

Asimetri ve Sınıf III Maloklüzyonu Olan İki Hastanın Ortodontik-Cerrahi Tedavisi

Orthodontic Surgical Correction of Two Patients with Asymmetrical Class III Malocclusion: Case Report

Fidan ALAKUŞ SABUNCUOĞLU,^a
Metin ŞENÇİMEN,^b
Altan VAROL^c

^aDiş Servisi, Ortodonti Bölümü,
Erzurum Mareşal Çakmak Asker Hastanesi,
Erzurum

^bAğız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi AD,
GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi, Ankara
^cAğız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi AD,
Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 11.08.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 04.01.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Fidan ALAKUŞ SABUNCUOĞLU
Erzurum Mareşal Çakmak Asker Hastanesi,
Diş Servisi, Ortodonti Bölümü,
Erzurum,
TÜRKİYE/TURKEY
fidansabuncuoglu@yahoo.com.tr

ÖZET Bu çalışmamızda asimetri ve sınıf III maloklüzyonu olan iki hastanın tedavisi sunulmaktadır. Her iki hastada konkav profil ve çene uçlarında sola asimetri, negatif overjet ve yan çapraz kapanışlar mevcuttur. Her iki hastada da sağ ve sol molar ve kanin ilişkileri sınıf III düzeyinde ve üst çene kafa kaidesine göre geride, alt çene ileride konumlanmaktadır. Bu olguların tedavilerinde kabul edilebilir sonuçların elde edilebilmesi için ortognatik cerrahi kaçınılmazdır. Tedavi sonunda kabul edilebilir estetik, overjet, overbite ve sınıf I ilişki sağlanmıştır. Dental ve fonksiyonel asimetrik hastalarda ortodontik tedavi uygun iken, iskeletten kaynaklanan alt çene asimetriklerinde ortodontik ve cerrahi tedavi ile güzel sonuçlar elde edilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, oral; yüzde asimetri

ABSTRACT This article reports the treatment of two patients with asymmetrical Class III malocclusion. Two patients had concave profile with their chin deviated to the left. They had a negative overjet and a lateral crossbite with the mandibular dental midline deviated left. The molar and canine relationship was full Class III in both patients. Based on cephalometric analyses maxilla was retruded, mandible was protruded according to cranial base. Due to the severity of mandibular asymmetry and Class III malocclusion, orthognathic surgery was inevitable to achieve acceptable results aesthetically and functionally. At the end of the orthodontic and surgical treatment, overall facial balance was improved. Acceptable overjet and overbite and a Class I molar relationships were achieved. Combined orthodontics and surgery may yield favorable results in patients with skeletal mandibular asymmetry while orthodontic treatment is suitable for patients with dental and functional mandibular asymmetry.

Key Words: Surgery, oral; facial asymmetry

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2011;17(3):294-9

Yüz asimetrikleri çok çeşitli sebeplerle ve sıklıkla karşımıza çıkan bir durumdur. Belirli oranda orta çizgi sapmaları kabul edilebilir olsa da, aşırı sapmalar yüz estetiğini olumsuz etkilemektedir. Ortodontik tedavinin olmazsa olmaz koşullarından birisi dengeli ve simetrik bir yüz yapısını sağlamaktır.

Yüz asimetriklerinin etiyojisinde genetik ve çevresel etkenler vardır. En belirgin asimetri nedenleri travma, enfeksiyon, gelişim anomalileri, kassal problemler, kraniyofasiyal bölgeyi etkileyen sendromlar, okluzal interferensler ve temporomandibuler eklem (TME) problemleridir.^{1,2} Yüz

