

DUDAK-DAMAK YARIK ONARIMINDAN KALAN ÜST BUKKAL SULKUS SİĞLIĞİNİN GİDERİLMESİ*

Akın YÜCEL, Yağmur AYDIN,
M. Zeki GÜZEL, Alpagan Mustafa YILDIRIM

▼	Giriş
▼	Yöntem-Gereç
▼	Bulgular
▼	Tartışma
▼	Özet
▼	Kaynaklar

Background and Design.- Shallow upper buccal sulcus deformity, one of the secondary deformities after cleft lip-palate repair, causes both aesthetic and functional problems. This deformity also avoids or hardens orthodontic and prostodontic procedures. Upper buccal sulcus deepening procedure was performed in 14 patients for the last 5 years. In 12 cases premaxilla based mucosal flaps were combined either with lip repair, Abbé flap or bilateral buccal mucosal advancement flaps, and in 2 cases buccal mucosal graft that was applied to the premaxilla was combined with bilateral buccal mucosal advancement flaps.

Results.- The follow-up period was 2 to 5 years. Results were satisfactory both for the surgeon, orthodontist, prostodontist and the patient.

Conclusion.- Upper buccal sulcus reconstruction with premaxillary thin mucosal flap or full-thickness mucosal graft combined with tissue sparing techniques provide successful and durable results.

Yücel A, Aydın Y, Güzel MZ, Yıldırım AM. Reconstruction of shallow upper buccal sulcus deformity secondary to cleft lip and palate repair. *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31 (3): 144-148.

GİRİŞ ▲

Dudak damak yarıklarının onarımının geliştirilmesi günümüzde de güncelliğini korumakta ve sürekli olarak yeni modifikasyonlar ileri sürülmektedir. Bu durumun başlıca nedeni, tanımlanmış birçok yeni tekniklere rağmen dudak damak yarığı onarımından sonra yeniden onarılması gereken birçok deformite ile karşı karşıya kalınmasıdır. Bunlardan dudakla ilgili olan kötü skar, vertikal olarak uzun dudak veya kısa dudak, horizontal planda gergin dudak, kas birleşim hatasına bağlı olan deformiteler, filtral ve cupid yaydaki deformiteler oldukça sık olarak incelenmiş olmasına karşın, üst bukkal sulkus deformiteleri konusunda yapılmış çalışmalar literatürde çok az yer almıştır.¹⁻⁷

Üst bukkal sulkusun varlığı sadece ortodontist ve prostodontistin maksilla ve alveolar ark ile ilgili düzeltme girişimleri ve protez uygulayabilmeleri için değil, aynı zamanda dudakın normal fonksiyonlarını yapabilmesi için de gereklidir. Üst bukkal sulkus derinleştirilmesi esnasında açık kalan alan, cilt, ağız içi mukoza veya mukoperiosteal greft ile veya lokal rotasyon flepleriyle kapatılabilir. Özellikle greft uygulandığında olmak üzere, bütün tekniklerde kontraksiyon ve yeni oluşturulan sulkusun derinliğinde kayıp olmaktadır.⁶ Bu konudaki ilk yayımlar Esser'in 1917'de ve Gillies ile Kilner'in 1932'de ince cilt grefti kullanmasına aittir.^{3,4} Cosman ve Crikelair 1966'da daha az kontrakte olduğu varsayılan oral mukoza greftleri kullanmıştır.² O'Connor tarafından önerilen adezyonların geniş olarak sıyrılması ve lateralden getirilen mukoza ilerletme

flepleri ile sulkusun örtülmesi tek başına genellikle yetersiz olduğu için, Horton z-plasti ve V-Y ilerletme tekniklerini kombine etmiş ve gerektiğinde sulkusu mukozal greffle desteklemiştir. Horton'un yöntemi uygun indikasyonlarda iyi sonuç vermesine karşın, O'Connor'un tekniğinin sıklıkla dudak deformite ettiği kabul edilmekte ve kullanılması önerilmemektedir.⁵⁻⁷ Lokal fleplerin kalın olmaları ve altındaki alveolusa gevsek tutunmaları nedeniyle faydasız olduklarının ileri sürülmesinin yanında, sulkusun derinliğinin kalıcı olması için bazı aygıtların kullanılması gerektiğinden sulkoplastinin 4-6 yaşına kadar geciktirilmesi de önerilmektedir.⁶ Bardach ve Salyer dudak alveolustan yeterli derinlikte sulkus oluşturacak şekilde ayırdıktan sonra oluşan defekti ince cilt greffi ile kapatarak bir ay greffi destekleyen ve stabilize eden bir aygıt ve daha sonra da 6 ay süre ile bir retainer kullanarak yeterli sulkus derinliğinin devam ettirebildiğini bildirmiştir.¹

Üst bukkal sulkus derinleştirilmesi ile ilgili literatürde bu güne kadar yayımlanmış çok az yazı vardır ve uygulanan cerrahi tekniklerin sonuçları tatmin edici değildir. Bu yazıda üst bukkal sulkus derinleştirilmesi yapılan 14 hastada 4 farklı yöntem ile alınan başarılı sonuçlara dayanarak bazı prensipler ortaya konmaktadır.

