

Dudak Onarımı ile Eş Zamanlı Gerçekleştirilen Dudak Yarığı Burnu Düzeltmesinde İnterdomal Dikiş ile Kresentik Cilt Eksizyonunun Erken ve Geç Dönem Katkılarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Using Interdomal Suture and Crescentic Skin Excision with Standard Cleft Lip Repair for Correction of Cleft Lip-Nose Simultaneously with Primary Lip Repair

Mert Çalış, Zeynep Öz, Figen Özgür

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

67

Öz

Amaç: Dudak onarımı ile eş seanslı olarak yarık dudak burnu (YDB) deformitesinin giderilmesi amacıyla interdomal dikiş yerleştirilen hastalar ile yarık tarafına kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen hastaların takiplerinde elde edilen postoperatif düzeltme oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Modifiye Millard rotasyon ilerletme tekniği ile dudak onarımı gerçekleştirilen ve eş zamanlı olarak ya burun şekillendirici interdomal dikiş, ya da kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen 83 tek taraflı yarık dudak hastası çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların değerlendirilmesi standart olarak çekilen preoperatif, postoperatif erken ve geç dönemde rutin olarak çekilen kaudal nazal fotoğraflar ile gerçekleştirilmiştir. Burun tabanı ile nostrilin en projekte noktaları arasındaki yükseklikler ölçülmüş ve yarık olan tarafta elde edilen yükseklik, yarık olmayan taraftaki yüksekliğe oranlanmıştır.

Bulgular: Erken postoperatif dönemde en yüksek oran, kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen grupta elde edilmiştir (1,07±0,29). İnterdomal dikiş yerleştirilen grupta elde edilen oran 0,87±0,22 olarak hesaplanmıştır. Erken postoperatif dönemde en düşük oran standart dudak onarım yaklaşımı dışında herhangi bir işlem gerçekleştirilmeyen grupta hesaplanmıştır (0,71±0,16). En yüksek oranda rekürrens kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen hastalarda gözlenmiştir (0,39±0,16). Rekürrens karşılaştırıldığında cilt eksizyonu ile gözlenen rekürrens oranı anlamlı olarak interdomal dikiş ile elde edilen rekürrens oranına göre fazla bulunmuştur (p=0,005).

Sonuç: Yarık dudak onarımına eş zamanlı primer rinoplasti yaklaşımı uzun vadede YDB deformitesinin düzeltilmesi amacıyla gerekli gözükmemektedir. Kresentik cilt eksizyonu veya interdomal dikiş bu amaçla erken dönemde sağlam tarafla simetriyi ve etkili sonuçlar elde edilmesini sağlasa da, geç dönemde rekürrens ihtimali akılda tutulmalıdır. Bu iki teknikten biri tercih edilecek olursa sağlam taraf nostril yüksekliği de dikkate alınarak fazla düzeltme gerçekleştirilmemesi (overcorrection) göz önünde bulundurulabilir.

Anahtar Sözcükler: Yarık dudak, yarık dudak burnu, interdomal dikiş, kresentik cilt eksizyonu, primer rinoplasti

Abstract

Objective: The aim of this study is to compare the postoperative correction rates in the follow-up after simultaneous cleft lip nose (CLN) repair with cleft lip repair using either interdomal suture or crescentic skin excision.

Material and Methods: Eighty-three unilateral cleft lip patients were operated using modified Millard rotation advancement technique for cleft lip repair and simultaneous cleft lip repair using either interdomal suture or crescentic skin excision. The evaluation of the patients was made using routine standardized preoperative and early and later postoperative caudal nasal photographs. The distance between the nasal base and the most projectile point of the nostril was measured, and the ratio of the cleft side to the non-cleft side was calculated.

