

DUDAK VE DAMAK YARIĞINA SAHİP 2 VAKADA MULTİ-DİSİPLİNER YAKLAŞIMLAR

Dr. Dt. T. Ufuk Toygar MEMİKOĞLU*
Prof. Dr. Haluk İŞERİ**
Dr. Dt. M. Murat MEMİKOĞLU***

ÖZET: Dudak-damak yarığına sahip hastaların tedavisinde oluşturulan takım içinde ortodontistler önemli bir yere sahiptir. Ortodontik tedavi yaklaşımı, bebek doğduğu anda başlar, diş ve çevre yapıların normal ilişkisi sağlanana kadar devam eder. Ancak ülkemizde hastaların çoğu ortodonti kliniklerine geç dönemde başvurmaktadır. Ortodonti uzmanı, bu dönemde de hastanın bozulmuş fonksiyonunu düzeltmenin yanında estetik olarak dolayısıyla da psikolojik olarak hastaya yardımcı olabilmektedir. Makalede geç dönemde başvurmuş, dudak-damak yarığına sahip 2 vak'anın ortodontik ve protetik tedavi sonuçları sunulmuştur. Hastalarda tedavi sonunda okluzyon sağlanmış ve estetik yapı elden geldiğince düzeltilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Multi-disipliner yaklaşım, dudak-damak yarığı.

SUMMARY: MULTIDISCIPLINARY TEAM APPROACH IN TWO CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS. *Orthodontists take a significant part in multidisciplinary treatment approach of cleft lip and palate patients. Orthodontic treatment begins with the birth of the baby and continues till normal relationship of teeth and environmental structures are achieved. However, most of the cleft lip and palate patients demand for treatment in late periods of growth. Beside correcting the malfunction, orthodontists, may contribute the patients psychology due to the improvement in aesthetics in this period. In this study, 2 cleft lip and palate patients in late adolescence are presented with their orthodontic and prothetic treatment results. In both cases, a propriate occlusion is achieved and facial appearance is improved in compromise.*

Key Words: *Multidisciplinary team approach, cleft lip and palate.*

GİRİŞ

Dudak ve damak yarıklı hastaların multi-disipliner tedavisi içinde, diğer tıp ve diş hekimliği yaklaşımlarının yanında ortodontik tedavi belki de en uzun dönemi kapsamaktadır. Bu görev bebeğin doğduğu andan tüm dişler tamamlanincaya kadar geniş bir süreci kapsasa da ülkemizde ortodonti kliniklerine gönderilen dudak-damak yarıklı hastaların çoğu erken palatolasti uygulanan geç başvurularlardır. Dudak tamiri öncesinde ortopedik tedavi uygulanmamış olan bu tip hastalarda palatinal yapılarda istenmeyen hareketler gözlenmektedir. Unilateral olgu-

larda palatinal yapılar medial yönde kollabe olurken pre-maksilla dışarı doğru protruze olabilmektedir. Bilateral olgularda ise durum daha ağırdır. Lateral maksiller segmentlerde kolaps görülürken premaksillanın anterior protrüzyonu söz konusudur (1-5). Ortodontistler bu geç dönemde bile bozulmuş form, fonksiyon ve estetiğin yeniden düzenlenmesi görevinin önemli bir kısmını üstlenmişlerdir. Ortodontik tedavi sonrası protetik yaklaşım ise, bu tip hastalarda hem sabit retansiyon hem de estetiğin tamamlanması amacıyla kaçınılmazdır. Aşağıda kliniğimize geç dönemde başvuran dudak-damak yarığına sahip 2 hastanın multi-disipliner yaklaşımları sunulacaktır.

