldı.

Tartışma ve Sonuç

Tessier 3 yarığı olan hastalarda dudak yarığı onarımı çok sayıda dudak yarığı tekniği ile onarılabilir. Ancak Millard tekniği ile fleplerin uygun dizaynı ve nazal tabanın oluşturulması özellik arz etmektedir. Klasik Millard tekniği ile bu olgumuzda yeterli düzeyde doku formasyonları oluşturulup, medial kantal bölgeye dek uzanan kleftlerin fasyokutan fleplerle onarılabilmesini sağladık. Birçok onarım seçeneği olmasına rağmen hem estetik hem de fonksiyonel olarak Millard tekniği bu hastada iyi bir seçenek olmuştur.

S12

Yumuşak Damak Onarım Tekniğinin Konuşma Gelişimine Etkisi: Furlow Palatoplasti ile Intravelar Veloplasti Konuşma Sonuçlarının Objektif Yöntemler ile Karşılaştırılması

Murat Kara

Giriş

Damak yarıklı hastalarda, konuşma sonucunu etkileyen temel faktör, onarım sonrası levator veli palatini (LVP) kasının fonksiyon düzeyi olmaktadır. Literatürde yumuşak damak onarımında popüler olan iki yöntem, Furlow Palatoplasti (FP) ve intravelar veloplasti (İVVP)'dir. Literatürde iki tekniğin sonucunu kıyaslayan çalışmalarda subjektif değerlendirme yöntemleri kullanılmış ve bu durum değerlendirci bazlı subjektif sonuçlara neden olmuştur. Ayrıca konuşma sonucunu etkileyen değişkenlerin yetersiz standardizasyonu, sonuçların yumuşak damak onarım tekniğine indirgenmesinde yetersizliğe neden olmuştur.

Bu noktada çalışmamızın amacı, diğer değişkenler standardize edilerek, bu iki yöntemle onarım yapılan hastaların cerrahi sonrası konuşma verilerinin objektif parametreler ile kıyaslanarak literatüre kazandırılmasıdır.

Materyal Metot

Kliniğimizde 1 Ocak 2013 – 31 Aralık 2013 tarihleri arasında damak onarımı gerçekleştirilen hastaların verileri retrospektif olarak taranmıştır. Konuşma sonuçlarının yumuşak damak onarım tekniğine indirgenmesi amacıyla, hasta ve cerrahi değişkenler standardize edilmiştir.

Konuşma değerlendirilmesi objektif yöntemler olan nazometri ve nazofaringoskopi ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

“p vurgulu cümle” dışındaki tüm heceler, sayı sayma ve cümlelerin nazalans değerlerinin Furlow palatoplasti grubunda daha düşük olduğu görülmüş. Toplam ikincil cerrahi oranı %27 ve fistül oranı %17.1 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu parametrede gruplar arası anlamlı fark gözlenmemiştir. Benzer şekilde velofaringeal kapanma paterni ve derecesi değişkenlerinin gruplar arası kıyaslanmasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tartışma

Literatürde fistül oranları %0 ila %35.5 arasında raporlanmıştır. LaRossa ve ark. 2004 yılındaki çalışmalarında ikincil cerrahi girişim oranını %8 olarak raporlamışlardır. Çalışmamızda fistül oranı Furlow grubunda %8.3, İVVP grubunda %25 olarak, ikincil cerrahi oranı ise Furlow grubunda %19.4, İVVP grubunda %35 olarak sonuçlanmıştır. Çalışmamız sonucunda, konuşma sonuçları iki grup arasında benzer olup, literatürde subjektif değerlendirmeler ile yorumlanan veriler objektif değerlendirme yöntemleri ile analiz edilmiştir.

Sonuç

Çalışmamız çıktıları göz önüne alındığında, konuşma sonuçlarında Furlow palatoplasti ile İVVP onarım teknikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bunun yanında, istatistiksel fark olmasa da, sekonder cerrahi ve fistül oranlarının FP grubunda düşük olması, bu yöntemi avantajlı kılmaktadır.

S13

Grade 2 Fistüllerin Tedavisinde Kliniğimizde Kullanılan Minimal İnvaziv Cerrahiler ve Rejeneratif İşlemler

Şeyda Güray Evin, Mustafa Sütçü, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Departmanı

Giriş

Damak fistüllerinin bulunduğu anatomik bölgeler şekli ve büyüklüğü cerrahi sonucu etkileyen faktörlerdendir. Fistülün şekli, yeri, geçirilmiş cerrahilere bağlı olarak oluşturulan bir evreleme sistem daha önce literatürde sunulmuştur¹. Bu çalışmanın amacı cerrahi nüksü daha sık olan Grade 2 fistüllerin tedavisinde kullanılan minimal invaziv cerrahiler ve rejeneratif işlemler ve bunların sonuçlarını sunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 2015 ile 2019 yılları arasında opere edilmiş 10 damak fistülü hastası dahil edildi. Dahil edilme kriterleri Tip 4 ve Tip 5 fistüllerinin bulunması ve bu fistüllerin Grade 2 olmasıydı. 10 hastadan 6'sında Tip 5 4'ünde Tip 4 fistül mevcuttu. Tip 5 hastaların ortalama gradeleri 8 iken, Tip 5 hastaların 7 idi. Hastaların 7'si (3 Tip 5, 4 Tip 4) primer damak operasyonu sonrası gelişen fistül nedeniyle ilk kez opere edildi. 3 hastaya ise nüks fistülleri nedeniyle işlem uygulandı. İlk kez opere edilen 3 Tip 5 hastasının nazal katı random mukoperiosteal fleplerle kapatılırken oral katlar Poly-DL-Lactate, Trimethylen carbonate ve ε- Caprolactone içerikli deri eşdeğeri ile kapatıldı. Diğer 3 hastaya ise önce lokal doku rejenerasyonunu sağlamak için 21 gün ara ile 2 seans Plateletten zengin plazma (prp)enjeksiyonu yapıldı. Primer damak onarımlarından sonra ilk kez opere edilen 3 Tip 4 hastasının nazal katları primer onarılırken, oral tabakaları Z plasti şeklinde planlanan lokal transpozisyon flepleri kullanılarak onarıldı. Fleplerin elevasyonunda fleplerin palatal kenarların yarık tarafı üzerinde kalan kısımları yarı kalınlıkta olarak kaldırılarak nazal tabakanın bütünlüğü korundu.

Sonuç

Prp ile doku rejenerasyonu desteklenen 3 hastadan 1'inde nazal regürjitasyon cerrahisiz ortadan kalkarken 2'sinde lokal doku kalitesi derecelendirme sistemine göre ile 1 puan arttı ve lokal mukoperiosteal flepler ile kapatıldı. Deri eşdeğeri ile oral kat onarımı yapılan hastalardan 2'sinde fistül çapı küçültüldü regürjitasyon azaltıldı. Z plasti ile opere edilen hastaların tümünde başarı sağlandı ve fistüller kapatıldı

Tartışma

Damak fistülünün tedavisi ile ilgili literatürde birçok yöntem tanımlanmıştır. Bunlardan rejeneratif yöntemlerin etkinliği daha az kanıtlanmıştır Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre deri eşdeğeri kullanımında başarı gözlenmezken, prp ile fistül tedavisinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Tip 4 fistüllerde kısmi olarak yarı kalınlıkta kaldırılan transpozisyon flepleri ile onarım damağı donör alan morbiditesinden korunurken damak fleplerinin geniş diseksiyonunu engellemiştir.

S14

Rekalsitran Palatal Fistüllerin Tedavisinde Perifistüler Lokal Doku Durumunun Değerlendirilmesinde Bir Skorlama Sistemi Önerisi

Seyda Güray Evin, Mustafa Sütçü, Osman Akdağ, Gökçe Yıldiran, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Departmanı

Giriş

Tekrarlayan fistüllerin tekrarlayan operasyonlarla tedavi edilmeye çalışılması yara iyileşmesinin kontraksiyon fazı gereğince fistülün büyümesine ve lokal dokunun daha skarlı olmasına neden olur¹. Bu çalışmanın amacı rekürren palatal fistüllerin çevresindeki lokal dokuların kalitesi ve kullanılabilirliğinin belirlemek için bir skorlama sistemi önermektir.

Gereç ve Yöntem

2009 ile 2018 yılları arasında tekrarlayan damak fistülü edeniyile opere edilmiş 42 hasta çalışmaya dahil edildi.Bu hastaların tümünde Pittsburgh Tip 4 ve Tip 5 fistül mevcuttu.Lokal mukoperiosteal flepler dışındaki fleplerle opere edilen, 5 mm'den büyük fistülü, vestibülonazal fistülü olan ve verileri yetersiz olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.Hastaların epidemiyolojik verileri ve fistüllerin operasyon öncesinde çekilmiş standart görüntüleri elde edildi.Palatal mukozanın preoperatif görünümü mukozanın rengi, şekli, skar durumunu içeren yeni bir skorlama sistemi kullanılarak 2 cerrah tarafından değerlendirildi.**Renk**: Normal damak renginden farklı olarak daha beyaz bir mukoza 0 puan iken kırmızı-pembe mukoza rengi 1 kabul edildi.**Şekil**: Normal histolojik yapıya uygun palatal rugaların varlığı 1 puan olmaması 0 puan kabul edildi.**Skar**: Perifistüler rezidüel fleplerin olması 1 iken olmaması 0 puan kabul edildi.Tüm hastalar için toplam skor hesaplandı ve hastalar cerrahi sonuçları başarılı olanlar ve olmayanlar olarak gruplandırıldı.Skor yüksekliği ile cerrahi başarısız cerrahi arasındaki ilişki araştırıldı.

Sonuç

22 erkek ve 20 kadın hasta çalışmaya dahil edildi.Hastaların ortalama yaşı 12 idi. 15 fistül tip 4, 27 fistül Tip 5'di. 24 fistül küçük, 18 fistül ise orta büyüklükte idi. Sol damak dudak yarığı (ddy) 11,sağ ddy 5 ve bilateral ddy olan 16 hasta vardı. Tekrarlayan fistüller nedeniyle opere edilme sayısı 1.4'tü. Operasyonları başarı ile sonuçlanan hastaların toplam skorları ortalama 1,03 başarısız olan hastaların 2 idi. SPSS 21 ile yapılan Pearson chi -square and Kruskall Wallis testlerine göre düşük skorlar (daha az skar) ile operasyon başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tartışma

Literatürde damak fistüllerinin tedavisinde lokal doku durumunun değerlendirilmesi gerektiği sıkça vurgulanmış fakat ölçülebilir bir yöntem bildirilmemiştir^{2,3}.Bu skorlama sistemi, tedavisinde random mukoperiosteal fleplerin kullanılacağı tekrarlayan fistüllerde perifistüler lokal dokunun durumunu belirlemede kullanılabilir olacak kolay ve uygulanabilirdir.

S15

Alveolar kleft onarımında klinik yaklaşımımız

Serkan Erbatur, Caferi Tayyar Selçuk.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Yarık dudak damaklı hastaların yeniden onarım sürecinde karşımıza çıkan sorunlardan biride alveolar kleftlerdir. Kliniğimizde 2 yıl içinde 17 alveolar kleft hastasında; gingival ve gingivobukkal flepler, kemik grefti ile veya kemik greftsiz olarak kullanıldı. Literatürde alveolar kleft onarımında, yara yerinin gergin olmadan kapandığı yeterli örtünün sağlanabildiği, güvenli fleplerin tercih edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Medial tabanlı gingivobukkal mukoza flebinde geniş rotasyon arkı sayesinde defekt alanına rahat gelebilen gerginliğin olmadığı, yeteri kadar yumuşak doku örtüsünün sağlanabildiği ve dörnor alanı sulcus içersine denk geldiği için ilave bir dörnor alan izi oluşmamaktadır. Sonuç olarak bu yöntemin geniş alveolar yarıklarda kemik greftlerinin etrafının daha az gergin, kanlanmanın daha fazla olduğu bir kapama sağlayarak kemik greftinin yaşayabilirliğini artırdığını, fistül oranını azalttığını düşünmekteyiz.

S16

ERİŞKİN DAMAK YARIĞI HASTALARINDA NAZAL SEPTAL VARYASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Erden Erkut Erkol

Giriş

Nazal havayolu problemleri yarık dudak damak (YDD) hastalarının yaşam kalitesini kötü etkileyen bir durumdur. YDD burnunda bu soruna neden olan birçok anatomik farklılık mevcuttur. Bunların başlıcaları eksternal valfin fonksiyonunu bozan kısa kolumella, alt lateral kıkırdak yetmezliği ve alar kanat depresyonlarıdır. Bununla birlikte YDD deformitesinin embriyolojik kökenine katkı sağlayan frontonazal prosesin oluşturduğu kıkırdak ve kemik septum da deforme olabilmektedir. Bunun düzeltilmesi fonksiyona katkı sağlayacak önemli adımlardan olacaktır. Bu çalışmanın amacı yarık damaklı hastalardaki septal varyasyonları ortaya koymak ve klinik öngörülebilirliğini artırmaktır.

Gereç ve Yöntem

2010 – 2019 yılları arasında başvuran tek taraflı YDD ve 15 yaşından büyük olan 48 hasta (23 kadın, 25 erkek) çalışmaya dahil edildi. Bilateral DDY olan ve 16 yaş altı hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların paranasal sinüs BT'leri incelenerek Mladina ve Vidigal sınıflamalarına göre septumları kategorize edildi. Anterior nasal spine (ANS), posterior nasal spine(PNS) ve ikisinin orta noktası olan mid-nasal spine (MNS) belirlenerek burun tabanı üçe bölündü ve bu noktalara göre septal deviasyonun lokalizasyonu belirlendi. Deviasyonun orta hatta uzaklığı ve septal deviasyon açısı ölçülerek kaydedildi.

Bulgular

Hastalarda septum açılanması medyan değeri 124° (80° - 134°) iken ortalama açılanma 125° olarak bulundu. Septumun orta hatta uzaklığı medyan değeri 7,5mm (3,86mm – 18mm) iken ortalama 7,6mm olarak bulundu. Maksimum septal deviasyon 24 hastanın orta, 21 hastanın arka ve 3 hastanın ön havayolunda gözlemlendi. Mladina ve Vidigal sınıflandırmasına göre ise en sık sınıf 2 deformite gözlemlendi.

Tartışma

Yarık dudak damak hastalarında sık görülen eksternal valf anomalilerin yanı sıra kıkırdak ve kemik septumda görülen anatomik varyasyonlar nefes alma performansında düşüşe yol açabilmektedir. Hastalarda ciddi oranda septumda eğrilik gözlenmesi ve septumun yarık tarafa lateralize olması komşu anatomik yapıları da etkileyerek nefes alma problemlerinin artmasına yol açmaktadır. Vidigal sınıflamasına göre hastalarımızın %30'unda sınıf 3 deformitenin görülmesi septumdaki lateralizasyon ve açılanmanın alt konka anatomisini etkilediğini desteklemektedir. YDD hastalarında nefes almaya yönelik yapılacak operatif işlemlerde operasyon öncesi septal varyasyonların değerlendirilmesi ve septuma yapılacak müdahalelerin belirlenmesinin YDD hastalarında nefes alma fonksiyonuna katkı sağlayacağı ve maksiller sinüs ve etrafındaki yapılarla yapılacak cerrahi müdahalelerin bu varyasyonlardan etkilenebileceği düşünülerek YDD hastalarında yönetim bu şekilde planlanmalıdır.

S17

GENİŞ DAMAK YARIKLI OLGULARDA DOKU GENİŞLETİCİ UYGULAMALARI

Abdullah Ünlü, Şeyda Güray Evin, Mustafa Sütçü, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun

GİRİŞ

Yarık damak onarımı, palatal defektin genişliği ve lokal dokuların eksikliği nedeniyle zor olabilmektedir. Lokal dokuların yetersizliğini karşılamak ve onarım sırasında oluşan gerginliği azaltmak için doku genişletme teknikleri önerilmiştir. Bu çalışmanın amacı geniş damak yarığı onarımında doku genişleticisi ile elde edilen sonuçların paylaşılmasıdır.

MATERYAL METOD

2013 ve 2018 yılları arasında geniş damak yarığı (İmage J programında yarık genişliği tüm damak genişliğinden %50 ve üzeri olanlar) nedeniyle opere edilen 9 hasta retrospektif olarak incelenerek çalışmaya dahil edildi. 4 hastaya ilk seansta bilateral osmotik doku genişletici (0.7 cc- 2.1 cc) yerleştirildi Ortalama 1.5 ay sonra hastalara v-y pushback yöntemi ile damak onarımı sağlandı. 5 hastaya doku genişletici uygulanmadan konvansiyonel damak onarım yöntemleri uygulandı. Hastalar postoperatif 1 yıl takip edildi. 2 kat onarım yapılabilmemiş (nazal kat ve oral kat) olanlar, ilk operasyonda sütür dehisensi, flep nekrozu, doku genişletici ekspozisyonu olanlar, ilk operasyon sonrası fistül oranları, damak yarığı ve cerrahi komplikasyonların tamamen giderilmesi için gerçekleştirilen toplam cerrahi sayısı kaydedildi.

BULGULAR

Geniş damak yarığı onarımı için doku genişletici kullanılan olgularda 3 hastada 2 kat onarım yapılabilmesine rağmen 1 hastada tek tabaka onarım yapılmıştır. 1 hastada osmotik doku genişletici ekspozite oldu. 2 hastada anterior damak fistülü (ekspande edilen dokunun yetersizliği sebebiyle) görüldü. 4 hasta damak yarığı onarımı için ortalama 3 cerrahi geçirdi. Primer damak onarımı yapılan 5 hastadan 1 inde sütür dehisensi görüldü. 3 hastada 2 kat onarım gerçekleştirildi. 3 hastada fistül gözlenirken damak yarığı onarımı için ortalama geçirilen cerrahi sayısı 2 idi. Chi square test sonucuna göre p:0,57 olup damak yarığı ve komplikasyonlarının giderilmesi için yapılan ortalama cerrahi sayıları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Doku genişlemesi ile onarım popüler ve etkili bir şekilde rekonstrüktif cerrahide kullanılan tedavi yöntemidir. Damak yarığı onarımı için bir çok yöntem tanımlanmış olsa da geniş damak yarıklarının onarımı etraf dokunun yetersizliği ve gergin onarım gibi nedenlerden dolayı plastik cerrahları zorlamaktadır. Geniş damak yarığı hastalarında doku genişletme kullanılarak yarığın kapatılması Kobus ve ark. tarafından bildirilmiştir. Çalışmamızda osmotik doku genişletici ekspozite olup aspirasyon riski oluşturması , yüksek fistül oranları ve geçirilen cerrahi sayısını arttırması gibi nedenlerden dolayı primer damak onarımına üstünlüğü saptanamamıştır. Damak yarığında osmotik doku genişletici kullanımının 2 aşamalı cerrahi gerektirmesi , ekspansiyon miktarının dışarıdan ayarlanamaması nedeniyle ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

S18

DUDAK ADEZYON TEKNİĞİNİN GENİŞ BİLATERAL DUDAK YARIKLARINDA NORMAL DUDAK ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİ SAĞLAMADAKİ ETKİNLİĞİ

Ahmet Doğramacı

GİRİŞ

Dudak adezyon geniş bilateral dudak yarığında (BDY), protrude premaxillanın konumlandırılması, nihai dudak onarımı sonrası gerilimin az olması, daha kaliteli skar oluşması için uygulanan yöntemlerden biridir⁽¹⁾.

