

# MANDİBULAR LATEROGNATİZMİN CERRAHİ TEDAVİSİ

Tamer Koldaş<sup>1</sup> Tahir Hayırlıoğlu<sup>2</sup> Cengizhan Keskin<sup>3</sup> Sibel Biren<sup>4</sup>

Yayın kuruluşuna teslim tarihi : 27.2.1995  
Yayına kabul tarihi :11.01.1995

## Özet

1987-1994 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Kliniğinde 9 hastaya laterognati nedeni ile cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hastaların yaşları 18-25 arasında değişmekteydi. Dikkatli radyografik değerlendirme patolojiyi saptamada ve buna uygun tedavinin seçiminde önemlidir. Mandibular laterognatizmin düzeltilmesi için Obwegeser'in modifiye sagittal split osteotomi ve ekstraoral vertikal ramus osteotomi metodları uygulanarak sonuçlar değerlendirilmiştir. Ortodontik tedavinin rolü çok önemlidir. Ameliyat öncesi ve sonrası 5 hastaya ortodontik tedavi yapılmıştır. Tüm hastalara 7 hafta intermaksiller fiksasyon uygulanmıştır. Yeterli postoperatif sonuçlar gözlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Laterognatizm, fasial asimetri.

## GİRİŞ

Gerçekte tam simetrik yüz görünümü yoktur ve dikkatli olarak incelendiğinde sağ ve sol yüz yarısında azda olsa bir asimetri farkedilir. Mandibulanın daha bariz olarak bir tarafa doğru deviyeye olması durumunda asimetri klinik olarak bariz duruma gelir ve mandibular laterognatiden bahsedilir.

Mandibular laterognati veya asimetri en sık mandibulanın unilaterale olarak az (9) veya çok gelişmesi (11) veya agenezisi nedeniyledir. Mandibulanın tek taraflı tümörleri, travma veya cerrahi nedenler ile kayıpları, kötü kaynamış kırıkları, kondil bölgesi patolojileri de asimetriye neden olmaktadır (2). Birinci ve ikinci brankial ark sendromlarında da karakteristik deformite laterognatizmdir.

Mandibular laterognatiye neden olan patolojiler arasında mandibular kondil kökenli olanının özellikle ayırıcı tanıda çok önemli bir yeri var-

## SURGICAL TREATMENT OF MANDIBULAR LATEROGNATHISM

### Abstract

9 cases of laterognathism have been treated at the Clinic of Plastic and Reconstructive Surgery Department of Istanbul Medical Faculty between 1987-1994. The patients ages were between 18-25. Careful radiographic assessment is important in determining the pathology and the subsequent selection of proper treatment. A modification of Obwegeser's sagittal splitting and extraoral vertical ramus osteotomy methods for the correction of mandibular laterognathism have been performed and the results have been justified. The role of orthodontic treatment was carried out in five patients. All patients had intermaxillary fixation for 7 weeks. A satisfactory postoperative results were observed.

Key words: Laterognathism, facial asymmetry.

dır. Kondilde ufak çapta da olsa bir büyüme laterognatiye dolayısı ile yüzde asimetriye rahatlıkla yol açmaktadır. Kondil bölgesinin iyi bir şekilde tetkiki yapılmadan mandibulanın ramus veya corpus gibi diğer bölümlerine yapılacak bir girişim ise kondildeki patolojik süreci etkilemeyeceği için geç postoperatif dönemde problemin tekrar ortaya çıkmasına neden olacaktır (4,5,9).

Yüzdeki asimetri klinik muayene de kolayca saptanabilir. Çenenin pozisyonu kabaca bir rehber görevi yapar. Deformite mandibulanın tek taraflı olarak gelişimsel geriliği veya kaybu sonucu olduğunda çene ucu bu etkilenen tarafa doğru kayacaktır. Bunun tersine olarak deformite tek taraflı olarak mandibulanın aşırı büyümesine bağlı olduğunda ise çene ucu karşı tarafa doğru kaymış olacaktır. Çene ucu daima kısa olan tarafa doğru eğilim gösterecektir.

