

Dudak - Damak Yarıklarının Sınıflandırılması ve Tedavisi

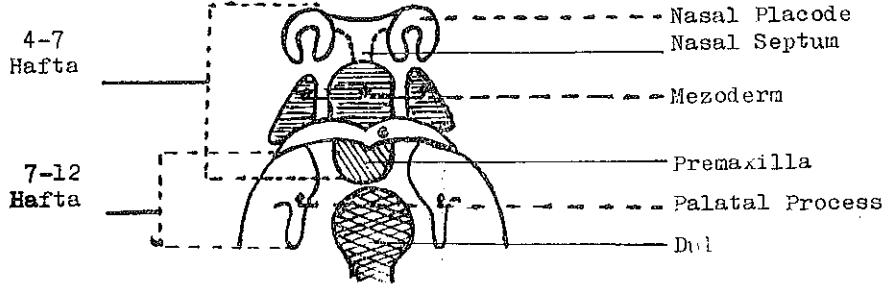
K. Güler GÜRSU (*)

Memleketimizde sanıldığından pek sık rastlanan bu konjenital anomali halen etiolojisi bilinmeyen hastalıklar gurubunda incelenmektedir. Her ne kadar ilk Cleft Lip'den bahseden Ambroise Pare (1510 - 1590) olmuştaysa da yirminci asır hâlâ bu deformitenin tam olarak nedenlerini bulamadığı gibi tam olarak tedavi, sınıflandırılmasını daha yapamamıştır. Çünkü: Bazı serilerde Hereditenin rolü ön plânda iken (Paul - Fogh - Anderson) bazı yazarlar (Lyndon Peer) Pre - natal devredeki Avitaminozların, bazıları ise uterusun çeşitli sebeplere bağlı anoksisinin bu deformiteyi yaratabileceğini ileri sürmektedirler. Cleft Lip ve Palate ameliyat tekniklerinin çokluğu da hâlâ tam manâsıyla yeterli bir operatif tekniğin bulunamadığını ispat eder. Sınıflandırma bahsi de bir çok otoritelere göre değişik şekiller arz etmektedir.

Biz burada bu gün Uluslararası Plâstik cerrahi çevrelerinde en çok tutunan (tahmini) patogenes teorilerini ve bunlar üzerine kurulmuş olan ve en çok sıklıkla kullanılan sınıflandırmayı izah etmeye çalışacağız, ve bu sınıflandırmayı kliniğe uygulayarak tedavilerinden kısaca bahsedeceğiz.

Klâsik embriyolojik teori Pohlmann ve Veau tarafından desteklenmiştir. Pohlmann'ın kedi, Veau'nun insan embriyoları üzerinde çalışmalarına Stark'ın (1958) 6 insan embriyosu üzerindeki çalışmaları da eklenince bu iki anomali iki ayrı grupta incelenmeğe başlandı.

(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plâstik ve Rekonstrüktif Cerrahi Bölümü.



I — Primer damak defektleri

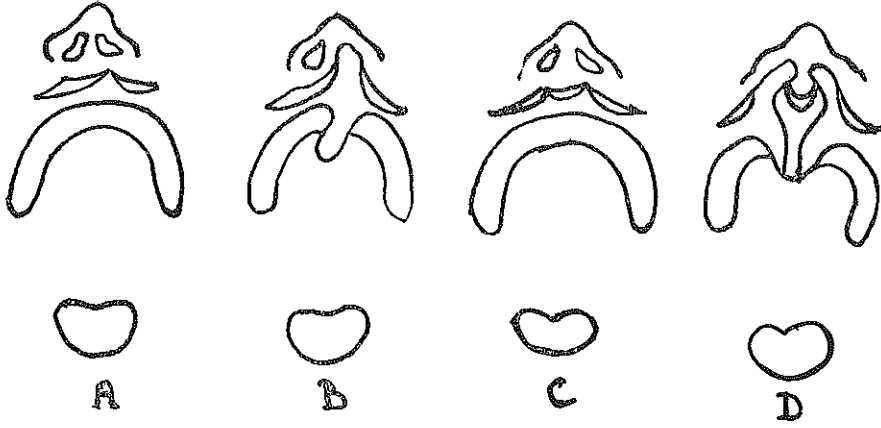
II — Sekonder damak defektleri

Bu iki guruba göre Cleft Lip ve Palate embriyoda ayrı, ayrı zamanlarda teşekkül ederler, birbirlerinin teşekkülü ile alâkaları olmamakla beraber ekseri beraber görülen iki anomalidir.