Bu çalışmanın amacı geniş bilateral dudak yarığı onarımından önce dudak adezyon uygulanmış hastalar ile dudak adezyon olmaksızın dudak yarığı onarımı yapılan ve geniş yarıklı olmayan kozmetik sonuçlarının en iyi olduğunu düşündüğümüz hastaların geç dönem dudak antropometrilerinin ve skar kalitelerinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

2009-2018 yılları arasında BDY nedeniyle opere edilmiş 11 hasta retrospektif olarak incelendi ve çalışmaya dahil edildi. Hastaların cerrahi sonrası geç dönemde (ortalama 24 ay) ön profilden çekilmiş fotoğrafları elde edildi. ImageJ programı kullanılarak bu fotoğraflarda Kim SW ve ark nın⁽²⁾ tanımladığı 6 adet antropometrik ölçüm yapıldı. Skar kalitelerini değerlendirmek amacıyla Anastasov skar skalası kullanıldı⁽³⁾. Dudak adezyon uygulanmış hasta grubu ile diğer gruptan elde edilen veriler Mann Whitney U testi kullanılarak istatistiksel açılarından incelendi.

BULGULAR

Hastalarımızın 7'si erkek 4'ü kadın ortalama yaşları 5.5 idi. 5 hastaya primer onarım öncesi dudak adezyon uygulanırken 6 hastaya konvansiyonel yöntemlerle onarım yapıldı. Grup 1 ve grup 2'de dudaklar üzerinde yapılan 6 ölçümün Mann Whitney U testi ile istatistiksel değerlendirmesinde fark bulunamadı (p1:0,19, p2:0,67, p3:0,4, p4:1, p5:0,96, p6:0,83>0,05). Anastasov skar skalasında 2 grup arasında elde edilen skar skorları arasında da istatistiksel fark gözlenmedi. (p=0,27>0,05)

TARTIŞMA

Geniş BDY'lerde onarılabacak dudak segmentlerinin birbirinden çok ayrıık olması ve protrude premaxilla primer onarımda en büyük engellerdendir⁽⁴⁾. Yumuşak doku deplasmanı, maksiller segment malpozisyonu ve burun distorsiyonu; dudak adezyon ile birlikte kısmi olarak düzeltilebilmektedir⁽⁵⁾. Bu prensiplere dayanarak primer dudak onarımı öncesi dudak adezyon ilk defa Simon ve Hullihen tarafından tanımlanmıştır. Dudak adezyon sonrası primer dudak onarımı ile daha simetrik bir kemik iskelet, gerginliksiz kapanma ve normale yakın antropometrik ölçümler elde edilebilmektedir⁽⁶⁾.

Çalışmamız BDY'lerde primer dudak onarımı öncesi dudak adezyon yapılması ile geç dönemde estetik normlara uygun antropometrik ölçümlerin ve skar görünümünün elde edilebildiğini kanıtlamıştır.

S19

MİKROFORM YARIK DUDAK REKONSTRÜKSİYONLARINDA W-Z PLASTİ KOMBİNASYONUNUN ROTASYON-İLERLETME FLEBİ ONARIMI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çağrı Berk Arıkan

Giriş

Mikroform yarık dudak (MYD) "gizli" "minimal" gibi farklı tanımlamalar ile ifade edilebilen yarık dudak deformitesinin hafif bir formudur¹. Tedavisine yönelik olarak literatürde düz hat onarımdan rotasyon flepleri, z plastilere varan birçok cerrahi teknik tanımlanmıştır².

Bu çalışmanın amacı W plasti ile Z plasti kombinasyonunun kullanıldığı teknik ile rotasyon- ilerletme fleplerinin kullanıldığı tekniklerin karşılaştırılması ve sonuçlarının görsel skorlama ve istatistiksel analizinin yapılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza yukarıda bahsedilen cerrahi tekniklerle opere edilmiş 14 MYD hastası dahil edildi. Hastaların postoperatif 1. yılında alınmış fotoğrafları üzerinden Anastassov skorlama sistemi kullanılarak vermilion, dudak cildi ve operasyon skarları puanlandı. Her hasta için toplam skorlar elde edildi. 2 gruptan elde edilen verilen SPSS 20 (IBM, Chicago) programı ile Mann Whitney U testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların 7'si erkek 7'si kadındı. Hastaların yaş aralığı 2-40 yıl idi. W+Z plasti kombinasyonu ile 6 hasta, rotasyon-ilerletme tekniği ile 8 hasta opere edildi. Takip süreleri ortalama 16,4 ay (12-60 AY) idi. Anastassov skar skalasına göre değerlendirilen grupların ortalama skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p=0,4>0,05$)

Tartışma ve Sonuç

Literatürde mikroform dudak yarığı tedavisinde farklı cerrahi teknikler tanımlanmıştır. Bugüne kadar tanımlanan tekniklere alternatif oluşturacak şekilde w plasti ile kasa kolay erişimi sağlayan bir cerrahi teknik tanımlanmıştır³. Bu cerrahi teknik, etkisi bilinen diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında üst dudağın estetik görünümünü ve fonksiyonunu minimal kutanöz skar ile tedavi etmekte yeterlidir. Bunun yanında cilt eksizyonu yapmadan vermilion-kutanöz hattın ve cupid yayının z plastilerle kolay bir şekilde oluşturulmasını sağlar. W plasti ile deprese vertikal skar önlenir ve orbicularis oris kasının anatomik şeklinin yeniden sağlanması için gerekli eksplorasyon kolaylaşır. Sonuç olarak bu çalışma W plasti ile cilt eksizyonu olmaksızın uygulanan bu tekniğin güvenilirliğini ortaya koymuştur.

S20

Kliniğimize Son İki Yılda Başvuran Yarık Dudak ve Damaklı Hastaların Epidemiyolojik Dağılımlarının Analizi

Güven Ozan Kaplan¹, Murat Kara², Figen Özgür¹

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

² Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ

Dudak ve/veya damak yarıkları baş boyun bölgesinin en sık görülen konjenital anomalisidir. Bu sık görülmenin yanında intrauterin dönemden başlayıp, erişkin yaşlarda fonksiyonel ve estetik bütünlüğün sağlanmasına dek interdisipliner takip ve tedavi süreci devam etmektedir. Bu noktada çalışmamızın amacı, son iki yıllık periyotta kliniğimize başvurarak cerrahi tedavileri gerçekleştirilmiş hastalara yapılan cerrahi işlemlerin dağılımının incelenmesidir.

GEREÇ- YÖNTEM

Kliniğimize son 30 ayda başvuran yarık dudak-damaklı hastalara yapılan cerrahi işlemler retrospektif olarak taranmıştır. Dudak ve /veya damak onarımı ilk kez yapılan hastalar primer, konuşma cerrahileri veya komplikasyonlara yönelik yapılan ikincil cerrahi girişimler ise sekonder cerrahi girişimler olarak sınıflandırılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların yarık tipi ve sayı dağılımları tabloda özetlenmiştir. Sekonder cerrahi işlemler geçiren 383 kişilik grupta 21 hastanın birden fazla cerrahi işlem geçirmiş olduğu gözlenmiştir. Sekonder cerrahi girişimler geçiren bireylerin %11'inin oronazal fistülü, %49'unun velofaringeal yetmezliği, %16'sının alveolar klefti ve %13'ünün CLN deformitesi olduğu görülmüştür.

Yarık tipi	Primer n (%)
İzole CL	209(21)
İzole CP	329(33)
CL/P	462(46)
Toplam	1000(72)

Yarık tipi	Sekonder n (%)	Toplam n (%)
İzole CL	81(21)	290(21)
İzole CP	116(30)	445(32)
CL/P	186(49)	648(47)
Toplam	383(28)	1383(100)

Dudak Yarığı Tipi	İzole Dudak Yarığı n (%)	Dudak + Damak Yarığı n(%)	Toplam n(%)
Sol	94 (45)	146 (32)	240 (36)
Sağ	81 (39)	113 (24)	194 (29)
Bilateral	34 (16)	203 (44)	237 (35)
Toplam	209 (100)	462 (100)	671 (100)

TARTIŞMA

Ralph Millard 1976 yılında yayınladığı Cleft Craft isimli kitabında izole dudak yarıklarının oranını % 25, damak yarığı ile birlikte olan dudak yarıklarının oranını % 50 ve izole damak yarıklarının oranını % 25 olarak belirtmiştir.2019 yılında 12 farklı ülkenin olduğu ve30 merkezin katıldığı 2434 hastalık çalışmada 467'si (%19,2) izole yarık dudak, 568'i (%23,3) izole yarık damak ve 1399'u (%57,5) damak yarığının eşlik ettiği dudak yarığı olduğu ortaya konulmuştur. Çalışmamızda da incelenen bireylerin 290'ı (%21) izole yarık dudak,445 'i (%32) izole yarık damak ve 648 'i (%47) damak yarığı ile birlikte dudak yarığına sahip olarak bulunmuştur.

SONUÇ

Çalışmamızda yarık alt tiplerine yönelik çıkan sonuçların literatürde ortaya konulmuş olan sonuçlarla uyumlu olduğu görülmüştür. Daha geniş popülasyonlara ve multimerkezli çalışmalar yapıldıkça sonuçlarına daha net bir şekilde ortaya konulacağını düşünüyoruz.

S21

Sekonder Yarık Dudak Deformitesinde Kurtarıcı Bir Flep, Abbé Flebi

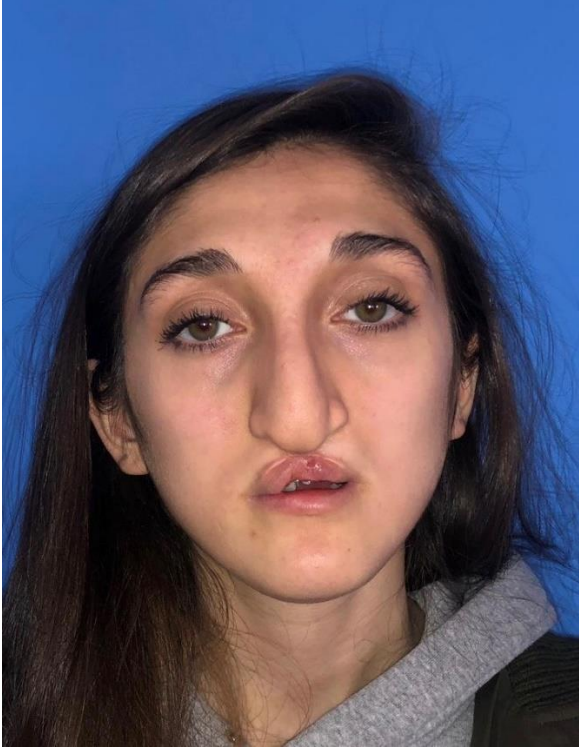
Cağla Cicek

Giriş

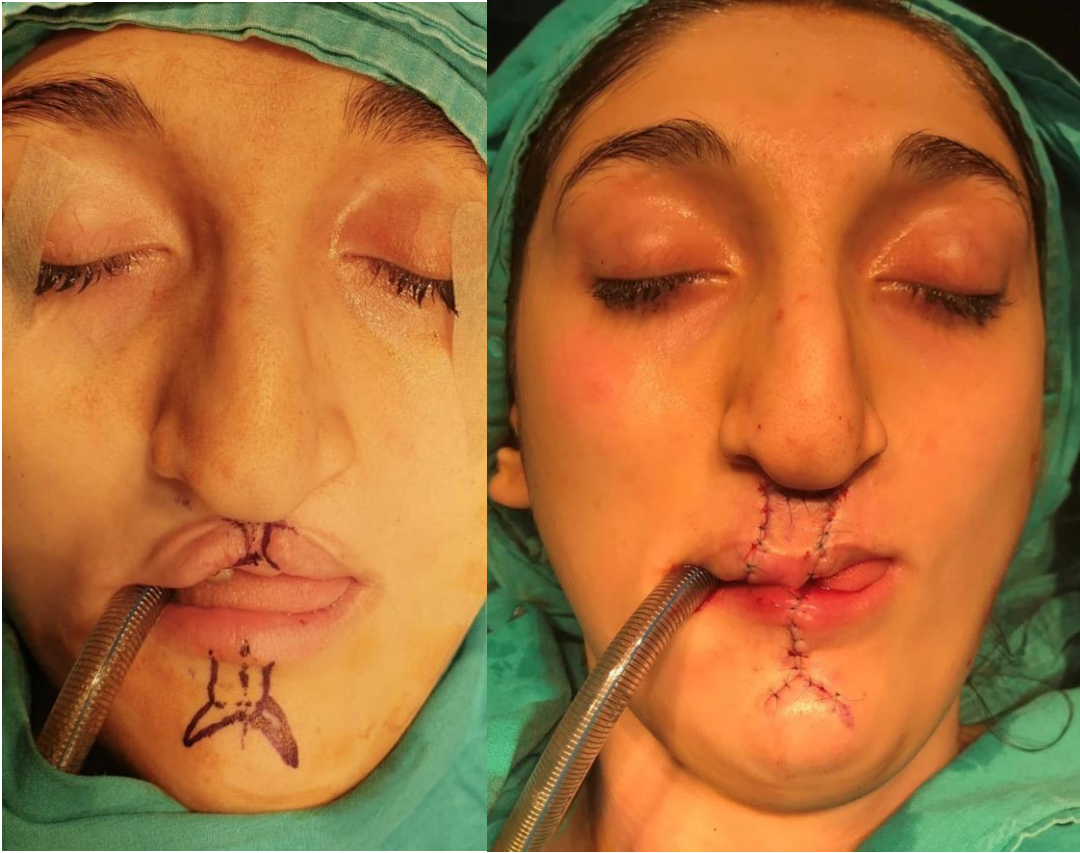
Yarık dudak onarımı etkilenen çocuğun hayat boyu takibini gerektiren ve multidisipliner yaklaşımın zorunlu olduğu bir klinikdir. Her ne kadar küçük yaşta yapılan operasyonlar ile dudaktaki anomali düzeltilse de bazı olgularda üst dudağın fonksiyonu, yüksekliği ve simetrisinin sağlanması için adolesan dönemde revizyonlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla tercih edilebilecek seçenekler sadece cildi ilgilendiren rekonstrüksiyon seçenekleri ve kasın rekonstrükte edildiği yöntemler olarak ikiye ayrılabilir. Bu amaçla kullanımı kabul görmüş ve yüzeysel dokuya uygulanabilecek yöntemler botulinum toksin enjeksiyonu, skar dokusunun revizyonu için silikon tabaka uygulamaları, yağ enjeksiyonu, lazer ve lokal flepler sayılabilir. Kasın restorasyonu için tercih edilebilecek yöntemler ise pediküllü prolabial flepler, Abbé flebi ya da direk orbikularis orise yönelik rekonstrüksiyon seçenekleridir. Bilateral yarık dudak nedeniyle opere edilen olgumuzda adolesan dönemde orbikularis oris kasının restorasyonu ve üst dudakta simetri sağlanması için uygulanmış olan Abbé flebinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu

18 yaşında kadın hasta tarafımıza ortodonti tedavisi sırasında sulkus derinliğinin az olması dolayısı ile filtrumun uzatılması için yönlendirildi. Hastanın 6 aylıkken bilateral yarık dudak nedeniyle opere edildiği sonrasında 8 yaşında iken üst dudak orta hattaki skara yönelik skar revizyonu uygulandığı öğrenildi. Hastanın başvurusundaki muayenesinde üst dudak yüksekliğinin azaldığı nostril seviyesinde asimetri olduğu ve 'cupid bow'un yüksek yerleşimli olduğu gözlemlendi (Resim 1). Ortodonti tedavisinde de belirtildiği ve gibi üst dudak orta hatta gingivalabilal mukozada kısalma olduğu gözlemlendi. Hasta mevcut bulguları ile değerlendirilerek öncelikle üst dudak orta hattaki yetersizliğin sadece mukozal flepler ile düzeltilemeyeceğine karar verildi. Bu nedenle üst dudak orta hattın subunit olarak rekonstrükte edilmesinin hem fonksiyonel hem de simetri açısından daha faydalı olacağı düşünülerek hastaya Abbé flebi uygulandı (Resim 2-3).



Resim 1



Resim 2-3

Sonuç

Konjenital bir deformite olan yarık dudak deformitesi yenidoğan döneminde çoğu aile için estetik bir kaygıya sebep olmaktadır ileri yaşlarda üst dudaktaki skar dokusu ve kasın inkompetansı hastanın hekime başvurusunda esas sebepleri oluşturur. Yarık dudakta orbikularis oris kasının sirküler yapısının bozulması deformitenin düzeltilmesinden sonra bile üst dudakta yetersiz yükselik ve nostrilde asimetriye sebep olabilir. Sekonder yarık dudak deformitesinin düzeltilmesinde yüzeysel uygulanan yağ grefti, z plasti ya da lazer gibi uygulamalar çoğunlukla skarın revizyonu için yeterli olmaktadır olgumuzdaki gibi hem kas hem de ıslak mukozanın eksikliği için sonuçlanan sulkus yetersizliğinde hasta mutlaka dudağın üniter yapısı göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Dudak rekonstrüksiyonunda 'white roll', filtrum ve kommisür gibi yapıların onarılması en az kasın restorasyonu kadar önemlilik arzeder. Kommissürün etkilenmediği ve dudağın %50'sine kadar olan defektlerde Abbé flebi iyi sonuçlar alınabilecek bir rekonstrüksiyon seçeneğidir. Ancak iki aşamalı olması, mikrostomiye sebep olabilmesi ve uyumsuz hastalarda ağız hareketlerinin kontrolsüz olması sonucu flebin yırtılması gibi dezavantajları bulunur. Dudağın anatomik yapısı düşünüldüğünde, doğal görünümlü bir rekonstrüksiyon için 'benzeri benzerle onar' prensibinin sekonder yarık dudak deformitesi için de unutulmaması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu amaçla hasta beklentisi de göz önünde bulundurularak hekimin dudağı bir bütün olarak değerlendirmesiyle başarılı cerrahi sonuçlar elde edilebilir.

S22

Tek taraflı dudak-damak yarıklı bireylerde maksillomandibular uzunlukların servikal vertebra maturasyonu ile ilişkisi

Dr. Öğr. Üyesi Bengisu Akarsu-Güven

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi ATİK

Dr. Öğr. Üyesi Hande GÖRÜCÜ-COŞKUNER

Prof. Dr. Müge AKSU

Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı

Giriş

Tek taraflı dudak-damak yarıklı (TDDY grubu) bireylerin farklı servikal vertebra maturasyonu (SVM) evrelerindeki yaş ortalamalarının yarıksız bireylerden (kontrol grubu) farklılık gösterip göstermediğini ve maksiller ve mandibular uzunlukların servikal vertebra maturasyonu ile ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel çalışmaya yaşları 8-18 yıl arasında olan TDDY bireylerin (n=84, 32 kız, 52 erkek) ve yaş ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş yarıksız bireylerin (n=84, 32 kız, 52 erkek) toplam 168 lateral sefalogramı dâhil edildi. Servikal vertebral maturasyon evreleri lateral sefalogramlara göre belirlenerek SVM 1 ve SVM 2, SVM 3, SVM 4, SVM 5 ve SVM 6 evreleri olmak üzere dört SVM grubuna ayrıldı. Lateral sefalogramlar üzerinde efektif maksiller uzunluk (CoA) ve efektif mandibular uzunluk (CoGn) ölçümleri yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma olarak gösterildi. 2 yönlü varyans analizi kız ve erkekler için ayrı ayrı kullanılarak grupların ve iskeletsel değişkenlerin etkisi değerlendirildi. Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni testi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Aynı SVM evresinde bulunan TDDY ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları her iki cinsiyet için anlamlı farklılık göstermedi. Her bir SVM evresinde kızlarda ve erkeklerde TDDY grubunda CoA ($p < 0,001$) ve CoGn ($p \leq 0,002$) uzunlukları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha kısa bulundu. CoA uzunluklarının ardışık SVM evreleri arasındaki değişimi, her iki grup ve cinsiyette anlamsızdı. CoGn uzunluğu her iki grupta ve cinsiyette SVM 3'den SVM 4'e geçerken istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdi. Ancak, bu artış miktarı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi.

