

PRİMER ALA REPOZİSYONU

Dr. O.Ata Uysal**

ÖZET

Unilateral kleft lip hastalarında burun deformitesi için Primer Ala Repozisyonu yöntemi uygulamalarımız sunulmuştur.

SUMMARY

PRIMARY ALA REPOSITIONING

The application of Primary Ala Repositioning technique for our Unilateral cleft lip patients has been presented.

Key words : Primary Ala Repositioning, Primary Cleft Lip-Nose.
Anahtar kelimeler : Primer Ala Repozisyonu, Primer Kleft Lip-Nose.

Unilateral kleft lip onarımında başlıca sorun burundaki asimetridir. Bu konuda hala yeni yöntemlerin tanımlanması henüz her zaman yeterli sonuç alınmadığını göstermektedir.

Yaygın olan görüşe göre burun deformitesini erken düzeltmek, burnun normale yakın bir yapı içinde normale yakın bir gelişim göstermesine yardım eder. Diğer taraftan çocuğun deforme bir nostril dolayısıyla oyun çağıında uğrayacağı psikolojik travmaları azaltır.

Kleft lip ameliyatında nazal korreksiyon yapılırsa ilerde daha az revizyona gerek duyulduğu kabul edilmektedir . Millard primer kleft lip ameliyatı sırasında buruna ne kadar iyi şekil verilirse, sekonder deformitenin o kadar az olacağını bildirmiştir . Bu nedenle Millard tanımlamış olduğu ve yaygın olarak uygulanan kleft lip onarım yönteminde primer alar kıkırdak askısına yer vermiştir ve sekonder

* Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

kleft lip nose deformitesini okul öncesi yaşlarda düzeltmektedir . Unilateral kleft lip hastalarının primer ala deformitesi düzeltiminde Millard lateral krusu serbestleştirip pozisyon vermekte, Berkeley medial krusun konumunu düzenlemektedir .

Pigott, tanımladığı Primer Ala Repozisyonu yönteminde kendi modifikasyonunu Millard ve Berkeley yöntemlerine eklemiş ve 200 hastada uygulayarak 12 yıla kadar olan takibinde %5'den az sekonder revizyon yapıldığını bildirmiştir .

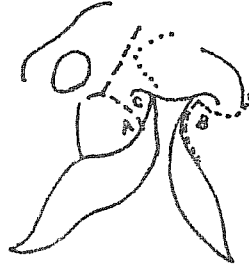
Unilateral kleft lip onarımında primer kleft lip - nose deformitesi için Primer Ala Repozisyonu yöntemi uygulamalarımızı sunacağız.

MATERYAL VE METOD

Bu yöntemde alar kartilaj medial ve lateral krusu için beraberce V-Y ilerletilmesi uygulanarak üst lateral-septal kartilaj kompleksi üzerine bindirilmektedir . Bu yöntem, Millard döndürme-ilerletme unilateral kleft lip onarım yöntemi ile birlikte kullanmak için planlanmıştır (Şekil 1 - 4).

Midkolumellar ve membranöz septal insizyonlar yapılarak medial krus, sağlam taraftaki eşinden ayrılır. Ayrıca üzerindeki deriden serbestleştirilir. İnterkartilajinöz insizyon da yapılır ve maksilla anterior yüzüne ulaşarak infraorbital foramen seviyesine kadar ekstrapariostal disseksiyon uygulanır. Bundan sonra lateral krus, üzerindeki deriden serbestleştirilir. Böylece lateral krus tamamen mobilize olur. Sonuçta medial krus membranöz septal insizyon ve lateral krus interkartilajinöz insizyon boyunca kaydırılabilir durumdadır. Alar kartilaj üst kenarında dome hizasında bir diagonal askı dikişi konulur ve karşı üst lateral kartilaj alt kenarından da geçilir. Askıya alınarak kleft tarafta inferiora disloke olan alar apeks normal taraf ile simetriye getirilir. Septolateral kartilaj birleşim seviyesinde medial ve lateral krus üst kenarları mukozalarından geçirilen sütür, septolateral kartilaj birleşimine tesbit edilir. Böylece V-Y ilerletilmesi ile oluşturulan kartilaj koni dome projeksiyonunu sağlamış olur. Medial krus repozisyonu ile membranöz insizyon boyunca oluşacak mukoza eksikliği için medial mukozal flep, interkartilajinöz insizyon boyunca oluşacak mukoza eksekliği için lateral mukozal flep kullanılır. Postoperatif intranasal stenozu önlemek için nostril tabanı üst labio-gingival sulkusa tesbit edilir.

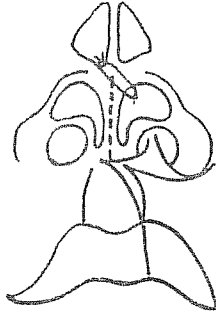
Unilateral kleft lip deformitesi olan 12 hastaya kleft lip ameliyatında burun deformitesi için Primer Ala Repozisyonu Yöntemi uygulanmıştır. Bunların 6'sı komplet, 6'sı inkomplet kleft lip'tir. Dudak yarığı onarımları Döndürme-İlerletme Yöntemi ile yapılmıştır. Hastalar 2 yıl - 3 yıl takip edilmişlerdir (Tablo I, Resim 1, 2).