Primer damak, anterior nasal septum, Prolabium ve Premaksilladan ibarettir ve 4 ile 7 nci haftalar arasında gelişir. Bu gelişme primitif dudak denen organdadır ve primitif dudak üç ayrı ve pek belirli olmayan mesoderm hücre gurupları ihtiva eden epitelyal bir anlaj'dan ibarettir. Bu üç gurup mesoderm büyüyüp normal olarak birleşirlerse normal üst dudak ve anterior nasal septum teşekkül eder. Eğer bu guruplardan bir kısmı eksik olarak gelişirse o kısımdaki epitel incelik bir müddet sonra yırtılır ve Cleft Lip yani dudak yarığı meydana gelir. Bu yarık eksik olan hücre gurubu miktar ve tarafı ile doğru orantılıdır. Bu yarıklar Incisive Foramene'e kadar uzanan yarıklardır ve gebeliğin 4 ve 7 nci haftaları arasında husule gelirler. Böylece Primer damak defektleri dört gurupda incelenir.

- 1 — Ünilateral Incomplete
- 2 — Ünilateral Complete
- 3 — Bilateral Incomplete
- 4 — Bilateral Complete (Şekil 11)

Kliniğimizde bütün dudak yarıkları bebek üç ayını doldurur doldurmaz ameliyat edilmektedir. Çok nadir hallerde bebeğin kilosunu normalin altında ise bir kaç hafta daha beklemekte faide vardır. Unutulmamalıdır ki doğumla ameliyat arasında geçen üç ay



Şekil 11

Primer Damak Defektleri

A — Ünilateral İncoplete B — Ünilateral Complete C — Bilateral İncoplete D — Bilateral Complete

bebekten çok aile için problem teşkil etmektedir, onun içindirki bu devrede aileyi aydınlatmak, teskin etmek en az ameliyat kadar önemlidir. Ailedeki suçluluk hislerini gidermek, bebeğin istikbali için bilgi ve teminat vermek görevi hep hekime yüklenmiştir. Yalnızca yarık dudaklı olan hasta ise aile için hiç bir özel problem arz etmez, ve normal usullerle beslenmesini tavsiye etmek yeterlidir. Damak yarığı olan hastalarda ise durum daha naziktir, ve özel ihtimamı gerektirir (Bu kısma ilerde teferruatı ile temas edileceğinden burada bahsedilmemiştir.)

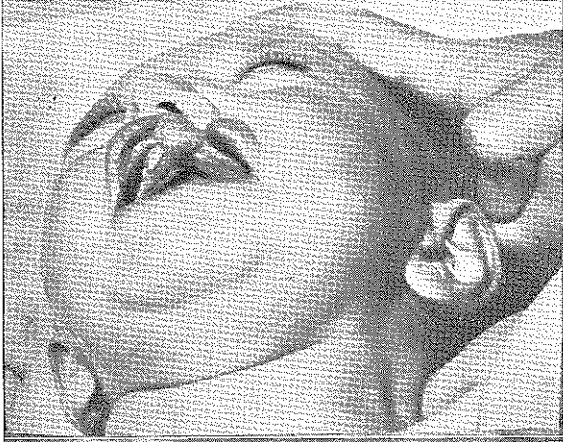
Normal olarak üç ayını dolduran bebek genel anestezi altında ameliyat edilir. Bilindiği gibi pek çok çeşitli dudak ameliyatları vardır. Bunların arasında en meşhurları Hagedorn, LeMesurier, Veau, Skoog, Tennison, Millard ve Rendall teknikleridir. Kliniğimizde bütün dudak vakaları Millard usulü ile tedavi edilmektedir.

Alveolus yarıklarına tatbik edilen Costa graftlarının uzun süreli tetkik ve neticeleri henüz tatminkâr olarak ispatlanmadığından şimdilik Primer dudak tedavisinde kemik graftı kullanmıyoruz.

(Primer Damak defektlerinin dört değişik kademesi Şekil III - IV - V - ve VI da görülmektedir.)