Tartışma ve Sonuç

TDDY bireylerde efektif maksiller ve mandibular uzunluk, gelişim evrelerinin her aşamasında, yarıksız bireylerden daha kısa bulundu. Tüm bireyler için efektif mandibular uzunluğun anlamlı artış gösterdiği dönem SVM 3'den SVM 4'e geçiş dönemiydi.

S23

ORTOGNATİK CERRAHİ TEDAVİNİN HAVA YOLUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Can Arslan: Ayşe Tuba Altuğ, Ufuk Toygar Memikoğlu

Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE. Profesör, Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Ankara, TÜRKİYE.

AMAÇ

İskeletsel sınıf 3 anomalilerin ortognatik cerrahi ile tedavisinde sadece kraniyofasiyal sert ve yumuşak dokularda değil, farengeal havayolunda (FHY) da önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Özellikle mandibulanın geriye hareketini içeren cerrahi yaklaşımlarda FHY'da ortaya çıkabilecek daralma hastalarda obstrüktif uyku apnesine kadar önemli solunum problemlerine yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, iskeletsel sınıf 3 bireylerin çift çene cerrahi tedavileriyle ortaya çıkan FHY değişikliklerinin değerlendirilmesidir.

BİREYLER VE YÖNTEM

Çalışmaya iskeletsel sınıf 3 malokluzyona sahip, bimaksiller ortognatik cerrahi tedavisi planlanan, yaş ortalamaları 22,34 yıl (min:18,4 max:29,3) olan, 11 kadın, 20 erkek, toplam 31 birey dahil edilmiştir. Bu bireyler maksillanın ileri yönde hareketinin mandibulanın geriye hareketinden daha fazla ($Mx > Md$) ve mandibulanın geriye hareketinin maksillanın ileri yönde hareketinden daha fazla ($Md > Mx$) olması göz önünde bulundurularak 2 gruba ayrılmışlardır. Tanıtıcı parametrelerin yanı sıra FHY'a ait 6 adet boyutsal, 3 adet alansal ölçüm gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Çalışma grupları için ameliyat öncesi (pre-op) ve sonrası (post-op; ort. 10.ay) ölçümlerin ortalama değerinden farklı olup olmadığının test edilmesi için bağımsız örneklem *t*-testi kullanılmıştır. Tedavi ile elde edilen değişikliklerin hasta gruplarına göre incelenmesi amacı ile Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Ayrıca hasta gruplarına göre pre-op ve post-op ölçümler arasındaki farkın incelenmesi amacı ile eşleştirilmiş örneklem *t*-testi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük *p* değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Grup 1 ($Mx > Md$) ve Grup 2 ($Md > Mx$) arasında hiçbir parametrede anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Farengeal havayolundaki boyutsal ve alansal değişimler bimaksiller ortognatik cerrahi öncesi ve sonrasında grup içi ve gruplar arasında kıyaslandığında istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma mandibulanın geri hareketinin maksillanın ileri hareketinden daha fazla olduğu ($Md > Mx$) bimaksiller cerrahi vakalarında farengeal havayolu (FHY)'nun olumsuz etkileyeceği sıfır hipotezi üzerine kurgulanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre hipotez reddedilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: İskeletsel Sınıf 3 Anomali, Ortognatik Cerrahi, Farengeal Havayolu

S24

Yetişkin Dudak-Damak Yarıklı Bir Hastanın Multidisipliner Tedavisi

Ceylan Güzel, Tuba Develi, Tansu Uzel

İstanbul Medipol Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Çene Diş Cerrahisi Anabilim Dalı

Amaç

Dudak damak yarıkları en sık görülen kraniyofasiyal anomalilerdendir. Sosyal, fonksiyonel ve psikolojik problemlerle karşılaşan hastaların rehabilitasyonları doğumdan itibaren sırasıyla dudak onarımı, damak onarımı, primer ve sekonder alveolar greftleme, konuşma terapisi, ortodontik tedavi ve rinoplasti aşamalarını içeren yoğun ve multidisipliner yaklaşım gerektiren tedavileri içermektedir. Doğru ve zamanında yapılamamış tedaviler hastaların yetişkinlik dönemlerinde tekrar opere olmalarını gerektirir. Bu olgu sunumunun amacı, 19 yaşında çift taraflı dudak damak yarıklı erkek bir hastanın multidisipliner tedavisini sunmaktır.

Olgu Sunumu

On dokuz yaşında daha önce opere edilmiş dudak damak yarıklı hasta 2017 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Mega Hastaneler Kompleksi Ağız Diş Çene Hastalıkları Hastanesine üst çenesinin estetik olmayan görünümü ve konuşma bozukluğu şikâyetiyle başvurmuştur. Yapılan klinik ve radyografik muayenesi sonucu üst çene sol kanin dişin anteriorunda alveolar yarıklık ve üst keser dişlerde eksiklikler tespit edilmiştir. Üst çenenin retrognatik ve hipoplazik geliştiği hastada LeFort I osteodistraksiyonu takiben tersiyer alveolar greftleme yapılmış, dental implantlar ile protetik rehabilitasyon sağlanmıştır.

Sonuç

Bu olgu sunumu dudak damak yarıklı hastalarda multidisipliner tedavi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

S25

TEK TARAFLI DUDAK DAMAK YARIĞINDA NAZOALVEOLAR ŞEKİLLENDİRMENİN NAZOLABIAL ETKİLERİNİN ÜÇ BOYUTLU DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof.Dr. Derya Germeç Çakan,

Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti AD, İstanbul, Türkiye,

Amaç

Bu prospektif çalışmanın amacı, tam tek taraflı dudak damak yarıklı (DDY) bebeklerde nazoalveolar şekillendirme (NAŞ) tedavisi sonucunda oluşan nazolabial değişikliklerin kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak incelenmesidir.

Bireyler ve Yöntem: Çalışma grubu, yaş ortalaması $23,1 \pm 6,5$ gün olan, 39 tam tek taraflı DDY'li bebekten oluşmuştur. Kontrol grubu ise, benzer şekilde yaş ortalaması $23,7 \pm 6$ gün olan, 10 sağlıklı bebekten oluşmuştur. Çalışma grubunun üç boyutlu stereofotogrametrik görüntüleri NAŞ öncesi (T0) ve sonrasında (T1) alınırken, kontrol grubunun da kayıtları benzer zaman aralığında alınmıştır. Bu 3 boyutlu görüntüler üzerinde doğrusal, açısal ve oransal ölçümler arayüz program kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

T0 döneminde, DDY'li bebekler kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, yarık tarafında nostril ve nazal genişliklerin artmış, nostril, kolumella ve filtrum yüksekliğinin ve nazal projeksiyonun azalmış ve kolumellanın deviye olduğu gözlenmiştir ($p < 0,001$). NAŞ sonrasında, dudak yarık mesafesi, yarık taraf nostril taban genişliği ve çapı azalmış ($p < 0,001$), nostril yüksekliği artmıştır ($p < 0,001$). Başlangıçta artmış olan nostril yükseklik oranı tedavi ile birlikte anlamlı şekilde azalmıştır ($p < 0,001$). Kolumellar deviasyon açısı dikleşmiş ($p < 0,001$) ve nazal projeksiyon açısı artış göstermiştir ($p < 0,01$). Oransal ölçümler çalışma grubunda anlamlı şekilde iyileşirken kontrol grubunda değişmemiştir. T1 döneminde çalışma ve kontrol gruplarının karşılaştırılması, çalışma grubunda alar, nazal genişlik ve yarık tarafı nostril çapının daha fazla olduğunu (sırasıyla, $p < 0,01$, $p < 0,001$, $p < 0,001$) ve kolumella uzunluğunun daha kısa olduğunu ($p < 0,01$) göstermiştir. Nostril yüksekliği ve nazal projeksiyon açısı ise gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir ($p > 0,05$).

Sonuç

Tam tek taraflı DDY'li bebeklerin nazolabial deformiteleri NAŞ tedavisi ile iyileşme göstermiştir. Bu gelişmenin temelde başlangıç deformitesinin şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Burun projeksiyonu ve nostril yüksekliği normal değerlere ulaşırken, transversal ölçümler, belirgin olarak azalmalarına rağmen, normal değerlerden yüksek bulunmuştur. Diğer yandan, çoğu nazolabial yapıdaki asimetri söz konusu tedavi ile iyileşmiştir.

S26

OPERE EDİLMİŞ TEK TARAFLI DUDAK DAMAK YARIKLI BİREYLERDE NAZOLABİAL ESTETİĞİN FARKLI GRUPLAR TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ege Dogan

Yiğit Tiftikcioglu

Servet Dogan

Serbest Ortodontist

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı tek taraflı dudak damak yarıklı (TTDDY) hastalarda, Asher-McDade Puanlama Sistemini kullanarak DDY tedavisinde deneyimli hekimler, deneyimsiz hekimler, TDDY hastalar ve halk tarafından yapılan değerlendirmeler sonucu, nazolabial estetik algının karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL VE METHOD

Bu retrospektif çalışmada, Ege Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'na başvurmuş olan ve primer cerrahi operasyonları Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalında tamamlanmış olan 75 hastanın ağız dışı cephe ve profil fotoğrafları üzerinde uygulanmıştır. Tüm fotoğraflar Asher-McDade Puanlama Sistemine göre düzenlenmiş ve 4 ayrı grup tarafından değerlendirilmiştir. Deneyimli hekimler, deneyimsiz hekimler, TDDY hastalar ve halk tarafından meydana gelen her grupta 5 kişi değerlendirmeyi yapmıştır. Fotoğraflar üzerinde Asher-McDade Puanlama Sistemine göre nazal form, nazal deviasyon, vermilion sınırı ve nazal profil 5 ayrı kategoride değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler STATA 11 ve MEDCALC programı ile yapılarak, Fleiss'in ve Weighted (ağırlıklandırılmış) kappa istatistikleri sırasıyla gözlemciler arası ve gözlemciler içi güvenilirlik için uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmada gözlemciler arası uyum tüm skorlamalarda 0,40' ın altında olduğu için zayıf olarak değerlendirilmiştir. Gruplar arası yapılan değerlendirmede; deneyimli hekimler ve deneyimsiz hekimler arasında; vermilion sınırında hiç uyuşma olmamış, (WK -0,4285) (-1,0000/ 0,3144), nasal profil skorlamasında orta derecede uyuşma (WK 0,2857) (-0,9673/ 0,6596) gözlenirken ve diğer skorlamalarda önemsiz uyuşma bulunmuştur. Deneyimli hekimler ile TTDDY hastalar arasında nazal deviasyonda hiç uyuşma olmamış (WK -0,2500) (-0,58548/0,085480) ancak vermilion sınırında ekseriyetle (WK 0,5454) (-0,1643/1,0000) uyuşma bulunurken, nasal profilde (WK -0,1538)(-0,9673/0,6596) hiç uyuşma olmamıştır. Diğer skorlamalarda ise önemsiz uyuşma bulunmuştur. Deneyimsiz hekimler ve TTDDY hastalar arasında vermilion sınırında hiç uyuşma olmamış (WK 0,9230)(-1,0000 / -0,28785), nasal profilde ise ekseriyetle uyuşma (WK 0,5454) (-0,16432 / 1,00000) bulunmuştur. Diğer skorlamalarda ise önemsiz uyuşma bulunmuştur. Deneyimli hekimler ve halk arasında, deneyimsiz hekimler ve halk arasında, TTDDY hastalar ve halk arasında benzer şekilde tüm değerlerde önemsiz uyuşma bulunmuştur.

SONUÇ

DDY olgularda primer cerrahi başarısının değerlendirilmesinde nazolabial bölgenin estetik görünümü tedavinin başarısını değerlendirmede önemlidir. Çalışmanın sonucunda TTDDY hasta gurubunun yaptığı değerlendirme deneyimli profesyoneller ile benzer bulunurken deneyimsiz profesyonellerden ve halktan daha düşük seviyede bulunmuştur. Bu sonuç bize dudak damak yarıklı olguların kendilerini algılama farkındalığının yüksek olduğunu gösterirken, bu hastaların düşük özgüvenden sosyal izolasyon riskine kadar değişen psikososyal problemlerinin olabileceğini düşündürmektedir.

Dudak Damak Yarıkları Derneği 6. Uluslararası Kongresi / 14 – 17 Kasım 2019, Antalya

S27

TEK TARAF LI DUDAK DAMAK YARIK LI B İREYLERDE MAKS İLLER GEL İŞİMİN İSKELETSEL SINIF I VE SINIF III D ÜZENSİZL İĞ İ OLAN B İREYLER İLE KARŞILAŞTIRILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ege Dogan

Gülen Özses Ergican

Servet Doğan

Dr, Serbest Ortodontist

AMAÇ

Araştırmanın amacı tek taraflı dudak damak yarığı (TTDDY) olan bireylerin maksiller gelişimlerini iskeletsel Sınıf I ve Sınıf III düzensizliği olan bireyler ile karşılaştırmaktır.

MATERYAL VE METHOD

Çalışmada, ortodontik tedavi amacıyla Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'na başvuran (ortalama yaş; 13±2,3) 90 hastadan rutin olarak alınan uzak röntgen filmleri kullanılmıştır. Örnek sayısı Power analizi ile belirlenerek her biri 30 kişiden oluşan 3 grup (1. Grup : İskeletsel Sınıf I, 2. Grup: İskeletsel Sınıf III, 3. Grup: TTDDY) oluşturulmuştur. Dolphin Imaging Software 11.7 programı kullanılarak 6 boyutsal, 7 açısal toplam 13 adet sefalometrik ölçüm yapılmıştır. Gruplar arasındaki farklar; SNA (°), Co-A (mm), A pt Horizontal (mm), NA-Apo (°), U6 - PT Vertikal (mm), N-ANS' (mm), A-Npo (mm), FH-NA (°), NaBa-PtGn (°), Sn'-Mx1(mm), MxOP-TVL (°) değerleri Kruskal Wallis Testi ile, FH-Npo (°), Mx1-ULA (mm) değerleri Anova Testi ile değerlendirilmiştir. İkili grup karşılaştırmalarında Dunn testi ve bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.

BULGULAR

Gruplar arası karşılaştırmalarda SNA, Co-A, A pt Horizontal, NA-Apo, A-Npo, FH-NA, Sn'-Mx1, MxOP-TVL ($p<0,001^{***}$) ve U6 - PT Vertikal ($p<0,01^{**}$), Na-Ba Pt Gn ($p<0,05^{*}$) değerlerinde anlamlı fark bulunmuştur. Ancak N-ANS, FH-Npo, Mx1 labial ULA değerlerinde anlamlı fark bulunmamıştır. İkili grup karşılaştırmalarında 1. ve 2. grup ile 1.ve 3. grup arasında SNA ,Co-A, A pt Horizontal, NA-Apo, A-Npo ($p<0,001^{***}$), 1.ve 3. grup arasında FH-NA, Sn'-Mx1, MxOP-TVL ($p<0,001^{***}$), U6-PT vertikal ($p<0,01^{**}$) 2.grup ile 3. grup arasında FH-NA ($p<0,001^{***}$), Sn'-Mx1, MxOP-TVL ($p<0,01^{**}$), A pt Horizontal, A-Npo ($p<0,05^{*}$) değerlerinde anlamlı fark bulunmuştur.

Dudak Damak Yarıkları Derneği 6. Uluslararası Kongresi / 14 – 17 Kasım 2019, Antalya

SONUÇ

TTDDY hastalarda maksiller gelişim iskeletsel Sınıf I hastalardan farklılık gösterirken, iskeletsel Sınıf III hastaları ile benzerlik göstermektedir. TTDDY hasta grubunda maksiller gelişimdeki gerilik göz önüne alındığında tedavi protokolünde maksiler protraksiyon ve maksiller genişletme önemlidir. Özellikle maksillada erken dönemde yapılacak olan maksiller protraksiyon miktarının gerektiğinden daha fazla yapılmasını önerebiliriz.

ANAHTAR KELİMELER: Tek taraflı dudak damak yarığı, maksiller gelişim, iskeletsel sınıf I, iskeletsel sınıf III

S28

Farklı Şiddette Dudak Damak Yarığına Sahip Ergen Bireylerin Olumsuz Değerlendirilme Korkusu, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Anne-Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Uzm. Dt. Elif ERGİN, Doç. Dr. Zeliha Müge BAKA, Doç. Dr. Zehra İLERİ

Selçuk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ

Bu çalışmanın amacı, tek taraflı dudak ve damak yarığı (TTDDY) ve çift taraflı dudak ve damak yarığı (ÇTDDY) bulunan ergen hastaların olumsuz değerlendirilme korkusu, sosyal görünüş kaygısı ve algılanan anne-baba tutumu düzeyinin değerlendirilmesi ve elde edilen bulguların dudak damak yarığı (DDY) anomalisi bulunmayan bireyler ile cinsiyet, yaş ve yarık şiddeti değişkenlerine göre incelenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya 10-19 yaşları arasında, ortodontik tedavi görmekte olan ÇTDDY'li 17 birey, TTDDY'li 27 birey ve DDY anomalisi bulunmayan 27 birey olmak üzere toplam 71 birey dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları bulunan "Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği", "Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği" ve "Anne-Baba Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu ile hastaların sosyodemografik özellikleri tanımlanmıştır. Veri toplama araçları sessiz ve sakin bir ortamda, bireyler ile ayrı ayrı görüşülerek, tek bir araştırmacı eşliğinde uygulanmıştır. Ayrıca, Beden Kitle İndeksi(BKİ), Goslon ve Bauru İndeksi değerlerinin ölçeklerle ilişkisi belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi(ANOVA), Tukey HSD testi, bağımsız iki örneklem t testi, Ki-kare testi ve Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde, %95'lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

ÇTDDY grubundaki kadın bireylerin erkek bireylere kıyasla olumsuz değerlendirilme korkusu ve sosyal görünüş kaygısı ölçeği değerleri anlamlı derecede yüksektir($p < 0,05$). DDY'li bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre olumsuz değerlendirilme korkusu ölçeği, sosyal görünüş kaygısı ölçeği ve anne-baba tutum ölçeğinin alt ölçeği olan koruyucu anne-baba tutumu değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir($p > 0,05$). DDY'li bireylerin olumsuz değerlendirilme korkusu ve sosyal görünüş kaygısı ölçeği değerleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. ÇTDDY'li bireylerin Bauru İndeksi değeri ile anne-baba tutum ölçeğinin alt ölçeği olan koruyucu anne-baba tutumu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, ölçek değerlerinin kardeş sayısı, kaçınıcı kardeş olduğu, geçirilen operasyon sayısı, BKİ, anne-baba eğitim düzeyi, ebeveynler arası akrabalık, anne yaşına göre farklılaşmadığı; ancak çocuk yaşı ve akrabalarda DDY'li birey bulunma durumunun anne-baba tutumunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Bulgular, DDY'li bireylerin sosyal kaygı ve uyum bakımından sağlıklı ergenlerden daha dezavantajlı olabileceğini göstermektedir. DDY'li ergenlerin potansiyellerini geliştirmek ve sosyal uyumlarını iyileştirmek amacıyla deformiteli bireyler ve ailelerinin çok yönlü motivasyon ve destek rehabilitasyonlarına dahil edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: olumsuz değerlendirilme korkusu, sosyal görünüş kaygısı, anne-baba tutumu, dudak damak yarığı, kraniyofasial malformasyon