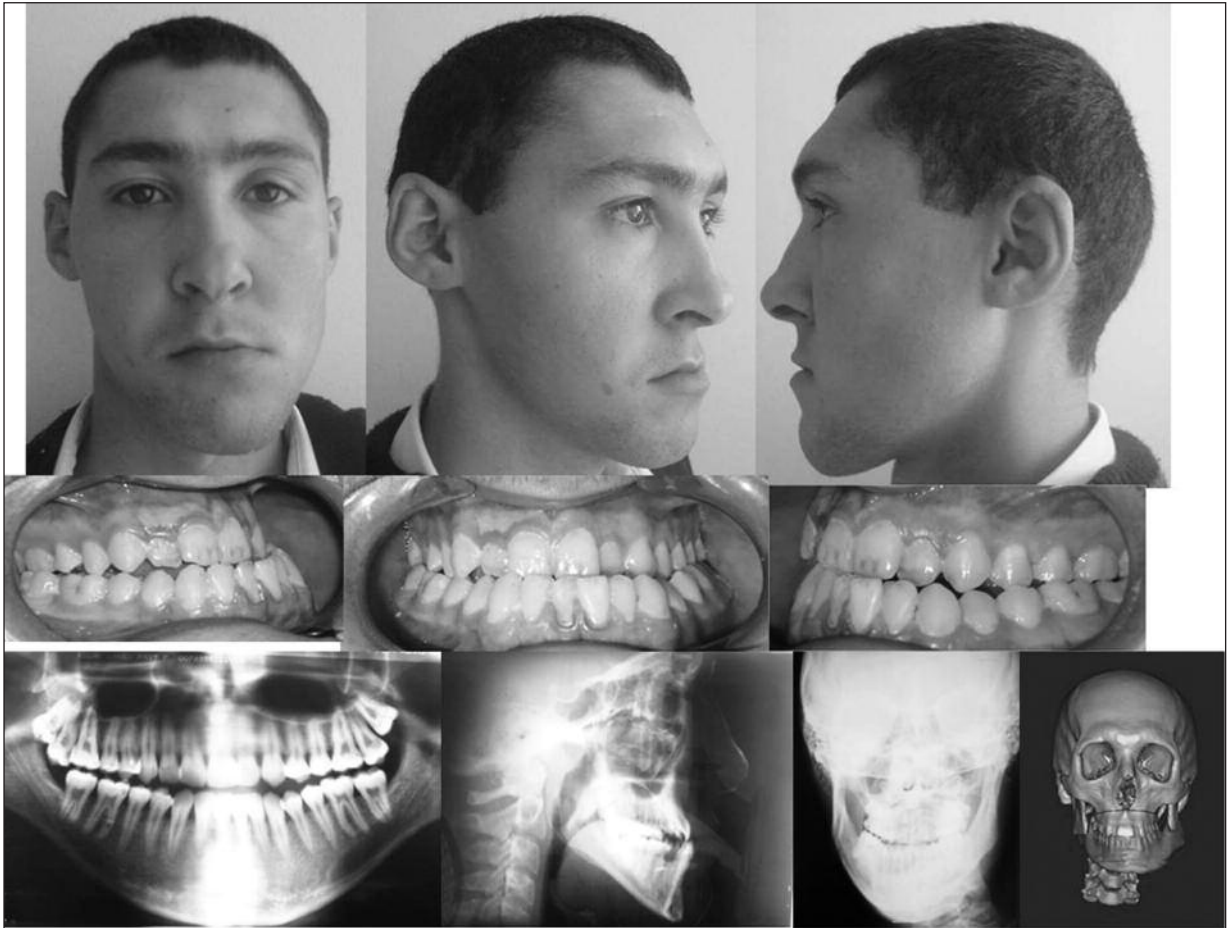
asimetrisi yalnızca mandibula rotasyonundan değil, sağ ve sol temporomandibuler eklemler arasındaki belirgin yapısal farklılıktan da kaynaklanabilir. Sağ ve sol temporomandibuler eklemler arasındaki uyumsuzluk, eklem sesleri ve TME bozuklukları semptomlarına neden olan anatomik bir bozukluktan da kaynaklanabilir. Kondil asimetrisi mandibulofasiyal asimetrisinin en önemli sebebi olarak gösterilmiştir.^{3,4} Bu makalede, yüz asimetrisi bulunan iki erişkin hastanın tedavisi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