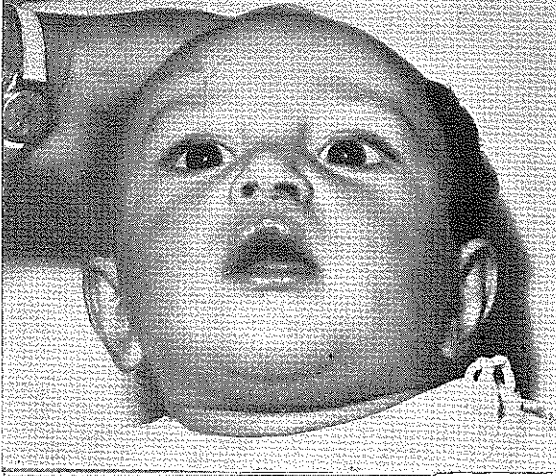
Şekil III. A.
Unilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



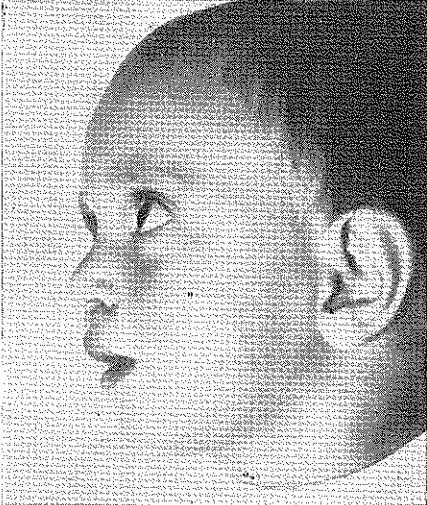
Şekil III. B.
Unilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



Şekil III. C.
Unilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



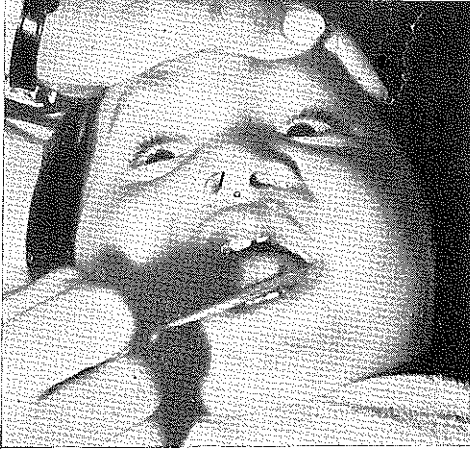
Şekil III. D.
Unilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



Şekil III. E.
Unilateral Incomplete
Cleft Lip
(Post-Operatif)



Şekil IV. A.
Unilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



Şekil IV. B.
Unilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



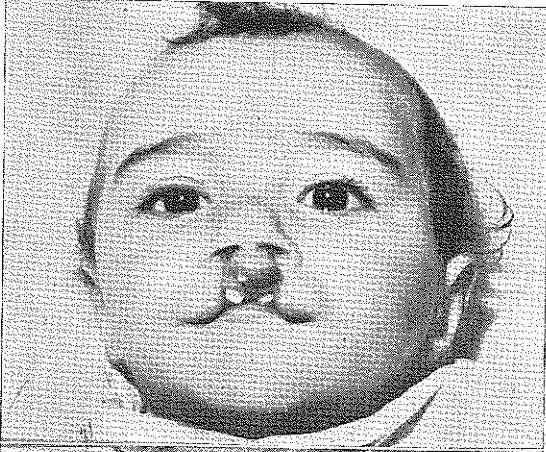
Şekil V. A.
Bilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



Şekil V. B.
Bilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



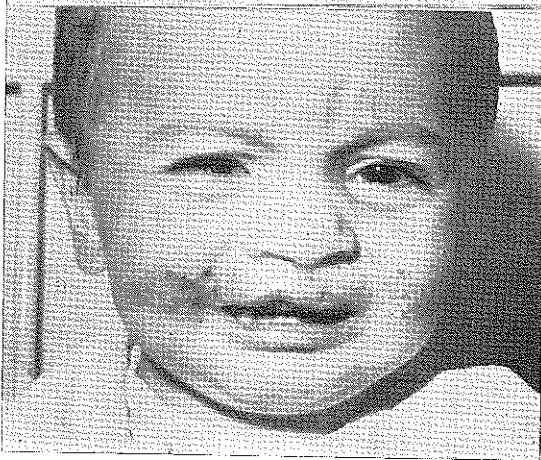
Şekil V. C.
Bilateral Incomplete Cleft Lip
(Post-Operatif)



