

# MİKROSTOMİDE CONVERSE-KAZANJIAN KOMİSÜROPLASTİSİ: ERKEN VE GEÇ DÖNEM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Serdar GÖKREM, Ali Cemal YILMAZ, Doğan TUNCALI, Ahmet TERZİOĞLU, Gürcan ASLAN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

## ÖZET

Komisürlerin çeşitli kazalar ve operasyonlarla zedelenmesi, ağız açıklığını küçülterek mikrostomi deformitesine yol açar. Estetik ve fonksiyonel problemlere yol açan bu deformitenin tedavisinde en önemli prensip, eğer mümkünse, önlenmesidir. Mikrostomi deformitesinin tedavisi için çeşitli yöntemler bildirilmiştir. Bu makalede, 2001-2003 yılları arasında çeşitli etiyolojik nedenlere bağlı gelişmiş mikrostomi şikayeti ile kliniğimize başvuran dört kadın ve iki erkek hastanın Converse-Kazanjian komisüroplastisi ile tedavilerinin erken ve geç dönem sonuçları sunulmuş ve bu tekniğin genel prensipleri tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Mikrostomi, Converse-Kazanjian Komisüroplastisi

## SUMMARY

**Converse-Kazanjian Commisuroplasty in Microstomy: Comparison of Early and Late Results**

Damage to the commissures due to the accidents and operations, diminishing mouth opening, results in microstomy deformity. The most important principle in the treatment of this deformity causing esthetic and functional problems is, if possible, preventin. In this article, early and late results of the Converse-Kazanjian commisuroplasty treatment of four female and two male patient who had admitted to our clinic, between 2001 and 2003, with the complaint of microstomy due to the etiological reasons are reported and the general principles of this technique are discussed.

**Key Words:** Microstomide Converse-Kazanjian Komisüroplastisi

## HASTALAR VE CERRAHİ TEKNİK

### Hastalar

2001-2003 yılları arasında, dört bayan ve iki erkek hasta, değişik etiyolojik nedenlere bağlı gelişen mikrostomi şikayeti ile kliniğimize başvurdular. Hastaların yaşları 38 ile 66 arasında değişiyordu. Bütün hastalarda mikrostomi, Converse-Kazanjian tekniği ile yapılan komisüroplastiler ile onarıldı (Şekil 1, Şekil 2). Hastalar 6 ila 12 ay arasında değişen takip sürelerince izlendi. Preoperatif dönemde, erken postoperatif dönemde (operasyondan hemen sonra) ve geç postoperatif dönemde (operasyondan altı ay sonra) ağız normal pozisyonda iken ağız genişlikleri ölçüldü ve operasyon sonrası normal ağız genişliğinin elde edilip edilmediği ve bu mesafenin geç dönemde de korunup korunmadığı “çoklu karşılaştırma testi” ile araştırıldı (Tablo 1, Tablo2).