OLGU 1

Tedavi için kliniğimize başvuran hasta estetik, fonksiyon ve çiğneyememe problemlerinden şikâyetçiydi. Anamnezinde herhangi bir sistemik rahatsızlığının olmadığı görüldü. Ağız dışı muayene-

sinde konkav bir profile sahip olduğu ve çene ucunun sola doğru asimetrik olduğu tespit edildi. Açma ve kapama hareketleri sırasında her iki temporomandibuler eklemden hafif ağrı ve eklem seslerinin olduğu saptandı. Ağız içi muayenesinde hastanın ağız bakımının yetersiz olduğu, eksik dişinin olmadığı, sağ ve sol sınıf 3 kanin ve molar ilişkisi bulunduğu ve alt dental orta hattın 4 mm sola doğru kaymış olduğu görüldü. Sentrik oklüzyonda (SO) anterior çapraz kapanış ve 2 mm negatif overbite bulunmaktaydı. Sefolometrik olarak değerlendirildiğinde, mandibulanın sagittal yönde fazla büyümesine bağlı olarak hastada ANB'nin (NA ve NB doğruları arasında bulunan açı) negatif bir değerde olduğu görüldü. Arka yüz-ön yüz ilişkisi değerlendirildiğinde uzun yüz sendromu görülen hastada, alt ve üst keserlerin hafif dikleşmiş ve geride konumlanmış olduğu tespit edildi (Resim 1, Tablo 1).



RESİM 1: Olguların tedavi öncesi ekstraoral ve intraoral klinik görüntüleri ile panoramik, sefalometrik ve 3 boyutlu tomografik verileri izlenmektedir.

TABLO 1: Olgu 1 ve 2'nin sefolometrik değerlendirmesi.

	Olgu1 Tedavi Öncesi	Olgu1 Tedavi sonrası	Olgu2 Tedavi Öncesi	Olgu2 Tedavi sonrası
SNA	77°	81°	76°	82°
SNB	83°	80°	83°	80°
ANB	-6°	+1°	-6°	+2°
SN/ANS-PNS	9°	12°	12°	12°
SN/Occ.	16°	16°	16°	16°
SN/Go-Gn	42°	36°	30°	33°
ANSPNS/Go-Gn	33°	24°	18°	21°
Co-A	82 mm	87 mm	80 mm	83 mm
Co-Pog	126 mm	122 mm	125 mm	121 mm
N-Me	145 mm	135 mm	125 mm	128 mm
N-ANS	59 mm	61 mm	57 mm	58 mm
ANS-Me	81 mm	79 mm	80 mm	79 mm
S-Go	86 mm	84 mm	85 mm	84 mm
S-Go/ N-Me	%59	%62	%68	%65
1/SN	101°	103°	101°	103°
1/Go-Gn	80°	85°	81°	83°
1/1	135°	136°	133°	134°
1/NA	3 mm	4 mm	4 mm	3 mm
1-NA	22°	24°	23°	24°
1/NB	3 mm	4 mm	4 mm	4 mm
1-NB	22°	24°	23°	24°

