

Klas III Vakalarında Subkondiler Ramus Osteotomisi + Genioplasti

Prof. Dr. Orhan GÜVEN

ÖZET: Rutin uygulama olarak ramusa yapılan müdahaleler çeşitli dentofasiyel deformitelerin düzeltilmesinde kullanılır. Subkondiler osteotomi hem intraoral hem de ekstraoral olarak uygulanabilir. Ekstraoral yol cerraha daha iyi görüş açısı kazandırma, ramusa hem medial hem de lateral açılardan yaklaşılma yönünden intraoral yoldandan daha avantajlıdır. Bu ramusun daha rahat bir şekilde osteotomi ile kesilmesini sağlar. Bu avantajlarına ilaveten teknik, postoperatif alveolar interior sinir zedelenmeleri açısından diğer tekniklere oranla daha avantajlıdır. Genioplasti çene ucunu azaltabilecek, esetik ve sefalometrik değerleri çarpıcı şekilde etkileyecek bir tekniktir. Bu makalada bir klas III vakasında uygulanan ramus subkondiler osteotomisi ve genioplasti kombinasyonu takdim edilmiştir.

SUMMARY: SUBCONDYLAR RAMUS OSTEOTOMY AND GENIOPLASTY IN CLASS III. Surgery of the ramus of the mandible is routinely performed to correct a variety of dentofacial deformities. Subcondylar ramus osteotomy can be performed either extraorally or intraorally. Extraoral approach has advantages over the intraoral approach in that there is better visibility and access to both the lateral and medial aspects of the ramus. This permits a more accurate sectioning of the ramus. Moreover, in literature less postoperative nerve disturbances has been reported. A reduction genioplasty can be achieved to decrease the size of the chin vertically, or in both directions as determined by aesthetic and cephalometric criteria. In this paper a combination of subcondylar osteotomy and reduction genioplasty in class III has been presented.

GİRİŞ

İskeletsel klas III vakalarında gerek oklüzyonu sağlamak gerekse prognatik durumu düzeltmek için çeşitli yollar vardır. Böyle vakalarda, anomaliyi düzeltmek için değişik ameliyat teknikleri uygulanabilir. Müdahale, korpusa (2, 4), ramusa veya hem korpus hem semfise olabilir (1).

Literatürde her tekniğin avantajları ve dezavantajlarından bahseden oldukça fazla kaynak vardır. Önemli olan alternatifleri iyi değerlendirmek, vakaya göre teknik seçmektir.

Bu makalede ileri derecede bir iskeletsel klas III vakasında subkondiler ramus osteotomisi ve genioplasti kombinasyonu ile tedavisi takdim edilecektir.

VAKA RAPORU

22 yaşındaki erkek hasta (İ.G.), alt çenedeki belirginlik çigneme, yemek yeme esnasındaki güçlükler ve fonasyonundaki

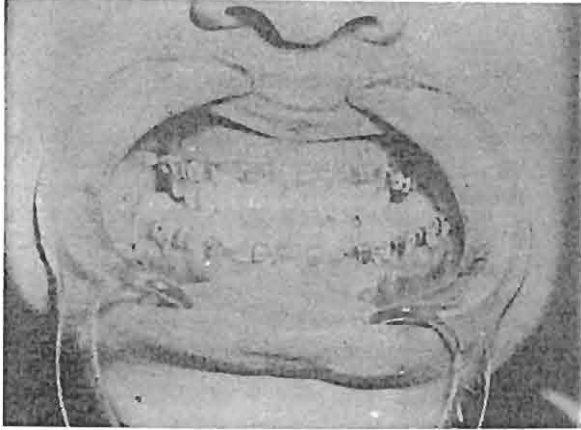
bozukluk şikayeti ile kliniğimize başvurdu. (Resim 1)



Resim. 1- Preoperatif Lateral Görünüm.

* A. Ü. Diş Hek. Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.B.D.

Yapılan klinik muayenede mandibulanın normal değerlerden daha fazla gelişmiş olduğu ve aşırı derecede ters bir overjet gözlenmiştir (Resim 2, 3). Ameliyat öncesi sefalometrik değerler tablo 1'de özetlenmiştir.