Mandibular asimetriler hastanın solunumunu, beslenmesini, temporomandibular eklem fonksiyonlarını ve psiko-sosyal durumunu etkile-

1 Y Doç Dr İ Ü, İstanbul Tıp Fak Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı  
2 Prof Dr Ü, İstanbul Tıp Fak Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı  
3 Doç Dr İ Ü Diş Hek Fak Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı  
4 Dr MÜ Marmara Diş Hek Fak Ortodonti Anabilim Dalı

yebilir. Bu nedenle tedavileri gerekmektedir (7). Bu çalışmada 1987-1994 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalına laterognati teşhisi konulduktan sonra yatırılarak cerrahi tedavi uygulanan hastalardan elde ettiğimiz sonuçlar değerlendirilmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

1987-1994 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Kliniğine 5 hasta tek taraflı gelişimsel deformite, 4 hasta ise tek taraflı mandibular hipertrofiye bağlı laterognati nedeni ile yatırıldı. Hastaların yaşları 18-25 arasında değişmekteydi. Yüzde asimetri, çiğneme zorluğu, temporomandibular eklem ağrısı ve psiko-sosyal problemler hastaların başlıca şikayetleri idi. Tüm hastaların ameliyat

*Resim 1. Mandibulanın sağ tarafta kısalığı sonucu yüzde asimetriye neden olmuş laterognatili hastanın önden görünümü A oklüzyonunun görünümü B. İki taraflı sagittal split osteotomiden iki ay sonra hastanın önden görünümü C, ameliyat sonrası oklüzyonu D.*

*Resim 1.A*



öncesi sefalometrik analizleri, panoramik mandibula grafileri ve alçı kalıpları hazırlandı. Bütün hastalara girişimler genel anestezi altında yapıldı.

Gelişimsel deformitelere bağlı laterognatili olan hastalara düzeltme amacı ile 5'ine çift, 1'ine tek taraflı sagittal split ramus osteotomisi, 2'sine tek ve 1'ine çift taraflı ekstraoral vertikal ramus osteotomisi uygulanmıştır. Tek taraflı mandibular hipertrofiye bağlı laterognatili olan hastaların ikisine mentoplasti de uygulanmıştır. Diş diziliminde bozukluk veya dişlerin seviye farklılıkları olan hastaların 5'ine ameliyat öncesi 1-1,5 yıl ameliyat sonrası 3-6 ay süren ortodontik tedavi yapılmıştır.

## BULGULAR

Mandibulanın gelişimsel deformitesine bağlı laterognatizmi olan hastalara uyguladığımız ramus osteotomilerinde herhangi bir komplikasyona rastlanmamış ve kabul edilebilir bir sonuç alınmıştır. Hastalarımızın 3 ay-6 yıl arasındaki takibinde herhangi bir nükse rastlanmadı. Temporomandibular eklem şikayetleri de başta ağrı olmak üzere ortadan kalktı.

Ortodontik tedavi uygulanan hastalarda sonuçlar mükemmel olarak değerlendirilmiştir. Ortodontik tedavi uygulanmamış hastalarda da yüz simetrisi sağlanmış ve oklüzyon kabul edilebilir duruma gelmiştir. Oklüzyonun zamanla daha iyi duruma gelmesinde ortodontik tedavinin çok büyük faydası olmuştur.