S29

Dudak ve Damak Yarıklı Ergen Hastalarda Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi, Kaygı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Uzm. Dt. Elif ERGİN, Doç. Dr. Zeliha Müge BAKA, Doç. Dr. Zehra İLERİ
Selçuk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ

Tek taraflı dudak ve damak yarığı (TTDDY) ve çift taraflı dudak ve damak yarığı (ÇTDDY) bulunan ergen hastalarına ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, ortodontik tedavinin neden olduğu anksiyete seviyesi, benlik saygısı ve vücut algısı düzeyinin değerlendirilmesi ve elde edilen bulguların aynı yaş aralığındaki dudak damak yarığı (DDY) anomalisi bulunmayan bireyler ile karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya 10-19 yaşları arasında, ortodontik tedavi görmekte olan ÇTDDY'li 25 birey, TTDDY'li 25 birey ve DDY anomalisi bulunmayan 25 birey olmak üzere toplam 75 birey ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Bireylerin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi Dental Estetiğin Psikososyal Etkisi Anketi (Psychosocial Impact of Dental Aesthetics-PIDAQ), ortodontik kaygı Çapa Anksiyete Skalası (ÇAS), benlik saygısı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), vücut algısı Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca Beden Kitle İndeksi (BKİ), Goslon ve Bauru İndeksi, DMFS/dmfs ve DMFT/dmft değerlerinin ölçeklerle ilişkisi belirlenmiştir. Sosyodemografik veri formu ile hastaların sosyodemografik özellikleri tanımlanmıştır. Bireylerin psikososyal durumuna ilişkin ebeveyn görüşleri Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey HSD testi, bağımsız iki örneklem t testi, Ki-kare testi ve Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde, %95'lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

ÇAS, VAÖ ve BKİ değerlerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasında her üç grupta da benzer seviyede olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$). ÇTDDY'li bireylerin benlik saygısı düzeyi kontrol grubundaki bireylerden istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüktür ($p < 0,05$). ÇTDDY'li bireylerin DMFT değeri kontrol grubundan anlamlı seviyede yüksektir. Yarık şiddetinin ölçek değerlerini etkilemediği belirlenmiştir. DDY'li bireylerin PIDAQ genel puanları kontrol grubundaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir. DDY'li bireylerin vücut algısı ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, DDY'li bireylerin vücut algısı ile PIDAQ genel puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. DDY'li bireylerin ebeveynleri kontrol grubundaki ebeveynlerine kıyasla çocuklarını psikososyal olarak daha olumsuz değerlendirmişlerdir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

DDY anomalili ergenlerde benlik saygısı ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin düşük düzeyde saptanmış olması, deformite ile ilişkili psikososyal etkilerin önceden tespit edilerek önlemler alınması gerektirdiğini düşündürmektedir. DDY anomalisinin tedavi planında rutin ortodontik tedaviler, cerrahi müdahaleler ve konuşma terapilerinin yanı sıra psikiyatrik değerlendirmelere de yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: benlik saygısı, vücut algısı, dental anksiyete, dental estetik, psikososyal etki, maloklüzyon, hayat kalitesi, dudak damak yarığı, kraniyofasial malformasyon

S30

Tek Taraflı Dudak Damak Yarıklı Bireylerde Yüz Simetrisinin Üç Boyutlu Olarak Değerlendirilmesi

Beyza KARADEDE ÜNAL¹, Burçin AKAN², Seda ERTÜRK ACARBULUT³, M. İrfan KARADEDE⁴

İzmir Katip Çelebi University, Faculty of Dentistry, Department of Orthodontics, İzmir

Amaç

Çalışmanın amacı; tek taraflı dudak damak yarıklı bireylerde yüz simetrisinin dudak yarıklı olmayan sınıf III kontrol grubu ile üç boyutlu stereofotogrametri arayıcılığıyla karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'nda tedavi görmüş veya görmekte olan tek taraflı dudak damak yarıklı (3 kız, 9 erkek) toplam 12 birey ve dudak damak yarıklı olmayan sınıf III iskeletsel maloklüzyona sahip (5 kız, 7 erkek) toplam 12 bireyin tedaviden önce alınmış 3dMD görüntülerinde simetri düzlemleri kullanılarak elde edilen ayna görüntüleri üzerinden lineer, açısal, hacimsel ölçümler ve RMS değerleri karşılaştırılmıştır. Gruplararası değerlendirme için çoklu karşılaştırmada ANOVA ve Tukey testleri kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalar için Student's t testi kullanılmıştır.

Bulgular

Kontrol grubunda her iki yüzün ayna görüntüleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Tek taraflı DDY'li bireylerin her iki yüzün ayna görüntülerinden elde edilen görüntüler ile kontrol grubunun çoklu karşılaştırmasında fasiyal açı ($p=0,05$) dışında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sonuçlar

Tek taraflı DDY'li bireylerin yüz simetrisi yarıklı bulunmayan Sınıf III bireyler ile benzerdir.

S31

Tek Taraflı Dudak Damak Yarıklı Bireylerde Dental Özelliklerin Üç Boyutlu Olarak Değerlendirilmesi

Burçin AKAN , Beyza KARADEDE ÜNAL, Sevgi KAPTIKAÇTI , Mehmet İrfan KARADEDE
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, İzmir

Özet

Amaç: Çalışmamızda tek taraflı dudak damak yarıklı bireylerde alt ve üst ark simetrisinin, ark uzunluk ve genişliklerinin dudak damak yarıklı olmayan bireylerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde tedavi görmüş/görmekte olan tek taraflı dudak damak yarıklı 14 hasta (çalışma grubu) ve dudak damak yarıklı olmayan minimum çapraşıklığı olan sınıf I malokluzyonuna sahip 14 hasta (kontrol grubu) olmak üzere toplamda 28 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ortodontik tedavi önce alınmış olan başlangıç alt ve üst çene model kayıtları dijitalize edilmiş ve bu dijital dental modeller üzerinden 3Shape Orthoanalyzer (version 1.0; 3Shape A/S) yazılımı kullanılarak maksiller ve mandibular referans çizgileri oluşturularak ark içi simetri ölçümleri yapılmıştır. Gruplararası değerlendirme için çoklu karşılaştırmada ANOVA ve Tukey tesleri kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalar için Student's t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Maksiller ve mandibular dental ark simetrilerinde, ark uzunluk ve genişliklerinde tek taraflı dudak damak yarıklı bireylerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken kontrol grubuyla kıyaslandığında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Sonuçlar: Bu çalışmada dudak damak yarıklı bireylerde alt ve üst arklarda yarıklı bulunan tarafla yarıklı bulunmayan tarafın ark boyları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında dudak damak yarıklı bireylerin üst ark boyunda istatistiksel olarak anlamlı azalma görülmüşken alt ark boyunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

S32

TÜRKİYE'DE DAMAK + DUDAK YARIKLARI İLE İLGİLİ YAPILMIŞ TEZLERİN İNCELENMESİ

Halil Tayyip Uysal , Ayşe Nur Tilki , Maviş Emel Kulak Kayıkcı

DKT, Lara Çocuk Merkezi, Antalya

GİRİŞ

Dil ve konuşma terapistliği, tıp, sağlık, sosyal, fen gibi farklı alanlar ile yoğun işbirliği içerisinde çalışan bağımsız bir meslektir. Bu nedenle, multi/inter/transdisipliner çalışmaların çeşitliliği dikkat çekmektedir. Bu alanlardan biri de damak±dudak yarıklarında değerlendirme, tanı ve tedavidir. Ülkemizde de damak±dudak yarıkları ile ilgili farklı çalışma alanlarının yaptıkları tez çalışmaları yayınlamaktadır. Bu çalışmanın amacı farklı branşlarda yürütülmüş olan tez çalışmalarının, araştırma deseni ve yöntemleri ile ilgili nitel bir analiz yapmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesi metodu kullanılmıştır. Bu çalışmada veri alınırken Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)'ün Ulusal Tez Merkezi temel alınmıştır. Veriler alınırken 'submuköz, dudak damak, velofarengal yetmezlik, velofarengal yetersizlik' anahtar sözcükleri kullanılmıştır. Veriler analiz edildiğinde 1977-2019 yılları arasında toplamda 111 teze ulaşılmıştır. Ulaşılan tezler yayın yılı, tezin türü, üniversite, enstitü, ana bilim dalı, örneklem özellikleri, uygulama türüne göre analize dahil edilmiştir.

BULGULAR

Veriler analiz edildiğinde belirtilen değişkenlere göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Yıllara göre inceleme yapıldığında en fazla tez yapılan yılın %12,6 ile 2017 yılı olduğu saptanmıştır. Tezin türüne göre inceleme yapıldığında %32,4 ile tıpta uzmanlık tezlerinin en fazla olduğu belirlenmiştir. Üniversite bazında inceleme yapıldığında %13,5 ile en fazla tez yapılan üniversite Hacettepe Üniversitesi olarak saptanmıştır. Enstitü bazında inceleme yapıldığında %39,6 ile sağlık bilimleri enstitüsünde daha fazla tez yayınlandığı saptanmıştır. Ana bilim dalı bazında inceleme yapıldığında ise % 32,4 ile ortodonti anabilim dalının en fazla tez yayınladığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bulgular ve analizler incelendiğinde günümüzde, yıllık tez çalışma sayısının giderek arttığı gözlemlenmiştir. Çalışmamızda Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Fen Bilimleri Enstitüsü gibi farklı enstitü ve anabilim dallarının damak±dudak yarıkları ile ilgili tez yayınladığı ortaya koymuştur. Farklı alanların tez çalışması sayılarını arttırmasının multi/inter/transdisipliner bakış açısını güçlendireceğini ve günümüzde giderek artan tez çalışmalarının, damak±dudak yarıkları ile ilgili farkındalığın arttığını göstermektedir.

POSTER BİLDİRİLER

P – 1 Tek Taraflı Komplet Yarık Dudak Burun Deformitesi Onarımı- Poster Sunumu

İbrahim Tabakan

P – 2 Tek Taraflı Dudak Yarığı, Damak Yarığı ve Sağ Alveol Kleft Onarımı Yapılan Hastada Ortognatik Cerrahi Uygulanması: Olgu Sunumu

İbrahim Tabakan

P – 3 Tek Yumurta İkizlerinde Yarık Dudak Damak Deformitesi:

İbrahim Tabakan

P – 4 Tessier No:7 Kleft Olan 2 Olguda Dış Kulak Yolu Klefti Onarımı

İbrahim Tabakan

P – 5 Tek Taraflı Dudak Damak Yarığına Sahip Bir Olgunun Rijit Eksternal Distraksiyon İle Birlikte Ortodontik Tedavisi

Beyza Tağrikulu

P – 6 Frontonazal Displazide İnterdisipliner Yaklaşım

İlknur Niğde

P – 7 Çift Taraflı Tam Dudak-Damak Yarığında Nazoalveolar Şekillendirme

Kamile Keskin Oruç

P – 8 Çift Taraflı Dudak Damak Yarığına Sahip Vakanın Eksternal Distraksiyon Ve Mandibuler Cerrahi İle Birlikte Ortodontik Tedavisi: Olgu Sunumu

Şerife Kıran

P1

TEK TARAFLI KOMPLET YARIK DUDAK BURUN DEFORMİTESİ ONARIMI- POSTER SUNUMU

İbrahim Tabakan, Cengiz Eser

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

GİRİŞ

Komplet dudak yarığı ciddi burun deformitesine neden olan bir hastalıktır. Bu deformitede çoğunlukla alt lateral kartilajlarda, nazal septumda, kolumellada ve nazal tipte anatomik bozukluklar mevcuttur. Çoğu hastaya erişkin dönemde burun ameliyatı yapılması gerekmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bilateral dudak yarığı onarımı yapılmış 20 yaşında erkek hastaya burun deformitesi nedeniyle açık rinoplasti planlandı. Operasyon genel anestezi altında gerçekleştirildi. Lidokainli lokal anestezi kullanıldı. Kolumella forked flepler hazırlanacak şekilde açıldı. Klasik açık rinoplasti tekniğindeki gibi burun cildi ve dorsumu eleve edildi. Alt lateral kırıkdağların sefalik kısımlarından simetrik eksizyonlar yapıldı. Septum maksiller krestten serbestlenerek orta hatta getirildi ve kartilaj greft alındı. Yeni domlar işaretlendikten sonra kısa olan alar kartilaj kesilerek araya kartilaj greft suture edildi, böylece deformiteli alar kırıkdağ uzatıldı. Strut greft yerleştirildikten sonra transdomal ve interdomal sutureasyonlar yapıldı. Kolumella v-y şeklinde sutureasyonla kapatıldı. Çökük olan alar tabana yağ ve kıyılmış kartilaj greftler enjekte edildi.

TARTIŞMA

Yarık dudak burun deformitesinin primer dudak onarımı sırasında düzeltilmesinin kırıkdağ ve yumuşak doku gelişimine olumsuz etkileyeceği geçmişte söylene de büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkilemediğini söyleyen oldukça fazla çalışma mevcuttur. Eğer deformite onarılmadan erişkin yaşa gelinirse rinoplasti ile birlikte onarım gerçekleştirilir. Amaç fonksiyonel ve estetik görünümü sağlamaktır. Bu hastalarda temel patoloji alar kartilajın yetersiz rotasyonudur. Operasyon sırasında temel rinoplasti komponentlerine ek olarak; deforme olan taraftaki alt lateral kartilajın yeniden pozisyonu, desteklenmesi ve uzatılması, kolumellanın greftler ile stabilizasyonu, septumun düzeltilmesi ve alar tabanın yükseltilmesi önem taşır.

SONUÇ

Komplet dudak yarığına sekonder burun deformitesi olan hastaların başarılı bir şekilde ameliyat edilmesi bu kişilerin sosyal hayatı ve özgüveni açısından oldukça önemlidir.

P2

Tek Taraflı Dudak Yarığı, Damak Yarığı ve Sağ Alveol Kleft Onarımı Yapılan Hastada Ortognatik Cerrahi Uygulanması: Olgu Sunumu

İbrahim Tabakan, Ömer Kokaçya, Damla Gencel, Eyüphan Gencel, Erol Kesikta

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş ve Amaç

Ortognatik cerrahi, maksilla ve mandibulanın diş taşıyan segmentlerinin cerrahi mobilizasyonu olarak tanımlanabilir. Dentofasial probleme sahip ortodontik tedaviye cevap vermeyen hastalarda ortognatik cerrahi seçeneğini ortaya çıkarır. Doğumsal dudak damak yarığı olan hastalarda çoğunlukla maksiller hipoplaziye bağlı sınıf III maloklüzyon görülür. Bunu sınıf II oklüzyon, anterior open bite deformitesi, oklüzyonal kantlar takip eder.

Dudak yarığı ve palatal anomalisi olan hastalarda normal anatomiden farklı olarak maksillanın anteroposterior ve vertikal uzunluklarının kısalığı, genellikle maksiller defekte bağlı rölatif prognati ve yarık tarafa orta hat kayması gözlenir.

Yöntem ve Bulgular

Doğumsal sağ komplet dudak yarığı, komplet damak yarığı, 2 kez oronazal fistül onarım öyküsü olan ve sağ alveol kleft nedeniyle tarafımızca kortikokansellöz kemik grefti ile onarım, sonrasında maksiller kemik defektine yine maksiller kemikten alınan greft ile onarım yapılan hasta, maloklüzyon şikayeti ile 1 yıl ortodontik braket tedavisi sonrası tarafımıza ortognatik cerrahi için takibine alındı. Bilateral sagittal split ramus osteotomisi ve Le Fort I osteotomisi ile maksillaya 6 mm ilerletme ve 3 mm sarkıtma, mandibulaya 4 mm anterosuperior rotasyon yapıldı. Takiplerinde z plasti ve v-y ilerletme flebi ile skar revizyonu ve postoperatif 2. yılda plak vida ekstraksiyonu yapıldı.

Tartışma

Dudak damak yarığı olan hastalarda hem fonasyonun iyileştirilmesi hem de maloklüzyonun düzeltilmesinde ortodontik tedaviyle birlikte ortognatik cerrahi önemli tedavi seçenekleri arasındadır. Alveol kleft onarım öyküsü bulunan hastalar dahil olmak üzere damak yarığı ve kleft hastalarında maksiller kemik bütünlüğünde bozulmalar görülür, bu durum ortognatik cerrahinin sonuçlarını etkiler. Bu cerrahi girişimlerde amaç volümetrik analiz sayılarını ve BT ölçümlerini düzeltmek değil, hastanın oklüzyon ve fonasyon sonuçlarını normale yaklaştırmak olmalıdır.

Sonuç

Hem dudak yarığı onarımına ait skarın revizyonu hem de çift çene ameliyatı ile hastanın yarık dudak ve damak yarığı onarım ameliyatlarına tamamlayıcı operasyonlar uygulanarak fonksiyonel ve estetik olarak daha tatmin edici sonuç elde edilmeye çalışılmıştır

P3

Tek Yumurta İkiizlerinde Yarık Dudak Damak Deformitesi: Olgu Sunumu

İbrahim Tabakan, Cengiz Eser, Özgün İlke Karagöz, İbrahim Tabakan, Ömer Kokaçya

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş ve Amaç

Yarık dudak damak deformiteleri yaşam boyu ciddi morbiditeye sebep olabilen, birçok etyolojiye sahip konjenital anomalilerdir. Orofasial yarıkların etyolojisinde çevresel ve genetik faktörler söz konusudur. Bir çocukta yarık dudak damak varsa, sonraki gebeliklerde yarık gelişme riski %4'tür. İki çocukta yarık dudak damak varsa bu risk %9'dur. Eğer hem bir çocukta hem de ebeveynde yarık dudak damak varsa bu risk %17'dir. Monozigotik ikizler arasında uyum %40-60 oranında değişirken, dizigotik ikizlerde uyum %5'tir. Monozigotlarda uyumun %100 olmaması yarık dudak damaktan sadece genetik faktörlerin sorumlu olmadığını göstermektedir.

Yöntem ve Bulgular

Doğuştan dudak damak yarığı olan 9 yaşında monozigot ikizler kliniğimize başvurdu. Hastalardan birinde bilateral komplet dudak yarığı, komplet damak yarığı, bilateral alveol klefti mevcuttu. 4 aylıkken Suriye'de bilateral dudak onarımı, 7 yaşında dış merkezde damak onarımı yapılan hasta alveol klefti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Kansellöz kemik grefti ile bilateral alveol kleft onarımı tarafımızca yapıldı. İkinci hastada sol komplet dudak yarığı, komplet damak yarığı ve sol alveol klefti mevcuttu. 4 aylıkken Suriye'de sol komplet dudak yarığı onarımı ve 6 aylıkken damak onarımı yapılan hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın oroantral ve oronazal fistülü tarafımızca onarıldı.