Results: The highest rate was calculated in the early postoperative period in the crescentic skin excision group (1.07±0.29). The ratio was found to be 0.87±0.22 in patients with interdomal suture placement. The lowest rate was observed in patients who did not have any nasal reshaping procedure other than a standard cleft lip repair (0.71±0.16). The highest rate of recurrence was observed among the patients who had crescentic skin excision (0.39 ± 0.16). When recurrence rates were compared, a significant difference was observed in the crescentic skin excision group compared to the interdomal suture placed patients (p=0.005).

Conclusion: The simultaneous primary rhinoplasty approach with cleft lip repair appears to be necessary for CLN repair in the long term. Although crescentic skin excision and placement of interdomal suture for this purpose achieve symmetry with the noncleft side and successful results in the early postoperative period, the probability of recurrence should always be taken in consideration. If either of these two techniques is to be preferred for CLN repair, then overcorrection should always be taken in consideration.

Keywords: Cleft lip, cleft lip nose, crescentic skin excision, interdomal suture, primary rhinoplasty

Sorumlu Yazar / Correspondence Author: Dr. Mert Çalış E-posta / E-mail: mertcalis@gmail.com



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Geliş Tarihi / Received: 25.11.2016
Kabul Tarihi / Accepted: 18.12.2016

GİRİŞ

Dudak damak yarıkları (DDY) baş boyun bölgesinin en sık görülen doğumsal anomalilerinden biri olup, dünya genelinde ortalama insidansı bin doğumda 1,3-1,7 arasında değişmektedir.^{1,2} Bu oran coğrafi bölgeye göre değişiklik göstermekte olup, Uzak Doğu'ya doğru gidildikçe 1/300'e kadar çıkmaktadır.^{3,4}

Her ne kadar hayatın erken aylarında DDY hastalarına dudak ve damak onarımları gerçekleştirilse de gelişen sekonder deformitelerin düzeltilmesi hiç de nadir olmayıp, bu hastaların takiplerinde önemli bir yer teşkil etmektedir.⁵ Bu sekonder deformitelerin de başında yarık dudak burnu (YDB) deformitesi gelmektedir. Geçmiş yıllarda YDB deformitesinin düzeltilmesinin burun ve yüz gelişimini etkileyebileceği kaygısıyla dudak onarımından sonraki cerrahi seanslara ertelenmekte iken, günümüzde artık burun şekillendirici yaklaşımlar ertelenmeden, kırıkdağın çok daha şekillendirmeye uygun olduğu dudak yarığı onarımı ile eş zamanlı olarak gerçekleştirilmektedir.⁶⁻⁸

Yarık dudak burnu deformitesinin düzeltilmesi amacıyla farklı birçok yaklaşım bulunmakta olup, bunlar arasında farklı eksizyon, sütürasyon ve disseksiyon yaklaşımları yer almaktadır.^{9,10} Bu çalışmada dudak onarımı ile eş seanslı olarak YDB deformitesinin giderilmesi amacıyla interdomal dikiş yerleştirilen hastalar ile yarık tarafına kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen hastaların takiplerinde elde edilen postoperatif düzeltme oranlarının karşılaştırılması ve hangi tekniğin daha etkin olduğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

