

Fasiyal Asimetri Vakasına Ortognatik Yaklaşım

Dr. Neslihan ÜÇÜNCÜ* Prof. Dr. Orhan GÜVEN**


Anahtar Kelimeler: Fasiyal asimetri, genioplasti.

SUMMARY: AN ORTHOGNATHIC APPROACH TO FACIAL ASYMMERY Facial asymmetry which occurs as a result of different effects, may be seen at different parts of the face. The jaws are frequently the cause of facial asymmetry. Especially, the mandible is a major contributor to facial asymmetry. In this paper, the technique of genioplasty was applied to a patient who had mandibular asymmetry. Differences between preoperative and postoperative cephalometric values has been discussed.

Key Words: Facial asymmetry, genioplasty.

GİRİŞ


Maksilla, nasomakserler bölge dışında yüzün yumuşak dokuları için az bir destek oluşturduğundan yüz asimetrisinde çok az rol oynar. Mandibula ise alt yüzün yumuşak dokularının kemik desteği oluşturduğundan pozisyonu veya şeklineki en ufak değişiklikler asimetriye sebep olur.

Kondiller hiperplazi, kondiller tümör, kondiller fraktür, makrogoni, prognatizm devişasyonu, hemifasial mikrosomiyi, Romberg's hastalığı, hemifasial hipertrófi, Neurofibratomatosis, infantil kortikal hiperostozis, anikloz, kondiller agenesis, fibröz displazi, gibi nedenlerden ötürü mandibulunun asimetririkltüsü sonucu yüz asimetrisi oluşur (1, 3, 4, 5).

Asimetri nedenine ve şekilde göre çeşitli cerrahi yaklaşımlar uygulanır. Mandibulanın alt kenarının rezeksiyonu (genioplasti) asimetrinin düzeltim işlemlerinden birisidir (1, 2).

Bu makalede, cepe ucu asimetrisi olan bir vakaya uygulanan cerrahi yaklaşım sunulacaktır.


VAKA:

23 yaşındaki hastamız (S.O.,g) kliniğimize yüzündeki özellikle çene ucundaki asimetri şikayet ile başvurdu. (Resim 1a). Yapılan klinik muayene çıkanın çene ucunun bariz bir şekilde sol tarafta kayмыış olduğu gözlemdi. Dişel orta hat 3.5 mm sola kayımı. Klas III molar ilişkisine sahip fakat ön ve yan bölgede çapraz kanıp içermiyordu.

Anteroposterior radyografik analizde (6) yüzde sadexe mandibular asimetri varlığı teşbit edildi. Midsagital düzleme göre maksiller dişel orta çizgide 2 mm, mandibular dişel orta çizgide 5.5 mm, çene ucu-sert dokuda 8.5 mm, çene ucu-yumuşak dokuda 9 mm sola kayma mevcuttu. ZL-AG mesafesi 84 mm iken, ZR-GA mesafesi 94 mm bulundu (Şekil 1, Resim 2a, Tablo I).

Panoramik radyografı da sağ kondil ile gelişiminin sol kondile göre daha fazla olduğu izlandı. (Resim 3). Asimetri, mandibular kaynaklı olduğundan genioplasti işlemi uygun görüldü.

Cerrahi Teknik; Vakaya nasotrakeal genel anestezi altında intraoral genioplasti uygulandı (1, 2) (Şekil 2). Küçük segment preoperatif planlama sahasında tarsalandiği üzere, postoperatif yumuşak dokaların kisa ve uzun dönemde toloere edebileceği oranda 6.5 mm sağa kaydırılık, intra osseo tel ligatüre ile teşbit edildi.

Hastanın postoperatif 6. ayda kontrollerinde alt segmentin son derece mükemmell bir kemikleşme gös-
Resim 1a- Operasyon Öncesi Cephe Fotoğrafı

Resim 1b- Operasyon Sonrası Cephe Fotoğrafı

Resim 2a- Operasyon Öncesi Anteroposterior Radyografisi

Resim 2b- Operasyon Sonrası Anteroposterior Radyografisi

Resim 3- Panoramik Radyografisi
terdiği, m. mentalis ve m. genioglosusun fonksiyonlarının yerinde olduğu tesbit edildi. Tesbit materyali olan intraossez hüller bir reaksiyon göstermediği için çıkartılamadı (Resim 2b).

TARTIŞMA

Kafa kaidesine alt çene eklemi aracılığı ile bağlanan mandibulanın çift tarafını ve simetrik olarak büyümesi sonucu alt çenemin ve buna bağlı olarak yüzün dikey boyutları artar. Kendiler gelişim tek tarafı veya asimetrik ise çeninin tümünde bir tarafo doğru kayma görülür. Bu değişim diş dizilerini etkilediği gibi çene ucunu da etkiler (1, 3, 4, 5).

Vakamızda da çene ucu asimetrisi olduğundan genioplasti işlemi uygun görüldü ve uygulandı. Vakada operasyona bağlı olarak yüz yüksekliğinde (NC-M) 3 mm. lik bir azalma oluşturken midsagittal düzleme göre sola doğru olan 8.5 mm. lik deviasyon, 6.5 mm. düzeltmeye 2 mm. ye düşürüldü ve neticede yüz estetikinde oldukça olumlu bir sonuca elde edildi (Resim 1a, 1b) (Tablo I).

Tablo I: Vakanın Operasyon Öncesi ve Operasyon Sonrası Analiz Değerleri.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vaka S.O. (Erkek)</th>
<th>Operasyon Öncesi (mm.)</th>
<th>Operasyon Sonrası (mm.)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Dişel orta çizgi</td>
<td>3.5</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2. [ ]-Midsagittal Düzlem</td>
<td>2.0</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>3. [ ]-Midsagittal Düzlem</td>
<td>5.5</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Me (neti)-Midsagittal Düz.</td>
<td>8.5</td>
<td>2.0</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Me (yarım)-Midsagittal Düz.</td>
<td>9.0</td>
<td>2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>6. ZL-AG</td>
<td>84</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>7. ZR-GA</td>
<td>94</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>8. No-M</td>
<td>117</td>
<td>114</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Şekil 1. Vakanın Asimetrisinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Nokta ve Düzlemler (Ricketts Analizi)

Şekil 2. Vakaya Uygulanan cerrahi teknik

YARARLANILAN KAYNAKLAR


Yazılaşma Adresi: Prof. Dr. Orhan GÜVEN
A.Ü. Dişhek. Fak.
Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi
Anahtılım Dali.
Beşevleri/ANKARA

Bu makale, Yayın Kurulu tarafından 28/03/1990 tarihinde yayına kabul edilmiştir.