

# LATERAL YÜZ YARIKLARINDA MAKROSTOMİNİN CERRAHİ TEDAVİSİ

\*M. İhsan OKUR, \*\*Rüştü KÖSE, \*\*A. Mustafa YILDIRIM

\*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

\*\*Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

## ÖZET

Nadir görülen yüz yarıkları Tessier tarafından sınıflanmıştır. Amacımız bu sınıflamada No. 7 yarık olarak tanımlanan üç lateral yüz yarıklı olgudaki makrostominin cerrahi tedavisinin planlanmasını yapmak ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Lateral yüz yarığı tanısı olan üç olguda yanlara doğru uzanan orbicularis oris kası halka şekline onarıldı. Cilt kesisini kapatırken nazolabial sulkus hizasına Z plasti uygulandı.

Her üç hastada da tek taraflı ağız yarığına bağlı makrostomi vardı. Hastaların ikisinde kulak önünde aksesuar kıkırdaklar mevcuttu. Ancak önemli bir dış kulak anomalisine rastlanmadı.

Makrostomi cerrahisinden iyi sonuçlar alındı. Açık ve kapalı halde ağızın simetrisi tatminkâr idi. Lateral yüz yarıklarının cerrahi tedavisinde orbicularis oris kasının anatomik onarımı ve cildin kapatılmasında düz hat onarımından kaçınılması ile istenilen sonuçlar elde edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** lateral yüz yarığı, Tessier no. 7 yarık, transvers yüz yarıkları, nadir yüz yarıkları, cerrahi teknik.

## SURGICAL TREATMENT OF MACROSTOMIA IN LATERAL FACIAL CLEFTS

### ABSTRACT

Rare facial clefts are classified by Tessier. Our purpose is to discuss planning of the surgical treatment of lateral facial clefts that is described as No. 7 cleft in this classification and evaluate the results.

The laterally stretched orbicularis oris muscles of three patients who had lateral facial cleft were repaired in the ring form. A Z plasty was made at the nasolabial sulcus level during the closure of the skin.

There were macrostomia due to facial cleft in three patients. Preauricular accessory cartilages existed in one of them. However, none of the patient had a major external auricular anomaly.

The outcomes of the macrostomia surgery was successful. The symmetry of the mouth was acceptable when it was open and closed. By anatomical repair of the orbicularis oris muscle and avoiding straight line skin repair, desired results can be achieved in the surgical treatment of the lateral facial clefts.

**Keywords:** lateral facial cleft, Tessier no.7 cleft, transvers facial clefts, rare facial clefts, surgical technique.

## GİRİŞ

Yüz birçok anlam yüküdür ve kişinin aktarmak istediği ifadeler yüz aracılığı ile aktarılır. Yüz yarıkları yüzün şeklini önemli derecede bozan deformiteler arasındadır. Dudak yarığı olan hastalardan oluşan değişik serilerde açıklanan atipik yarıkların dudak-damak yarıklarına oranı 9.5/1000 ile 34/1000 arasında değişmektedir.<sup>1</sup> Tessier no 7 yarıklarının sıklığının ise yaklaşık 3000 ile 5642 doğumda bir olduğu tahmin edilmektedir.<sup>2</sup> Bu gibi nadir olgularda hastanın değerlendirilmesive cerrahinin planlanması her zaman kolay değildir. Lateral yüz yarıklarında genişlemiş ağız kenarının onarımı basitçe bir araya getirilip dikilmekten ibaret değildir. Özellikle orbicularis oris kasının düzeltilip halka şeklinde dikilmesi önem taşımaktadır. Cerrahi tedavi planlanırken dudak yarıklarındaki temel prensiplerin kullanılması faydalı olabilir. Bu yazıda üç lateral yüz yarığı olgusunun makrostomilerinin düzeltilmesinde yaptığımız değerlendirme ve cerrahi girişimini sunarak

benzer olgularda yapılacak planlamalara yol göstermek istedik.

## HASTALAR VE YÖNTEM

2000–2004 yılları arasında üç Tessier no 7 yüz yarığı olgusu değerlendirilerek tedavi edildi.

**Olgu 1:** Dokuz yaşında kız çocuğu doğuştan itibaren solda ağız kenarından yanağa doğru uzanan yarık nedeniyle kliniğimize başvurdu. Başka herhangi bir şikâyeti olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde lateral yüz yarığı tespit edildi (Resim 1). Göz, burun ve dış kulak normaldi. El, ayak gelişimi normaldi; fizik ve mental aktivitede patoloji saptanamadı. Anne, baba ve kardeşlerinde herhangi bir anomali yoktu.