SNA: Önkafa kaidesi (S-N düzlemi) ile A noktası arasındaki açı; SNB: Önkafa kaidesi (S-N düzlemi) ile B noktası arasındaki açı; ANB: NA ve NB doğruları arasında bulunan açı; SN/Go-Gn: Önkafa kaidesi (S-N düzlemi) ile mandibuler düzlem arasındaki açı; SN/ANS-PNS: Önkafa kaidesi (S-N düzlemi) ile palatinal düzlem arasındaki açı; SN/Occ.: Önkafa kaidesi (S-N düzlemi) ile oklüzal düzlem arasındaki açı; ANS-PNS/Go-Gn: Palatinal düzlem ile mandibuler düzlem arasındaki açı; Co-A: Efektif orta yüz uzunluk; Co-Pog: Efektif alt çene uzunluk; N-Me: Total ön yüz yüksekliği; N-ANS: Üst ön yüz yüksekliği; ANS-Me: Alt ön yüz yüksekliği; S-Go: Arka yüz yüksekliği; S-Go/ N-Me: Arka yüz yüksekliğinin ön yüz yüksekliğine oranı; 1/SN: Üst keser dişin ön kafa kaidesi (S-N düzlemi) ile yaptığı açı; 1/Go-Gn: Alt keser dişin Go-Gn düzlem ile yaptığı açı; 1/1: Üst ve alt keser diş eğimleri arasındaki açı; 1/NA: Üst keser diş ile NA düzlemi arasındaki mesafe; 1-NA: Üst keser diş eğimi ile NA düzlemi arasındaki açı; 1/NB: Alt keser diş ile NB düzlemi arasındaki mesafe; 1-NB: Alt keser diş eğimi ile NB düzlemi arasındaki açı.

OLGU 2

Kliniğimize yüzündeki asimetriye bağlı estetik ve çiğneyememe şikâyetiyle başvuran hastanın anamnezinde herhangi bir sistemik rahatsızlığının olmadığı öğrenildi. Ağız dışı muayenesinde mandibulanın sola doğru deviasyon yaptığı ve hastanın konkav profile sahip olduğu tespit edildi. Ağız içi muayenesinde eksik dişinin olmadığı, ağız hijyeninin iyi olduğu ve sağ-sol kanin ve molar ilişkisinin sınıf 3 olduğu saptandı. Sefolometrik değerlendirmesinde, kısa yüz sendromu gösteren hastada ANB açısı -6° idi (Resim 2, Tablo 1).

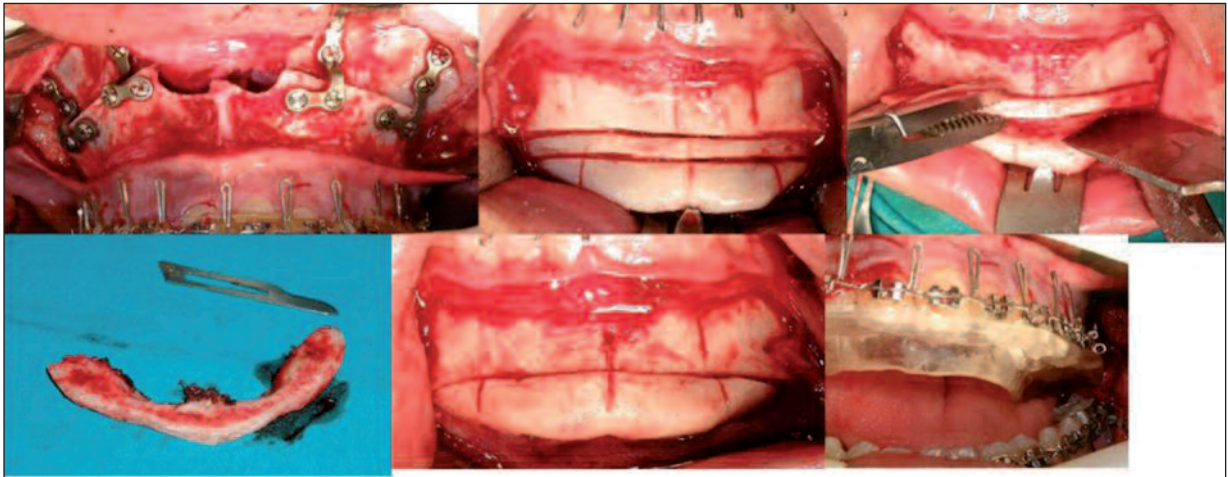
TEDAVİNİN PLANLANMASI

Laterognati ve sınıf III maloklüzyon gösteren her iki olgunun da sabit ortodontik tedavi ve ortogna-