Olgu 1. (Resim1) 21 yaşındaki bayan hastada yüzde asimetri, maloklüzyon ve temporomandibular eklem şikayetlerine yol açan mandibulanın tek taraflı kısalığına bağlı laterognatizmi vardı. Ameliyat öncesi uygulanan ortodontik tedaviden

*Resim 1.B*

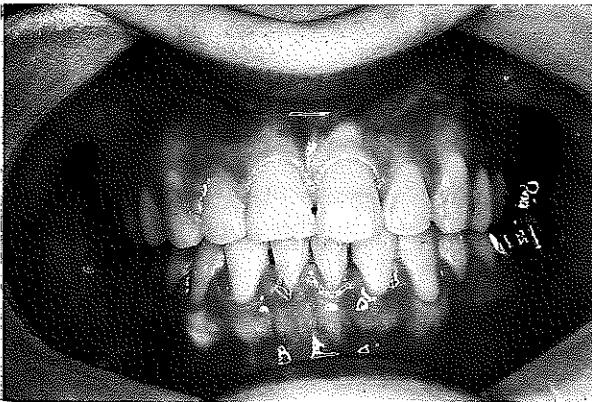


Resim 1. C



18 ay sonra çift taraflı sagittal split ramus osteotomisi yapılmıştır. Ameliyat sonrası 3 ay ortodontik tedaviye devam etmiştir. Bu hasta uygulanan ortodontik ve cerrahi uygulamalardan oldukça yarar görmüştür. Hastanın 24 aylık takibinde herhangi bir nükse ve şikayete rastlanmamıştır.

Resim 1. D



Resim 2. Mandibular laterognatili hastanın önden görünümü A, oklüzyonunun görünümü (B. İki taraflı sagittal split osteotomiden iki ay sonra hastanın önden görünümü C, ameliyat sonrası oklüzyonu D.

Resim 2.A



Resim 2. B



Resim 2. C

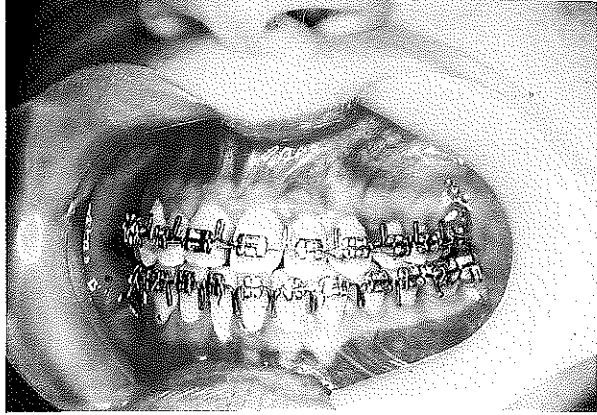


Olgu 2. (Resim 2) Mandibula ramusu gelişimsel olarak tek taraflı daha uzun olan 22 yaşındaki bayan hastaya 18 ay ortodontik tedavi uygulandıktan sonra tek taraflı sagittal split ramus osteotomisi yapılmıştır. Ameliyat sonrasında iyi yüz konturu ve simetri sağlanmıştır. Oklüzyonu ameliyat sonrası da 6 ay devam eden ortodontik tedavi sayesinde daha iyi olmuştur. 18 ay sonraki son kontrolünde nükse rastlanmamıştır.

### TARTIŞMA

Hastanın yüz ve oklüzyon fotoğrafları, çene kalıpları, panoramik ve sefalometrik radiografilerinin rutin olarak ameliyat öncesi ve sonrası alınması tanı ve tedavinin yönlendirilmesi açısından önemlidir (1,13). Çene ucu tanıda kabaca bir rehber görevi görür. Mandibulada gelişim geriliği veya kaybı varsa çene ucu o tarafa doğru deviyebilir. Mandibulada büyümeye yol açan durumlar-

Resim 2. D



da ise çene ucu sağlam tarafa Mandibulada büyümeye yol açan durumlarda ise çene ucu sağlam tarafa doğru deviasyon gösterir. Mandibulanın tek taraflı olarak farklı büyüme göstermesi nedeni ile oluşan maloklüzyon genellikle klas II tip olur.

Mandibular kondil benign tümörleri ayırıcı tanıda önemlidir ve özellikle puberte öncesi gelişen tümör yüz kemiklerinin büyümesini etkilediğinden deformitenin daha da ağır olmaması için tümör teşhisi konulur konulmaz ameliyat yapılmalıdır (4,6,12). Hasta kemik büyümesini tamamladığı bir yaşta baş vurmuş ise kombine ortodontik ve ortognatik cerrahi girişim gelişen deformiteye göre yapılmalıdır (10).