Şekil VI. A.
Bilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



Şekil VI. B.
Bilateral Incomplete
Cleft Lip
(Pre-Operatif)



Şekil VI. C.
Bilateral Incomplete Cleft Lip
(Post-Operatif)

Cleft Palate (Damak yarığı) ise bambaşka bir mekanizmanın aksaklığından meydana gelmektedir. Yine Stark ve Kernehan'a göre damak yarıkları sekonder damak defektleri gurubundadır ve bu anomali gebeliğin yedinci ve onikinci haftaları arasında teşekkül eder. (Şekil 1)

Bu yazarlara göre embrionik maksillanın palatal prosesleri normalde yedinci hafta civarında posterior - anterior bir dalga şeklinde vertikal pozisyonundan horizontal pozisyona geçerler ve dilin üzerinden yükselerek orta hatta birbirleriyle karşılaşarak kaynaşır. İşte bu kaynaşmanın tam olup olmayışına göre damak yarığı anomalileri meydana gelir. Damak yarıkları yumuşak ve sert damak beraber olmak üzere:

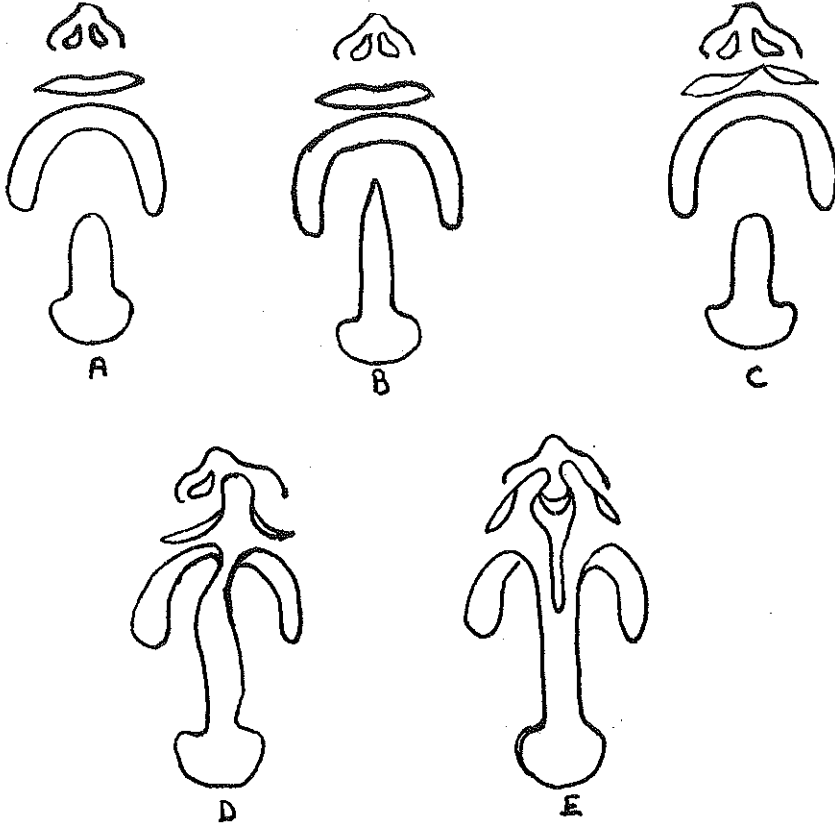
- 1 — Incomplete Sekonder damak defekti
(Incomplete Cleft Palate - Yalnız başına)
- 2 — Complete Sekonder damak defekti
(Complete Cleft Palate - Yalnız başına)
- 3 — Unilateral Complete Cleft Palate
(Cleft Lip ile beraber)
- 4 — Bilateral Complete Cleft Pallate
(Cleft Lip ile beraber)

olarak sınıflandırılır Şekil VII.