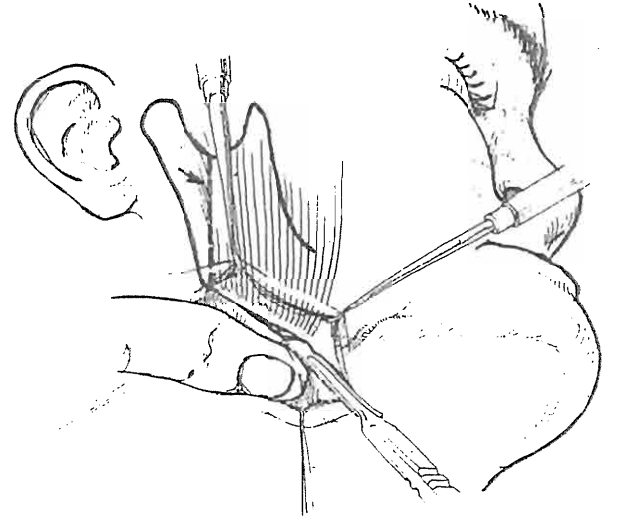
Resim. 2- Preoperatif Oklüzyon



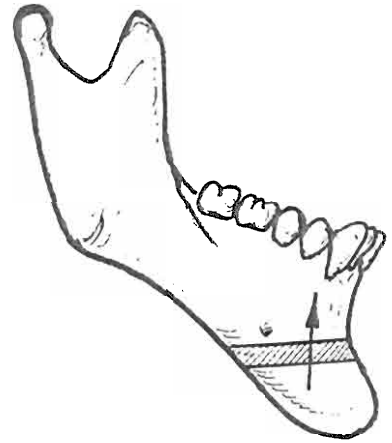
Resim. 3- Preoperatif Sefalogram

Hastaya genel-nazo-trakeal anestezi altında extraoral subkondiler osteotomi (Şekil 1) uygulandı. Semfisın vertikal boyutunu azaltmak üzere Şekil 2. de görüldüğü üzere genioplasti uygulandı.

Teknik I: Submandibuler yaklaşık 2 cm'lik insizyondan sonra, plastismanın superficial tabakası kesildi. Fasiyal sinirin marginal mandibular dalı ekarte edilerek, fasiyal arter korunarak ameliyat bölgesi açıldı ve subkondiler osteotomi uygulandı.



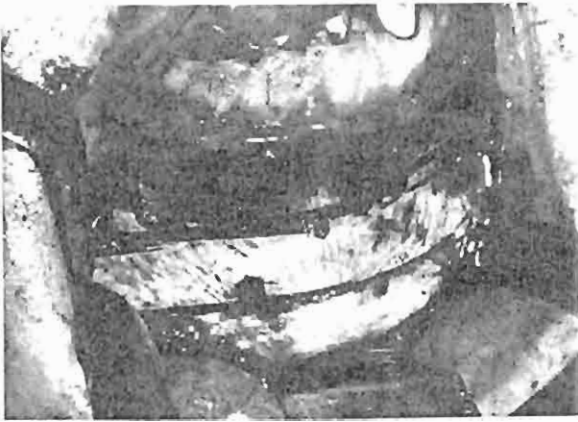
Şekil. 1- Demonstratif Subkondiler Osteotomi



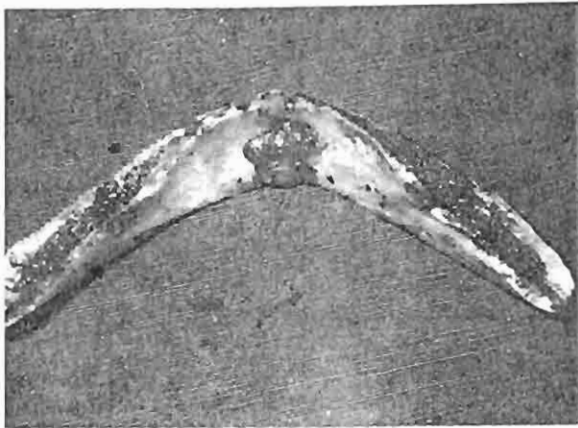
Şekil. 2- Demonstratif Reduction Genioplasti