VAK'A 1

Hasta, çift taraflı dudak ve tek taraflı alveol ve damak yarığı mevcut olarak dünyaya gelen bir kız çocuğudur. Kliniğimize Ekim 1994 tarihinde (14 yıl 11 ay), çapraşıklığın düzeltilmesi için başvurmuştur. Yapılan el-bilek analizinde hastanın Ru gelişim döneminde olduğu saptanmıştır (6). Alınan anamnezde, 11 aylıkken dudak ve damak ameliyatı geçirdiği öğrenilmiştir. Temmuz 1994 tarihinde ise Ankara Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim dalında yarık hattında bulunan fistülün opere edildiği hasta tarafından bildirilmiştir.

Klinik muayenede hastada konkav bir profil, dudakta asimetri ve skar izi ilk göze çarpan bulgulardır (Resim 1a,b). Ağız içi muayenede Klas I molar ilişki tespit edilmiş olup, sağ kanin Klas II'e meyilli, sol kaninin ise Klas I ilişkide konumlandığı saptanmıştır. Yarık hattındaki lateralın, şekil bozukluğu gösterdiği ve üst sol lateralın tamamen palatoversiyonda ve 180° rotasyonlu olarak sürmekte olduğu görülmüştür. Alt sol süt V no'lu diş hala ağızda olup, üst orta hat 2 mm sola kaymıştır. Hastanın maksilla ve mandibulasında belirgin bir çapraşıklık olmayıp, yetersiz overjet ve overbite'in mevcut olduğu tespit edilmiştir (Resim 1e,f).

Hastanın tedavi başına ait sefalometrik bulguları değerlendirildiğinde ise (Tablo 1); iskeletsel olarak Klas III eğilimin (ANB: 0.5°), dik yön açısının normal sınırlar içinde olduğu (GoGn/SN: 34°), maksiller ve mandibuler keser dişlerin normal pozisyonda konumlandığı saptanmıştır.

Bu vak'anın tedavisinde:

- 1- Çekimsiz olarak sabit mekaniklerle normal overjet, overbite ve maksimum interkuspidasyonun sağlanması ve preprotetik olarak ağızın hazırlanması amaçlanmış,
- 2- Ortodontik tedaviyi takiben hem fasiyal estetiğin sağlanması hem de daimi retansiyon amacıyla protetik olarak üst çeneye sabit köprü yapılması hedeflenmiştir.

* A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti ABD.
** A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti ABD.
*** GATA, ANKARA.

Bu hedefler doğrultusunda, ilk olarak 0.018" slot edgewise braketlerle sabit tedavi başlatılmıştır. 0.014", 0.016" ve 0.017x0.022" ark telleri ile hedeflenen okluzyon sağlanmıştır. Rotasyonlu (180°) sol lateral diş, rotasyonu düzeltilmeden olduğu gibi yerine getirilmiştir (Resim 1g-i). Tedavi boyunca yarık hattındaki dişlere mümkün olduğunca hafif kuvvetler iletilmiştir (30-50 gr).

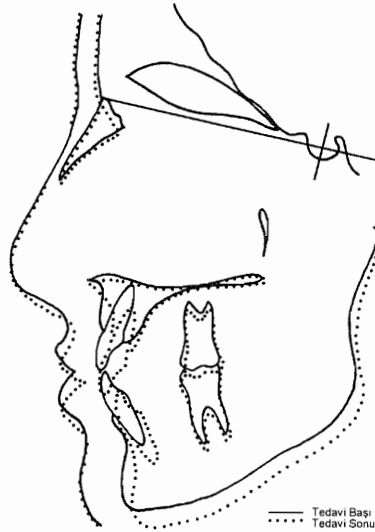
Tedavi hedefleri doğrultusunda hastaya hem fasyal görünümü düzeltmek hem de ömür boyu retansiyon amacıyla metal destekli seramik köprü yapılmıştır (Resim 1j-l). Son olarak hastamıza dudak rekonstrüksiyon operas-

yonu ile skar dokusunun ve asimetrinin düzeltilmesi önerilmiştir. Bu öneri hata ve velisi tarafından daha sonra tekrar düşünülme üzere kabul edilmemiştir.