Ortognatik cerrahi girişimler nüksü azaltmak ve stabilizasyonu en iyi bir şekilde sağlamak için büyüme tamamlandıktan sonra planlanmalıdır. Dental deformiteler ise ortodontik olarak tedavi edilir. Genelde ameliyat öncesi ortodontik tedavi 18 ay, ameliyat sonrası ise 6 ay gibi bir zaman alır. Bilateral sagittal split osteotomileri ile çeneye daha iyi rotasyon yaptırılır, cerrah alışmış ise ameliyat süresi de oldukça kısalmış ve uygulama kolay olur. Komplikasyon riski de oldukça azdır. Laterognatiye bağlı temporomandibuler eklem problemleri de bu tarz tedaviden sonra geriler (3,9).

Tüm dentofasial deformitelerde olduğu gibi mandibular laterognatizmin düzeltilmesinde alınacak iyi sonuçlar (8) bizim olgularımızda da gördüğümüz gibi ortodontist ve cerrahın tanı ve tedavi aşamalarında kooperasyonu ile mümkündür.

### KAYNAKLAR

1. Bays RA. Orthognathic surgery-the practical use of functional principles. In Shelton DW, Irby WB (Ed) Current Advances In Oral And Maxillofacial Surgery: Orthognathic Surgery Vol. V. The CV Mosby Com StLouis, 1986:144-191.
2. Dingman RO, Grabb WC. Mandibular laterognathism. *Plast Reconstr Surg* 1963; **31**:564-9.
3. Epker BN. Modification in the sagittal osteotomy of the mandible. *J Oral Surg* 1977;**35**:157-61.
4. Görgün B, Koldaş T. Mandibular kondil osteokondromaları. *İ. Ü. Diş Hek. Fak. Derg.* 1991; **25**:125-30.
5. Kaban LB, Hoses MH, Mulliken JB. Surgical correction of hemifacial microsomia in the growing child. *Plast Reconstr Surg* 1988;**82**:9-19.
6. Loftus MJ, Bennett JA, Fantasia JE. Osteochondroma of the mandibular condyles: Report of three cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;**61** (3):221-6.
7. Marsh JL. Abnormal lower face. In Marsh JL (Ed) Decision Making In Plastic Surgery. BC Decker Salem, MA. 1993:102-103.
8. McCarthy JG, Grayson B, Zide B. The relationship between the surgeon and orthodontist in orthognathic surgery. *Clin Plast Surg* 1982; **9**:423-30.
9. McCarthy JG, Kawamoto H, Grayson BH, Colen SR, Coccaro PJ, and Wood-Smith D. Surgery of the jaws. In McCarthy JG (Ed.) Plastic Surgery Vol 2. WB Saunders Com Philadelphia 1990: 1188-1474.
10. Munro IR, Chen YU, Park BY. Simultaneous total correction of temporomandibular ankylosis and facial asymmetry. *Plast Reconstr Surg* 1986; **77**:517-26.
11. Rowe NH. Hemifacial hypertrophy. *Oral Surg* 1962;**15**:572-9.
12. Schweber SJ, Frensilli JA. Osteochondroma of the mandibular condyle: Report of case and review of literature. *J Am Dent Assoc* 1986; **113**:269-74.
13. Sinclair PM, Thomas PM, Tucker MR. Common complications in orthognathic surgery: Etiology and management. In Bell WH. (Ed) Modern Practice In Orthognathic and Reconstructive Surgery. Vol 2. WB Saunders Com Philadelphia 1992:48-83.

#### Yazışma adresi:

Y Doç Dr Tamer Koldaş  
İstanbul Tıp Fakültesi  
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi  
Anabilim Dalı  
34390 Çapa - İstanbul