1 Mart 2014 ile 1 Eylül 2015 yılları arasında takip edilip, Modifiye Millard rotasyon ilerletme tekniği ile dudak onarımı gerçekleştirilen ve eş zamanlı olarak ya burun şekillendirici interdomal dikiş; ya da kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen 83 tek taraflı yarık dudak hastası, girişimsel olmayan klinik uygulamalar etik kurul onayının ve hastaların onamalarının alınmasını takiben çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilen hastaların hepsi rutin nazolaveolar şekillendirme işleminden geçmiş olup, ortodontik tedavileri cerrahi öncesinde standart olarak aynı kurum içinde gerçekleştirilmiştir. Sendromik olanlar, uzun dönem takip bilgileri bulunmayan hastalar, preoperatif ve postoperatif fotoğraflama standart olarak gerçekleştirilmeyen hastalar ve ortodontik tedavi almamış veya dış merkezde almış olan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Hastaların değerlendirilmesi standart olarak preoperatif, postoperatif erken ve geç dönemde rutin olarak çekilen kaudal nazal fotoğraflar ile gerçekleştirilmiştir. Tüm hastalarda erken dönem fotoğraflama postoperatif birinci hafta sonunda kontrolde gerçekleştirilirken, geç dönem fotoğraflama postoperatif altıncı ay kontrolünde gerçekleştirilmiştir. Fotoğraflar standart olarak sırtüstü yatar pozisyonda iken bir metre mesafeden çekilmiştir. Elde edilen fotoğraflar Adobe Photoshop CS6 yazılımı yardımıyla değerlendirilerek burun tabanı ile nostrilin en projekte noktaları arasında yükseklikler ölçülmüş ve yarık olan tarafta elde edilen yükseklik, yarık olmayan (sağlam) taraftaki yüksekliğe oranlanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Yarık ve sağlam taraf nostril - burun tabanı arası yüksekliklerin hesaplanması. A: sağlam taraf nostrilin en yüksek noktası, A': yarık taraf, B: sağlam taraf nostril tabanı, B': yarık taraf, NY: nostril yüksekliği, P: burun tabanından geçen horizontal plan

Cerrahi Teknik

Yarık dudak onarımı hastalarda standart olarak modifiye Millard rotasyon ilerletme tekniğine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.¹¹ İşlem hastada normal (yarık olmayan) taraftaki Cupid yayının yüksek noktası, Cupid yayının yarık tarafındaki yüksek noktası, kolumella orta noktası, Lateral dudak segmentinde Cupid yayının öngörülen yüksekliği gibi referans noktalarının işaretlenmesini takiben cilt insizyonlarının planlanması ve 11 numaralı bistüri ile gerçekleştirilmesiyle başlamıştır. Mukoza insizyonları submukozal planla sınırlı olacak şekilde 15 numaralı bistüri yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Cilt ve mukozanın orbikularis kasın üzerinden kaldırılmasını takiben kas burun, kolumella, nostril kenarı ve alar tabandan anormal bağlantılarından serbestleştirilir. Gingivobukkal sulkusun bilateral insizyonu ile maksilla üzerinden yumuşak dokuları serbestleştirilir. Medial ve lateral insizyonlardan küçük tenotomi makası yardımıyla alt lateral kırıkdağ, burun ucu ve burun dorsumu seviyesinde disseksiyon gerçekleştirilir. Hastalarda C (kolumellar) flebi kolumella uzatılması amacıyla, M (medial) ve L (lateral) mukozal flepleri gingivobukkal sulkus oluşturulması amacıyla kullanılmıştır. Mukoza onarımı 5-0 emilebilen poliglaktin dikişler (Vicryl, Ethicon, ABD) yardımıyla gerçekleştirilirken, orbikularis oris kası onarımı emilebilen 4-0 poliglaktin (Vicryl, Ethicon, ABD) dikişler yardımıyla yaklaştırılır. Dudak segmenti rotasyon flebinin inferior rotasyonu ve ilerletme flebinin medial ilerletilmesi sonucunda emilebilen 5-0 poliglekapron (Monocryl, Ethicon, ABD) onarılmıştır.

Standart dudak onarımı ile beraber tekniğe bağlı gerçekleşen alar kanat rotasyonu dışında bazı hastalara nostril seviyesinde gerçekleştirilen milimetrik insizyonlar yardımıyla 5-0 polidioksanon (PDS, Ethicon, ABD) sütür ile interdomal dikiş yerleştirilerek, bazı hastalarda ise sadece yarık tarafına kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilerek YDB onarımları gerçekleştirilmiştir (Şekil 2-4).