**Olgu 2:** Beş yaşında kız çocuğu ağızın sol tarafa doğru geniş olması nedeniyle getirildi. Tessier no 7 yarık tanısı kondu. Fizik muayenede aynı tarafta preauricular aksesuar kıkırdakları mevcuttu. Orta derecede bir yüz asimetrisi vardı (Resim 2). Çekilen düz grafilerde solda



Resim 1: Olgu 1'in ameliyattan önce ağız açık iken görünümü



Resim 2: Olgu 2'nin ameliyattan önceki görünümü.



Resim 3: Olgu 3'nin ameliyattan önce ağız açık iken görünümü, Özellikle ağız açırken alt dudakta aşırı bir deformite var.

maksiller ve zigomatik kemik lateralinde hipoplazi saptandı. Hastada başka bir sorun yoktu. Ailede benzer bir deformite tarif edilmiyordu.

**Olgu 3:** Altı yaşında kız çocuğu idi. Doğuştan itibaren solda lateral yüz yarığı vardı (Resim 3). Yapılan fizik muayenede aynı tarafta preauricular aksesuar kıkırdakları mevcuttu. Hafif yüz asimetrisi dışında yüz kemiklerinde, el ve ayak yapılarında herhangi bir anomali yoktu, fizik ve

mental aktivite normaldi. Olgunun sol kulak hizası sağa göre daha aşağıdaydı ve sol kulakta hafif prominent ear görünümü vardı. Çekilen düz grafilerde yüz ve kafa kemiklerinde solda minimal maksiller hipoplazi dışında bir anomali saptanmadı.

Hastaların hepsi miyadında normal vajinal yolla doğmuş, anne gebeliği sırasında radyasyon veya herhangi bir ilaç almamıştı. Hastaların anne ve babası arasında akrabalık yoktu. Tüm hastalarda kemik deformitesi minimaldi.

**Cerrahi teknik:** Anestezi konsültasyonu yapılan hastalar nazotrakeal entübasyon ile ameliyata alındı. Pergel ile ölçüm yapılarak üst dudak orta hat ile ağız köşeleri arasındaki uzaklık eşit olacak şekilde ağız köşeleri belirlendi. McCarthy'nin önerisine uygun olarak ağız köşesi bu noktadan 2 mm daha lateralde olacak şekilde kaydırıldı.<sup>3</sup> Bu noktanın lateraline doğru cilt-vermilion çizgisinden insizyon yapıldı ve arkaya doğru flepler kaldırıldı. Dış yana doğru uzanan ve birbiriyle birleşmeyen orbicularis oris uçları yaklaşık 1 cm kadar dış yana doğru disseke edildi (Resim 4). Tek tek dikişlerle ağız mukozası kapatıldı. Kaslar bu noktadan kesilerek birbiri üzerine gelecek şekilde dikildi ve orbicularis oris kası devamlılığı sağlandı (Resim 5). Bu sırada kasların bir miktar gergin olarak dikilmesine dikkat edildi. Mukozadan vermilion kenarına kadar olan bölge dikilerek ağız köşesi oluşturuldu. Cilt kapatılırken nazolabial sulkus hizasına gelen bölgeye her bir kolu 3 mm uzunluğunda bir Z plasti yapıldı (Resim 6).

Her üç hasta da sorunsuz olarak iyileşti. Hastalarda ağız komissürleri ağız kapalıyken normal görünüşteydi (Resim 7). Buna rağmen ikinci olguda ağız açıldığında hafif bir asimetri gözleniyordu (Resim 8).

#### TARTIŞMA

Nadir görülen yüz yarıklarının ilk sınıflaması 1887 yılında Morion tarafından yapılmıştır. Bu tarihten sonra çeşitli sınıflamalar yapılmıştır. Ancak bunlar arasında en bilineni Tessier'nin yaptığı sınıflamadır. Tessier 1973 yılında klinik gözleme dayalı olarak yarıklara numaralar vermiş ve yarık hatlarını tanımlamak için yüzde 15 nokta belirlemiştir. 0-14 arası yarıklar saat yönünün tersine orbita çevresinden yaylanarak kesin planlar boyunca uzanırlar<sup>4</sup>. En sık görülen yarık tipleri 0 ve 14 numaralı

yarıklardır. 7 numaralı transvers yarıklar da diğerlerine göre oldukça sık gözlenmektedir.<sup>2</sup>

Tessier no 7 yarıkları % 87 oranında kız çocuklarında görülmektedir. Bu yarıkların % 61 sol tarafta oluşur<sup>5</sup> ve % 10- 20 oranında çift taraflı yarık mevcuttur.<sup>6</sup> Bizim üç hasta da kız çocuğu idi ve yarıkları sol taraftaydı.