YÖNTEM VE GEREÇLER ▲

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğinde 1995-1998 yılları arasında yarık dudak-damak onarımından kalan üst bukkal sulkus sığığı için 14 hastaya cerrahi girişim uygulandı. Hastaların yaşları en az 6, en çok 17 olmak üzere ortalama 9,4 idi. Hastaların 9'u kız ve 5'si erkekti. 11 hasta iki yanlı tam dudak-damak yarık, 2 hasta iki yanlı tam dudak ve alveolar ark yarık, 1 hasta ise tek yanlı tam dudak-damak yarık idi. Hastaların hepsinde dudak-damak yarık onarımından kalan birden fazla deformite mevcuttu. Anterior alveolar fistülün eşlik ettiği 7 olgudan, fistülün küçük olduğu 2'sinde sulkus derinleştirilirken fistül onarım da yapıldı, 5'inde ise fistül onarım ortodontik maksiller ekspansiyondan sonraya ertelendi. 12 hastada premaksilladan hazırlanan mukoza flebi, yeniden dudak onarım, Abbé flebi veya iki yandan ilerletilen bukkal mukoza flebi ile kombine edilerek, 2 hastada ise premak-sillaya konan mukoza greffi iki yanlı bukkal mukoza ilerletme flebi ile kombine edilerek sulkus derinleştirildi (Tablo I). Sulkus derinliğinin kalıcı olması için herhangi bir stent veya aygıt uygulanmadı.

Tablo I. Olguların Özellikleri

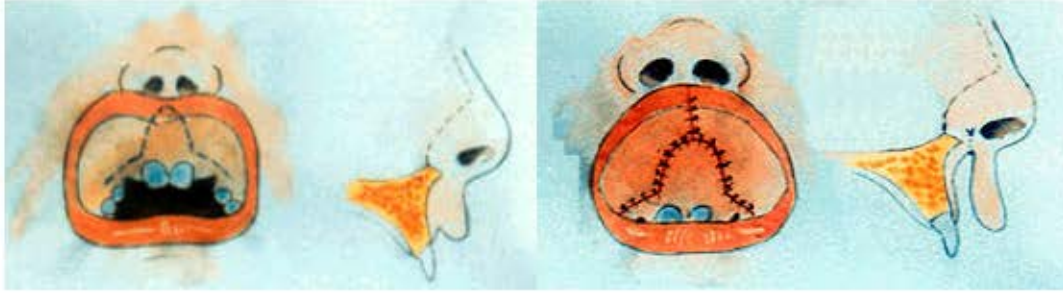
Onarım tekniği	Ek işlem indikasyonu	Ek işlem	Sonuç
İnceltilmiş premaksiller flep (n=12)	Kötü onarılmış dudak	Yeniden dudak onarımı (n=4)	Başarılı
	Gergin dudak	Abbé flebi (n=4)	Başarılı
	Sınırlı mukoza eksikliği	Bukkal mukoza flebi (n=4)	Başarılı
Premaksillaya konan mukoza greffi (n=2)	Şiddetli mukoza eksikliği	Bukkal mukoza flebi (n=2)	Başarılı

Cerrahi Teknik:

Dudak-damak yarık onarımından kalan üst bukkal sulkus sığığının giderilmesinde cerrahi girişim seçilirken, dudak onarımında yapılmış olan hatalar, dudaktaki yumuşak dokunun yeterliliği, premaksillanın durumu ve önde oro-nasal fistülün varlığı gibi her hastada değişen kriterler göz önüne alınması gerektiğinden 4 farklı cerrahi girişim uygulandı.