İstatistiksel Analiz

Değişkenlerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences 22,0 (IBM Corp.; Armonk, NY, ABD) ve PAST 3 (Paleontological statistics, NY, ABD) programları kullanıldı. Tek de-ğiş-



Şekil 2. a-c. Sadece Modifiye Millard rotasyon ilerletme tekniği ile dudak onarımı gerçekleştirilen hastanın (a) preoperatif, (b) erken postoperatif ve (c) geç postoperatif görünümü



Şekil 3. a-c. Dudak onarımına ek olarak eş zamanlı interdomal dikiş yerleştirilen hastanın (a) preoperatif, (b) erken postoperatif ve (c) geç postoperatif görünümü



Şekil 4. a-c. Dudak onarımına ek olarak eş zamanlı interdomal dikiş yerleştirilen hastanın (a) preoperatif, (b) erken postoperatif ve (c) geç postoperatif görünümü

kenli verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi, çok değişkenli normal dağılıma uygunluğu Mardia testi ve varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirildi. Bağımsız iki grubun nicel verilere göre birbiri ile karşılaştırılmasında Independent-Samples T testi Bootstrap sonuçlarıyla birlikte kullanılırken, Mann-Whitney U testi Monte Carlo simülasyon tekniği ile kullanıldı. Bağımsız çoklu grupların nicel verilere göre birbiriyle karşılaştırılmasında parametrik yöntemlerden One-Way Anova; post hoc analizleri için Fisher's Least Significant Difference (LSD) testi kullanılırken, nonparametrik testlerden Kruskal-Wallis H Testi Monte Carlo simülasyon tekniği sonuç-

ları kullanıldı. Bağımlı tekrarlı nicel ölçümlerinin gruplara göre etkileşimini incelemek için General Linear Model-Repeated Anova testi kullanılırken, Post Hoc analizler için Fisher's Least Significant Difference (LSD) testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin birbiri ile karşılaştırılmasında ise Pearson Chi-Square ve Fisher Exact testleri Monte Carlo Simülasyon tekniği ile test edildi. Nicel değişkenler tablolarda ortalama±std (standart sapma) ve medyan Range (Maximum-Minimum), Kategorik değişkenler ise n (%) olarak gösterildi. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0,05'ten küçük anlamlı kabul edildi.

Tablo I. Çalışma kapsamında değerlendirilen 83 hastanın demografik verileri

		Erken dönem	Geç dönem	Fark (erken-geç)	p
		nostril yüksekliği oranı	nostril yüksekliği oranı		
		Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss	(grup içi)
YDB işlemi yapılmayan	=I	0,71±0,16	0,55±0,14	0,17±0,11	0,001
İnterdomal sütür	=II	0,87±0,22	0,64±0,15	0,24±0,15	0,001
Kresentik cilt eksizyonu	=III	1,07±0,29	0,69±0,19	0,39±0,16	0,001
p (gruplar arası)		<0,001	0,009	<0,001	
İkili karşılaştırmalar	I→II	0,004	0,014	0,023	
	I→III	0,022	0,016	<0,001	
	II→III	0,208	0,368	0,005	

General Linear Model Repeated Anova (Wilks' Lambda); (Bootstrap); Post Hoc Test: Fisher's Least Significant Difference (LSD); Games Howell; YDB: yarık dudak burnu; SS: standart sapma

70

Tablo II. YDB onarımı yaklaşımlarına göre gözlenen nostril yüksekliği oranları ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları

	YDB işlemi yapılmayan	İnterdomal dikiş	Kresentik cilt eksizyonu	p
	(n=44)	(n=31)	(n=8)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet				
Kadın	19 (43,2)	10 (32,3)	3 (37,5)	0,678
Erkek	25 (56,8)	21 (67,7)	5 (62,5)	
CL tipi				
L	31 (70,5)	20 (64,5)	4 (50,0)	0,559
R	13 (29,5)	11 (35,5)	4 (50,0)	

Independent T Test (Bootstrap); Mann Whitney U Test (Monte Carlo); One Way ANOVA; Post Hoc Test: Fisher's Least Significant Difference (LSD); Kruskal Wallis H Test (Monte Carlo); Pearson Chi Square Test (Monte Carlo); Fisher Exact Test (Exact); YDB: yarık dudak burnu; SS: standart sapma; Max: maximum; Min: minimum