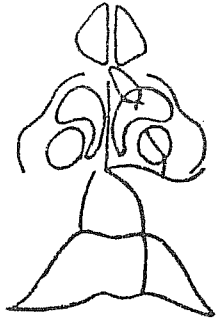
Şekil 1.
Ameliyat Öncesi İnsizyonların Çizimi.



Şekil 2.
İnsizyonlar ve Disseksiyonlardan Sonra.



Şekil 3.
Diagonal Askı Dikişi.



Şekil 4.
V-Y İlerletme Dikişi.

Tablo I: Primer Ala Repozisyonu Uygulanan Hastalar.

Hasta	Cins	Yaş	Kleft Lip Tipi	Takip Süresi	Sorun
O.E.	E	6/12	Komplet	3 yıl	Sorunsuz
E.B.	K	7/12	Komplet	3 yıl	İntranazal stenoz
E.Ç.	E	2	İnkomplet	3 yıl	Sorunsuz
A.K.	K	2	İnkomplet	3 yıl	Sorunsuz
İ.B.	E	1.5	Komplet	3 yıl	Sorunsuz
Y.B.	K	2	Komplet	3 yıl	Sorunsuz
H.İ.	E	6	İnkomplet	2 yıl	İntranazal stenoz
Ş.U.	K	6	Komplet	2 yıl	Sorunsuz
G.B.	E	8/12	İnkomplet	2 yıl	Sorunsuz
A.B.	E	7	Komplet	2 yıl	Sorunsuz
Ş.A.	K	4	İnkomplet	2 yıl	Sorunsuz
D.B.	K	2	İnkomplet	2 yıl	Sorunsuz



Resim 1: Ameliyat Öncesi.



Resim 2 : Ameliyat Sonrası.

BULGULAR

2 olgumuzda yakınma oluşturmeyen intranasal stenoz ile karşılaştık. Bunların birinde inkomplet, diğerinde komplet kleft lip onarımı yapılmıştı. Hastalarımızdan burun sekonder revizyonu için başvuran olmadı. 3 yıla kadar takiplerimizde nazal tip ve nazal lobülün konfigasyonunda değişiklik gözlemedik (Tablo I).

TARTIŞMA

Primer Ala Repozisyonu gerekçelerini Pigott şu şekilde sıralamaktadır⁶: 1) Burun lobülü kısımları sağlam taraf ile simetrik normal pozisyona getirilmekte ve böylece gelişim süresinde hipoplazik maksilla ve anormal mimik kaslarının sınırlayıcı etkisinden kurtarılmaktadır. 2) Dudak onarımı sırasında kullanılmayan dokulardan burun için yararlanılmaktadır. 3) Ameliyat sonrası hastanın görünümü normale daha yakın olduğundan psikolojik travmalar önlenmiş olur. 4) Revizyon ihtiyacı daha az ortaya çıkar. Dezavantajları şöyle belirtilmiştir: 1) Erken radikal cerrahi kan akımını azaltarak ve fibrozis oluşturarak büyümeyi engelleyebilir. 2) İntranazal skarlar stenoz oluşturabilir. 3) Oluşacak skarlar revizyonu zorlaştırabilir.

Primer Ala Repozisyonu için uygulanan erken radikal cerrahinin, gelişiminde burun lobülü hipoplazisine yol açtığına dair herhangi bir bulguya Pigott 12 yıllık takiplerinde rastlamamıştır⁶. Bizim hastalarımızdaki takip süremiz en fazla 3 yıldır ve bu yönden değerlendirme sonuçlarımız aynıdır.

Pigott, bu yöntemin uygulanmasından sonra ortaya çıkan başlıca sorunun intranazal stenoz olduğunu bildirmiştir⁶. Bunu önlemek için nostril tabanı mukozasını üst labiogingival sulkusa tesbit ederek nostril tabanının yükselmesini engellemeyi önermektedir. Stenoz burun tabanında yara enfeksiyonu veya dudak yarığı onarımı teknik hatalarına da bağlı olabilir. Stenoz genellikle yakınma ortaya çıkarmamaktadır. Fakat yakınma olursa çözümü için Z plasti, eksizyon ve mukozal greft önerilmiştir. Bu revizyonlardan sonra 6 ay intranazal akrilik kalıp uygulanmaktadır.

2 olgumuzda yakınma oluşturmayan stenoz ile karşılaştık. Bunların birinde komplet, diğerinde inkomplet kleft lip onarımı yapılmıştı ve nostril tabanı mukozası labiogingival sulkusa tesbit edilmemişti. Bunların düzeltilmesi için nostril tabanına perialar flep rotasyonu planladık.

KAYNAKLAR

1. Trier WC. Cleft Lip nasal deformity. In Serafin D, Georgiade NG (Eds): *Pediatric Plastic Surgery* Vol.I, 1 st ed., C V Mosby Company, 1984, 316.
2. Millard DR. The unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 34: 169, 1964.
3. Millard DR Jr. *Cleft Craft*. Vol.1, Boston: Little, Brown, 1976, pp.313-524.
4. Millard DR Jr. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 70: 64, 1982.
5. Berkeley WF. The cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 23: 567, 1959.
6. Pigott RW. Alar leapfrog. *Clin Plast Surg* 12: 643, 1985.