Bu defektlerden 1 ve 2 yani Incomplete ve Complete Sekonder damak defektleri anterior olarak incisive foramene kadar uzanırlar, 3 ve 4 ise alveoluslarda dahil olmak üzere Primer damak defektleri ile kombine bir durum arz ederler. Incisive Foramen Primitif embriyoda içinden sinir ve damarların nadiren de Stensen pasajının geçtiği bir açıklıktır. Stensen pasajı genellikle ağzın tavanında palatin papillaya yakın bir yerde son bulur ve doğumu müteakip oblitere olur. Bu pasajın tam olmayan obliterasyonu orta hat developmental kistlerine sebep olur. Bu durum çok ender görülen yumuşak damağın kapalı ve normal olduğu halde sert damağın yarık oluşu ile beraber görülebildiği gibi tek başına da görülebilir.

Fraser Cleft Palate patojenisi izaha yardım eden bazı fikirler ileri sürmüştür.

1 — Damak proseslerinin birleşmesi gereken devrede başın eninin çok geniş olması,



Şekil 7

Sekonder damak defektleri

A — İncomplete Sekonder damak defekti, B — Complete Sekonder damak defekti, C — İncomplete primer ve sekonder damak defektleri, D — Unilateral Complete «Primer ve Sekonder» damak defektleri, E — Bilateral Complete «Primer ve Sekonder» damak defektleri.

2 — Damak proseslerinin normalden dar olması,

3 — Proseslerin birleşmesine karşı dilin resistansının yüksek olduğu haller:

a — Oligohydramnios

b — Micrognatia ve normal dil (Pierre - Robin Syndromu)

4 — Prosesleri vertikal pozisyonundan horizontal pozisyona iten kuvvetteki aksaklıklar damak yarıklarına sebep olabilir. Bu teorilerden bilhassa (geniş kafa) teorisini destekliyen klinik bulgular

mevcuttur. Meselâ Coronal sütürün «Cranio-Synostosis» sonucu kısa fakat geniş bir kafatası gösteren OXYCEPHALIC hastalarda çok sık Cleft palate görülmesi ve nasopharyngeal, İnter-hamular, inter - pterygoid ve inter - tüberosity genişliklerinin Cleft Palate'li hastalarda normalden fazla olması gibi bulgular bu teoriyi daha inanılır hale getirmiştir.

Bilindiği üzere damak yarıklarının tedavisi de cerrahidir, ve uluslar arası çoğunluk oniki, onsekiz ay arasını ideal ameliyat yaşı olarak kabul etmekte ve hatta her geçen gün bu kriteri git-tikçe erken yaşlara doğru götürmektedir. Pek tabiidir ki bunun ne-denleri damağın Anatomik Fizyolojisine bağlıdır. Gaye bebek ko-nuşma çağına gelmeden damak adalelerine normal fonksiyonları-nı yapmağı öğretmektir. Bu bakımdan damak ameliyatlarının geç yaşlara bırakılması hastanın konuşma fonksiyonu için zararlıdır, ayrıca post operatif Naso-oral fistül ihtimalini arttırması baki-mından her geçen ay hastanın aleyhinedir. Gerek dudak gerekse da-mak ameliyatlarında bebeğin yaşının küçük oluşunun operatif mortalite üzerinde tesiri yoktur, yeterki bilgili bir anestetist ta-rafından uyutulsun. Bu güne kadar hastanemizde ameliyat edilmiş olan bebeklerdeki operatif mortalite sıfırdır. Damak yarıkları is-ter izole ister dudak yarığı ile beraber bulunsun tedavi zamanı ve şekli değişmez.

Damak yarığı olan bebeklerde yegâne problem beslenme güç-lüğüdür. Bu problemi de iki safhada incelemek doğru olur.

A — Bu hastalarda ağız ve burun boşlukları ve dolayısı ile Pharynx ve Larynx direkt olarak irtibatta bulunduğuundan sırt üstü yatar pozisyonda beslenen bebeklerde aspirasyona bağlı Bron-kopnömoni en sık görülen komplikasyondur. Bu bakımdan bebe-ğin daima oturur vaziyette beslenmesi sütün larynx'e kaçmasını önleyen en basit ve en kolay usuldür. Ameliyat öncesi devrede bu bebekler için özel bir besleme aracına sureti katiyede ihtiyaç yok-tur, normal bebekler gibi biberonla beslenebilirler.