Atipik kraniofasiyal yarıkların etiyopatogenezi halen tam olarak açıklanamamıştır.<sup>7</sup> Yüz yarıklarındaki çok çeşitliliğin nedeninin çevresel ve genetik etkenlerin zamanlama, etki süresi ve yoğunluğundaki küçük farklılıklarda yatıyor olmasıdır. Treacher-Collins sendromu dışındaki yüz yarıklarında genetik faktörlerin rolü sınırlıdır.

Bizim hastalarımızda gördüğümüz yarıklar Tessier'nin 7 numaralı yarığına uymaktadır. Lateral yüz yarıkları ayrıca konjenital makrostomia ve transvers yüz yarıkları olarak da adlandırılırlar. Bizim olgularımızda saptanan aksesuar kıkırdaklar, hafif denecek yüz hipoplazisi ve düşük sol kulak dışında yüz yapısını değiştiren major bir anomalileri yoktu. Bu açıdan hastalarımız şanslıydı. Lateral yüz yarığı olan hastalarda birinci ve ikinci brankiyal arkta gelişen yapılarda anomaliler saptanabilir. Yarık ile birlikte mikrognati, microtia, maksilla, mandibula

ve zigomada anomali olan vakalar vardır.<sup>2,8</sup> Ayrıca üst çenede.<sup>3</sup> molar diş ve maksillanın arka tarafının yokluğu görülebilir.<sup>2</sup> Bu yarıklarda eskiden en sık etkilenen kemiğin mandibula olduğu bilinmekteydi. Günümüzde yapılan üç yönlü tomografi çalışmaları sonucunda maksilladaki duplikasyon ve hipoplazi en sık görülen kemik deformitesi olduğu ortaya konmuştur. Önceki bilgilerin aksine mandibular kemiğin kondil kısmı bu yarıklarda çok az etkilenmektedir.<sup>5</sup> Bizim ikinci ve üçüncü olgularımızda olduğu gibi hafif yüz asimetrisi ve dış kulak anomalilerine de rastlanmaktadır.<sup>8,9</sup>

Tessier no 7 yarıklarının tedavisinde izlenecek yol hakkında tam bir fikir birliği yoktur. İlk yapılacak tedavi bebeklik döneminde makrostominin düzeltilmesidir. Erken çocukluk döneminde (2-4 yaş) maksiller duplikasyon mevcut ise rezeksiyon ameliyatı yapılır. Geç çocukluk dönemi (5-10 yaş) kemik grefti ile onarım zamanıdır. Çocuğun büyümesi tamamlandıktan sonra ortognatik tedavi ve yumuşak doku cerrahisi yapılır.<sup>5</sup>

Lateral yarık hastalarındaki ağız köşesi yarığının miktarı bir tarafta hafif bir genişlemeden dış kulağa kadar ulaşan komplet bir yarığa kadar değişebilir. Ancak çoğu vakada yarık masseter kasını geçmez.<sup>9</sup> Buna



**Resim 4:** Yanlara doğru uzanan orbicularis oris kasları ayrılarak kesildi ve birbiri üzerine dikilmek için hazırlandı.



**Resim 5:** Orbicularis oris kasları alt dudak tarafı posteriorda kalacak şekilde dikildi.

**Resim 5:** Cilt insizyonu, nazolabial sulkus hizasına Z plasti yapılarak kapatıldı.





**Resim 8:** Ameliyattan 3,5 ay sonra dudaklar ve ağız kenarları doğal görünümde, ancak ağız açıkken hafif bir asimetri mevcut.

uygun olarak üç vakamızda da yarık masseter kasına ulaşmadan sonlanmaktaydı.

Lateral yarıkların cerrahisinde dikkat edilecek en önemli nokta ağız çevresinde kas devamlılığının sağlanmasıdır. Dudak yarıklarının onarımı sırasında orbicularis oris kasının uçları yarık boyunda devam ederek burun tabanına yapıştığı gözlenmektedir. Ameliyatta bu kaslar yapışıkları yerden ayrılarak karşı karşıya getirilmektedirler. Benzer şekilde lateral yüz yarığı olan olgularımızda orbicularis oris kası yanlara doğru uzanmaktaydı. Kasın alt ve üst uçları yanlardan kesilerek kasın ağızın etrafında yuvarlak oluşturacak şekilde devamlılığı sağlandı. Yarığın basitçe karşılıklı olarak dikilerek kapatılması kasın devamlılığını sağlayamayacağından ağız kenarı şekli ve özellikle ağız hareketleri sırasında istenilen şekilde düzelmeyebilir.

