

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

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

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: 144-148.

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 dudağın 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 olmaktadır⁶. Bu konudaki ilk yayınlar 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 sıyırılması ve lateralinden 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 greftle desteklemiştir. Horton'un yöntemi uygun indikasyonlarda iyi sonuç vermesine karşın, O'Connor'ın tekniğinin sıklıkla dudağı deforme ettiği kabul edilmekte ve kullanılması önerilmektedir.⁵⁻⁷ Lokal fleplerin kalın olmaları ve altındaki alveolusa gevşek tutunmaları nedeniyle faydasız olduklarının ileri sürülmesinin yanında, sulkusun derinliğinin kalıcı olması için bazı aygıtların kullanılması gerektiğinden sulkoplastinin 4-6 ya-

* *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; Yard. Doç. Dr. Alpagan Mustafa Yıldırım: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı; *Yazışma Adresi (Address):* Dr. A. Yücel, PK 41, 34303 Cerrahpaşa İstanbul. <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2000v31/s3/003a4.htm>

şına kadar geciktirilmesi de önerilmektedir.⁶ Bardach ve Salyer dudağı alveolustan yeterli derinlikte sulkus oluşturacak şekilde ayırdıktan sonra oluşan defekti ince cilt grefti ile kapatarak bir ay grefti destekleyen ve stabilize eden bir aygıt ve daha sonra da 6 ay süre ile bir retainer kullanarak yeterli sulkus derinliğinin devam ettirilebildiğini bildirmiştir.¹

Üst bukkal sulkus derinleştirilmesi ile ilgili literatürde bu güne kadar yayınlanmış 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.

GEREÇ VE YÖNTEM

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğinde 1995-1998 yılları arasında yarık dudak-damak onarımından kalan üst bukkal sulkus sığılığı 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'i erkekti. 11 hasta iki yanlı tam dudak-damak yarıklı, 2 hasta iki yanlı tam dudak ve alveolar ark yarıklı, 1 hasta ise tek yanlı tam dudak-damak yarıklı 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 onarımı da yapıldı, 5'inde ise fistül onarımı ortodontik maksiller ekspansiyondan sonraya ertelendi. 12 hastada premaksilladan hazırlanan muko-

za flebi, yeniden dudak onarımı, Abbé flebi veya iki yandan ilerletilen bukkal mukoza flebi ile kombine edilerek, 2 hastada ise premaksillaya konan mukoza grefti iki yanlı bukkal mukoza ilerletme flebi ile kombine edilerek sulkus derinleştirildi (Tablo I). Sulkus derinliğinin kalıcı olması için herhangi bir stent veya aygıt uygulanmadı.

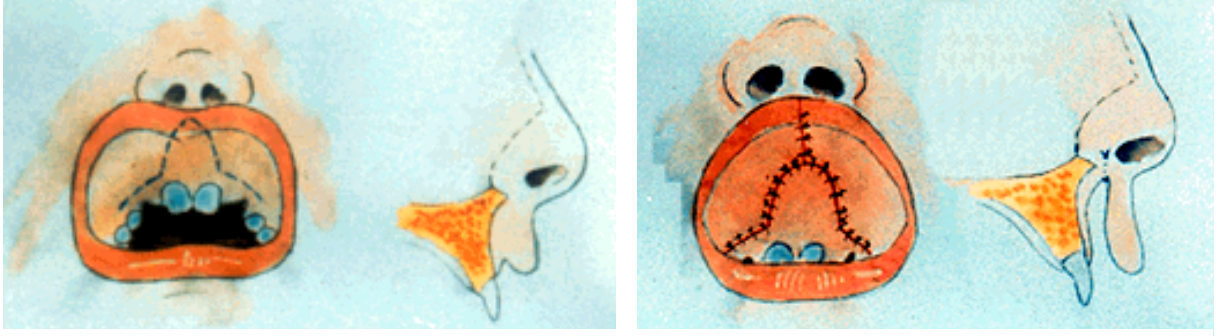
Cerrahi Teknik:

Dudak-damak yarık onarımından kalan üst bukkal sulkus sığılığının giderilmesinde cerrahi girişim seçilirken, dudağın 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 inceltirilmiş mukoza flebi, üst dudakta yumuşak dokunun yeterli olduğu ama dudak yarığının kötü onarıldığı olgularda yeniden dudak onarımı (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 grefti (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 ulaşacak uzunlukta olmasına dikkat edildi. Graft 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 sığılaşmaması ve

Tablo I. Olguların Özellikleri

Onarım tekniği	Ek işlem indikasyonu	Ek işlem	Sonuç
İnceltirilmiş 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 grefti (n=2)	Şiddetli mukoza eksikliği	Bukkal mukoza flebi (n=2)	Başarılı



Şekil 1. Şematize edilmiş üst bukkal sulkus deformitesi.

