

Bölüm 4

ORTOGNATİK CERRAHİ TEDAVİ PLANLAMASINDA YUMUŞAK DOKULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gökhan ÇOBAN¹

Ela Nur UZUN²

GİRİŞ

Dentofasiyal deformite, işlevsellik ve/veya sosyal kabul edilebilirlikte engel oluşturacak kadar normal yüz oranlarından sapmayı ve şiddetli bir eksiklik-yetersizliğe sebep olan dental ilişkiyi ifade eder. Asya popülasyonunda %5 oranında izlenmektedir.

Büyüme ve gelişimini tamamlamış hastalarda ortodontik ve/veya ortopedik düzeltimin sınırlarını aşan iskeletsel deformiteye sahip hastaların tedavisinde son 60 yıldır dünya genelinde rutin bir şekilde uygulanmakta olan ortognatik cerrahi tedavi ile estetik ve fonksiyonel gereksinimlerin karşılanabilmesi için hastaların ameliyat öncesinde dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve kişiye özgü tedavi planı oluşturulması gerekmektedir. Ortognatik cerrahi tedavi uygulanması planlanan hastalarda yumuşak dokuların değerlendirilmesi tanı ve tedavi planlamasında ve ameliyattan sonraki hasta memnuniyeti açısından oldukça önemli bir rol üstlenmektedir.⁽¹⁾ Yüzün doğru bir şekilde değerlendirilmesi için hasta doğal baş pozisyonunda⁽²⁾, kondiller sentrik ilişkide ve dudaklar istirahat pozisyonunda olmalıdır.⁽³⁾

Yüzdeki yumuşak doku oranları, büyük ölçüde altında yer alan yüz iskeleti tarafından belirlenir; ancak bu tek başına belirleyici değildir ve tedavinin amacı öncelikli olarak yumuşak dokuların estetik hale getirilmesidir. Son zamanlarda, ortodonti ve ortognatik cerrahide, dentofasiyal deformitelerin tedavisinde yüzün yumuşak dokularına odaklanan, bu 'yumuşak doku paradigması'nın daha fazla benimsenmesi nedeniyle, bu bölümde yüzün yumuşak dokuları ve değerlendirme yöntemleri hakkında güncel bilgilere yer verilmiştir.

¹ Öğr. Gör. Dr., Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti A.D. dtgokhancoban@hotmail.com

² Arş. Gör., Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti A.D. yuzuakela@gmail.com

Arnett ve McLaughlin, ortognatik cerrahi tedavinin sonundaki başarı kriterlerini: İyi bir yüz estetiği ve dengeli profil elde edilmesi, kas yapısı ve temporomandibular eklemın sağlıklı olması, okluzyonun düzeltilmesi, periodontal olarak sağlıklı dokuların elde edilmesi, hastanın ana şikâyetinin çözümlenmesi, tedaviden sonra dişsel, iskeletsel ve büyüme değişikliklerinin stabil olması, havayolu hacminin artırılması veya en azından korunması olarak bildirmiştir.⁽¹⁷⁾

Ortognatik cerrahi tedavi ile hastaların daha iyi bir estetik görünüm ve fonksiyona sahip olmalarının yanı sıra psikososyal olarak düşledikleri konuma getirilmesi amaçlamaktadır. Bu durum için hastanın yalnızca sefalometrik değerlerinin ideal hale getirilmesi yeterli olmaz, aynı zamanda iyi bir okluzyonla birlikte yüz görünümünün uyumlu ve estetik hale getirilmesi zorunludur. Bu nedenlerle ortognatik cerrahi planlamalarında hastaların ameliyat sonrası yumuşak dokularının yeni pozisyonlarının ve oranlarının ameliyat sonrasında tatmin edici düzeyde olması için özenli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Teşekkür

Grafik çizimleri ve kitap bölümünün daha anlaşılabilir hale gelmesindeki katkılarından dolayı İbrahim Aslan'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Worms, FW., Isaacson, RJ., Michael, ST., Surgical orthodontic treatment planning: profile analysis and mandibular surgery. Angle Orthod 1976; 46: 1-25.
2. Moorrees, CF., Kean, MR., Natural head position, a basic consideration in the interpretation of cephalometric radiographs. Am J Phys Anthropol 1958; 16: 213-34.
3. Arnett, G., Bergman, R., Facial Keys to Orthodontic Planning. Part I Diagnosis and Treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1993; 103:299-312.
4. Reyneke, JP., Ferretti, C., Clinical assessment of the face. Semin Orthod. 2012; 18:172-86.
5. Farkas, LG., Anthropometry of the Head and Face. 1994: Raven Pr.
6. Bishara, SE., Burkey, PS., Kharouf, JG., Dental and facial asymmetries: a review. The Angle Orthod 1994; 64: 89-98.
7. Bidra, AS., et al., The relationship of facial anatomic landmarks with midlines of the face and mouth. J Prosthet Dent 2009; 102: 94-103.
8. Miller, EL., Bodden Jr, WR., Jamison, HC., A study of the relationship of the dental midline to the facial median line. J Prosthet Dent 1979; 41: 657-60.
9. Staudt, CB., Kiliaridis, S., Association between mandibular asymmetry and occlusal asymmetry in young adult males with class III malocclusion. Acta Odontol Scand 2010; 68: 131-40.

10. Naini, FB., Gill, DS., Facial aesthetics: 2. Clinical assessment. Dent Update 2008; 35: 159-70.
11. Farkas, LG., et al., Anthropometric proportions in the upper lip-lower lip-chin area of the lower face in young white adults. Am J Orthod 1984; 86: 52-60.
12. Arnett, GW., Bergman, RT., Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part II. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1993; 103: 395-411.
13. Ricketts, RM., A foundation for cephalometric communication. Am J Orthod, 1960; 46: 330-57.
14. Steiner, CC., Cephalometrics for you and me. Am J Orthod 1953; 39: 729-55.
15. Ricketts, RM., Esthetics, environment, and the law of lip relation. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1968; 54:272-89.
16. McCollum, AG., Reyneke, JP., Wolford, LM., An alternative for the correction of the Class II low mandibular plane angle. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 67: 231-41.
17. Arnett, GW., McLaughlin, RP., Facial and dental planning for orthodontists and oral surgeons. 2004. p.4. Mosby