Bu hastalarda ameliyattan önce alt dudak üste göre daha aşağıda ve önde bulunmaktadır. Orbicularis oris kasının alt ve üst parçalarının dikilmesi sırasında alt parçanın posteriora üst parçanın anteriora kalacak

Y. DOÇ. DR. RÜŞTÜ KÖSE  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ,  
PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK  
CERRAHİ ANABİLİM DALI 63300 ŞANLIURFA  
Tel: 0 414 3148410  
Fax: 0 414 3139615  
e-mail: rkose@harran.edu.tr

#### KAYNAKLAR

1. Ortiz-Monasterio F, Fuente del Campo A, Dimopoulos A. Nasal clefts. *Ann Plast Surg* 18: 377;1987.
2. Kawamoto HK Jr. Rare Craniofacial Clefts. In: McCarthy JG, editor. *Plastic surgery*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2922-73;1990.
3. McCarthy JG. Oral commissure repair. In: Brent B, editor. *The artistry of reconstructive surgery*. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 267-71;1987.
4. Tessier P. Anatomical classification facial, craniofacial and latero-facial clefts. *J Maxillofac Surg*.4:69-92;1976.
5. Woods RH, Varma S, David DJ. Tessier no. 7 cleft: a new subclassification and management protocol. *Plast Reconstr Surg*.122:898-905;2008.
6. Kuriyama M, Udagawa A, Yoshimoto S, Ichinose M, Suzuki H. Tessier number 7 cleft with oblique



**Resim 7:** Olgu 1'in ameliyattan 3 ay sonraki görünümü.

şekilde ve bir miktar da gergin dikilmesi bu sorunun en aza inmesini sağlayabilir (Şekil 5).

Nazolabial sulkus hizasına yapılan Z plastinin iki amacı vardır. Bunlardan birincisi düz hat şeklinde oluşan ameliyat hattını kırarak skar kontraktürünü engellemeye çalışmaktır<sup>9,10</sup>. Aksi halde geç dönemde skar kontraksiyonu nedeniyle ağız köşesi tekrar dış yana doğru kayabilir. İkinci neden nasolabial sulkusa dik olarak geçen skar hattını kırarak ameliyat izini sulkusa uydurmaktır. Düz skar hattı oluşumuna mani olmak için bir başka seçenek de ciltteki yarığın W-plasti yöntemi ile kapatılmasıdır<sup>8</sup>.

Hastalara anestezi verilirken endotrakeal tüpün burundan konması önerilir. Aksi takdirde ameliyat sırasında yapılacak ölçümlerde zorluk çıkabilir.<sup>9</sup>

#### SONUÇ

Lateral yüz yarıkları konjenital anomaliler arasında nadir görülen olgulardandır. Bu vakaların cerrahi tedavisindeki önemli hususlar ağız genişliğinin belirlenmesi ve yanlara doğru uzanan orbicularis oris kasının devamlılığının anatomik şekilde sağlanmasıdır. Hastalarda ek patolojiler olabileceği unutulmamalı ve bu yönde araştırmalar ihmal edilmemelidir.

clefts of bilateral soft palates and rare symmetric structure of zygomatic arch. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*.61:447- 50;2008.

7. Presti F, Celentano C, Marcazzò L, Dolcetta G, Prefumo F. Ultrasound prenatal diagnosis of a lateral facial cleft (Tessier number 7). *Ultrasound Obstet Gynecol*.23:606-8;2004.
8. Aygıt AC, Ayhan MS, Orak F. A left transverse facial cleft with a median cleft of the lower jaw. *Cleft Palate Craniofac J*.36:448-9;1999.
9. Gökrem S, Özdemir OM, Katırcıoğlu A, Şen Z, Ersoy A, Can Z ve ark. A rare craniofacial cleft: Tessier no.7: a retrospective analysis. *Journal of Ankara Medical School*.24:63-8;2002.
10. Torkut A, Coşkunfirat OK. Double reversing Z-plasty for correction of transverse facial cleft. *Plast Reconstr Surg*.99:885-7;1997.