Premaksiller inceltilmiş mukoza flebi, üst dudakta yumuşak dokunun yeterli olduğu ama dudak yarığının kötü onarıldığı olgularda yeniden dudak onarım (4 olgu) ile, yumuşak dokunun eksik olduğu olgularda alt dudaktan çevrilen Abbé flebi (4 olgu) ile, sınırlı mukoza eksikliğinin olduğu durumlarda ise sadece iki yanlı bukkal mukoza ilerletme flebi (4 olgu) ile kombine edilerek; şiddetli mukoza eksikliğinde ise premaksillaya konan mukoza greffi (2 olgu) iki yanlı bukkal mukoza ilerletme flebi ile kombine edilerek üst bukkal sulkus derinleştirildi. Premaksiller flep kullanılan olgularda insizyonun ters 'U' şeklinde olmasına ve 'U'nun tabanının burun tabanına

yetecek genişlikte olmasma dikkat edildi. Greft konacak olgularda ise premaksillaya yapışık mukoza, diş köküne yakın yerde gingivadan ayrıldı ve iki yanlı bukkal mukoza flebine katılarak sulkusun ön yüzeyini oluşturmakta kullanıldı. Bu insizyonlarla üst bukkal sulkus burun tabanına kadar derinleştirilecek şekilde diseksiyon yapıldı. Derinleştirilmiş olan sulkusun geç dönemde sığlaşmaması ve premaksillada normalde olması gerekenden kalm, yumuşak ve zamanla sarkabilen bir dokunun kalmaması için, premaksillanın sadece periost bırakılacak şekilde soyulmasına ve premaksilladan hazırlanan mukoza flebinin sadece mukoza ve submukozayı içeren çok ince bir flep olarak hazırlanmasına özen gösterildi. Bu hazırlanan ince premaksilla flebi, yeniden dudak onarımı ile kazanılan mukoza, iki yandan ilerletilen bukkal mukoza flebi veya Abbé flebinin mukozası ile her iki burun tabanından ve kolumelladan giriş ve çıkış yapan 3 ayrı polypropylene dikişle derin sulkus oluşturacak şekilde burun tabanında tülle-grass üzerinden tespit edildi (Şekil 1). Mukoza grefti uygulamasında greftin tam kalınlıkta olmasına, premaksilladaki açık alana tam uyum göstermesine ve premaksilladan serbestleştirilen mukoza flebinin de yukarıdaki gibi burun tabanına üç ayrı dikişle tespit edilmesine dikkat edildi. Bu dikişler 3 hafta sonra alındı. Teknik iyi uygulandığında, sulkusu dolduran stent veya başka dolgu maddesi tutan aygıtlara gerek duyulmadı.



Şekil 1. Şematize edilmiş üst bukkal sulkus deformitesi. (A) Üst bukkal sulkus sığılığının ön ve yan görünümü, (B) Premaksiller mukoza flebi ve iki yanlı ilerletme flebinin üst sulkusu derinleştirerek adaptasyonu.

BULGULAR ▲

Hastalar en az 2 yıl, en çok 5 yıl takip edildi. Sonuçlar hepsinde tatmin ediciydi. Hastaların hepsinde ameliyatta elde edilen üst sulkus derinliği herhangi bir protez veya stent kullanılmamasına rağmen kabıcı oldu. Maksiller ekspansiyon gerektiren 10 hastanın hepsinde başarılı ekspansiyon yapılabildi ve bunlardan önde protez gereksinimi olan 2 hastaya da başarılı olarak uygun protez uygulanabildi. Dudak fonksiyonları da oldukça iyi duruma getirilebildi.



Şekil 2. Olgu 1. Onarılmış iki yanlı tam dudak damak yankı 9 yaşında erkek çocuk. (A) Sığ üst bukkal sulkus, (B) Premaksiller mukoza flebi ve iki yanlı bukkal flep ilerletilmesinden 3 yıl sonra.



Şekil 2. Osmangaz İki yaşlı cism dudak damak yaraktı 13 yaşında kız çocuk. (A) Sığ üst bukkal sulcus, (B) Abbé flebi ve iki yaşlı bukkal flep ile yerleştirilmesinden 5 yıl sonra protez de uygulananıy durumunda.



Şekil 4. Olgu 3. Osmangaz İki yaşlı tam dudak damak yaraktı 17 yaşında kız. (A) Sığ üst bukkal sulcus, (B) Prenatal siliyaya yapışık üst bukkal mukozanın ayrılarak İki yaşlı bukkal flebine flebi ile sulcusun ön taraflı oluşturulduktan ve prenatal siliyadaki eşek aken tam kalınlıkta mukozaya grefti ile kapatıldıktan 3 yıl sonraki görüntüleri.

TARTIŞMA ▲

Yarık dudak-damak operasyonundan sonra üst bukkal sulcusun sığ olması ortodontik tedaviye ve protez uygulanmasına engel olgunması yanında, dudak fonksiyonlarının düzgen ve yeterli olarak yapılabilmesinde de olarak vermez. Ancak basitler yarık dudak-damak operasyonundan kalan başka birçok deformiteye sahip olanlardan dolayı bu sorunları genellikle ortodontik veya protodontik girişimler gerektiğinde giderme gelk. Bizim olguların da İki kişi heriy hepsinde ortodontik tedavi uygulanabilmesi amacıyla İki üst bukkal sulcus derinleştirildi.