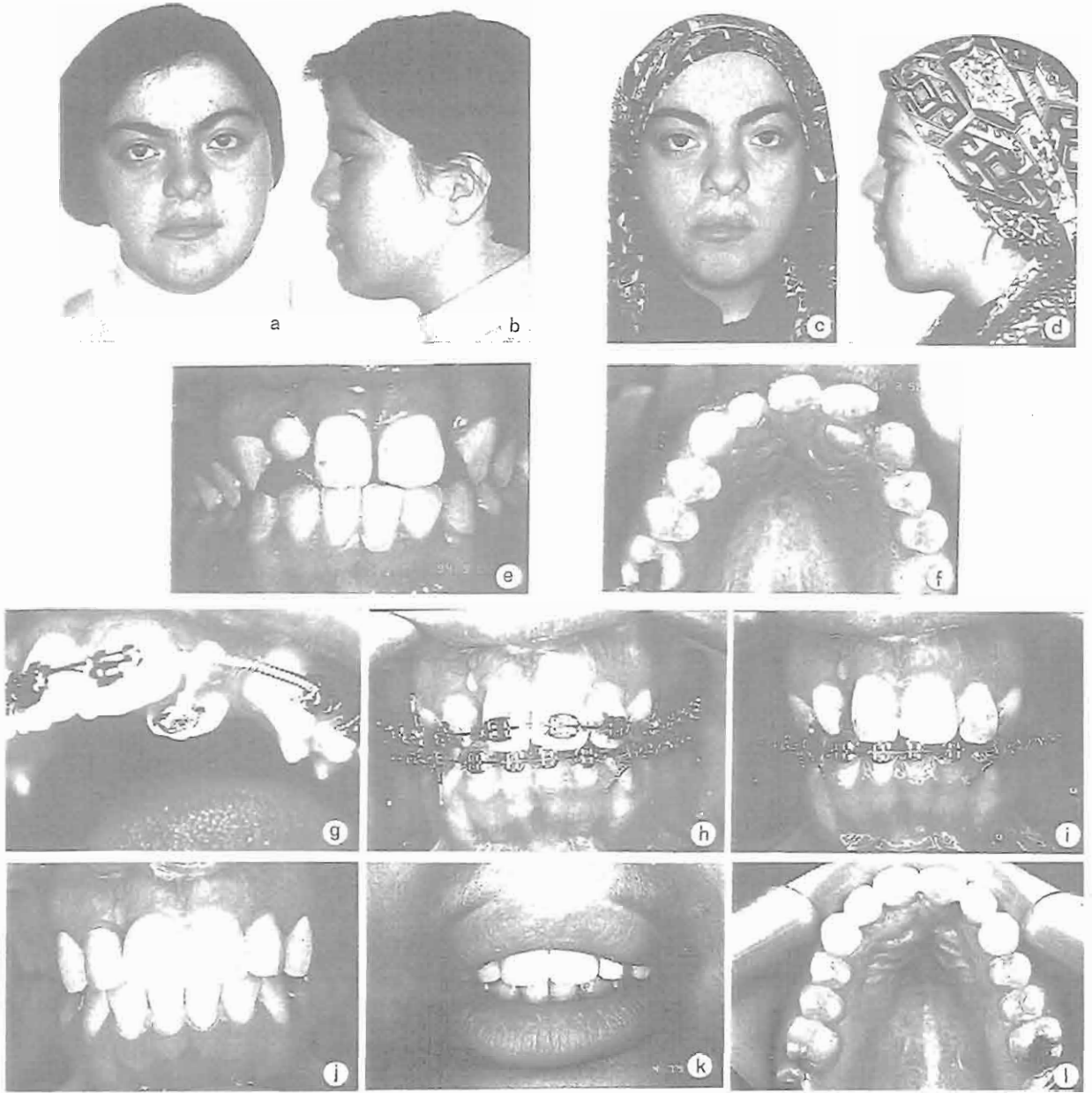
Ortodontik ve protetik uygulamalar neticesi hastaya normal okluzyon kazandırılmaya ve fasyal görünümü düzeltmeye çalışılmıştır (Tablo 1, Resim 1c,d,j-l, Şekil 1). Toplam 2 yıl 9 ay süren tedaviyi takiben alt ve üst çeneye Hawley plakları yapılarak pekiştirme tedavisine geçilmiştir. Tedavi başı ve sonuna ait lateral sefalometrik filmlerde yapılan Björk'ün yapısal çakıştırma sonuçları Şekil 1'de görülmektedir (7).