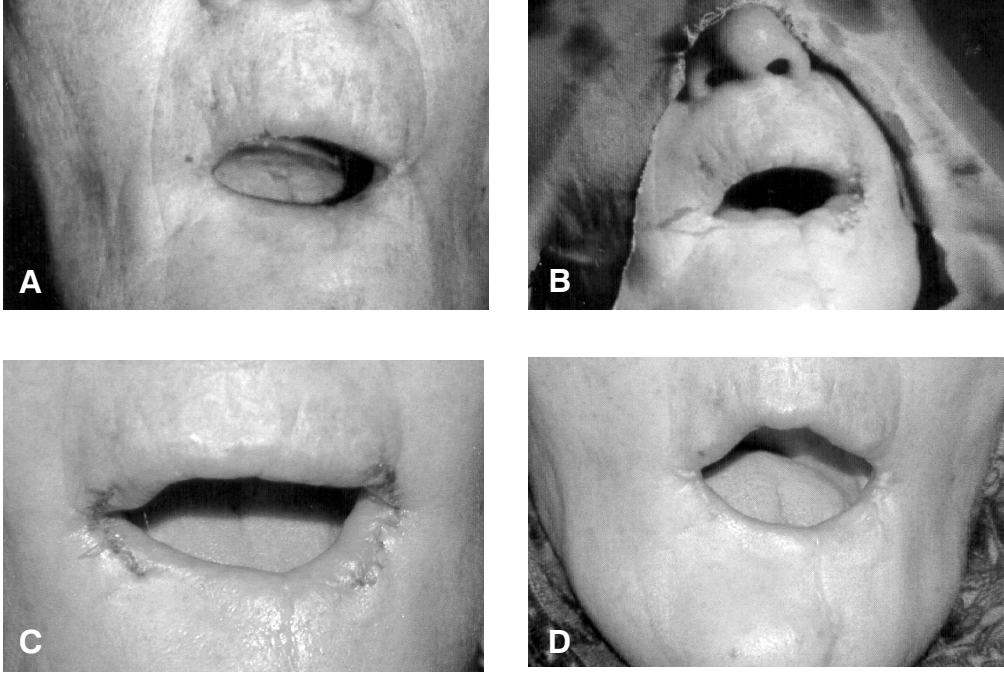
### Cerrahi Teknik

Yeni komisürlerin pozisyonu, bilateral olarak pupillerden geçen vertikal çizgilerde olacak şekilde ayarlanır. Daha sonra bu noktalar alt ve üst vermilyon

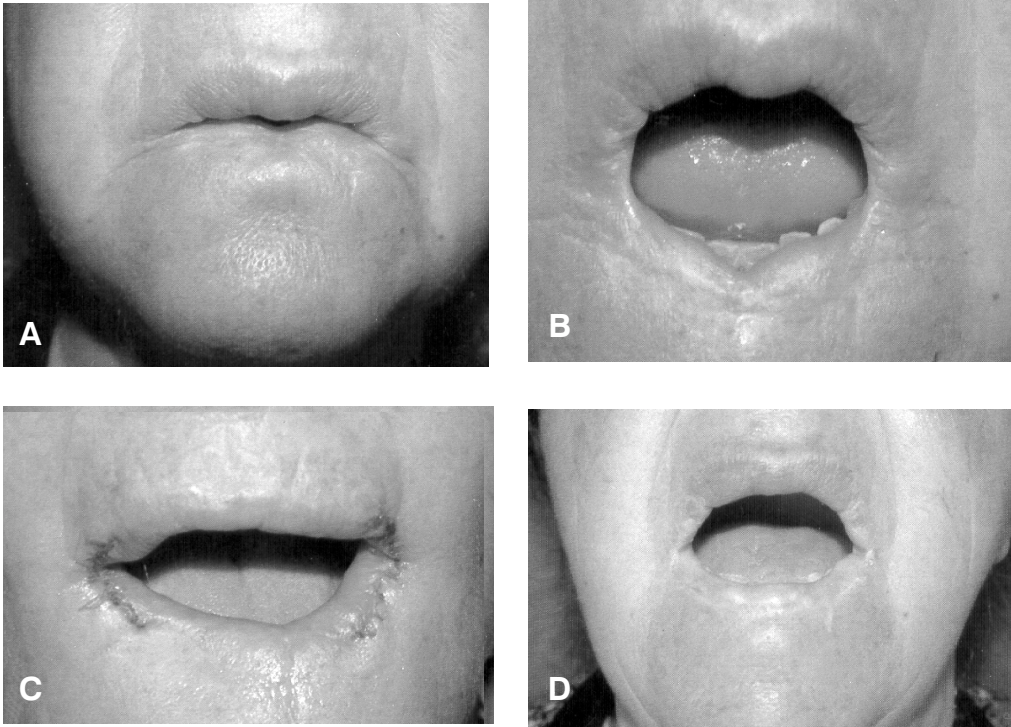
hatları ile birleştirilir. Oluşan üçgen bölge oral mukozaya kadar eksize edilir. Mukozada yapılan insizyonlarla süperior, inferior ve geniş tabanlı lateral mukoza flepleri hazırlanır. Süperior ve inferior mukoza flepleri ile süperior ve inferior vermilyon kenarları oluşturulurken, lateral mukoza flebi ile yeni komisür oluşturulur (Şekil 3).