(A) Üst bukkal sulkus sığlığının önden ve yandan görünümü,

(B) Premaksiller mukoza flebi ve iki yandan ilerletme flebinin üst sulkusu derinleştirerek adaptasyonu.

premaksillada normalde olması gerekenden kalın, 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.

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 kalıcı oldu. Maksillar 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.

TARTIŞMA

Yarık dudak-damak onarımından sonra üst bukkal sulkusun sığ olması ortodontik tedaviye ve protez uygulanmasına engel oluşturması yanında, dudak fonksiyonla-



Şekil 2. Olgu 1. Onarılmış iki yanlı tam dudak damak yarıklı 9 yaşında erkek çocuk.

(A) Sığ üst bukkal sulkus, (B) Premaksiller mukoza flebi ve iki yanlı bukkal flep ilerletilmesinden 3 yıl sonra.



Şekil 3. *Olgu 2.* Onarılmış iki yanlı tam dudak damak yarıklı 13 yaşında kız çocuk. (A) Sığ üst bukkal sulkus, (B) Premaksiller mukoza flebi ve Abbé flebi ile sulkus derinleştirilmesinden 5 yıl sonra protez de uygulanmış durumda.

rının düzgün ve yeterli olarak yapılabilmesine de olanak vermez. Ancak hastalar yarık dudak-damak onarımından kalan başka birçok deformiteye sahip olmalarından dolayı bu sorunları genellikle ortodontik veya prostodontik girişimler gerektiğinde gündeme gelir. Bizim olguların da ikisi hariç hepsinde ortodontik tedavi uygulanabilmesi amacı ile üst bukkal sulkus derinleştirildi.

Üst bukkal sulkus derinleştirilmesi esnasında dudakın diğer bazı deformiteleri de düzeltilebilir. Ortodontik tedavide dudak gergin olmaması gerektiğinden bölgeye Abbé flebi veya mukoza grefti gibi yeni doku getirilmesi bazen gerekebilir. Genellikle yumuşak dokuya gereksinim olduğu için alveol önündeki oronasal fistüller ancak küçük ise onarılabilir. Bizim

olguların hepsinde ileri derecede sekonder deformiteler olduğu için ve ayrıca 7 hastada anterior alveolar oronasal fistül olduğu için sulkus derinleştirme işlemi son işlem değildi. Bu nedenle, daha sonra düzeltilecek bazı deformitelerin de olması göz önüne alınarak, premaksiller inceltilmiş mukoza flebi veya premaksiller mukoza grefti ile kombine edilen teknikler uygulanırken sulkusu örten mukoza burun tabanından geçen dikişlerle en derin noktaya tespit edilerek sulkus normalden fazla derinleştirildi. Alınan sonuçlar literatür verilerine göre oldukça başarılı idi. Bütün olgularda cerrahı, ortodontisti, prostodontisti ve hastayı tatmin edici sonuçlar alındı.

Dudak-damak yarığı onarımından kalan deformiteleri olan hastalarda üst buk-



Şekil 4. *Olgu 3.* Onarılmış iki yanlı tam dudak damak yarıklı 17 yaşında kız. (A) Sığ üst bukkal sulkus, (B) Premaksillaya yapışık üst bukkal mukozanın ayrılarak iki yanlı bukkal ilerletme flebi ile sulkusun ön tarafı oluşturulduktan ve premaksilladaki açık alan tam kalınlıkta mukoza grefti ile kapatıldıktan 3 yıl sonraki görünümü.

kal sulkusun derinleştirilmesi sona bırakılmaz ise lokal dokular cerrahi gereksinimi karşılayabilir. Bu da yukarıda detaylı olarak anlatılan tekniğin uygulanmasına olanak vererek başarılı sonuçların alınmasına yol açacaktır.

ÖZET

Dudak damak yarığı onarımından kalan deformitelerden üst bukkal sulkus sığılı 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 mukoza flebi yeniden dudak onarımı, Abbé flebi veya iki yandan ilerletilen bukkal mukoza flebi ile kombine edilerek, 2 hastada ise premaksillaya konan mukoza grefti iki yanlı bukkal mukoza ilerletme 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 mukoza flebi veya premaksillaya konan tam kalınlıkta mukoza grefti ile kombine edilen doku kazandırıcı tekniklerle başarılı ve kalıcı sonuç-

lar 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, Crikelair GF. Release of the prolabium 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 epidermal 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 Adamson JE, Mladick RA, Taddeo RS. The upper lip sulcus in cleft lips Plast Reconstr Surg 1970; 45:31-37.
6. Jackson IT, Fasching 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.