Tablo 1: 1. Vak'aya ait sefalometrik ve model analiz sonuçları.

Ölçümler	Tedavi Başı (14 yıl/11 ay)	Tedavi Sonu (17 yıl/8 ay)
SNA	78°	79°
SNB	77.5°	75°
ANB	0.5°	4°
1-NA	3 mm/22°	4 mm/25°
1-NB	3 mm/24°	5 mm/25°
GoGn/SN	34°	36.5°
Holdaway	3 mm	4 mm
Üst dudağın S Doğrusuna uzaklığı	0 mm	2 mm
Alt dudağın S Doğrusuna uzaklığı	4 mm	4.5 mm
Overjet	0 mm	2 mm
Overbite	0 mm	2 mm
Maksiller Ark Boyu Sapması	-3 mm	0 mm
Mandibuler Ark Boyu Sapması	0 mm	0 mm



Şekil 1: 1. vak'anın tedavi başı ve tedavi sonu çakıştırması.



Resim 1a,b,c,d. 1. vak'aya ait tedavi başı ve sonu cephe ve profil; e,f. tedavi başı ağız içi cephe ve okluzal; g,h,i. ara safha; j,k,l. tedavi sonu cephe, dudak ve okluzal fotoğrafları.

VAK'A 2

Hasta, Ekim 1976 tarihinde tek taraflı dudak, alveol ve damak yarığı mevcut olarak dünyaya gelen bir kız çocuğudur. Kliniğimize Kasım 1990 tarihinde başvurduğunda 14 yıl 1 ay kronolojik yaşta ve Ru gelişim döneminde olduğu saptanmıştır (6). Alınan anamnezde, 3 aylıkken dudak, 6 aylıkken ve 8 yaşında damak ameliyatı geçirdiği öğrenilmiştir.

Klinik muayenede hastada konkav bir profil, dudakta asimetri ve skar izi olduğu saptanmıştır (Resim 2a,b). Ağız içi muayenesinde; sagittal yönde Klas II molar ilişki mevcut olduğu görülmüştür. Sağ üst santral ve kanin dişler yarık hattına doğru devrilmüş ve üst orta hattın 7 mm sağa kaymış olduğu tespit edilmiştir.

Transversal olarak posterior çapraz kapanış, maksilla'da ağır (-14 mm) ve mandibulada minimum (-3 mm) çapraşıklık olan hastada, ayrıca yetersiz overjet ve overbite mevcudiyeti göze çarpmaktadır (Resim 2e).

Hastanın tedavi başı sefalometrik bulguları Tablo 2'de verilmiştir. Vaka sagittal olarak iskeletsel Klas I (ANB: 3°) olmasına rağmen, hem maksillanın hem de mandibulanın kafa kaidesine göre geride konumlandığı (SNA: 76°, SNB: 73°), dik yön açısının ise normal sınırlar içinde olduğu (GoGn/SN: 36°) saptanmıştır.

Bu vak'anın tedavisinde:

1- Üst sağ 5 ve üst sol ve alt sağ-sol 4 no'lu dişlerin çeki mi planlanmış ve sabit mekaniklerle normal overjet, overbite ve maksimum interkuspasyonun sağlanması ve preprotetik olarak ağızın hazırlanması amaçlanmıştır,

2- Yarık hattının opere edilmesi,

3- Ortodontik ve cerrahi yaklaşımı takiben hem fasiyal estetiğin sağlanması hem de daimi retansiyon amacıyla protetik olarak üst çeneye sabit köprü yapılması hedeflenmiştir.