## SONUÇLAR

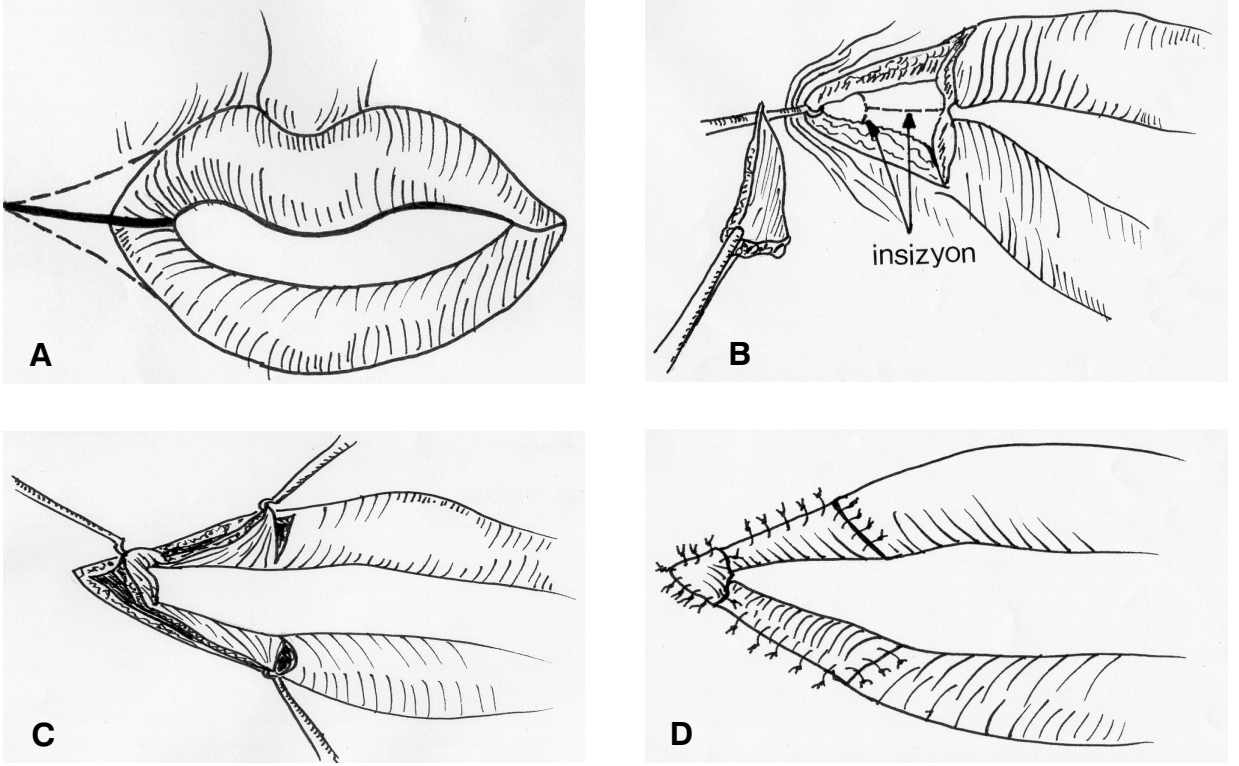
Altı ila 12 ay arasında değişen takip süreleri boyunca, bir hasta dışında, dokularda ödem, kontraktürün relapsı ve mukokutanöz bileşkede düzensizlik gibi herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Sadece bir hastada geç dönemde mukokutanöz bileşkede düzensizlik gözlemlendi (Şekil 1D). Hastaların erken postoperatif ve geç postoperatif ağız genişlikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), her iki grupta da ağız genişliklerinin peoperatif ağız genişliklerinden istatistiksel olarak büyük olduğu gözlemlendi ( $P<0.001$ ), (Tablo 2), (Şekil 4).



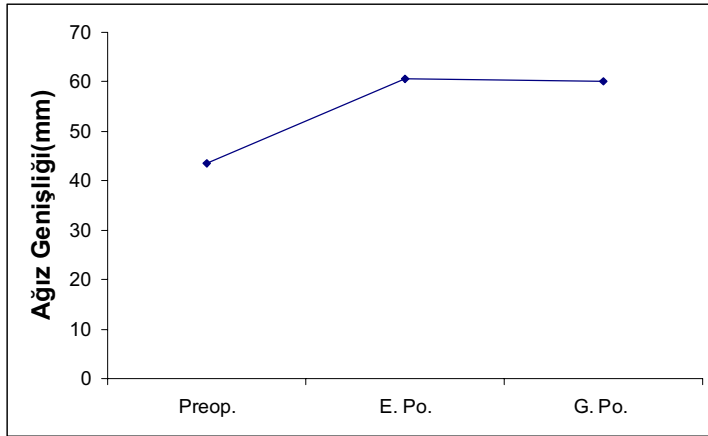
**Şekil 1 A:** Alt dudaktan tümör eksizyonu sonrası gelişen mikrostominin preoperatif görünümü; **B:** Converse-Kazanjian tekniği ile komisüroplasti yapılan sol komisürün sağ komisür ile intraoperatif karşılaştırılması; **C:** Bilateral komisürotomi sonrası erken postoperatif dönem; **D:** Altı aylık geç postoperatif dönemde mukokütenöz bileşkede düzensizlik deformitesi dikkati çekmekte.



**Şekil 2A:** Alt dudak orta bölgesinin habitual olarak ısırılması sonucu gelişen ülserin sekonder iyileşmesine bağlı gelişen mikrostominin ağız kapalı iken preoperatif görünümü; **B:** Ağız açık iken preoperatif görünüm; **C:** Alt dudak orta bölgesinde bulunan skar dokunun eksizyonu sonrası Z-plasti ile onarımı ve Converse-Kazanjian tekniği ile yapılan bilateral komisüroplasti sonrası erken postoperatif görünüm; **D:** Altı aylık geç postoperatif görünüm.



