

Suersen Obtüratörü

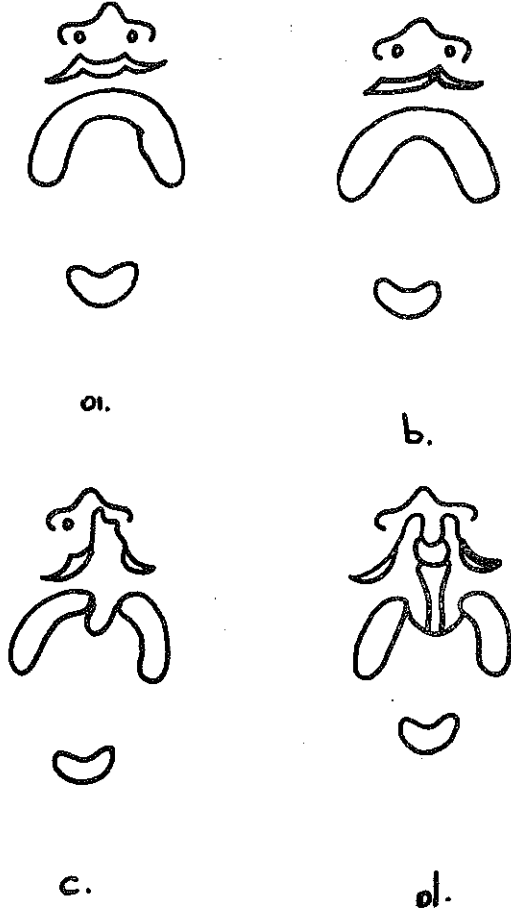
Uz. Dr. Engin ARAS (*)

Dudaklar, üst çene ve yumuşak damağı meydana getiren burjonların prenatal devrede birleşmemeleri nedeni ile ortaya çıkan, ağız ve burun boşluklarını çeşitli şekillerde birleştiren gelişim bozukluğunu günümüzde «dudak damağı yarığı» veya «fissür» olarak tanımlıyoruz.

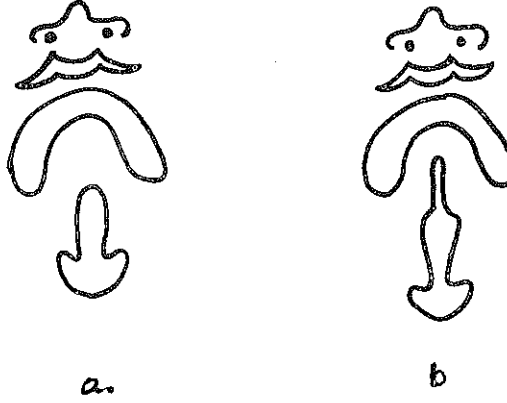
Karnahan ve Stark'ın sınıflandırmasında fissürün terminolojisi, fissürün bulunduğu bölgeye ve fissürün ayırdığı üst çene bölümlerine göre yapılmıştır. Karnahan ve Stark'ın I. sınıfında foramen incisivum'un önünde kalan tek taraflı tam olmayan, tek taraflı tam ve çift taraflı tam premaxiller fissürler bulunur (Şekil. 1. a. b. c. d.) Tek taraflı tam olmayan premaxiller fissürde gelişim bozukluğu yalnız dudağı ve tek taraflı olarak ilgilendirir. Tek taraflı tam premaxiller fissürde gelişim bozukluğu dudak philtrumunu, dudağı ve üst çeneyi foramen incisivum'a kadar ilgilendirir. Çift taraflı tam premaxiller fissürde gelişim bozukluğu premaxilla'yı tamamen maxilla kemiklerinden ayırır ve dudağıda ilgilendirir. Karnahan foramen palatinum majuslar düzeyine kadar ilgilendiren fissürler ile, hem yumuşak damak hem de maxilla kemiklerini foramen incisivum'a kadar ilgilendiren fissürler bulunur. Şekil 2. a. b.). Karnahan Stark'ın III. sınıfında ise dudak-

(*) Çene ve Yüz Protezleri Mütahassısı, Odontoloji Bilimleri Doktoru, Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protez Kürsüsü Uzmanı.