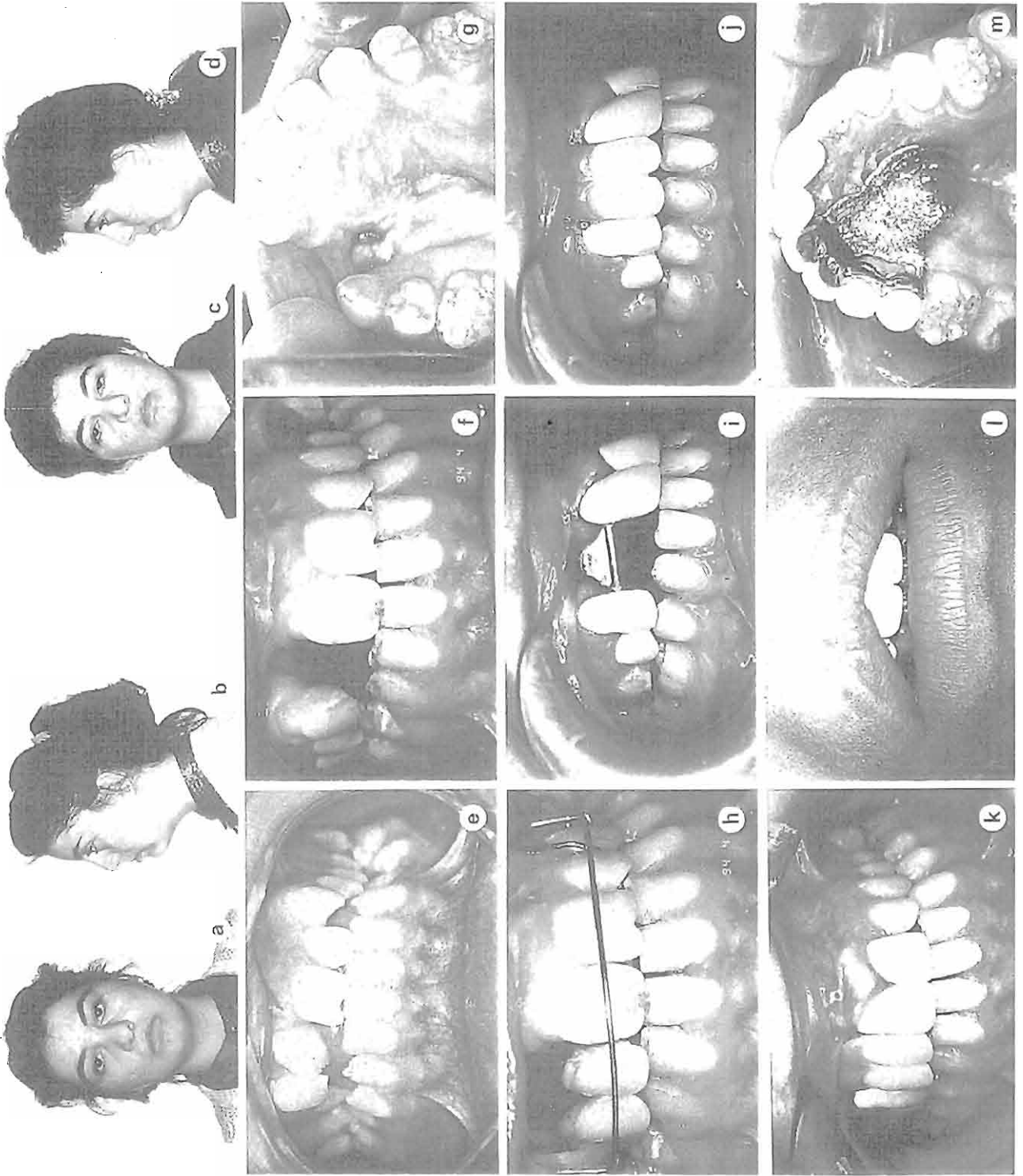
Bu hedefler doğrultusunda, hastanın çekimleri yapıldıktan sonra 0.018" slot edgewise braketterle sabit tedavi başlatılmıştır. Tedavi süresince ankrajı korumak amacıyla hasta oksipital headgear kullanmıştır (350-400 gr). 0.014", 0.016" ve 0.017x0.022" ark telleri ile hedeflenen okluzyon sağlanmıştır. Bu hastada da tedavi boyunca yarık hattındaki dişlere mümkün olduğunca hafif kuvvetler iletilmiştir (30-50 gr).