Üst bukkal sulcus derinleştirilmesi esnasında dudakın diğer bazı deformitelerini de düzeltilebilir. Ortodontik tedavide dudakın geyin olmaması gerektiğinden bölgeye Abbé flebi veya mukozaya grefti gibi yeni doku getirilmesi bazen gerekebilir. Genellikle yumuşak dokuya greftinin olduğu için alveol önündeki oronasal fistüller ancak kıkırk ise ornarılabilir. Bizim olguların hepsinde İki dercede sekonder deformiteler olduğu için ve ayrıca 7 hastada anterior alveolar oronasal fistül olduğu için sulcus derinleştirme işlemi son İlemlen değildi. Bu nedenle, daha sonra düzeltilecek bazı deformitelerin de olması göz önüne alınarak, prenatal siliyalar inceltimig mukozaya flebi veya prenatal siliyalar mukozaya grefti İle kombine edilen teknikler uygulanırken sulcusun orten mukozaya burun tabanından geçen dikçilerle en derin noktaya tespit edilerek sulcus normalden fazla derinleştirildi. Alınan sonuçlar literatür verilerine göre oldukça başarılı İki. Bizim olguların cerrahi, ortodontik, protodontik ve İlaştayr İlaştayr edici sonuçlar alındı.

Dudak-damak yarığı onarımından kalan deformiteleri olan hastalarda üst bukkal sulkusun derinleştirilmesi sona bıracılmaz ise lokal dokular cerrahi gereksinimi karşılayabilir. Bu da yukarıda detaylı olarak anlatılan tekniğin uygulanmasına örnek vererek başarılı sonuçların alınmasına yol açacaktır.

ÖZET ▲

Dudak-damak yarığı onarımından kalan deformitelerden üst bukkal sulkus sağlığı hem estetik hem de fonksiyonel sorunlar yaratır. Ayrıca ortodontik ve prostodontik uygulamaları zorlaştırır veya engel olur. Son beş yılda 14 hastada üst bukkal sulkus derinleştirildi. 12 hastada premaksilladan hazırlanan mukozal flebi yeniden dudak onarımı, Abbé flebi veya iki yandan iletilen bukkal mukozal flebi ile kombine edilerek, 2 hastada ise premaksillaya konan mukozal grefti iki yanlı bukkal mukozal iletilme flebi ile kombine edilerek sulkus derinleştirildi. Hastalar en az 2 ve en çok 5 yıl takip edildi. Sonuçlar cerrah, ortodontist, postodontist ve hasta için tatmin edici idi. Üst bukkal sulkus onarımında premaksiller ince mukozal flebi veya premaksillaya konan tam kalınlıkta mukozal grefti ile kombine edilen doku kazandırıcı tekniklerle başarılı ve kalıcı sonuçlar alınabilmektedir.

KAYNAKLAR ▲

1. Bardach J, Salyer KE. Correction of secondary unilateral cleft lip deformities. Surgical techniques in cleft lip and palate'da. Ed. Bardach J ve Salyer KE. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1987; 225-246.
2. Cosman B, Crikelsair GF. Release of the premaxilla in the bilateral cleft lip nasal deformity. Cleft Palate J 1966; 3:122-129.
3. Esser JFS. Studies in plastic surgery of the face: plastic operations about the mouth. The epidemal inlay. Ann Surg 1917; 65:297-301.
4. Gillies H, Kilner TP. Harelip: operations for the correction of secondary deformities. Lancet 1932; 2: 1369-1374.
5. Horton CE, Adamsen JE, Mladick RA, Teddeo RS. The upper lip sulcus in cleft lips Plast Reconstr Surg 1970; 45:31-37.
6. Jackson IT, Fesching MC. Secondary deformities of cleft lip, nose and cleft palate. Plastic Surgery'de. Ed. McCarthy JG. Philadelphia, W.B Saunders, 1990; 2796-2797.
7. O'Connor GB, McGregor MW, Murphy S, Tolleth H. Advancement of soft tissues to correct mild midfacial retrusion. Plast Reconstr Surg 1972; 52: 42-46.

- **Anahtar Kelimeler:** Yarık dudak, Üst bukkal sulkus, Sulkoplasti; **Key Words:** Cleft lip, Upper buccal sulcus, Sulcoplasty; **Alındığı Tarih:** 30 Haziran 2000; Uzm. Dr. Akın Yücel, Uzm. Dr. Yağmur Aydın, Doç. Dr. M. Zeki Güzel: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı; Doç. Dr. Alpagut Mustafa Yıldırım: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı; **Yazışma Adresi (Address):** Dr. A. Yücel, PK 41, 34303 Cerrahpaşa İstanbul.