tik cerrahi kombinasyonu ile tedavi edilmesine karar verildi. Tedaviye başlamadan önce her iki hastaya da yapılacak tedavi açıklandı, "Bilgilendirilmiş olur" raporları imzalatıldı ve ağız bakımı konusunda bilgi verildi. Her iki olguya da 0,018 x 0,022" slotlu bio-progresif sistem braketter yapıştırıldı ve 0,014" Nikel Titanyum ark teli yerleştirildi. Seviyelenme işlemini takiben 0,016 x 0,022 Nikel Titanyum ark tellerine geçildi ve 0,017 x 0,022 paslanmaz çelik ark telleri ile istenen tork eğimleri sağlanarak hastalar cerrahi aşamaya hazır hale getirildi. Cerrahi aşamasında, Le Fort I operasyonu ve mandibuler bilateral sagittal split ramus osteotomisi ile asimetriyi düzeltmek amacıyla mandibulanın rotasyonu ve maksillanın, yeni konumuna uyum sağlayacak oklüzal yönde rotasyonu sağlandı. Ayrıca vertikal yüksekliği fazla olan



RESİM 2: Olgu 2'nin tedavi öncesi ekstraoral ve intraoral klinik görünüşleri izlenmekte.



RESİM 3: Olgu 1'in cerrahi aşamasındaki görüntüleri.

birinci olguya, vertikal boyutu azaltmak ve çene ucundaki asimetriyi düzeltmek amaçlı genioplasti uygulandı (Resim 3).