BULGULAR

Çalışma kapsamında değerlendirilen 83 hastanın demografik özellikleri Tablo I'de özetlenmiştir. Bu hastaların 32 tanesi (%38,5) kadın, 51 (%61,5) tanesi erkekti. Çalışmaya dâhil edilen unilaterale dudak yarıklı hastaların 55 tanesi (%66,2) sol, 28 tanesi (%33,8) sağ taraflı dudak yarığına sahipti. 44 hastaya (%53,1) tip şekillendirici bir girişimde bulunulmazken, 39 hastaya (%46,9) interdomal dikiş veya kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilmiştir. Hastalarda işleme ya da kullanılan sütür materyaline bağlı herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Tekniğe bağımlı olarak elde edilen preoperatif, erken ve geç dönem burun tabanı – nostrilin en projekte noktası arasındaki oranlama dikkate alındığında (Tablo II) erken postoperatif dönemde en yüksek oran kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen grupta elde edilmiştir (1,07±0,29). İnterdomal dikiş yerleştirilen grupta elde edilen oran 0,87±0,22 olarak hesaplanmıştır. Erken postoperatif dönemde en düşük oran standart dudak onarım yaklaşımı dışında herhangi bir işlem gerçekleştirilmeyen grupta hesaplanmıştır (0,71±0,16). Geç

ve erken postoperatif dönem arasında elde edilen oranların farkı dikkate alındığında ise en yüksek oranda rekürrens kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen hastalarda gözlenmiştir (0,39±0,16). Gruplar kendi arasında karşılaştırıldığında işlem yapılmayan hastalarla hem interdomal dikiş yerleştirilen hem de cilt eksizyonu gerçekleştirilen hastalardan elde edilen oranların anlamlı olarak farklı olduğu gözlenmiştir. Ancak çarpıcı olarak interdomal dikiş yerleştirilenler ile kresentik cilt eksizyonu yapılanlar arasında ne erken ne de geç dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (erken dönem p=0,208, geç dönem p=0,368). Erken ve geç postoperatif dönemde elde edilen ölçümler arasındaki fark, yani rekürrens karşılaştırıldığında cilt eksizyonu ile gözlenen rekürrens oranı anlamlı olarak interdomal dikiş ile elde edilen rekürrens oranına göre fazla bulunmuştur (p=0,005).

TARTIŞMA

Dudak damak yarıkları toplumda en sık rastlanılan doğumsal anomalilerden biri olup, plastik cerrahinin temel ilgi alanlarından biri olmuştur.¹² Her ne kadar dudak ve damak yarığı onarımları hastanın doğumunu takip eden ilk yılları içinde gerçekleştirilse de sekonder deformiteler nedeniyle hastalar sıklıkla revizyon prosedürleri geçirebilmektedirler. Bu anlamda dudak onarımı sonrasında geride kalan burun deformitesi cerrahi sonucun değerlendirilmesinde belirleyici olabilmektedir.¹³

Yarık dudak burnu deformitesi üç boyutta birden fazla anatomik deformiteden meydana gelir.¹⁴ Bu deformitelerin başında zayıf alt lateral kırık, asimetric burun ucu ve nostriller, alar tabanın posterolateral veya inferiora deplase olması, yarık tarafında kolumelladaki kısalık ve vestibüler döşemede eksiklik, kaudal septumun sağlam tarafa deviasyonu ve yarık taraftaki inferior konkanın hipertrofisi gelmektedir.^{9,14}