Teknik 2: Alt ön yapışık dişeti üzerinde servikalden 1 cm aşağıdan 1. premolardan diğer 1. premolara uzanan insizyon yapıldı. N. Mentalis korunarak, vertikal yüksekliği azaltmak üzere ameliyat öncesi planlanan oranda semfis bölgesi horizontal osteotomi ile çıkarıldı (Resim 4, 5). Çene ucu, geç dönemdeki rezorbsiyonunu önlemek üzere korpus'a tel osteosentezi ile tesbit edildi (Resim 6, 7).

Hastanın postoperatif 20. aydaki sefalometrik karşılaştırmalı grafleri Resim 8, profil görünümü Resim 9'da, alt ve üst dişlerin ilişkileri Resim 10'da sergilenmiştir. Resim 11 ve 12 post operatif sert doku ve yumuşak dokulardaki değişiklikleri görülmektedir.



Resim. 4



Resim. 5



Resim. 6



Resim. 7



Resim. 8- Preoperatif ve Postoperatif Karşılaştırma

TARTIŞMA

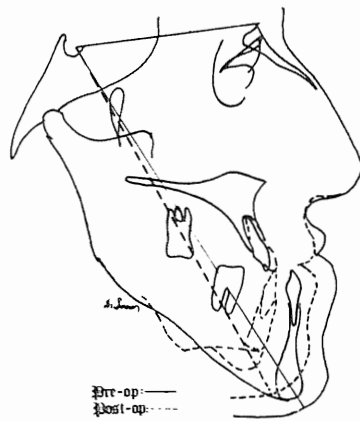
Teknik olarak, subkondiler osteotomi nörovasküler yapıların yoğun olduğu bir bölgede uygulanmaktadır. Bir korpus ostektomisinde cerrahi risk sadece N. Alveolaris inferiora yönelikken (3, 5) bu teknikde, internal maksiller arter, inferior alveolar arter ve retromolar ven cerrahim tam çalışma sahası içindedir. Buna rağmen diş



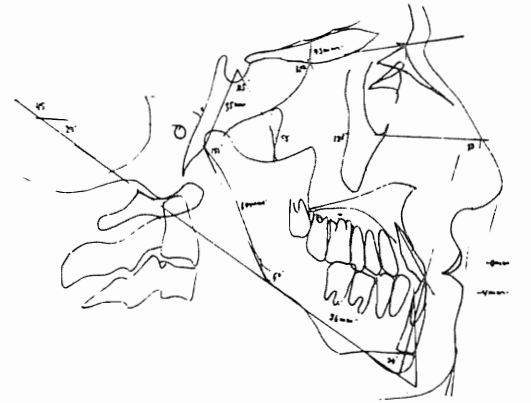
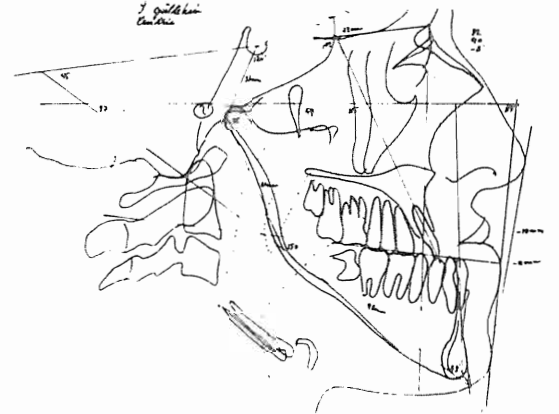
Resim. 9- Postoperatif Profil



Resim. 10- Postoperatif Oklüzyon



Resim. 11- Preoperatif, Postoperatif Sert ve Yumuşak Doku Değişiklikleri



Resim. 12- Preoperatif, Postoperatif Sert ve Yumuşak Doku Değişiklikleri

çekimine gerek duyulmaksızın ne denli ağır olursa olsun klas III vakalarında çarpıcı post-operatif görünüm kazandırabilecek bir tekniktir (!). Teknik, submandibuler bölgede kalabilecek insizyon skarlarına karşın alveoler inferior siniri koruması ve postoperatif sinire bağlı problemlerin görülmesi açısından sagittal split osteotomiden daha emindir.