Tartışma

Dudak damak yarıkları fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik sorunlara neden olduğundan ciddi doğumsal anomalilerdir. Çoğunlukla non sendromik olmakla birlikte %30 sendromlarla ilişkili olarak görülebilmektedir. Annede sigara kullanımı, ileri baba yaşı, ailede yarık hikayesi, fetal dönemde fenitoin, steroid, fenobarbital diazepam gibi maddelere maruziyet gibi dermografik özelliklerin yanı sıra genetik faktörler de etyolojide yer almaktadır. Etiyolojide yaklaşık 30 gen sorumlu tutulmaktadır ancak olguların çoğu sporadik ve çok etkenlidir. Monozigotik ikizler arasında uyum %40-60 oranında değişirken, dizigotik ikizlerde uyum %5'tir. Monozigotlarda uyumun %100 olmaması yarık dudak damaktan sadece genetik faktörlerin sorumlu olmadığını göstermektedir. Etiyolojide genetik ve çevre etkileşimi ve genler arası ilişkilerle ilgili çalışmalar hala devam etmektedir. Sorumlu genlerdeki sorunun çözülmesiyle çözüm bulma çabası günümüzde etyolojiye yönelik tedavi çalışmalarının başında gelmektedir.

P4

TESSIER NO:7 KLEFT OLAN 2 OLGUDA DIŞ KULAK YOLU KLEFTİ ONARIMI

İbrahim Tabakan , Eyüphan Gencel, Ahmet Umut Yuvacı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

GİRİŞ VE AMAÇ

Tessier nadir kraniyofasiyal defektleri anatomik lokalizasyonlarına göre sınıflandırmıştır. 7 numaralı kleft; makrostomi, lateral yüz kasları diastazisi, maksilla ve zigoma anomalileri ile seyreden, yüzün lateral bölümünü etkileyen sendromdur. İnsidansı 1/80000-1/300000, kleftler arasında görülme sıklığı %0.3-%1 olarak tanımlanmıştır. 2019 yılı içerisinde 2 hasta tarafımıza dış kulak yolunda yarık ve preauriküler polip nedeniyle başvurdu. Yapılan muayene ve tetkikler sonucu Tessier no:7 olarak değerlendirildi.

YÖNTEM VE BULGULAR

8 yaşında erkek ve 7 yaşında kız iki hasta tarafımıza dış kulak yolunda yarık ve preauriküler bölgede polip nedeniyle başvurdu. Yapılan fizik muayenede bir hastada makrostomi saptandı, BT ile incelemede Tessier no:7 olarak değerlendirildi. Olgularda preauriküler bölgedeki polip içerisinde kartilaj olduğu izlendi, kartilaj greft olarak alındı. Polip cildi parsiyel eksize edildi, kalan kısmı flep olarak posteriora doğru rotate ettirildi. Kulak lobülü superiordan flep olarak eleve edildi ve polip cildi ile suture edilerek kleft onarıldı. Polipten alınan kartilaj greft tragus oluşturmak üzere cilt altı plana yerleştirildi.

TARTIŞMA

Tessier no:7 1/80000 -1/300000 canlı doğumda görülen nadir bir fasiyal kleft olup, en çok Goldenhar Sendromu (Okülo-Aurikulo-Vertebral Spektrum) ile birlikte görülmektedir. Bu sendromda en sık eşlik eden anomali kulak deformiteleridir. Tessier no:7 hastalarında makrostomi onarım teknikleri tanımlanmış olmakla birlikte, literatürde kulak yolu klefti ile ilgili tariflenmiş teknikler nadirdir. Olgularımızda hastanın kleft alanı, eksizyon planlanan polipoid dokunun cilt ve kartilaj kısmı kullanılarak onarıldı. Bu teknik sağlam dokunun flep olarak kullanılmayıp skar oluşumunun azalmasını sağladı. Eksizyon planlanan dokunun patolojik örneklemesinin yapılamayacak oluşu dezavantaj olmakla birlikte, preauriküler poliplerin benign huylu olduğu bilinmektedir.

SONUÇ

Tessier no:7 nadir görülen bir fasiyal yarık olmakla birlikte, eşlik eden anomaliler de cerrahi açıdan zorlayıcı olabilir. Uygulamış olduğumuz operasyon tekniğı, eksize edilmesi planlanan fazla dokuların flep ve içerdiği kartilajın greft olarak kullanılması ile sağlam dokuların korunmasını ve skar oluşumunun minimal olmasını sağladı.

P5

Tek Taraflı Dudak Damak Yarığına Sahip bir Olgunun Rijit Eksternal Distraksiyon ile Birlikte Ortodontik Tedavisi

Beyza TAĞRİKULU, Burcu GÜZEL FİDANÖZ, Eda ERORTA

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Ana Bilim Dalı

AMAÇ

Aşırı maksiller hipoplazi görülen dudak damak yarıklı bireylerde tedavi alternatiflerinden biri distraksiyon osteogenezisidir. Bu olgu sunumunun amacı, tek taraflı dudak damak yarıklı bir olgunun cerrahi öncesi ortodontik tedavisini takiben rijit eksternal distraksiyon ile maksiller ilerletme ve protetik tedaviyi kapsayan interdisipliner tedavisinin değerlendirilmesidir.

OLGU VE YÖNTEM

Esas şikayeti dişlerinin düzgün olmaması olan ve tek taraflı dudak damak yarığı bulunan 17 yaşındaki hastada maksiller retrognatiye bağlı iskeletsel Sınıf III yapı ve dişsel Sınıf III ilişki mevcuttur. Hastada total sirküler çapraz kapanış mevcuttur 14 ile 22 numaralı dişler konjenital olarak eksiktir. Yumuşak doku incelemesinde konkav bir profil gözlenmiştir. Üst ve alt dudak S doğrusuna göre geride konumlanmıştır. Gülümsemede yetersiz üst kesici diş görünümü mevcuttur.

Maksiller genişletme akrilik splint tip genişletme apareyi ile sağlandıktan sonra cerrahi öncesi sabit ortodontik tedaviye başlanmıştır. Üst ve alt arklarda kalın ark tellerine geçildiğinde RED aygıtı ile maksiller ilerletme sağlanmıştır. Ortodontik apareylerin çıkarılmasından sonra prognozu kötü dişler çekilerek üst çenede protetik restorasyonlar yapılmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Sefalometrik değerlendirme rijit eksternal distraksiyon ile SNA açısının 76°'den 83°'e, ANB açısının -1°'den 3°'ye çıktığını göstermiştir. Tedavi başında -12 mm olan overjet 3 mm'ye çıkartılmıştır. Profil incelemesinde yüz profilinin düz olduğu görülmüştür.

Ortodontik, cerrahi ve protetik tedavilerin uyumlu ve başarılı bir şekilde uygulanması sonucunda fonksiyonel bir oklüzyon ve dengeli bir yüz estetiği sağlanmıştır. Dudak damak yarıklı bireylerde daha başarılı tedavi sonuçlarının elde edilmesinde disiplinler arası ortak bir tedavi planı oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

P6

FRONTONAZAL DİSPLAZİDE İNTERDİSİPLİNER YAKLAŞIM

İlknur Niğde, Feyza Nur Bulut, Gonca Yıldırım, Nihal Durmuş Kocaaslan, Tuna Ünal, Nazlı Şirinsükan, Derya Germeç

Bu olgu raporunun amacı çift taraflı dudak damak yarığının ve diş eksikliğinin eşlik ettiği frontonazal displazisi olan bir hastanın ortognatik ve restoratif tedavisini sunmaktır.

Primer dudak ve damak operasyonları ve seconder alveolar greftlemesi tamamlanmış, daha önce ortodontik tedavi görmemiş, frontonazal displazili çift taraflı dudak damak yarıklı 12 yaşında kız hasta ortodonti kliniğimize başvurmuştur. Hastanın klinik ve radyografik muayenesi sonucu hipertelorizm, konkav yumuşak doku profili, opere edilmiş çift taraflı tam dudak damak yarığı, mandibular asimetri, şiddetli maksiller retrognati ve darlık, Sınıf III maloklüzyon, ön ve arka çapraz kapanış, ön ve yan açık kapanış, çift taraflı maksiller lateral kesici eksikliği görülmüştür. Hastanın tedavisi için ortognatik cerrahi ve tamamlayıcı ortodontik ve restoratif uygulamalar planlanmıştır. Tedaviye maksiller genişletmeyle başlanmış ve maksiller ve mandibular arklar uyumlu hale getirilmiştir. Ortognatik cerrahi sırasında maksilla 3 mm ilerletilmiş ve önde 3,5 mm sarkıtılmıştır. Aynı operasyonda kolumella uzatılmıştır. Ortognatik cerrahi sonrasında ortodontik tedavi devam etmiş, üst dişlerin estetik restorasyonları ve diğer dental tedaviler tamamlanmıştır. Pekiştirme aygıtları uygulanmış ve genişletme sonrası belirginleşen oronazal fistülün onarımı, dudak ve burun revizyonları planlanmıştır.

Altı yıl süren interdisipliner tedavinin ardından hastanın fasiyal profilinde belirgin bir iyileşme izlenmiştir. Dişler seviyelenmiş, pozitif overjet ve overbite elde edilmiştir. İnterdisipliner yaklaşım sayesinde hasta daha iyi bir estetiğe ve fonksiyona kavuşmuştur.

P7

ÇİFT TARAFLI TAM DUDAK-DAMAK YARIĞINDA NAZOALVEOLAR ŞEKİLLENDİRME

Dr. Öğrt. Üys. KAMİLE ORUÇ, Dt. MEHMET ALPER UZEL

DİCLE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ORTODONTİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Dudak-damak yarıkları baş-boyun bölgesindeki doğumsal anomaliler arasında en sık görülen konjenital anomalilerdendir. Bu olgu sunumunda konjenital kardiyak problemlerin eşlik ettiği çift taraflı tam dudak-damak yarığı bulunan yeni doğanın maksiller ortopedik tedavisi sunulmaktadır.

BİREY VE YÖNTEM

Çift taraflı tam dudak-damak yarığına sahip 5 günlük erkek bebek cerrahi öncesi nazoalveolar şekillendirme tedavisi için kliniğimize yönlendirilmişti. Yapılan ölçümlerinde bebeğin doğum boy,kilo ve baş çevresi sırasıyla 50cm,3770gr,33cm olduğu gözlemlendi. Alınan anamnezde atriyal septal defect (ASD), ventriküler septal defect (VSD), pulmoner stenoz, ve kalp kapağı yetmezliği belirlendi. Ebeveynler arasında herhangi bir akrabalık bağının olmadığı öğrenildi. Yapılan ağız içi ve ağız dışı muayenede premaksilla ağız dışında sağa deviye ve rotasyona uğramış bişçimde burun ucunda konumlanmış ve nazal alar kırkırdakların çökük olduğu çift taraflı tam dudak-damak yarığı varlığı saptandı. Kardiyak problemlerin eşlik ettiği bebekten acil müdahalenin mümkün olduğu tam teşekküllü hastane ortamında oksijen saturasyonu takip edilerek ölçü alındı ve şekillendirme plağı hazırlandı. Akrilik plak Nazoalveolar Şekillendirme (NAM) tedavi prosedürüne göre uygulanarak maksiller ortopedik tedavisi yapıldı.

BULGULAR

Bebeğin NAM ile tedavisi beş ay sürdü NAM sonrasında, yarık alveolar segmentler sıralandı, nazal kırkırdaklar ve prolabium yeniden şekillendirildi kolumella uzatıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Nazoalveolar şekillendirme tedavisi ile dudak operasyonu öncesi burun kırkırdakları dudaklar ve alveolar kavisler yeniden düzenlenerek operasyonun estetik başarısının artırılması hedeflenmiştir.

P8

Çift Taraflı Dudak Damak Yarığına Sahip Vakanın Eksternal Distraksiyon ve Mandibuler Cerrahi ile Birlikte Ortodontik Tedavisi: Olgu Sunumu

Serife KIRAN AYDİL, Gülnaz MARŞAN, Burak AYDİL

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Ana Bilim Dalı

Giriş

Dudak damak yarıkları baş boyun bölgesinin sıklıkla karşılaşılan anomalileri arasında yer alır. Yarık malformasyonun derecesini, gelişim sürecindeki etkenin zamanı ve şiddeti belirlemektedir. Genel olarak hem primer hem de sekonder damağın (P+S) bilateral olarak etkilendiği vakalar rehabilitasyonu en zor durumlardandır. Bu olgu sunumunun amacı bilateral P+S damak yarıklı şiddetli maksillo-mandibuler uyumsuzluğa sahip vakanın rijit eksternal distraksiyon ve mandibular setback cerrahisi ile birlikte ortodontik tedavisini sunmaktır.

Gereç ve Yöntem

Takvim yaşı 17 yıl 6 ay olan erişkin hasta, bilateral P+S damak yarığı ve bununla ilişkili maloklüzyon ile kliniğimize başvurmuştur. Hastanın tedavisine farklı bir klinikte başlanmış olup braket uygulaması öncesi materyal kayıtlarına ulaşılamamıştır. Ağız dışı klinik muayenesinde; dudakta oldukça belirgin skar dokusu ve retrognatik maksilla görüntüsü mevcuttu.

Ağız içi muayenesinde ise braketler mevcut olup sıralama-seviyeleme devam etmekteydi. 14, 15, 21, 22 numaralı dişler eksikti. Sefalometrik radyografi bulguları ve klinik inceleme; maksillanın uzayın üç yönünde de yetersiz olduğunu, high angle gelişim ile birlikte anterior openbite gözlendiğini göstermekteydi.

Ortodontik tedavi planı, RED II aygıtı (RED system; KLS-Martine L.P., Almanya) ile distraksiyon uygulamasını takiben mandibular set back cerrahisini ve öncesinde de dental arkların sıralanması ve seviyelenmesini içermekteydi.

Üst ve alt .017x.025'' paslanmaz çelik ark telleri stabilizasyon arki olarak uygulandı. Maksillanın stabilizasyonunu artırmak amacıyla headgear tüplerine 1 mm kalınlığındaki ark lehimlendi. Maksillaya yüksek Lefort-I cerrahisi ile birlikte distraksiyon aygıtı uygulandı. 5 günlük latent dönem sonrası günde 1 mm ilerletme sağlayacak şekilde aktivasyon gerçekleştirildi. Yeterli ilerletme 18 günde elde edilerek konsolidasyon için 8 hafta beklenildi. RED II aygıtının çıkarıldığı operasyon sırasında mandibuler setback ve rotasyon cerrahisi yapıldı. Cerrahi sonrası 10 ay daha devam eden ortodontik tedavi tüm boşlukların kapatılmasını takiben sonlandırıldı ve köprü protezi uygulandı.

Tartışma ve Sonuç

Şiddetli maksiller retrognati gözlenen vakada -10 mm'lik overjetin 7.5 mm'si maksiller ilerletme, geri kalanı mandibuler set-back cerrahisi ile giderilmiş; dengeli bir profil görünümü ve fonksiyon elde edilmiştir.

Dudak Damak Yarıkları Derneği 6. Uluslararası Kongresi / 14 – 17 Kasım 2019, Antalya

KONUŞMACI ÖZETLERİ

Arş. Gör. Dr. Arda Küçüküven

Dudak Damak Yarıklarına Eşlik Eden Kulak Anomalileri

Giriş

Embriyolojik bakış açısı ile düşünüldüğünde orofasiyal ve kulak malformasyonlarının birlikteliği anlamlıdır. Özellikle baş boyun bölgesinin en sık görülen konjenital anomalisi olan dudak damak yarıklarına çeşitli kulak anomalileri eşlik edebilmekte ve bu durum kişilerde fonksiyonel ve estetik sorunlar ortaya çıkartabilmektedir. Çalışmamızda dudak damak yarıklarına eşlik edebilen çeşitli kulak malformasyonlarının ve bu bireylerdeki antropometrik değer farklılıklarının ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Dudak damak yarıklarıyla birliktelik gösterebilen mikrotia, preauriküler ekler, kepçe kulak, disfonksiyonel östaki sistemi gibi kulak anomalilerini ve kulak antropometrik ölçüm farklılıklarını içeren literatürdeki çalışmalar ışığında yarık hastalarındaki kulak anomalileri ortaya konuldu. Treacher-Collins sendromu ve okülo-aurikülo-vertebral spektrumun bir parçası olan hemifasiyal mikrozomi ve Goldenhar sendromu gibi sık görülen klinik tablolar üzerinden dudak damak yarıkları ve kulak anomalileri ilişkilendirildi.

Bulgular

Dudak damak yarıklarında kulak anomalilerinin görülme sıklığı yarık olmayan popülasyona göre daha fazladır. Literatürde yarık hastalarında kulak malformasyonlarının görülme sıklığı %0,8 - %3,1 olarak raporlanmıştır ancak disfonksiyonel östaki sistemi ve antropometrik ölçüm farklılıkları düşünüldüğünde bu oranı %33'e çıkaran çalışmalar mevcuttur. Kulak anomalili hastaların yaklaşık yarısı sendrom ilişkili olarak belirtilmektedir. Kulak anomalilerinin yaklaşık %40'ı bilateraldir. Damak yarıklarına eşlik eden anatomik temelli östaki disfonksiyonuna sekonder %97 hastada 2 yaşından önce efüzyonlu otitis media görülmektedir. Antropometrik açıdan dudak damak yarıklarında kulağın daha inferior yerleşimli, daha posteriora açılmış, daha dar ve kısa olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Kulak eksternal malformasyonları arasında en sık mikrotia görülmektedir fakat preauriküler eklerin klinikte gözardı edilebilme durumunun bu yapıların gerçek sıklığını gizlediği düşünülmektedir. Dudak damak yarıklarında özellikle okülo-aurikülo-vertebral spektrum ve Treacher-Collins sendromu kulak anomalilerinin eşlik ettiği önemli hasta gruplarıdır.

Tartışma ve Sonuç

Birinci ve ikinci faringeal arkusların gelişim anomalisine bağlı dudak damak yarıkları ve kulak anomalileri birlikteliği görülebilmektedir. Yarık hastalarının olası kulak problemlerine karşı dudak damak yarığı ekibi bilinçli olmalı ve bu doğrultuda kişilerin fonksiyonel ve estetik ihtiyaçları en uygun şekilde karşılanabilmelidir.

Dudak Damak Yarıklarında Ameliyat Öncesi Dönemde Oral Beslenme ve Sıvı Tedavisi

Giriş

Bu çalışmada, dudak damak yarıklı (DDY) bebeklerin preoperatif dönemde karşılaştıkları beslenme zorluklarını vurgulanmayı, ailelerin kullandıkları alternatif beslenme uygulamalarının sonuçlarını analiz etmeyi ve çalışma bulguları ile klinik tecrübelerimiz ışığında standart bir preoperatif bakım planı oluşturmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 200 DDY hastasının ebeveynleri dahil edildi. Ailelerin doldurduğu anketler doğrultusunda; doğum öncesi yapılan hazırlıklar, karşılaşılan beslenme güçlükleri, preoperatif süreç ve kullanılan alternatif beslenme uygulamalarının sonuçları değerlendirildi. Hastaların cinsiyeti, yarık tipi ve eğer kaldıysa yoğun bakım ünitesindeki takip süreçleri kaydedildi.