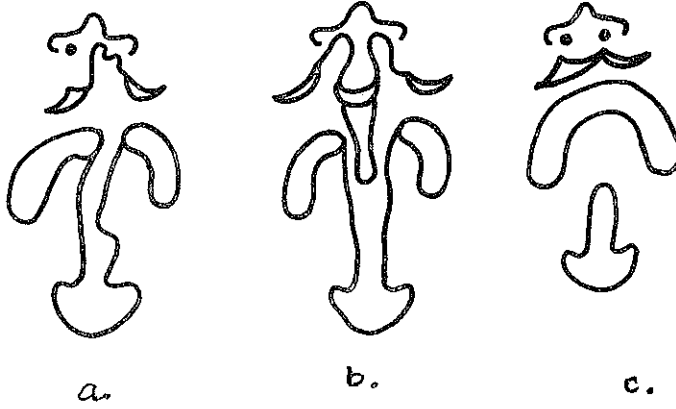
lar, premaxilla, maxilla kemikleri, ve yumuşak damağı ilgilendiren tek taraflı tam fissürler, çift taraflı tam fissürler, ve yalnız yumuşak damak ile dudakları ilgilendiren tek taraflı tam olmayan fissürler bulunur. (Şekil. 3. a. b. c.). Üçüncü sınıfın tek taraflı tam fissüründe gelişim bozukluğu premaxilla'yı yalnız sağ veya sol maxilla'dan ayırdıktan sonra tüm üst çeneyi dudaklardan yumuşak damak sonuna kadar ilgilendirir. Üçüncü sınıfın çift taraflı tam fissüründe gelişim bozukluğu premaxilla'yı sağ ve sol maxilladan tamamen ayırır ve dudakları, premaxilla'yı maxilla kemiklerini ve yumuşak damağı tümüyle ilgilendirir. Üçüncü sınıfın tek taraflı tam olmayan dudak damak yarığı tipinde ise fissür yalnız dudak ve yumuşak damağı ilgilendirir.



Şekil 1. a. Normal üst çene ve yumuşak damak şeması; b. Kernahan ve Starkın tek taraflı tam olmayan fissüsü; c. Kernahan ve Starkın tek taraflı tam fissürü; d. Çift taraflı tam fissür.



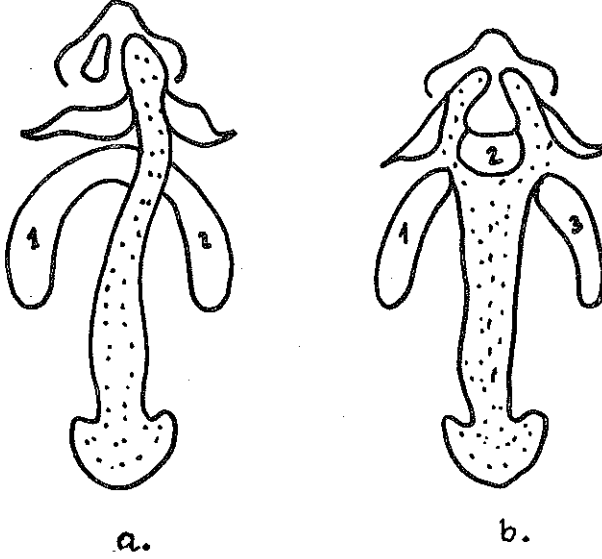
Şekil 2. Kernahan ve Stark'ın II. sınıf dudak damak yarıkları
a. Tam olmayan ve b. Tam sert ve yumuşak damak fissürleri.



Şekil 3. Kernahan ve Stark'ın III. sınıf dudak damak yarıkları.
a. tek tarafı tam; b. çift taraflı tam ve c. tek tarafı tam olmayan dudak damak yarıkları.

Fissürlerin terminolojisi fissürün bulunduğu bölgeye göre daha basit bir şekilde yapılabilir. Labial fissür foramen incisivum'un önünde kalan, maxiller fissür foramen incisivum ile foramen palatinum majus'lar arasında kalan, veler fissür ise foramen palatinum majus'ların gerisinde kalan yani yalnız yumuşak damağı ilgilendiren fissürlerdir. Bunların labial fissür gibi yalnız basit tipi ile karşılaşılabildiği gibi labio-maxillo-veler fissür gibi komplike tipleri ile de karşılaşılabılır.