**Şekil 3:** Converse-Kazanjian tekniği ile ağız genişliğinin uzatılması ve komisürlerin restorasyonu; **A:** Preoperatif planlama; **B:** Skar dokusunun eksizyonundan sonra oral mukozanın ve mukoza insizyonlarının görünümü; **C:** Oral mukoza insizyonu ile süperior, inferior ve lateral mukoza fleplerinin görünümü; **D:** Mukoza fleplerinin yerlerine adaptasyonu ile komisürlerin restorasyonu.



**Şekil 4:** Hastaların erken postoperatif dönemde elde ettikleri ağız açıklıklarını geç postoperatif dönemde de korudukları istatistiksel olarak gösterildi.

**Tablo 1:** Hasta özeti (E: Erkek, K: Kadın)

Yaş (yıl) ve cinsiyet	Etiyoloji	Preoperatif ağız açıklığı (mm)	Postoperatif erken dönem ağız açıklığı (mm)	Postoperatif geç dönem ağız açıklığı (mm)	Cerrahi Yöntem	Komplikasyon
56, K	Alt dudaktan kitle eksizyonu	44	60	59	Converse Kazanjian tekniği ile bilateral komisürotomi	Mukokutanöz bileşkede düzensizlik
60, K	Alt dudaktan kitle eksizyonu	43	60	60	Converse Kazanjian tekniği ile bilateral komisürotomi	Yok
60, K	Alt dudak orta bölgesinin habitual olarak ısırılmasına bağlı olarak gelişen ülserasyonun sekonder iyileşmesi	42	61	60	Converse Kazanjian tekniği ile bilateral komisürotomi	Yok
40, E	Alt dudaktan kitle eksizyonu	44	60	60	Converse Kazanjian tekniği ile bilateral komisürotomi	Yok
42, K	Skleroderma	48	64	63	Converse Kazanjian tekniği ile bilateral komisürotomi	Yok
66, E	Alt dudaktan kitle eksizyonu	40	58	58	Converse Kazanjian tekniği ile bilateral komisürotomi	Yok

**Tablo 2:** Hastaların ağız genişliklerinin istatistiksel analizi

	Ortalama ± Standart	Median	P
Preoperatif Dönem	43. 50 ± 2.66	43. 50	P<0.01
Erken Postoperatif Dönem	60. 50 ± 1.97	60.00	P>0.05
Geç Postoperatif Dönem	60. 00 ± 1.67	60. 00	P>0.05

## TARTIŞMA

Değişik yaşlarda, farklı etiyojik nedenlere bağlı olarak gelişebilen mikrostomi deformitesi, estetik sorunların yanında, konuşmada zorluk, beslenme, diş protezlerinin yerleştirilmesi, ağız temizliğinin sağlanmasının güçleşmesi gibi fonksiyonel problemlere de yol açmaktadır<sup>2,4-6</sup>.

Dudak komisürlerinin rekonstrüksiyonu için çeşitli cerrahi yöntemler tanımlanmıştır<sup>9-11</sup>. Genel olarak cerrahi seçenekler arasında, z-plastiler, deri greftleri, komisürotomiler, lokal, nazolabial ve dil flepleri

sayılabilir<sup>3,12-14</sup>.

Kazanjian ve Roopenian, komisürün açılmasından sonra oluşan defektin ilerletme flebi ya da bukkal mukozal transpozisyon flebi ile onarılması yöntemini tarif ederken, Gilles ve Millard vermilyon ilerletme fleplerinin Z-plasti ile kombinasyonu yöntemini önermişlerdir<sup>7</sup>. Anderson bipediküllü vermilyon transpozisyon flebini kullanırken, Jackson aynı amaçla iki adet "rhomboid" şekilli mukozal rotasyon fleplerini kullanmıştır<sup>15,3</sup>. Yakın zamanda klasik yöntemlerin değişik modifikasyonları da kullanılmaktadır<sup>2,3</sup>.