Bulgular

Prenatal periyotta bebeklerine DDY tanısı konulan ailelerin %33,3'ü hamilelik döneminde beslenme eğitimi aldıklarını ve %74,4'ü özel besleme biberonu temin ettiklerini belirtmiştir. Ailelerin %65,0'inin emzirmede başarılı olamadıkları saptanmıştır. İzole yarık dudaklı hastaların beslenmesinde, burundan mama gelme ve emerken çabuk yorulma gibi minör güçlükler yaşanırken, izole yarık damak ya da yarık dudak ve damak hastalarının aspirasyon, boğulma ve yetersiz büyüme gibi bazı majör problemler yaşadıkları belirtilmiştir. Ebeveynler ayrıca, DDY'li bebeklerin %59,5'inin doğumdan sonra yoğun bakım ünitelerinde kaldığını bildirmiştir. Ek olarak, DDY'li bebeklerin %42,0'si başlangıçta nazogastrik veya orogastrik tüp ile beslenmiştir. 166 yarık damak hastalarının %31,9'unun aparey kullandığı belirtilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

DDY tanısından sonra ailelerin profesyonel bir ekibe yönlendirilmesi standart olmalıdır. Damak yarıklı bebeklerde, anne-bebek ilişkisini güçlendirmek ve çocuğun psikososyal gelişimini kuvvetlendirmek amacıyla emzirme teşvik edilmelidir. Pierre-Robin sekansı, yutma disfonksiyonu, hipotoni eşlik etmiyorsa nazogastrik ya da orogastrik kullanımı emme-yutma refleksinin korunması amacıyla tercih edilmemelidir. Fizyolojik enteral beslenme teşvik edilmelidir. Eşlik eden anomaliler yoksa yoğun bakım yatışı gereksizdir. Premaksillası çukuk bilateral yarık gibi seçilmiş vakalardaki NAM tedavisi dışında beslenme için aparey uygulamasını klinikte önermemekteyiz. Çalışmamızda elde edilen veriler ışığında tasarlanacak ileri çalışmalar ile DDY'li bebeklerin beslenmesi konusunda ailelerin bilinçlenmesi sağlanabilir ve beslenmede yapılan yanlış ya da gereksiz uygulamaların önüne geçilebilir. Böylelikle sağlık harcamaları azaltılabilir ve bu zor süreçte karşılaşılan beslenme güçlüklerinin hem ebeveynlerdeki hem de çocuklardaki yükünün hafifletilmesine yardımcı olunabilir.

Doç. Dr. Aslıhan Uzel

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ORTODONTİ ABD ADANA-TÜRKİYE

Dudak damak yarıklı hastalarda alveol greftlerinin önemi

Alveol greftlemesi dudak damak yarıklı bireylerin tedavi süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Bu hastalarda başarılı bir alveol kemik grefti uygulanmasının klinik faydaları pek çok araştırmacı tarafından ortaya konmuştur. Alveoldeki yarık bölgesinin onarılamaması pek çok sorunun ortaya çıkmasına yol açar. Yetersiz kemik desteği ön dişlerdeki düzensizliklerin düzeltilebilmesini engeller ve ortodontik ve/veya protodontik tedavileri sınırlar. Bu nedenle, alveoldeki kemik köprüsü ancak dişlerin sürmesine rehberlik edecek ve diş hareketlerine olanak tanıyacak yeterli yükseklik ve genişlikte olursa başarılı sayılabilir. Bu sunumda, alveol greftlerinin önemi ve başarı kriterleri özellikle ortodontik tedavilerle ilişkileri açısından irdelenerek anlatılacaktır.

Dr. Bengisu Akarsu-Güven

Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı

Dudak damak yarıklı bireylerde büyümenin kraniyofasiyal yapılardaki ve üst havayolundaki etkisi

Dudak damak yarıklı bireylerde intrinsik gelişim yetersizliğinden ayrı olarak, yapılan primer cerrahilerin ve tedavilerin maksillayı şekillendirmekle birlikte kraniyofasiyal büyümeyi olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Bu sunumda opere edilmiş dudak damak yarıklı hastalarda büyümenin maksilla, mandibula ve yüzün büyüme yönüne etkisi, üst havayolundaki etkisi literatürdeki güncel çalışmalar da göz önüne alınarak değerlendirilecektir.

0-12 AYLIK DUDAK DAMAK YARIKLI BEBEKLERDE BESLENME VE YUTMA REHABİLİTASYONU

Beslenme bir çok farklı motor fonksiyona hizmet eder. Duyusal ve motor uyaran sağlar, anne-bebek bağlanmasında önemli bir etkindir ve oral-motor becerilerin gelişiminde etkili bir faktördür. Normal gelişimi olan bebekleri beslemek bile aileler için zor bir süreçtir. Dudak damak yarıklı olan ve eşlik eden problemleri olan bebekler için ise bu süreç daha da zor olabilmektedir. Micrognathia, macroglossia, farengeal stenoz, trakeostomi kullanımı, larengeal yarık, trakeoözefageal fistül, vasküler anomaliler, kortikal veya kranial sinir tutulumu gibi problemlerin eşlik ettiği durumlarda pediatrik disfaji görülebilir. Ortaya çıkacak beslenme probleminin şiddeti, yarık tipi, yarığın şiddeti ve eşlik eden problemlerden etkilenir. Zayıf emme kuvveti, alınan volümün azlığı, beslenme süresinin uzunluğu, nazal regürjitasyon, fazla hava alımı, öksürme, boğulma gibi problemler, yetersiz kilo kazanımı, bakım veren kişi ve bebek arasında stresli etkileşim, büyüme ve gelişme problemleri gibi sorunlara yol açar. Bireyselleştirilmiş besleme modifikasyonları beslenme sorunlarının üstesinden gelmeye veya en aza indirmeye yardımcıdır. Emzirme potansiyeli göz ardı edilmemeli, anneler emzirme konusunda cesaretlendirilmeli ve motive edilmeli, destek sunulmalı ve başarısızlık ihtimaline hazırlanmalıdır. Emzirme mümkün olmadığında veya bebeğin beslenmesi için yetersiz kaldığında biberon ile beslemek gerekir. Biberon ucu kompresyonda daha az rol oynar. Emme sırasında oluşan negatif basınç sıvı akışını daha fazla etkiler. Ucun ağızda pozisyonlanması için emme kuvvetine ihtiyaç yoktur ve birçok seçenek mevcuttur.

İzole dudak yarığında biberon kullanırken bebek tam negatif basınç sağlamalıdır. Basınç yeterli olmadığında veya aralıklı olduğunda beslenme süresi uzar ve harcanan enerji miktarı artar. Yarıktan hava kaçağı söz konusuysa açıklık kapatılmalıdır. Geniş tabanlı, esnek biberon uçları kullanılabilir. Emzirme ise genellikle minimal modifikasyon ile başarılıdır. Anne memesi biberona göre daha esnek olduğu için şekillenerek yarığı kapatması daha kolaydır. Anne elle yardımcı olur. Meme dolu olduğunda daha kolaydır. Eğer meme şekli emzirmeyi engelliyorsa beslenme desteklenmelidir.

İzole damak yarığında ve dudak ve damak yarığında emzirmede başarı ihtimali daha düşüktür. Emzirme destek sistemleri kullanılabilir. Biberon kullanımında ise sıkılabilir biberonlar önerilmektedir.

Ek problemleri olan bebeklerde oral motor programı ve duyusal stimülasyonu içeren emme ve yutma rehabilitasyonu, beslenme modifikasyonu ve pozisyonlama gibi yöntemler kullanılmalıdır. Eğer aspirasyon söz konusuysa non-oral beslenme modaliteleri gündeme gelmelidir. Non-oral beslenme modalitelerinden en uygunu bireye özgü seçilmelidir.

Bebekler 6 aylık olduktan sonra ek gıdaya geçiş süreçlerine başlanmalıdır. Ancak bu bebekler 6-12 ay arasında çoğunlukla opere edilmektedir ve beslenme süreçleri sekteye uğramaktadır. Bu süreçte bebeğin oral defans geliştirmemesi için duyusal program uygulanabilir.

Prof. Dr. Derya Germeç Çakan

ERİŞKİN DUDAK DAMAK YARIKLI HASTALARIN ÇOKLU PROBLEMLERİ VE ÇÖZÜMLERİ

Dudak damak yarıklı hastalar, çocukluk ve adolesan dönemdeki tedavilere rağmen erişkinlikte iskeletsel ve dişsel sorunlar, oronazal fistüller ve kemik defektleri gibi çoklu problemlerle karşımıza çıkabilirler. Bu konuşmanın amacı, erişkin hastalarda gözlenen ve çoğu zaman tedaviyi daha karmaşık hale getiren bu çoklu sorunların interdisipliner çözümlerini sunmaktır. Bu amaçla, çok parçalı osteotomiler ile ortognatik cerrahi, alveolar distraksiyon osteogenezis gibi yöntemler tartışılacak, cerrahi öncesi ve sonrası ortodontik uygulamalar anlatılacak ve tedavi sonrası protetik yaklaşımla özel retansiyon protokollerine değinilecektir.

Dr.Gencay Üstün

ANEMİ VE PEROPERATİF KULLANILAN İLAÇLARIN DUDAK DAMAK YARIĞI OLGULARINDA YARA İYİLEŞMESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Dudak damak yarıklı olgularda ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesinin sağlıklı biçimde olması geç dönemde skar kalitesini artırmakta ve estetik sonucu iyi yönde etkilemektedir. Yara iyileşmesi genel hasta grubunda üzerine çalışılmış ve genel hatlarıyla ortaya konulmuş olsa da, dudak damak yarıklı hasta grupları kendine özgü özellikler taşımaktadır. Yayınlanan hasta serileri bu hasta grubunda preoperatif anemi oranının %81 oranında görülebildiğini göstermektedir. Bu aneminin preoperatif replasmanının gerekliliği tartışma konusudur. Bu hasta grubunda göz önüne alınması gereken bir başka durum ise olası yoğun bakım gerekliliğidir. Hacettepe Üniversitesi Plastik Cerrahi AD verilerine göre 1 Ağustos 2016 – 1 Ağustos 2018 arası 2 yıllık dönemde opere edilen 1348 dudak damak yarığının %4,3'ünde(58 hasta) yoğun bakım yatışı gerekliliği olmuştur. Üst ve alt hava yolu obstrüksiyonları yoğun bakım yatışlarında en sık etioloji olarak göze çarpmaktadır. Yoğun bakım yatışı esnasında “Metilprednizolon” ve “Dexametazon” gibi glukokortikoidlerin yanı sıra, “Salbutamol” gibi β-Agonist ajanlar bronkodilatör olarak kullanılmaktadır. Gerek preoperatif aneminin, gerekse postoperatif yoğun bakımda kullanılan ilaçların yara iyileşmesine üzerine etkileri güncel bir tartışmayı oluşturmaktadır.

Bu amaçla PubMed veritabanı üzerinde zaman kısıtlaması olmaksızın “cleft lip”, “cleft palate”, “craniofacial”, “wound healing”, “steroid”, “glucocorticoid”, “salbutamol”, “dexamethasone”, “prednisolone”, “anemia” anahtar kelimelerinin ikili kombinasyonları kullanılarak bir tarama yapıldı. Her bir faktörün öncelikle genel yara iyileşmesine, sonrasında kraniyofasiyal bölgede yapılan işlemlerdeki yara iyileşmesine, son aşamada da dudak damak yarıklı hasta grubundaki yara iyileşmesine etkileri incelendi. Literatürde preoperatif aneminin yara iyileşmesini Hct>14 olduğu sürece etkilemediği yönünde bir görüş birliği olduğu görüldü. Peroperatif dönemde glukokortikoid kullanımının yara iyileşmesi üzerine kötü yönde etki ettiği yönünde sonuç bildiren klinik çalışma bulunmadığı saptandı. Salbutamol kullanımının ise korneal epitel ve akciğer epiteli üzerinde iyileşmeyi bozucu etkisi olduğu fakat cilt insizyonları üzerinde iyileşmeyi kötü yönde etkileyen bir etkisinin gösterilmediği görüldü.

Yapılan araştırmaya göre ağır anemi haricindeki vakalara replasman gerekmemekte, yoğun bakımda kullanılan ilaçlar yara iyileşmesi üzerine klinik olarak kanıtlanmış bir zarar vermemektedirler.

Dr.Gencay Üstün

HEMİFASİYAL (KRANİYOFASİYAL) MİKROZOMİ – SINIFLAMA VE CERRAHİ YAKLAŞIM

Hemifasiyal mikrozomi, baş ve boyun bölgesinin dudak/damak yarıklarından sonra en sık görülen konjenital anomalisi olup, 3500 doğumda 1 görülmektedir. Birinci ve ikinci brankiyal arklardan köken alan yapıların etkilendiği bu durumda klinik bulgular birbirinden çok farklı olabilmektedir. Embriyolojik olarak bu arklardan gelişen maksilla, palatin kemik, zigoma, trigeminal sinir, mandibula, dış kulak kıkırdağı, external akustik meatus ve fasiyal sinir gibi yapılar farklı düzeylerde etkilenmekte, etkilenen yapılara ve etkilenme derecelerine göre tedavi yaklaşımı değişebilmektedir. Bu tedavi yaklaşımını belirleyebilmek için çok sayıda sınıflandırma metodu ortaya atılmıştır. Bunların en sık kullanılanı Pruzansky sınıflaması olup, mandibular gelişim eksikliğinin düzeyi üzerinden tanımlanmıştır. Mulliken ve Kaban bu sınıflamayı temporomandibuler eklem ilişkisi üzerinden yorumlamış ve cerrahi yaklaşımının bu eklem varlığı/yokluğu üzerinden değiştiğini vurgulamışlardır. Tanımlandığı ilk dönemlerde mandibulaları üzerinden yorumlanan bu hastaların yumuşak dokuları, kıkırdakları, çiğneme kasları ve periferik sinir sistemleri üzerinde de girişim gerektirecek anomalilerin olduğunun anlaşılmasıyla birlikte, tüm bu anomalileri kapsayan başka sınıflama sistemleri de ortaya atılmıştır. Bunlar arasında Harvold&Vargervik&Chierici sınıflaması, Munro&Lauritzen sınıflaması ve Vento ve ark. tarafından tariflenen OMENS sınıflaması bulunmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Plastik Cerrahi AD' de hastaların anomalileri erken yaşta muayene ile ortaya konmakta ve uzun dönemli takibinde uygun hastalara sırasıyla auriküler appendix eksizyonları, kulak rekonstrüksiyonu, sinir/kas transferleri, mandibular distraksiyon, mandibular rekonstrüksiyon, yağ grefti uygulamaları ve implant uygulamaları yapılmaktadır. Sınıflandırılan anomaliler ve klinik yaklaşım vaka örnekleri üzerinden tartışılacaktır.

Dr.Gencay Üstün

NADİR GÖRÜLEN YÜZ YARIKLARI

Konjenital kraniyofasiyal yarıkları kranyum ve yüz bölgesinin belirli bölgelerinin embriyolojik olarak az veya çok olarak gelişmesi ile ortaya çıkan anomalilerdir. Bu bölgenin en ağır şekil bozuklukları bu anomalilerde ortaya çıkabilmektedir. Birbirinden farklı şekilde ve düzeyde olabilen bu yarıkları, unilateral veya bilateral olabilmektedir. Farklı birçok sınıflama yapılmasına rağmen, Tessier sınıflaması en yaygın kabul gören ve hala kullanılan sınıflamadır. Klinik bulguları altta yatan kemik anomalisi ile ilişkilendiren bu sınıflamada yarıklar 0' dan 14 e kadar numaralandırılmıştır. Her bir yarıқта klinik manifestasyon ve cerrahi yaklaşım farklılık göstermektedir. Temel amaç normal yüz görünümü elde etmek olup, ağır olgularda olabildiğince normal anatomiye yaklaşmak önem arz etmektedir. Vaka örnekleri üzerinden yarık olguları tartışılacaktır.

Dr. İnci Gökalan Kara

DUDAK DAMAK YARIKLARI VE KRANİYOMAKSİLLOFASİYAL CERRAHİ EĞİTİMİ PANELİ

GELECEKTE NASIL OLACAK?

Ülkemizde Dudak damak yarıkları ve kraniyomaksillofasiyal cerrahi eğitimi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında yer almaktadır. Ancak yapılacak eğitimin hangi aşamada ne düzeyde olacağı tam belirli değildir. Bazı durumlarda kraniyomaksillofasiyal cerrahi alanı, uzmanlık eğitiminden sonra deneyim kazanılmayı gerektiren özel bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Dudak damak yarıkları eğitimi açısından ise farklı eğitim kurumlarında alt yapı ve olgu sayılarındaki farklılıklar nedeniyle farklı yeterlilik seviyelerinde eğitim verilebilmektedir. Bu da eğitimin standardında fark yaratmaktadır.

Günümüzde cerrahi uzmanlık eğitimi tüm dünyada “zaman temelli eğitim” den, “ yeterlilik temelli eğitim” e geçmiştir. Ülkemizde de Tıpta Uzmanlık Komisyonu bu yönde çalışmalar sürdürmektedir. Bu tür eğitimlerde uzmanlık öğrencilerinin izlenmesi, eğitim basamaklarındaki ilerlemelerinin belgelenmesi ağırlıklıdır. Özellikle cerrahi beceri eğitiminin yoğun olduğu cerrahi uzmanlık öğrencilerinin eğitiminde de cerrahi beceri aşamalarının belli bir düzende kazandırılması hangi basamağa ne zaman geçileceği konusu önem taşımaktadır.

Bu şekilde yapılacak yeterlilik temelli cerrahi beceri eğitimlerinde eğitim, laboratuvarda başlamaktadır. Cerrahi uygulamalarda mikroskobik, endoskopik, leparoskopik ve robotik cerrahi tekniklerinin yaygınlaşması da, uzmanlık öğrencilerinin hastalar üzerinde uygulama yapmadan laboratuvar ortamında deneyim kazanmasını ve becerilerini belli seviyeye getirmesini zorunlu kılmaktadır. Kadavra hayvan modelleri, sanal bilgisayar modelleri ve bu imkanların olmadığı durumlarda da simule 3 boyutlu hasta modelleri kullanılmaktadır. Böylece laboratuvar eğitimi sonrası belli beceri yetkinliğine ulaştığı saptanan uzmanlık öğrencilerinin, gerçek hastalarda yapacağı uygulamalar da daha başarılı olmaktadır. Bu da hem hasta, hem eğitici, hem de uzmanlık öğrencilerinin daha güvenli cerrahi yapabilmesi açısından katkı sağlamaktadır.

“Yeterlilik temelli yapılandırılmış eğitim yöntemleri”nin, dudak damak yarıkları ve kraniyomaksillofasiyal cerrahi eğitiminde kullanılması, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanlık eğitiminin bu alanda standardizasyona da temel oluşturur. Ayrıca kliniklerin yürüttüğü hasta hizmetinin güvenilirliği ve başarısı için de önemlidir. Bu nedenle bu tür eğitim yöntemlerine uygun laboratuvar ortamlarının oluşturulması, yapılandırılmış beceri eğitimi ve yeterlilik değerlendirmeye yönelik ölçme yöntemlerinin belirlenmesi önceliğimiz olmalıdır.

Dr. Öğrt. Üys. Kamile ORUÇ

Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti A.Bilim Dalı / Diyarbakır

YENİ DOĞAN ORTODONTİK TEDAVİSİ VE KLİNİK UYGULAMALARIMIZ

Dudak damak yarıkları (DDY) sebebi tam olarak henüz bilinmeyen, ağız ve çevre dokuları etkileyen doğumsal bir anomalidir. DDY oluşumuna neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve maternal yaşam tarzının, dengeli beslenme, genel hayat şartlarında stres faktörünün kontrolü, anomali oluşumunda risk oluşturan ilaçların ya da tıbbi tedavilerin kullanılmaması, genel sosyal farkındalık gibi bazı koruyucu uygulamalar ile düzenlenmesi bu anomalinin ortaya çıkmasını büyük oranda önleyebilmektedir.