B — İkinci nokta birinci kadar hayati önemi olmamakla be-raber hastayı ameliyata hazırlayan faktör olması sebebi ile zikre-dilmeğe değer. Bu bebekleri normal kilolarına getirebilmek için çok sık beslemek gerekir çünkü aşağıda izah edeceğimiz iki sebe-be bağlı olarak bebek yeterli miktarda süt alamaz: a) Ağız ve bu-run boşlukları birbiri ile temasta olduğundan EMME fonksiyonu için gerekli olan vakum yaratılamaz, devamlı hava kaçığı vardır,

b) Dudak yarığında beraber olduğu vakalarda buna Orbicularis Oris adalesindeki devamsızlıkta eklenince bebek dudaklarını tam olarak büzemez ve ememez dolayısı normal bebeğe kıyasla daha çok yorulmasına mukabil daha az süt emer. Onun için bu bebekleri sabırla çok sık beslemek gerekir. Yukarıda izah edilen şekilde sık sık ve oturur pozisyonda beslenen bu konjenital anomalili bebeklerin normal bebeklerden hiç bir farkı olmaması gerekir. Bu tip bebeklerdeki mortalite doğrudan doğruya dikkatsiz beslemeğe ve ekseri bebeği istememeden doğan kasıtlı besleme bozukluklarına ve maalesef nadiren de hekimin verdiği yetersiz bilgiye aittir.

Kliniğimizde damak yarıkları genellikle 18 inci ay içinde ve genel anestezi ile yapılmaktadır. Primer müdahalede WARDİLL (Push-Back) tekniği kullanmakta, nadiren çok geniş cleftlerde önce anterior damağı Vomer flabi ile kapadıktan üç ay sonra damak ameliyatını yapmaktayız.

MÜNAKAŞA : Bu embriyolojik teorinin diğerlerine nazaran en üstün tarafı bundan evvelki sınıflandırmalarda izah edilememiş olan (Unilateral Incomplete Cleft Lip ve Incomplete Cleft Palate kombinasyonunu ve damak normal olduğu halde (Bilateral Complete Cleft Lip) deformitesinin mevcudiyetini izah edebilmesidir. Diğer taraftan ise dudak ve damak yarıkları için iki ayrı tip izah tarzı ileri sürmesi ve bunlardan ilkinde önceleri birleşmiş olan dokuların sonradan kopuşuna inanması ve bunu Simonart bandının mevcudiyeti ile de desteklemesi ve ikinci defekte yani damak yarıklarında ise kaynaşamamayı kabul etmesi bir ilim adamını normal olarak şüpheye götüren hususlardır. Bu teorinin bir ikinci karanlık noktası da diğer sınıflandırmalarda olduğu gibi bu sınıflandırmada da submüköz damak yarığını izah eder bir durumun olmayışıdır.

Fakat yetersizliklerine rağmen bu gün bu tip sınıflandırma sonucu Unilateral veya bilateral, Incomplete ve Complete dudak ve damak yarığı terimleri çok haklı olarak tıbbi bir anomalii ifade etmekten çok uzak olan Hare - Lip, Tavşan dudağı, Kurt ağızı gib halk deyimlerinin yerini olarak bu konjenital anomalilere de hakkı olan ilmi isimlerini vermiştir. Dudak ve damak için kullanıldığını belirttiğimiz teknikler kliniğimizce ideale en yakın olmaları sebebi ile tercih edilmişlerdir. Millard usulü dudak ameliyatı dudaga normale en yakın görünümü veren, dudağın normal çizgilerini kesmeyen, orta kısımdaki gamzeyi muhafaza eden ideal bir ameliyat şeklidir.

Wardill tipi damak ameliyatı damakta en az fibrozise sebep olan ve dolayısı ile fonksiyonel bir yumuşak damak sağlayan bir tekniktir.

Ö Z E T

Bu makalede kısa bir tarihçeden sonra Stark ve Kernehanın yeniden ortaya attıkları klâsik embriolojik teoriye dayanan ve bugün en çok kullanılan dudak ve damak yarıkları sınıflandırılması izah edilmiştir. Bu sınıflandırmanın diğer sınıflandırmalarla yapılan mukayese ve münakaşasından şimdiki halde elde mevcut en ilmi sınıflandırma olduğu kanaatine varılmıştır. Ayrıca her tipe ait anomalinin tedavi şekilleri izah edilerek misâl verilmiş ve kliniğimizde tatbik edilmekte olan metotlar kısaca belirtilmiştir.