Fissür maxilla burjonlarından yalnız birini diğer maxilla ve premaxilla'dan ayırdığında ayrı kalan maxilla burjonuna «cleft segment: non-attached segment veya birleşmemiş bölüm» denir. Premaxilla ile birleşik olan bölüm ise «noncleft» segment: attached segment veya birleşik bölüm olarak tanımlanır. (Şekil. 4.). Premaxilla'nın her iki maxilla'dan ayrı olduğu çift taraflı dudak damak yarıklarında, her iki maxilla «lateral segments veya yan bölümler» olarak tanımlanmaktadır.



Şekil 4. Fissürlerde bölümlerin terminolojisi

a. İki bölümlü fissür

1. Noncleft segment: attached segment: birleşik bölüm
2. Cleft segment veya birleşmemiş bölüm.

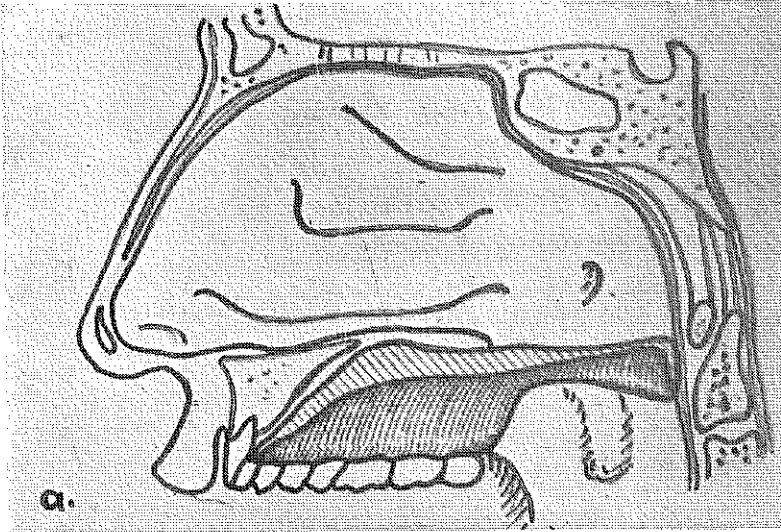
b. Üç bölümlü fissür

- 1, 3. Lateral segmentler: yan bölümler.
2. Anterior segment: premaxilla.

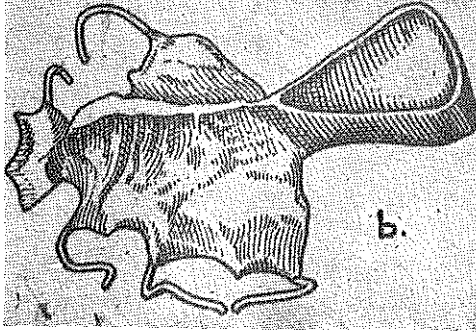
Dudak damak fissürlerinin tedavisinde cerrahi tedavi öncelik kazanır. Cerrahi tedavinin kontrendike olduğu, yetersiz veya başarisız olduğu vakalarda protetik tedavinin uygulanması endikedir.