DDY'nin tedavisi, doğumdan hemen sonra başlayan, erişkin döneme kadar süren ve disiplinler arası tedavi protokolü ile gerçekleştirilen uzun bir dönemi kapsamaktadır. Neonetal maksiller ortopedik tedavinin (NMOT) tanıtımından yüz yıl önce, yarıkları daraltmak amacı ile yüz bağı ya da yapışkan bantlar kullanılmıştır. İlk defa 1950'li yıllarda NMOT, dudak cerrahi onarımı öncesinde uygulanması gereken bir tedavi olarak tanıtıldı. Daha sonraları farklı apareyler ile yapılan NMOT yaklaşımları tanıtılmıştır. Bu yaklaşımların çoğunda burundaki deformite cerrahi olarak ele alınır ve etkilenen birey erişkin oluncaya kadar bir dizi sekonder revizyon cerrahisine gereksinim duyar. Ancak Nazoalveolar Molding (NAM) ile uygulanan ortopedik tedavide hem burun hem de yarık alveoler deformite dudak operasyonu öncesi yeniden şekillendirilir. NAM uygulamasının esas hedefi sert ve yumuşak doku deformitelerinin şiddetini azaltmak, böylece primer cerrahi düzeltmeden en iyi sonuçların alınmasını kolaylaştırmaktır. NAM'da alveolar segmentlerin olması gereken yere kademeli olarak yaklaştırılmasında ağız içi bir plak kullanılır. Alveolar şekillendirme tamamlandıktan sonra plağa yarık şekline göre nazal stent ya da stentler ilave edilerek burun kıkırdakları ve prolabium yeniden şekillendirilir. Böylece burun yeniden şekillendirilirken görünümü de belirginleşir. Olgunlaşmamış burun kıkırdağı NAM ile doğru şekilde ve pozisyonda tutulduğundan, bu pozitif değişiklikler kalıcı olur.

Primer yarık dudak onarımının DDY'nin tüm tedavi aşamalarında en önemli kısım olduğu bilinmektedir. Etkisi en geniş ve en uzun süreli olanıdır. Bu nedenle, primer dudak onarımının sonuçlarını iyileştirmek için uygulanan NMOT yarık tedavisinde en temel aşamayı oluşturmaktadır.

Dr. Koray GÜRSOY

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

“Afrika –Orta Asya Kamplarında Yapılan Olgular”

Sağlık Bakanlığı Dış İlişiler ve Avrupa Birliği tarafından Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Branşı için Nisan 2010- Kasım 2018 tarihleri arasında Afrika – Asya kıtasında 12 ülkede, 20 farklı merkezde toplam 25 adet sağlık haftası gerçekleştirildi. En sık sağlık haftası sırasıyla Özbekistan, Afganistan ve Cibuti’ye yapıldı. Afrika ve Asya’da yapılan sağlık haftalarında 5013 hasta muayene edildi. Muayene edilen hastalardan 670 tanesi dudak yarığı, damak yarığı, oronazal fistül ve yarık dudak burnu nedeni ile opere edildi. Bu ameliyatların 605 tanesi Asya kıtasında, 65 tanesi Afrika kıtasında yapıldı.

Hastaların 275 tanesi (%41) damak yarığı, 255 tanesi (%38) dudak yarığı, 132 tanesi (%20) oronazal fistül ve 8 tanesi (%1) yarık dudak burnu nedeni ile opere edildi. Damak yarığı nedeni ile opere edilen hastaların 176 tanesi (%64) Veau sınıf 1-2, 99 tanesi (%36) Veau sınıf 3-4 idi. Dudak yarığı nedeni ile opere edilen hastaların 196 tanesi unilateral (%77), 59 tanesi bilateral (%23) dudak yarığı idi. Damak yarıkları onarımında en fazla tercih edilen onarım yöntemi V-Y pushback palatoplasti, dudak yarık hastalarında en fazla uygulanan cerrahi Millard yöntemiydi. Ameliyat tekniği tercihinde, ameliyatların yurtdışında cerrahın yabancı olduğu ameliyathanelerde, koşulların cerrahların alıştığı standartların dışında olması nedeni ile, komplikasyonların en aza indirilmesi için cerrahın en fazla deneyiminin olduğu teknik tercih edilmektedir. Sağlık haftalarında en büyük sıkıntı hasta takiplerinde yaşanmakta ve hastalar en fazla 1 hafta takip edilebilmektedir. Deneyimlerimiz doğrultusunda gelecekte yapılması planlanan sağlık haftaları için önerilerimiz etkinlikler için ekip oluşturulması, faaliyetler için İnterplast’ın aktive edilmesi, yurtdışı ameliyatlar için kaynak sağlanması, malzeme temini, hesap oluşturulması, gidilmesi planlanan ülkelerdeki mevzuatların ve ülke stratejilerinin güncellenmesi ve başka ülkelerle ortak çalışmalar olarak sıralanabilir.

Dr. M. Muhsin YILMAZ, Prof. Dr. F. Figen ÖZGÜR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Tersiyer Alveoler Kemik Greftleme-Avantaj ve Dezavantaj

Baş ve boyun bölgesinin en sık karşılaşılan doğumsal anomalilerden biri dudak ve/veya damak yarıklarıdır. Yaklaşık 1000 doğumda 1 görülmektedir. Alveol yarıkları da dudak ve/veya damak yarığı anomalilerine eşlik etmektedir. Alveoler yarık tedavisinde otojen kemik grefti olarak kullanılan birçok donör alan bulunmaktadır. Fakat bunlar içerisinde en sık kullanılan ve altın standart olarak kabul edilen donör alan iliak kresttir. Alveoler çıkıntıda meydana gelen malformasyon, dudak yarığının boyutu ve uzanma miktarıyla ilişkilidir. Bu malformasyonlar, küçük çentiklerden komple yarıklara kadar değişebilen boyutlarda hatta alveoler yapının tümüyle kaybiyla birlikte yarık olmayan tarafa premaksillanın yer değiştirmesi şeklinde bile görülebilmektedir.

Alveoler yarık tedavisinin hedefleri, hem fonksiyonel hem de estetik olarak iyi sonuçlar elde etmektir. Fonksiyonel açıdan tedavi hedefleri; oronazal fistüllerin kapatılması, maksiller dental arkın sağlamlığı ve devamlılığının sağlanması, yarık komşuluğundaki dişlerin desteklenmesi, yarık bölgesinde diş sürmesi için uygun zemin oluşturulması ve oral hijyenin uygun hale getirilmesinin sağlanmasıdır.

Alveoler yarık onarımında tedavi zamanlaması halen tartışmalıdır. Kronolojik olarak primer ve sekonder olmak üzere alveoler yarık onarımı ikiye ayrılmaktadır. Primer kemik greftleme 0-2 yaş arası yapılan onarımdır ve dudak onarımı ile eş zamanlı yapılabileceği gibi damak onarımından önce ayrı bir ameliyat olarak da yapılabilmektedir. Sekonder kemik greftleme; erken sekonder, geleneksel sekonder ve geç sekonder (tersiyer) kemik greftleme olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Erken sekonder kemik greftleme, yaklaşık 2-6 yaşlar arasındaki süt dişlerinin tamamen çıktığı fakat daimi dişlerin çıkmaya başlamadığı dönemde yapılan onarımdır. Geleneksel sekonder kemik greftleme, yaklaşık 6-12 yaşlar arasındaki miks dentisyon döneminde yapılan onarımdır. Geç sekonder kemik greftleme ise kalıcı dişler çıktıktan sonra yapılan onarımdır ve tersiyer kemik greftleme de denilmektedir.

Rosenstein ve ark. erken dönemde uygun ark diziliminin sağlanmasının; ileri yaşlarda yapılacak palatal genişletme ve maksiller osteotomiye duyulacak ihtiyacı azaltacağını, böylece diş kaybının azalacağını savunmuşlardır. Lehman ve ark. da erken dönem yarık onarımı ile oronazal fistül sayısının azaltılarak sekonder kemik greftlemeye duyulacak ihtiyacı azaltacağını savunmuşlardır. Primer greftlemeye karşı olanlar ise bu yöntemin; orta yüz gelişimini olumsuz etkilediğini, ark şekillenmesinin zayıf olduğunu ve yetersiz alveoler kemik gelişimi olduğunu savunmaktadırlar. Primer greftlemenin maksiller büyümeyi neden inhibe ettiği halen tam olarak anlaşılacakla birlikte; özellikle prevomerin bölgede yapılan subperiostal diseksiyonunun buna yol açtığına inanılmaktadır. Ayrıca hayvan çalışmaları nazomaksiller yumuşak doku diseksiyonunun da maksiller retrüzyona yol açtığını göstermektedir. Trindade-Suedam ve ark. 2012 yılında, sekonder ve tersiyer alveoler kemik greftlemesini modifiye Bergland İndeksi kullanarak karşılaştırmışlardır. Çalışmalarında miks dentisyon sırasında yapılan alveoler kemik greftinin pozitif sonuç verdiği görülmektedir. Sekonder alveoler kemik greftlemesi uygulanan hastaların çoğu (% 75) mükemmel / iyi sonuçlar vermiş ve başarısız sonuç veren hastarı olmamıştır. Bununla birlikte, tersiyer alveoler kemik greftlemesi sonuçlarının önemli ölçüde kötü olduğu da gösterilmiştir. Tersiyer alveoler kemik greftlemesi grubundaki hastaların sadece % 53'ü mükemmel / iyi sonuçlara sahipken, yüksek oranda (% 26) başarısız sonuçları bulunmaktadır. Bu çalışmada ayrıca kalıcı dişler ortaya çıktıktan sonra bile daha genç yaşlarda yapılan greftlemenin daha iyi sonuçlar verdiği de görülmektedirler. Brauner ve ark. 2018 yılında, sekonder ve tersiyer alveoler kemik greftlemesinin estetik ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Sekonder alveoler kemik greftlemesinin yeterli olmasına rağmen, en iyi implant pozisyonlanması ve yumuşak doku adaptasyonu için tersiyer alveoler kemik greftlemesine ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedirler. Günümüzde kabul görmüş ve yaygın olarak kullanılan en uygun tedavi zamanlaması geleneksel sekonder kemik greftleme olarak kabul edilmektedir. En ideal greftleme zamanı geleneksel sekonder greftleme olmasına rağmen maalesef greftleme için geç kalan ve tersiyer greftleme

Dudak Damak Yarıkları Derneği 6. Uluslararası Kongresi / 14 – 17 Kasım 2019, Antalya

yapılması gereken birçok hasta bulunmaktadır. Bu yüzden de tersiyer greftlemenin başarısını değerlendiren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Dr. Murat Kara

AMELİYAT SONRASI SOLUNUM SIKINTILARINI ÖN GÖREBİLİR MİYİZ?

Damak yarığı onarımı sonrası, solunum yolu problemleri en sık görülen erken dönem komplikasyondur. Ek anomalisi olmayan sağlıklı damak yarıklı hastalarda görülebmesinin yanında, doğumsal anomalisi olan hastalarda görülme sıklığında belirgin artış gözlenmektedir.

Damak yarıklı hastalarda solunum yolu komplikasyonları diğer pediatrik hasta gruplarından daha yüksek oranda gözlenmektedir. Bunun nedeni eşlik eden üst solunum yolu anomalileri ve damak onarımı sonrası üst solunum yolu volümündeki belirgin düşüştür.

Literatürde damak onarımı sonrası komplikasyon oranları %5 ile %40 arasında değişmektedir. Bu yüksek oran göz önünde bulundurulduğunda, cerrahi öncesi risk faktörlerinin analiz edilmesi mortalite ve morbidite oranlarını belirgin olarak azaltacaktır. Risk durumlarının tanımlanması erken koruyucu önlemlerin alınması, kaynakların etkin kullanımı ve müdahalenin zamanında yapılmasını sağlayacaktır. Bu amaçla literatürde, damak onarımı sonrası komplikasyonları analiz eden farklı çalışmalar mevcuttur. Antony ve ark.'nın 247 hasta sayılı serisinde, postoperatif solunum yolu komplikasyonları %6 (14 hasta) olarak raporlanmıştır. Literatürde solunum yolu problemlerinin çoğunun, ameliyathane odasında ekstübasyonu takiben gerçekleştiği bildirilmiştir. Takiben, ilk 24 saatte sıklıkla görülmektedir. Bu hastalardan %93'ünün sendromik tanısı veya ek anomalisi olduğu bildirilmiştir. Dikkat çekici olarak, bu klinik ek sorunlar arasında Pierre Robin sekansının en yüksek oranı teşkil ettiği gözlenmişti (%54). Benzer sonuçlar literatürdeki farklı yayınlarda da raporlanmış olup, bu durum Pierre Robin sekansında damak onarımı yapılan hastaların özellikli değerlendirmesinin önemini göstermektedir.

Literatürde, solunum yolu komplikasyonlarının azaltılması amacıyla, mandibula veya solunum yolunu ilgilendiren komorbid tanıları olan hastaların cerrahi tedavi öncesinde kapsamlı değerlendirilmesi, ciddi klinik bulgusu olanların damak onarımlarının ertelenebilmesi gerekmektedir. Çünkü Pierre Robin sekansında, hasta tarafından kompanse edilmiş solunum dinamiği damak onarımı ile dekompanse olabilmektedir.

Literatürde, damak yarıklı hastalarda solunum yolu komplikasyonlarının nedenleri incelenmiştir. Hastaya ait faktörlerin yanında bazı etyolojik faktörler ileri sürülmüştür. Bunlar ağız açacağına dile olan yüksek basıncı sonucu oluşan hematoma veya ödem, başın hiperekstansiyonu ve trendelenburg pozisyonunun neden olduğu venöz staz, operasyon yaşı ve uzamış cerrahi süreyle ilişkilendirilmiştir. Özellikle riskli hastalarda bu faktörlerin eliminasyonu komplikasyonların engellenmesinde yardımcı olacaktır.

Dr. Müge AKSU

Ortodonti Uzmanı

Oronazal fistül oluşumunda bir risk faktörü: Ortodontik ekspansiyon

Oronazal fistül, ağız ve burun boşlukları arasındaki açıklıktır. Yarık damak onarımının bilinen bir komplikasyonudur. Fistül, primer veya sekonder damak boyunca herhangi bir yerde bulunabilir. Bununla birlikte, palatal yarıkları olan hastalarda primer palatoplasti sonrası fistül oluşumunun görülme sıklığının% 0 ile 77,8 arasında değiştiği bildirilmiştir. Fistül gelişimi, başlangıç yarığın büyüklüğü ve çapı, fleplerin yetersiz diseksiyonu, gerilim altında kapanma, ameliyat sonrası kanama, oral ve nazal tabakalar arasında hematoma oluşumu ve enfeksiyon kontrolü de dahil olmak üzere birçok faktörden etkilenir. Fistül oluşumunda cerrah deneyimi, palatal onarımın türü ve palatoplasti sırasında hasta yaşı gibi diğer değişkenlerin de etken olduğu gösterilmiştir. Küçük fistüller sıklıkla asemptomatik olsalar da, daha büyük fistüller hipernazal konuşmaya veya yiyecek ve sıvının oronazal bölgeye kaçışına neden olabilir. Semptomatik fistüllerin tamir edilmemesi normal gelişmeyi etkileyerek uyumsuz konuşma düzenine veya kalıcı işitme bozukluğuna neden olabilir. Literatürde, erken fistül primer palatoplasti sonrası 1 hafta kadar kısa bir sürede rapor edilmiş olup, daha yaygın raporlama palatoplasti sonrası 1 - 6 aydır. Geç fistüller primer onarımdan hemen sonra görülmez veya semptom vermez. Geç komplikasyon olarak ortodontik genişlemenin palatal fistül gelişiminde bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Her ne kadar ortodontik tedavinin risk faktörü olduğu ortaya atılmış olsa da, bu konu ile ilgili hiçbir çalışma yapılmamıştır. Burada amaç, maksiller genişletme ile tedavi edilen bir dizi nonsodromik yarık dudak ve damaklı çocuklarda oronazal fistül oluşumu ile ilgili klinik tecrübeleri paylaşmaktır.

Prof. Dr. Uğur KOÇER

“Afrika –Orta Asya Kampları Deneyimi”

Sağlık Bakanlığı tarafından Afrika ve Asya bölgesine yapılan sağlık haftaları Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü tarafından planlanmakta ve görev yetkileri içerisinde bulunmaktadır. Gidilecek ülkelerin seçimi Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü tarafından yapılan ikili anlaşmalar, ikili ilişkiler, Dışişleri Bakanlığı'nın önerisi ve ülkelerin talepleri doğrultusunda yapılmaktadır. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Branşında 2010-2018 yılları arasında Afrika ve Asya kıtasında 25 sağlık haftasına katılım sağlanmıştır. Bu faaliyetlerin süreleri gidilen bölgelere göre değişmekle beraber önceden planlanan vaka sayısına göre şekillenmektedir. Bu süre 7-12 gün (Ortalama 8,9 gün) arasında değişmektedir. Hekim ve ekip belirlenmesinde; ülkemizi yurtdışında temsile haiz, mesleki alanda tecrübeli, yabancı dil bilen, çalıştıkları kurumlarda hastaların mağdur olmayacağı, uluslararası tecrübeye sahip, daha önce düzenlenmiş sağlık haftalarında uyumlu çalışmış olan ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması gibi kriterler göz önünde bulundurulmaktadır. Yapılan faaliyetlerden beklentiler; bakanlık stratejik hedefleri doğrultusunda küresel sağlığa katkı sağlanması, ülke görünürlüğünün artırılması, işbirliği içinde olduğumuz ülkelere insani ve teknik yardımın yapılması ülkemizin en iyi şekilde temsil edilmesi, Türk sağlık sisteminin ve hekimlerin uluslararası platformda tanıtılması aracılığıyla sağlık turizmi hedeflerinin gerçekleştirilmesine katkı sağlanması, sağlık haftalarında paydaş ülkelerdeki hekimlerle network ağı kurulması ve eğitim amaçlı ameliyatlara ülke kapasitelerinin geliştirilmesine yardımcı olmak olarak sıralanabilir. Hukuksal olarak muhatap, ikili anlaşmalar gereği karşı ülke Sağlık Bakanlığıdır. Bütün organizasyon iki ülke bakanlığı koordinasyonunda yürütülmektedir. İkili anlaşmalar kapsamında gidilen ülkelere talep ve davetiye usulü ile sağlık haftası düzenlendiği için tüm sorumluluk talepte bulunan ülkelere ve hastayı hazırlayan ülke doktoruna aittir. Gerekli tüm yasal işlemler hastane ve hasta sahibi doktor tarafından alınmaktadır. Usulen talepte bulunan ülkelere götürülen ekibin Türkiye'de resmi olarak çalıştığı kurum ve diploma örnekleri karşı ülke bakanlığına gönderilmektedir. Ülkeler gerekmesi halinde kendi ülke iç hukukları kapsamında izinlerini almaktadır. Riski yüksek ve komplikasyona açık hastalar Dışişleri Bakanlığı vasıtası ile ülkemize davet edilmektedir.

Prof. Dr. M. Zeki GÜZEL

Serbest hekim, İSTANBUL

**ORTOGNATİK CERRAHİ ESNASINDA DAMAK FİSTÜLÜ KAPAMA ve / veya KEMİK GREFTİ:
İndikasyon, strateji ve sonuçlar**

ÖZET

Amaç

Fistüllü dudak damak yarıklı hastalarda ortognatik cerrahi esnasında fistül onarımı ve kemik greftinin uygulanabilirliğini ve sonuçlarını değerlendirmek için geriye dönük çalışma yapıldı.