Dieffenbach, bu bölgedeki skar dokusunun eksizyonunu takiben rekonstrüksiyon için süperior, inferior ve lateral mukozal ilerletme fleplerini tanımlamıştır<sup>2</sup>. Bu teknik daha sonra 1959 yılında Converse ve 1974 yılında Frieland tarafından modifiye edilmiştir<sup>12</sup>. Bu yöntem ile bukkal mukoza fleplerinin

hazırlanması ve her iki komisür arası mesafenin arttırılması oldukça kolaydır. Komisürün yeni yeri ise rahatlıkla hesaplanabilir. Bu avantajlara karşılık, bu yöntemde postoperatif relapsı belirleyen en önemli faktör, lateral mukozal flebin büyüklüğü ve kalınlığıdır. Bu flebin deriye sütürasyonu sırasında üzerinde oluşan gerim mümkün olduğunca az olmalıdır.

Ağız komisür rekonstrüksiyonu, kompleks bir operasyondur. Postoperatif dönemde dokularda ödem, kontraktürün relapsı ve mukokutanöz bileşkede düzensizlik gibi çeşitli komplikasyonlar görülebilir<sup>1</sup>.

Mikrostomi onarımlarında kullanılan cerrahi yöntemler genellikle uygun sonuçlar verse de hem estetik hem de fonksiyonel açıdan yeterince tatminkar sonuçlar almak yine de güçtür. Bütün tıbbi problemlerde olduğu gibi en etkili tedavi mümkünse deformitenin önlenmesidir. Bu amaçla özellikle komisürleri ilgilendiren yanıklar ve travmalardan sonra eksternal traksiyon aletleri ve ortodontik splintler kullanılır<sup>8,16</sup>. Bir diğer önemli nokta da çocukların bu gibi deformitelere yol açacak kazalardan korunmaları ve eğitilmeleridir.

Bu çalışmada; Converse-Kazanjian yöntemi ile yapılan mikrostomi onarımlarında, yeni komisürlerin yerleri bilateral olarak pupillerden geçen vertikal çizgilerde olacak şekilde planlandığında, lateral mukozal flep büyük ve kalın hazırlandığında ve flepler gerim minimum olacak şekilde deriye adapte edildiklerinde normal ağız genişliğinin elde edilebildiği ve geç dönem takiplerde de bu mesafenin korunduğu gösterilmiştir.

*Dr. Gürcan ASLAN  
Türkocağı Cad. 50/3  
Balgat, ANKARA*

#### **KAYNAKLAR**

- Mordjikian E. Severe microstomia due to burn by caustic soda. Burns. 28: 802, 2002.
- Berlet AC, Ablaza VJ, Servidio AP. A refined technique for oral commissurotomy. J Oral Maxillofac Surg. 51: 1400, 1993.
- Mehra P, Caiazzo A, Bestgen S. Bilateral oral commissurotomy using buccal mucosa flaps for management of microstomia: Report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 56: 1200, 1998.
- Travis SPL, Mcgrath JA, Turnbull AJ. Oral and gastrointestinal manifestations of epidermolysis bullosa. Lancet. 340:1505, 1992.
- Ferreira LM, Minami E, Andrews JM. Freeman–Sheldon Syndrome: surgical correction of microstomia. Br J Plast Surg. 47: 201, 1994.
- Ahmet Terzioğlu, A., Çıgır, B., Aslan, G.
- Fairbanks GR, Dingman RO. Restoration of the oral commissure. Plast Reconstr Surg. 49: 411, 1972.
- Penna KJ, Sadoff RS. Prevention of microstomia following facial burns. Br J Oral Maxillofac Surg. 36: 146, 1998.
- Kazanjian and A. Roopenian, The treatment of lip deformities resulting from electrical burns. Am J Surg. 88: 884, 1954.
- Su CT, Manson PN, Hoopes JE. Electrical burns of the oral commissure: treatment results and principles of reconstruction. Ann Plast Surg. 5: 251, 1980.
- Canady JW, Thompson SA, Bardach J. Oral commissure burns in children. Plast Reconstr Surg. 97:738, 1996.
- Ono I, Ariga K, Gunji H, Hasegawa T, Sato M, Kaneko F. A method with three triangular flaps as a secondary operative procedure after a reconstruction of the lower lip by Estlander's method. Plast Reconstr Surg. 90:700, 1992.
- Converse JM, Wood-Smith D. Techniques for the repair of defects of the lips and cheeks. In: Converse JM, editor. Reconstructive Plastic Surgery, vol. 3, 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1977. p. 1544–94.
- Donelan MB, Reconstruction of electrical burns of the oral commissure with a ventral tongue flaps. Plast Reconstr Surg. 97: 1155, 1995.
- Anderson R, Kurtay M. Reconstruction of the corner of the mouth. Plast Reconstr Surg. 47: 463, 1971.
- Richard RL, Staley MJ. Splinting techniques for the burn patient. In: Burn Care and Rehabilitation: Principles and Practice. Philadelphia, PA: FA Davis; 1994. 256–8.