Bir çok Klas III vakalarında sadece korpus veya ramusa yapılan osteotomilerin yeterli olmasına karşın bazı hallerde, semfis in aşırı gelişime göstermiş olduğu vakalarda, düzgün bir profil sağlamak üzere semfise horizontal osteotomi veya ostektomi uygulanabilir.

Takdim edilen vakada korpusun geri alınmasına rağmen belirgin olarak kalan semfis, bir horizontal ostektomi gerektirmiş ve sonuçta postoperatif olarak Tablo I'deki gibi oldukça farklı değerler elde edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Tükenmeyen enerjisiyle bizleri bu vakada da yalnız bırakmayan Sayın Doç. Dr. Ayhan ENACAR'a teşekkürlerimi sunarım.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Epker, B.N., Wolford, L.M.: Dentofacial Deformities. The C. V. Mosby Co., St., Louis, 1980.
2. Güven, O. Kişnişçi, R.: Ortognatik cerrahide korpus osteotomisi, Otorinolarenoloji ve Stomatoloji Dergisi. 1: 95-98, 1987.
3. Güven, O.: Sınıf III vakalarında ortognatik cerrahi. T. Ortodonti Dergisi, 1: 245-248, 1988.
4. Güven, O., Özdiler, E.: Mandibular prognatizmde anterior korpus osteotomisi, T. Ortodonti Dergisi, 2: 123-176, 1989.
5. Güven, O.: "Long Face" ve ortognatik cerrahi, T. Ortodonti Dergisi, 2:335-337, 1989.

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Orhan GÜVEN
A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve
Cerrahisi A.B.D.
Beşevler/ANKARA

	DATE	Pre-OP	Post.Op.
SKELETAL MEASUREMENTS			
(seiner/Downs Analyses)	AGE		
Facial Angle (N-Pog/FH)	(degrees)	82	95
Angle of Convexity (N-A-Pog)	(degrees)		
SNA	(degrees)	82	82
SNB	(degrees)	90	86
ANB	(degrees)	-8	-4
Palatal plane/SN	(degrees)	8	8°
Anatomic occlusal plane(SN	(degrees)	17°	23°
GoGn/SN	(degrees)	48°	45°
Mandibular plane/FH	(degrees)	32	34
Y-Axis (SGn/FH)	(degrees)	54	57
(SGn/SN)	(degrees)	60	70
Percentage of lower face			
height (ANS-Me/N-Me)	%	0.6	0.5
Wits Appraisal (A point to B point)		-26 mm	-21
on functional occlusal plane	(mm)		
DENTAL MEASUREMENT			
(Seiner/Downs/Williams Analyses)			
Upper incisor to SN	(degrees)	105	105
Upper incisor to NA	(mm)	5	5
Upper incisor to NA	(degrees)	25	4
Lower incisor to NB	(mm)	2	4
Lower incisor to NB	(degrees)	7	12
Pogonion to NB	(mm)	0 mm	0 mm
/to NB Prog to NB	(:)	7:0	4:0
Lower incisor to mandibular palane	(degrees)	60°	61°
Interincisal angle	(degrees)	150	144
Lower incisor to A-Pog	(mm)	7 mm	6 mm
SOFT TISSUE MEASUREMENTS			
(Merrifield and Ricketts Analyses)			
Upper Lip to E Line	(mm)	-8 mm	-8 mm
Lower Lip to E Line	(mm)	0 mm	-4 mm
Z-Angle (protrusive lip-chin/FH)	(degrees)	86 mm	90°
Nasolabial angle	(degrees)	160°	155°
Mentolabial angle	(degrees)	160°	155°
TWEED ANALYSIS			
FMA	(degrees)	30	34
IMPA	(degrees)	60	61
FMLA	(degrees)	90	85°