Gereç ve yöntem

2002 ile 2018 tarihleri arasında farklı ortodontistler tarafından hazırlanan 62 damak fistüllü olguya tek cerrah tarafından ortognatik cerrahi esnasında fistül kapama ve /veya kemik grefti işlemleri yapıldı. Prealveolar fistüllü 14 olgunun 11 inde, alveolar fistüllü 34 olgunu 30 unda, alveolar ve incisive foramina i geçen fistüllü 5 olgunun hepsinde, yumuşak damak fistüllü 4 olgunun 1 inde kemik grefti de yapıldı. Hastaların 3 ü hariç hepsine (59) fistül kapama işlemi ve bunların 47 sinde kemik grefti de uygulandı. 3 olguda kemik grefti ihtiyacı olmadığı 9 olguda kemik grefti konabilecek ortam oluşturulamadığı için kemik grefti uygulanmadı. Kemik greftinin kalıcılığı ve stabilizasyondaki etkisi araştırılmadı.

Sonuçlar

Fistüllü dudak damak yarıklı hastalarda uygulanan ortognatik cerrahi esnasında fistül kapama işlemi yapılan 59 olgunun 56 sında başarılı olundu. Fistül kapama işlemindeki yüksek başarı (%95) kemik grefti için de uygun ortam oluşturulabildiğini göstermektedir.

Prof. Dr. M. Zeki GÜZEL

Serbest hekim, İSTANBUL

PREMAKSİLLA REORYANTASYONU: İndikasyon, zamanlama, strateji ve sonuçlar

ÖZET

Amaç

Dudak damak yarıklı hastalarda premaksillanın yeniden konumlandırılmasında fistül kapama ve / veya kemik grefti ile alınan estetik ve fonksiyonel sonuçları değerlendirmek için geriye dönük çalışma yapıldı.

Gereç ve yöntem

Hepsi fistüllü olan 15'i iki yanlı ve biri fistüllü olan 2 tek yanlı dudak damak yarıklı 17 olguda premaksilla yeniden konumlandırıldı. Hastaların 9 u 10-12 yaşları arasında ve 8 i ise daha ileri yaşlarda idi. Olguların 14 ünde kemik grefti de aynı seansta konarak bir ameliyatla bitirildi. Olguların 1inde kemik grefti bir yanına, diğerinde 2 yanına sonradan kondu. İki yanlı yarıklının 1 inde kemik grefti konamadı ve 1 yanda fistül kaldı.

Premaksilla stabilizasyonu kemik greftinin ikinci seansta konduğu 2 olgu dahil edildiğinde 16 olguda tam, fistül kapama 14 olguda tam (1 inde fistül yoktu) 2 olguda başarısız.fistüllü

Sonuç

Fistüllü dudak damak yarıklı hastalarda Premaksillanın yeniden konumlandırılmasının kemik grefti ile kombine edilmesi komplike bir ameliyat olmasına karşın olguya özel indikasyon, zamanlama ve cerrahi strateji ile yüz güldürücü fonksiyonel ve estetik sonuçlar elde etmek mümkündür.

Prof. Dr. F. Nihal Durmuş Kocaaslan

Dudak Damak Yarıkları Derneği 6. Uluslararası Kongresi / 14 – 17 Kasım 2019, Antalya

Geniş Damak Fistüllerinin Cerrahi Tedavisi

Damakta gelişen iyileşme başarısızlığı damak fistülü olarak ortaya çıkar ve hedeflenen sonuçlara engel teşkil eder. Palatoplasti sonrası fistül oluşumu, yarık ciddiyeti ve tipi, onarım tekniği, onarım zamanlaması, kapanma yerindeki gerginlik, cerrahi deneyimi, kanama, enfeksiyon, ameliyat sonrası anemi ve ameliyat sonrası takip eksikliği ile ilişkili bulunmuştur (1, 2, 3). Birçok cerrahi yöntem bu durumun tedavisindeki zorluğu yansıtmaktadır. Palatal fistüllerin onarılması her cerrah için cerrahi müdahaleye meydan okumaktadır. Ek olarak, ekstraoral fleplerin yerine intraoral fleplerin kullanılmasının, daha az donör bölgesi problemleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Lokasyona göre fistüller, anterior fistül, orta palatal fistül, yumuşak damak ve sert damak ve yumuşak damak fistülünün kavşağında fistül olarak tanımlanmaktadır. Sert-yumuşak damak kavşağı en sık görülen bölgedir (% 53,1) (4).

Geniş anterior fistüllerin tedavisinde kullanılan bir dil flebi, donör bölgesi sorunlarına neden olmadan kullanılabilir. Donör bölge skarı kabul edilebilir, doğru planlama ile dil hareketliliğinde ya da tat alma tomurcuklarına zarar verme olasılığı yoktur. Tekniğin dezavantajı, olası entübasyon ve ekstübasyon problemleri ile iki aşamalı bir prosedür olması olabilir.

Buksinator flep de orta büyüklükteki oral kavite defektlerinin rekonstrüksiyonu için iyi bir seçimdir (5).

Aynı bölgedeki önceki damak onarımına bağlı olarak lokal dokunun yetersizliği, mukoperiosteal flepler ile kapatılmasında teknik olarak zorluk yaratabilir.

Çok büyük fistülü olan hastalar için serbest flep doku onarımı önerilmektedir, ancak diğer yandan, diğer cerrahi tekniklerle karşılaştırıldığında, serbest flepler daha uzun cerrahi ve hastanede kalış süreleri gerektirir ve donör alan morbiditesine neden olabilir.

Referanslar

1. Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P. Cleft palate fistulas: A multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management. *Plast Reconstr Surg*. 1991;87:1041–7.
2. Muzaffar AR, Byrd HS, Rohrich RJ, et al. Incidence of cleft palate fistula: an institutional experience with two-stage palate repair. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1515—8
3. M.R. Bukowski, S. Naranm D.G. Winger and J.E. Losee, “/the rate of oronasal fistula following primary cleft palate surgery:a meta analysis,” *The Cleft palate Craniofacial Journal* 2014.
4. Campbell DA. Fistulae in the hard palate following cleft palate surgery. *Br J Plast Surg* 1962;15:377—84
5. Bianchi B, Ferri A, Ferri S, Copelli C, Sesenna E. Myomucosal cheek flaps: Application in intraoral reconstruction using three different techniques. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol endod* 2009; 108:353-9

Surgical Treatment of Wide Palatal Fistulas

Failure of palatal structural healing or breakdown resulted as a palatal fistula, represents the biggest clinical challenge and an obstacle to the aimed outcomes. Post palatoplasty fistula formation has been associated with severity and type of cleft, repair technique, timing of repair, tension at the site of closure, experience of surgeon, hemorrhage, infection, post-operative anemia and lack of postoperatively follow-up (1, 2, 3). Many surgical methods reflect the difficulty in treating this condition. Repair palatal fistulas are challenging surgical intervention for every surgeon. In addition, using intraoral flaps instead of external flaps has been reported to be associated with fewer donor site problems.

According to the location, fistulas are described as anterior fistula, mid-palatal fistula, fistula at the junction of the soft palate and hard palate and soft palate fistula. The hard-soft palate junction is the most common site (53.1%) (4).

A tongue flap that has been employed for treating wide anterior fistulas can be used without causing donor site problems. The donor site scar is acceptable, there is no shuffle with tongue mobility and possibility of injuring the taste buds is evaded. Disadvantage of performing it could be the fact being two staged procedure with anticipated intubation and extubation problems.

Buccinator flaps are good choice for reconstruction of middle sized oral cavity defects (5).

The scarcity of local tissue due to previously cleft palate repair in the same area can be technical difficult for closure by mucoperiosteal flaps.

For patient with very large fistulas, microsurgical free flap transfer is recommended, but in the other hand, comparing to other surgical techniques, free flaps require longer surgery and hospitalization periods, and may lead to donor site morbidity.

References

1. Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P. Cleft palate fistulas: A multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management. *Plast Reconstr Surg*. 1991;87:1041–7.
2. Muzaffar AR, Byrd HS, Rohrich RJ, et al. Incidence of cleft palate fistula: an institutional experience with two-stage palate repair. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1515–8
3. M.R. Bukowski, S. Naranm D.G. Winger and J.E. Losee, “/the rate of oronasal fistula following primary cleft palate surgery:a meta analysis,” *The Cleft palate Craniofacial Journal* 2014.
4. Campbell DA. Fistulae in the hard palate following cleft palate surgery. *Br J Plast Surg* 1962;15:377–84
5. Bianchi B, Ferri A, Ferri S, Copelli C, Sesenna E. Myomucosal cheek flaps: Application in intraoral reconstruction using three different techniques. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol endod* 2009; 108:353-9

LATERAL YARIK DAMAK: OLGU SUNUMLARI VESİLESİYLE LİTERATÜR DERLEMESİ

Soysal Baş*

***Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul/TÜRKİYE**

E-mail: soysalbas@gmail.com

GİRİŞ

Yarık damak oral ve nazal boşluklar arasında yumuşak, sert veya her iki damakta da görülebilen orta hatta fissürle karakterize anomalidir. Lateral yarık damak ise orta hattın dışında yerleşim göstermektedir. Bu çalışmanın amacı literatürdeki olguların analizi ile birlikte anomalinin tanımı, eşlik eden sendromların ortaya konması ve benzer anomalilerden ayrılmasıdır.

Bu çalışmada 1990 ile 2019 tarihleri arasında bildirilen literatürdeki 5 olgu sunumu değerlendirilmiştir (1-5). Olgular yaş, cinsiyet, risk faktörleri, yarık lokalizasyonu, yarık yerleşimi, eşlik eden anomaliler ve cerrahi teknik açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tüm olgularda damak yarıkları yumuşak damakta, oblik yerleşimli idi. Olguların dördü kadın biri erkek idi. Bir hastada 1800 metre rakıma, bir hastada akraba evliliği ve savaş şartlarına bağlı intrauterin risk faktörü mevcut idi. Eşlik eden anomaliler arasında bifid uvula, lateral palatal sineşi, kapiller malformasyon ve hafif retrognati, kraniofasial mikrozomi ve lateral ankiloglossi bulunuyordu. 4 olguda yarık tarafta kas hipoplazisi mevcut idi. Dört hastanın damak yarığı primer onarım ve intravelar veloplasti ile, bir hastanın ise langenbeck flep, kas ve distal bazlı mukoza flebi ile onarılmış idi (Tablo 1).

TARTIŞMA

Lateral yarık damak atipik yarık damak olarak tanımlanmış olup, tek taraflı yumuşak damağın bir kısmını oblik pozisyonda tutan bir yarık çeşitidir. Embriyolojik gelişimde birinci ve ikinci brankial arkı etkileyen sendromlara eşlik edebilmektedir. Ancak izole lateral yarık damakla seyren bir olguda bulunmaktadır. Genellikle sendroma velofarengeal yetmezlik ve levator veli palatini kas hipoplazisi eşlik etmiştir.

Lateral yarık damağa benzer özellikler gösteren ancak detaylı muayene ile ayırt edilen unilateral yumuşak damak hipoplazisi ve asimetric velofarengeal yetmezlik olguları bulunmaktadır (6-8). Bu olguların en büyük özelliği unilateral yumuşak damağın büyük kısmının etkilenmesi ve cerrahi tedavide buccal ve faringeal fleplerin tercih edilmesidir.

SONUÇ

Literatürdeki 5 olgu anomali demografisini saptamada istatistiksel olarak yeterli olmasada lateral yarık damak anatomik olarak tarif edilmiş olup, yarık damak sınıflaması ve muayenesinde akılda bulundurulması faydalı olacaktır.

REFERANSLAR

1. Erdogan B, Atabay K, Akoz T, Aslan G, Gorgu M. Congenital lateral cleft palate: a new anomaly? Plastic and reconstructive surgery. 1990;86(4):766-7.
2. Hughes LA, Zuker RM. Atypical cleft of the palate: a report. The Cleft palate-craniofacial journal. 1994;31(4):313-5.
3. Isik D, Bulut O, Bekerecioglu M. Congenital lateral cleft palate and lateral palatal synechia. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2008;42(6):325-7.
4. Kahraman A, Yuce S, Kocak OF, Canbaz Y, Isik D. Congenital Lateral Cleft Palate of Unknown Etiology. J Craniofac Surg. 2015;26(4):1332-3.
5. Bas S, Bas V, Irmak F, Karsidag SH. Congenital lateral cleft palate with unilateral craniofacial microsomia and lateral ankyloglossia. BMJ Case Rep. 2019;12(1).
6. Mavili ME, Gucer T, Erk Y. Unilateral absence of the soft palate: case report of reconstruction with a mucoperiosteal island flap. The Cleft palate-craniofacial journal. 1993;30(5):497-9.
7. Tan YC, Chen PK. Hemipalatal hypoplasia. J Craniofac Surg. 2009;20(4):1150-3.
8. Ozgur F, Kamburoglu HO. A very rare cause of asymmetric velopharyngeal incompetence: unilateral palate hypoplasia. Cleft Palate Craniofac J. 2012;49(4):494-7.

Tablo 1: Literatürdeki olguların demografik özellikleri.

Olgular	Yaş	Cinsiyet	Aile hikayesi	İntrauterin risk	Eşlik eden anaomali-sindrom	Taraf	Kas hipoplazisi-aplazisi	Cerrahi teknik	Referans
1	9 yaş	K	-	-	Bifid uvula	Sol	Sol levator veli palatini aplazisi	Langenbeck flep + kas onarımı	(1)
2	15 ay	K	-	-	Abdominal kapiller vasküler malformasyon, hafif retrognati	Sol	Sol levator veli palatini hipoplazisi	Primer + intravelar veloplasti	(2)
3	1.5 yaş	K	-	-	Lateral palatal sineşi	Sol	?	Primer + intravelar veloplasti	(3)
4	18 ay	E	-	1800 m rakım	-	Sol	Sol tensor veli palatini	Primer + Kas süspansiyonu	(4)

							hipoplazi si		
5	12 ay	K	Akraba evliliği	Suriye savaşı	Kraniofasial mikrozomi ve lateral yarık damak	Sol	Sol levator veli palatini hipoplazi si	Primer + intravelar veloplasti	(5)



DUDAK DAMAK YARIKLARI DERNEĞİ

SONUÇ BİLDİRGESİ

1. Türkiye’de bir yılda 1milyon 248 bin canlı bebek doğmaktadır. Bunların en az 500 doğumda birinin yani yılda 2500 bebeğin dudak damak yarıklı olduğunu bilmekteyiz.
2. Bugün için 80 milyon olan Türkiye nüfusunun 135 bini dudak damak yarıklı olarak ve bu deformitenin bazı izlerini taşıyarak yaşamaktadır.
3. Damak yarıkları ile birlikte çenesi çok küçük olarak doğan bazı bebeklerde olduğu gibi solunum sıkıntıları, beslenme sorunları benzeri hayatı tehdit eden sorunlar olabilir. Ama bunlar dışındaki yarık dudak damaklı bebeklerin yoğun bakımda takip edilmesi gerekmektedir.
4. Dudak, damak yarığı tanısı, bebek anne karnında iken konulmuş ise, bu dönemde mutlaka dudak damak yarıkları konusunda deneyimli hekimlerin (plastik cerrah, ortodonti uzmanı) bulunduğu ekiplerin bulunduğu yerlere, hatta mümkünse dudak damak yarıkları merkezlerine başvurulmalıdır.
5. Anne adayına doğum sonrası bebeğin memeden beslenebileceği, bunun için kendisini hazırlamasının önemli olduğu, anne sütünün ve anneye bağlanmanın çok kıymetli olduğu, bebeğin beslenme sonrası gazının mutlaka çıkarılmasının gerekli olduğu, uyku pozisyonunun önemli olduğu vurgulanmalıdır.
6. Ağıza yerleştirilen beslenme plaklarının (apereyinin) her yeni doğan yarık dudak-damaklı bebek için şart olmadığı, bunun gerekliliğine doğum sonrası, çocuk doktoru yerine plastik cerrah ve ortodonti uzmanının ortaklaşa karar vermesi gerektiği bilinmelidir.
7. Damak yarığı biberonları ve beslenme apereylerinin, aspirasyonu (akciğere sıvı kaçıışı) önleme garantisi veremeyeceği ama bebeğin hava yutmasını azaltma ve besleme kolaylığı sağlayabileceği, dolayısıyla mutlak kullanımı konusunda zorlayıcı olunmaması gerektiği bilinmelidir.

8. Dudak damak yarıklı bebeklerde ilk 3 ay özellikle önemlidir. Deformitenin çok şiddetli, özellikle rotasyonun çok fazla olduğu tek taraflı yarık olgularda, çift taraflı ve çok protrüde (fırlak) premaksillası olan çift taraflı yarık olgularında ameliyata hazırlık ve elde edilecek sonuçların daha iyi olması için, aynı şehirde ise ve/veya ailenin tedaviye devam etmesi olanaklı ise nazoalveolar şekillendirme açısından ortodontik tedavi başlanması uygun olabilir. Ortodontik tedavi doğumdan sonraki ilk 3-4 ayda etkili olduğundan şayet tedavi yapılacaksa bu önemli dönemin kaçırılmaması gerekmektedir. Ayrıca bu dönemde annelere bebeklerini nasıl beslemeleri gerektiği konusunda eğitim verilmelidir.

9. İşitme Tarama testinin bebeğin doğduğu hastanede taburcu olmadan yapılması zorunludur. İşitme taramasından kalan bebekler tekrarlanmalıdır. Dudak damak yarıklı bebeklerde anatomik bozukluktan dolayı östaki disfonksiyonu olduğu için orta kulak sorunlarına da sıklıkla rastlanmaktadır. Erken dönemde kulak değerlendirmesi yapılması da ileride gelişebilecek sorunların önüne geçebilir. Orta kulakta efüzyon (sıvı birikimi) işitmeyi azaltır ancak, bebeklere tüp tatbikinin de farklı komplikasyonları olabileceği için, ve damak ameliyatının pozitif etkisi olabileceği gerçeğiyle bu fırsatı bebeklere vermenin uygun olacağı, bunun cerrahi tedavisinde hemen yani erken bebeklik döneminde tüp uygulanması konusunda acele edilmemeli, kulak açısından sık aralarla KBB kontrolleri gerçekleştirilmelidir. Damak yarığı ameliyatından en az 2 ay sonra değerlendirmenin kıymetli olduğu bilinmelidir. Bundan sonra tüp uygulanması gerekirse yapılmalıdır

10. Dil gelişiminin ilk 3 yıl desteklenmesi ve dil-konuşma terapisti tarafından aileye gerekli yönlendirmelerin yapılması, 3 yaşından sonra Dil-konuşma tedavileri tarafından konuşma anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi gereklidir.

11. Dudak damak yarıkları ekibinin aynı dili konuşması anlaşabilmek için önemlidir. Bu nedenle benzer sınıflamalar yapmalı ve ortak terminoloji kullanılmalıdır.

12. Kayıtların iyi tutulması tartışılmaz, hastalara ait verilerin ileriki yıllarda gerekli olacağı çok bilinen bir bilgidir. Bu nedenle hastalara ait veriler sistemli bir şekilde kayıt altına alınmalı ve saklanmalıdır.

13. Ekip çalışmasının önemi büyüktür. Plastik cerrahi, ortodonti uzmanı, dil-konuşma terapisi, KBB, ve diğer birçok branşın ekip halinde çalışması ile hasta için daha iyi tedavi sonuçları elde edileceği unutulmamalıdır. Bu hastaların tedavisi bu şekilde yapılırsa bu bireylerin topluma uyumu ve iç yaşamlarında başarılı, mutlu bireyler olarak hayata devam etmeleri sağlanabilir. Gelecekte ekipler her açıdan kuvvetlendikçe ve Türkiye’de kaç merkeze ihtiyaç olduğuna dair sayılar belirlenince bu hastaların tedavisinin bu merkezlerde yapılması uygun olacaktır.