SUERSEN OBTÜRATÖRÜ

Statik bir obtüratör olan Suersen obtüratörü oropharynx'i rhinopharynx'ten ayırır. Üst çenedeki fissürden ayrıca veler burjonların kısa olduğu ve pharynx'in arka duvarı ile temas temin edemeği vakalarda Suersen Obtüratörünün kullanılması endikedir. Suersen obtüratörü palatinal plakin arkasında ve fissürün ortasında yatay olarak ilerler, fissürün arkasında Passavant yastığı hizasında genişleyerek pharynx ve yumuşak damak kaslarının yetersizliğini önler. (Şekil. 5. a. ve b.). Ağız boşluğu ile rhinopharynx arasındaki irtibat yumuşak damak kaslarının kasılması ve ayrıca pharyngostaphylin ve constrictor superior kaslarının obtüratör çevresine, kasılarak intibak etmeleri ile kapanır. Bu iki kas aynı zamanda Passavant yastığını meydana getirirler, ve kasıldıkları anda pharynx'in yan duvarlarını bir birlerine yaklaştırarak obtüratörü kavrayan bir sphincter ortaya çıkarırlar. Yumuşak damak kasları, pharynx duvarları ve obtüratör arasında dinlenme anında burundan solunuma izin veren bir aralık kalır. Obtüratör ağızda iken, söz konusu kaslar kasıldıklarında ağız boşluğu, burun boşlukları, rhinopharynx ve obtüratör arasındaki bu aralık kapanır. Obtüratör ölçüsü, kontraksiyon halindeki velo pharynx ölçüsü olmalıdır. Suersen obtüratörü velopharyngeal sphincter'in var olduğu vakalarda kullanılır. Bu sphincter'in olmadığı vakalarda Suersen Obtüratörünün hazırlanması kontrendikedir.



Şekil. 5. a. Suersen obtüratörünün ağızdaki pozisyonu



b. Suersen obtüratörü. (Ponroy ve Psaume).

Obtüratör ölçüsü palatinal plakın arkasına tesbit edilen metalik halka ve gutta percha yardımı ile alınır. Palatinal ve gutta plak percha bir hafta süre ile hastanın ağızda bırakılarak velopharyngeal fonksiyonel ölçü alınır. Ölçünün eksik olduğu bölgelerde gutta parlak bir görünüm arz eder, bu bölgelere gutta eklenir. Ölçü tamamlandıktan sonra, gutta akril veya silikon ile düplike edilir. Obtüratörün hafif olması için alt yüzü konkav olarak hazırlanabilir. Obtüratörün arka sınırının atlas tüberkülüne dayanması önlenmelidir. Hastanın obtüratöre alışabilmesi ve obtüratör ile konuşabilmesi için FONİATR olarak tanımlanan fonasyon uzmanları tarafından tedavisi gerekebilir.

Ö Z E T

Bu makalemizde dudak damak yarıklarının Kernahan ve Stark'a göre sınıflandırılması, Suersen obtüratörünün endikasyonları ve yapım tekniği açıklanmıştır.

S U M M A R Y

Kernahan and Stark's cleft lip and palate classification is illustrated. The indications of Suersen's obturator and its construction technique are explained.

R E S U M E

L'auteur a décrit les huit formes de divisions palatines de Kernahan and Stark, les indications et la technique de confectionnement de l'obtérateur de Suersen.

L I T É R A T Ü R

- 1 — **Aras, E.** : A Propos des Appareillages Après Exérèses du Maxillaire Associées à une Perte de Substance Vélaire Partielle. Novembre. 1974. Thèse de Doctorat en Sciences Odontologiques. Faculté de Médecine. Université de Montpellier. (Pp. 4-16).
- 2 — **Aras, E.** : Maxillo-Faciale Protezler Ders Notları. İzmir. 24. Nisan. - 29. Mayıs. 1975.
- 3 — **Club Morestin** : Chirurgie Plastique. Principes et Indications. Masson et Cie. 1973.
- 4 — **Ponry et Psaume** : Restauration et Prothèse Maxillo-Faciales. Deuxième Edition Refondues par les Docteurs M. Psaume et L. Boutroux. 1950.
- 5 — **Rahn, and Boucher** : Maxillofacial Prosthetics. Principles and concepts, 1970. Saunders.
- 6 — **Ruth, M. Lencione** : **Cleft Palate Habilitation.** : Proceedings of the Fifth Annual Symposium on Cleft Palate Habilitation. Syracuse University, 1967. Division of Special Education and Rehabilitation, Syracuse University.
- 7 — **Varoujan, A., Chalian, Joe B. Drane, S. M. Standish** : Maxillofacial Prosthetics. Multidisciplinary Practice, 1971. The Williams and Wilkins Co.
- 8 — **Victor, J. N., Robinson, J. E.** : Proceedings of an Interprofessional Conference. September, 1966. Maxillofacial, Prosthetics.