Literatürde yarık dudak burnu deformitesinin sebebinin embriyonel kaynaktan ziyade iskeletsel yapıların gelişim eksikliğine sekonder olduğuna dair fikir birliği vardır.⁹ Normal burundaki ala, premaksilla ve dudak arasındaki yakın ilişki aksine hem komplet, hem de inkomplet dudak yarıkla-

rında bu ilişki yetersizdir.¹⁵ Kasların nazal alayı çekmesindeki eksikliğe bağlı alar kıkırdakların eksik rotasyonu, yarık taraftaki alt lateral kıkırdağın anormal konumu, yarık tarafında kolumellanın daha kısa olması ve nazal tabanın yarık olmayan tarafa deviasyonu bu ilişkinin bozulmasına bağlıdır ve inkomplet yarık hastalarında da derecesi komplet yarık hastalarındakine yakındır.^{9,14} Yine tek taraflı dudak yarıklı hastaların bilgisayarlı tomografi analizlerinde yarık taraf piriform apertürü ve burun tabanının yarık olmayan taraftan geride olduğu ve tarafların orta hatta uzaklıklarının simetrik olmadığı görülmüştür.¹⁶

Geçmiş yıllarda yarık dudak ve yarık damak cerrahisindeki ilerlemeye rağmen yarık dudağa bağlı burun deformitelerinin düzeltilmesinde aynı hız yakalanamamıştır. Geçmişte burun gelişiminin etkilenmeyeceği ve oluşacak skarın sekonder düzeltmeleri zorlaştıracağı kaygısıyla yarık dudak operasyonlarında buruna herhangi bir girişim yapılmamaktaydı.¹⁷ Deformitenin düzeltilmesi okul çağına ertelenmekteydi. Bu da hastalarda stigmataya bağlı sosyal ve psikolojik problemlere neden olmaktadır. Günümüzde buruna erken müdahalenin burun büyümesini etkilemediği anlaşılınca ilk operasyonda burun şeklini de düzeltme manevralar yapılması tedavinin bir parçası haline gelmiştir.^{5-8,15}

Primer ameliyatta burun deformitesinin düzeltilmesi ve aşırı düzeltilmesini sağlayan teknikler arasında kas-septal taban dikişleri, alar sıkıştırma dikişleri, alar taban flep asma dikişleri, septoplasti ve Tajima ters U insizyonu vardır.^{8,10} Bu teknikler kapalı veya yarı-açık rinoplasti yaklaşımlarıyla uygulanabilmektedir.⁹ Preoperatif nazoalveoler şekillendirme ve post operatif nazal splintleme de estetik ve fonksiyonel sonuçlara katkıda bulunmaktadır.^{8,14}

Literatürde yarık dudak deformitesinin primer onarımı sırasında burun müdahaleleriyle ilgili yayınlar oldukça sınırlıdır.¹⁸ Lu ve ark.⁸ 66 tek taraflı inkomplet yarık dudak hastasının nazal müdahalelerini üç grupta toplamıştır: Kıkırdak disseksiyon ve yeniden konumlandırmasının dudak insizyonlarından yapıldığı kapalı rinoplasti, kıkırdak disseksiyonunun bilateral rim insizyonlarından yapıldığı yarı-açık rinoplasti ve yarık tarafında Tajima, yarık olmayan tarafta rim insizyonunun yapıldığı yarı-açık rinoplasti. Çalışmanın sonucuna göre tüm hastalar YDB deformitesinin primer düzeltmesinden fayda sağlarken Tajima insizyonu kullanılan gruplar nostril yüksekliği ve aksı açısından diğer gruplardan daha iyi sonuçlara sahiptir.⁹ Lonic ve ark.⁷ 38 hastada yaptığı analizde de Tajima insizyonu kullanılarak aşırı düzeltme yapılan hastalar normal düzeltme yapılan hastalarla kıyaslanmıştır. Aşırı düzeltme yapılan hastalarda primer onarımın sonuçlarının kalıcı olduğu görülmüş ve büyüme çağında sekonder girişimlere olan ihtiyacı azalttığı görülmüştür.⁸ Numa ve ark.⁹ da alar taban flep asıcı dikişlerle nostril yüksekliği, alar taban ve kubbe simetrisi açısından olumlu sonuçlar bildirmişlerdir.¹⁰ Ayrıca Gosla-Reddy ve ark.¹⁸ primer dudak onarımı sırasında septoplasti yapılmasının buruna ekstra stabilite sağladığını ve yarık taraftaki alar bacak ve nazal tip yüksekliğinin sürdürülmesinde katkısı bulunduğunu rapor etmektedir.¹