Hasta Mart 1993 tarihinde Ankara Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalında mevcut fistülün kapatılması ve yarık hattına kemik grefti konulması amacıyla opere edilmiştir. Post operatif dönemde hastanın ağız hijyeni bozuk olduğundan konulan iliak kemik greftinin tutmadığı ancak açık olan fistülün kapatıldığı saptanmıştır (Resim 2f,g). Hasta ve velisi önerilen 2. bir operasyonu kabul etmemiştir. Cerrahi operasyonu takiben alt-üst bant ve braketter sökülmüş ve dişli hawley plağı takılmıştır (Şekil 2h). Yaklaşık 3 ay sonra hastaya hem fasiyal görünümü düzeltmek hem de ömür boyu retansiyon amacıyla protetik olarak yaklaşmıştır. Hastanın hijyeninin yetersiz olduğu bilindiğinden altı temizlenebilir Dolder barlı köprü planlanmış ve ayrıca alveol yarığın kamufajı sağlanmaya çalışılmıştır (Resim 2i-m).

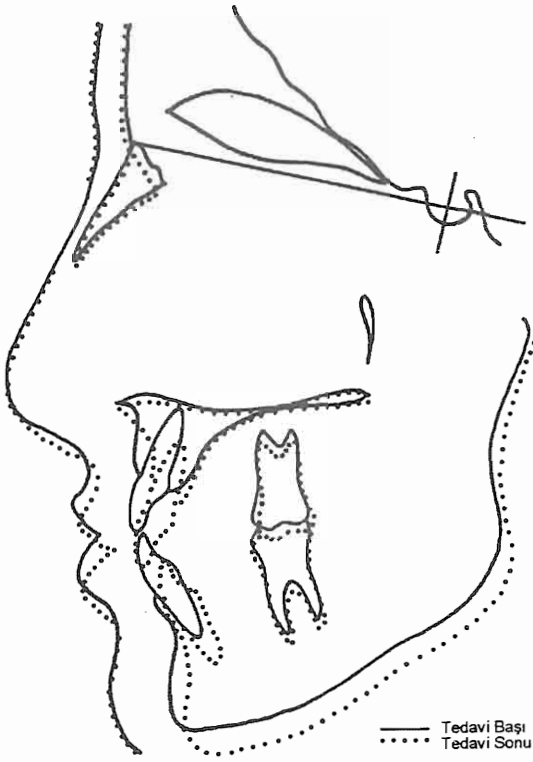
Ortodontik, cerrahi ve protetik uygulamalar neticesi hastaya normal okluzyon kazandırılmaya ve fasiyal görünümü düzeltilmeye çalışılmıştır (Tablo 2, Şekil 2, Resim 2c,d,k-m). Toplam 3 yıl 5 ay süren tedaviyi takiben alt ve üst çeneye Hawley plakları yapılarak pekiştirme tedavisine geçilmiştir. Şekil 2'de 2. vak'aya ait tedavi başı ve sonu yapısal çakıştırma sonuçları görülmektedir (7).

Tablo 2: 2. Vak'aya ait sefalometrik ve model analiz sonuçları.