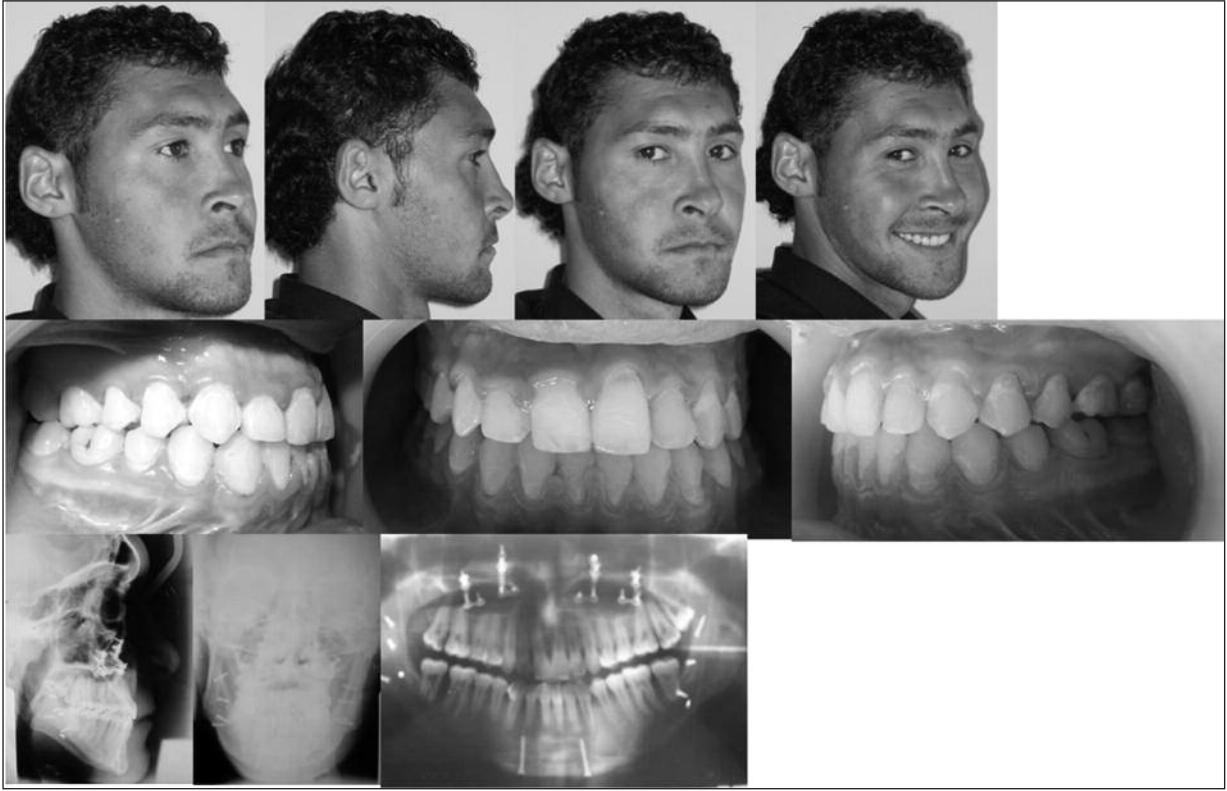
SONUÇ

Ortalama 26 ay süren, çift çene cerrahisi ve ortodontik tedavi kombinasyonunu içeren tedaviyi takiben Sınıf I iskeletsel ve dental ilişkinin sağlandığı, yüz asimetrisinin ortadan kalktığı, hastalara estetik bir gülümseme kazandırıldığı gözlenmiştir. Sefolometrik değerlendirmede tedavi sonrası ölçümlerin normal değerlere yaklaştığı belirlendi. Anteroposterior sefalogramda asimetrinin giderildiği, mandibulanın kafa kaidesi ve maksillaya göre

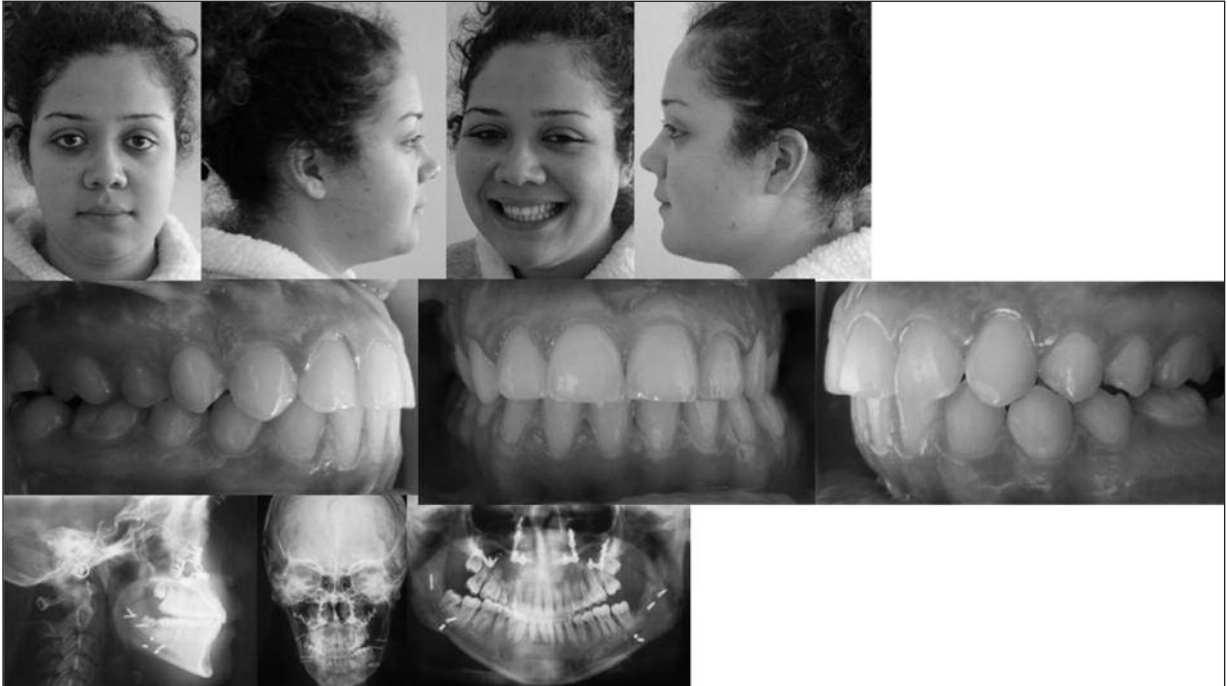
normal ve simetrik konumlandığı görülmüştür (Resim 4 ve 5).