Bu klinik çalışmamızda ise dudak onarımı ile eş zamanlı olarak gerçekleştirilen iki farklı yaklaşım birbiriyle karşılaştırılmıştır. Erken ve geç dönem arasındaki fark değerlendirildiğinde, uygulanan işlemle elde edilen düzeltmenin en yüksek geriye dönme oranı yine cilt eksizyonu gerçekleştirilen grupta gözlenmiştir. Bu fark elbette işlemin cerrahi tabiatı ile ilişkili olsa da intraoperatif gerçekleştirilen hafif fazla düzeltme ile de ilişkilendirilmelidir. Her ne kadar en yüksek rekürrens oranları kresentik cilt eksizyonu ile gözlenirse de hem erken, hem de geç dönemde kresentik cilt eksizyonu gerçekleştirilen hastalarda en yüksek oran gözlenmiştir. Cilt eksizyonu erken dönemde hasta açısından memnun edici bir düzeltme sağlasa da uzun dönemde elde edilen etki kalıcı gözükmemektedir. Ayrıca istatistiksel olarak da anlamlı olan bu değerlendirme dikkate değer olarak gözükmemektedir. Gruplar kendi aralarında değerlendirildiğinde herhangi bir işlem gerçekleştirilmeyen hastalarla interdomal veya cilt eksizyonu gerçekleştirilen hastaların düzeltme oranları hem erken hem de geç dönemde farklı bulunmuştur. Ancak her iki cerrahi teknik kendi arasında karşılaştırıldığında ne erken ve geç dönemde anlamlı fark gözlenmiştir. Bu değerlendirme de dikkate değer olarak gözükmemektedir. Herhangi bir işlem yapılmayan grubun sonuçları kendi içinde değerlendirildiğinde erken ve geç dönem arasında anlamlı olarak yorumlanmış bir fark gözlenmiştir.

Buradan yola çıkarak, sadece dudak onarım tekniğiyle gerçekleştirilen alar kanat rotasyonu ile burun projeksiyonuna ve nostril simetrisine yapılan katkı erken dönemde kozmetik açıdan memnun edici olsa da geç dönemde sağlam tarafla asimetric olarak değerlendirilebilecek sonuçlara yol açabilmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak, yarık dudak onarımına eş zamanlı primer rinoplasti yaklaşımı uzun vadede YDB deformitesinin düzeltilmesi amacıyla gerekli gözükmemektedir. Kresentik cilt eksizyonu veya interdomal dikiş bu amaçla erken dönemde sağlam tarafla simetriyi ve etkili sonuçlar elde edilmesini sağlasa da geç dönemde rekürrens ihtimali akıldan tutulmalıdır. Bu iki teknikten biri tercih edilecek olursa sağlam taraf nostril yüksekliği de dikkate alınarak fazla düzeltme gerçekleştirmek (overcorrection) göz önünde bulundurulabilir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı kurumsal etik kuruldan alınmıştır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.Ç., Z.Ö.; Tasarım - M.Ç., Z.Ö.; Denetleme - F.Ö.; Kaynaklar - M.Ç., Z.Ö.; Malzemeler - M.Ç., Z.Ö.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - Z.Ö.; Analiz ve/veya Yorum - M.Ç., Z.Ö.; Literatür Taraması - M.Ç., Z.Ö.; Yazıyı Yazan - M.Ç.; Eleştirel İnceleme - F.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was obtained for this study from the ethics committee of institutional approval obtained.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patients who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author contributions: Concept - M.Ç., Z.Ö.; Design - M.Ç., Z.Ö.; Supervision - F.Ö.; Resource - M.Ç., Z.Ö.; Materials - M.Ç., Z.Ö.; Data Collection and/or Processing - Z.Ö.; Analysis and/or Interpretation - M.Ç., Z.Ö.; Literature Search - M.Ç., Z.Ö.; Writing Manuscript - M.Ç.; Critical Reviews - F.Ö.