Ölçümler	Tedavi Başı (14 yıl/1 ay)	Tedavi Sonu (17 yıl/6 ay)
SNA	76°	75°
SNB	73°	73°
ANB	3°	2°
1-NA	3 mm/19°	2 mm/20°
1-NB	4.5 mm/22°	3 mm/22°
GoGn/SN	36°	36.5°
Holdaway	2 mm	0.5 mm
Üst dudağın S Doğrusuna uzaklığı	-3 mm	-3 mm
Alt dudağın S Doğrusuna uzaklığı	0 mm	0 mm
Overjet	0 mm	2 mm
Overbite	0 mm	2 mm
Maksiller Ark Boyu Sapması	-14 mm	0 mm
Mandibuler Ark Boyu Sapması	-3 mm	0 mm



Resim 2a,b,c,d. 2. vak'aya ait tedavi başı ve sonu cephe ve profil; e. tedavi başı ağız içi cephe; f,g. sabit tedavi sonu ağız içi cephe ve okluzal; h. tedavi sonu dişli Hawley plağı; i,j. protetik yaklaşım safhaları; k,l,m. tedavi sonu cephe, dudak ve okluzal fotoğrafları.



Şekil 2: 2. vak'ının tedavi başı ve tedavi sonu karşılaştırması.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Dudak-damak yarığına sahip hastalar ortodonti kliniklerine gerek erken gerekse geç dönemde başvurduklarında ana amaç, hastalara çiğneme fonksiyonunun tesis edilmesi, protetik yaklaşımlarla birlikte hastaya normal bir görünüm ve gülümsemenin kazandırılmasıdır. Fasiyal görünümün ortodontik+protetik açıdan düzeltilmesi bu tip bireylerde bozuk olan sosyal ilişkileri düzenlemekte tedirginlik, agresiflik gibi birçok psikolojik probleminde ayrıca düzelmesine yardımcı olabilmektedir (8-10).

TEŞEKKÜR

1. vak'ının operasyonunu gerçekleştiren Ankara Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim

Dalı Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Reha Kişnişçi'ye ve 2. vak'ının operasyonunu gerçekleştiren Ankara Üniversitesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Nejat Bora Sayan'a teşekkür ederiz. Meka Dental sahibi Himmet Şengül'e protetik yaklaşımlar sırasında laboratuvar aşamasında gösterdiği yardımlar için teşekkür ederiz.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Enacar A, Özgen M, Demirhanoglu M, Ayril H, Altay T. Dudak-damak yarıklarında maksiller ortopedik ve ortodontik yaklaşım. Türk Ortodonti Dergisi 6: 90-102, 1993.
2. Bardach J, Klausner EC, Eisbach KJ. The relationship between lip pressure and facial growth after cleft lip repair. Experimental study. Cleft palate J 16: 137-140, 1979.
3. Bardach J, Roberts DM, Klausner EC. Influence of two flap palatoplasty on facial growth in rabbits. Cleft Palate J 16: 402, 1979.
4. Proffit WB, Fields JHW. Contemporary orthodontics. The CV Mosby Company St Louis 1986.
5. Nicholson PT, Plint DA. A long-term study of rapid maxillary expansion and bone grafting in cleft lip and palate patients. Eur J Orthod 11: 186-192, 1989.
6. Helm S, Siersbaek-Nielson S, Skieller V, Björk A. Skeletal maturation of the hand in relation to maximum pubertal growth in body height. Tandlaegebladet Danish Dental J 75: 1223-1234, 1971.
7. Björk A. The use of metallic implants in the study of facial growth in children: Method and application. Am J Phys Anthrop 29: 243-254, 1969.
8. Shaw WC, Meek S, Jones D. Nicknames, teasing, harassment and salience of dental features among school children. Br J Orthod 7: 14-18, 1980.
9. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. Am J Orthod Dentofac Orthop 81: 399-415, 1981.
10. Roberts-Harry DP, Hathorn IS, Stephens CD. The ranking of facial attractiveness. Eur J Orthod 14: 483-488, 1992.

YAZIŞMA ADRESİ:

T. Ufuk Toygar MEMİKOĞLU
Ankara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ortodonti Ana Bilim Dalı
Tel: +312 212 27 08
Fax: + 312 212 39 54
E-mail: memikogl@dentistry.ankara.edu.tr.