TARTIŞMA

Ortodontik tedavinin sınırları içerisinde mandibuler asimetrinin düzeltilmesi cerrahi girişime ihtiyaç duymadan mümkün olabilir.⁵ Ancak ortodontik tedavi sınırlarını aşan ve cerrahisiz düzilemeyen durumlar da mevcuttur. Çenenin iskelet ve diş yapılarının tek başına ortodontik tedaviden fayda göremeyecek düzeydeki deformitelerinin düzeltilmesinde ortognatik cerrahi uygulamaları son yıllarda hız kazanmıştır. Ortognatik tedavinin amacı, fonksiyon ve yüz estetiğinin iyileştirilebilmesi için dengeli ve uyumlu bir iskeletsel, dişsel ve



RESİM 4: Olgu 1'in tedavi sonrası ekstraoral/intraoral klinik görüntüleri ile panoramik ve sefalometrik radyografileri izlenmekte.



RESİM 5: Olgu 2'nin tedavi sonrası ekstraoral, intraoral klinik görüntüleri ile panoramik ve sefalometrik radyografileri izlenmekte.

yumuşak doku ilişkisi sağlamaktır.⁶ Günümüzde sagittal split ramus osteotomisi en sık uygulanan mandibuler ortognatik cerrahi yöntemidir.^{7,8} Bu

teknikle, mandibulanın tüm yönlerde yeterince hareket edebileceği kadar serbestlenebilmesi, tekniğin her türlü mandibuler anomalide kolaylıkla

uygulanabilmesini sağlamaktadır. Fakat bilateral sagittal split ramus osteotomisinin yalnız başına uygulanması, yüz asimetrisi olan vakalarda etkili bir tedavi seçeneği olmayabilir.⁵ Bu durumda Le Fort I

ve bilateral sagittal split ramus osteotomisini, hatta gerekli olgularda çene ucunu da içeren ortognatik tedavi ile estetik-dengeli ve fonksiyonel bir yüz yapısı elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Persson M. Mandibular asymmetry of hereditary origin. *Am J Orthod* 1973;63(1):1-11.
2. McCormick SU. Facial asymmetry. The diagnostic challenge. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1996;4(1):1-18.
3. Yücel G, Marşan G, Cura N, Hocoğlu E. Treatment of a patient with a severe Class III and open bite: a case report. *World J Orthod* 2009;10(1):57-66.
4. Yamashiro T, Okada T, Takada K. Case report: facial asymmetry and early condylar fracture. *Angle Orthod* 1998;68(1):85-90.
5. Üçüncü N, Güven O. [An orthognathic approach to facial asymetry]. *Turkish Journal of Orthodontics* 1990;3(2):125-8.
6. Başçiftçi FA, Orhan M, Uçkan S, Üşümez S. [Combined orthodontic-surgical approaches in skeletal class III cases (two case reports)]. *Turkiye Klinikleri J Dental Sci* 2001;(3)138-44.
7. Uçkan S, Ataoğlu H, Durmuş E. [Intraoral vertical ramus osteotomy for the management of mandibular prognatism]. *Turkiye Klinikleri J Dental Sci* 2002;8(1):52-6.
8. Enacar A, Aksoy AÜ. [Profile changes following orthognathic surgery in skeletal class III patients]. *Turkish Journal of Orthodontics* 1988;1(1):80-9.