Conflict of Interest: No conflicts of interest were declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

- Yeow VK, Lee ST, Lambrecht TJ, Barnett J, Gorney M, Hardjowasito W, ve ark. International task force on volunteer cleft missions. *J Craniofac Surg* 2002; 13(1): 18-25. [\[CrossRef\]](#)
- Saxén I, Lahti A. Cleft lip and palate in Finland: incidence, secular, seasonal, and geographical variations. *Teratology* 1974; 9(2): 217-23. [\[CrossRef\]](#)
- Kim S, Kim WJ, Oh C, Kim JC. Cleft lip and palate incidence among the live births in the Republic of Korea. *J Korean Med Sci* 2002; 17(1): 49-52. [\[CrossRef\]](#)
- McComb, H. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75(6): 791-9. [\[CrossRef\]](#)
- Salyer K.E. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: a 15-year experience. *Plast Reconstr Surg* 1986; 77(4): 558-68. [\[CrossRef\]](#)
- Anderl H, Hussl H, Ninkovic M. Primary simultaneous lip and nose repair in the unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121(3): 959-70. [\[CrossRef\]](#)
- Lonic D, Morris DE, Lo LJ. Primary Overcorrection of the Unilateral Cleft Nasal Deformity: Quantifying the Results. *Ann Plast Surg* 2016; 77 Suppl 1: S25-9. [\[CrossRef\]](#)
- Lu TC, Lam WL, Chang CS, Kuo-Ting Chen P. Primary correction of nasal deformity in unilateral incomplete cleft lip: a comparative study between three techniques. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012; 65(4): 456-63. [\[CrossRef\]](#)
- Numa W, Eberlin K, Hamdan US. Alar base flap and suspending suture: a strategy to restore symmetry to the nasal alar contour in primary cleft-lip rhinoplasty. *Laryngoscope* 2006; 116(12): 2171-7. [\[CrossRef\]](#)
- Byrd HS, Salomon J. Primary correction of the unilateral cleft nasal deformity. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106(6): 1276-86. [\[CrossRef\]](#)
- Wantia N, Rettinger G. The current understanding of cleft lip malformations. *Facial Plast Surg* 2002; 18(3): 147-53. [\[CrossRef\]](#)
- Spira M, Hardy SB, Gerow FJ. Correction of nasal deformities accompanying unilateral cleft lip. *Cleft Palate J* 1970; 7: 112-23.
- Lo LJ. Primary correction of the unilateral cleft lip nasal deformity: achieving the excellence. *Chang Gung Med J* 2006; 29(3): 262-7.
- Baskaran M, Packiaraj I, Arularasan SG, Divakar TK. Cleft rhinoplasty. *J Pharm Bioallied Sci* 2015; 7(Suppl 2): S691-4. [\[CrossRef\]](#)
- Fisher DM, Lo LJ, Chen YR, Noordhoff MS. Three-dimensional computed tomographic analysis of the primary nasal deformity in 3-month-old infants with complete unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103(7): 1826-34. [\[CrossRef\]](#)
- Millard DR Jr. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg* 1982; 70(1): 64-73. [\[CrossRef\]](#)
- LaRossa D, Donath G. Primary nasoplasty in unilateral and bilateral cleft nasal deformity. *Clin Plast Surg* 1993; 20(4): 781-91.
- Gosla-Reddy S, Nagy K, Mommaerts MY, Reddy RR, Bronkhorst EM, Prasad R, ve ark. Primary septoplasty in the repair of unilateral complete cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127(2): 761-7. [\[CrossRef\]](#)