

Travma Sebebiyle Meydana Gelmiş Oronazal Fistülün Cerrahi Tedavisi: Vaka Raporu

Surgical Treatment of Traumatic Oronasal Fistula: Case Report

ÖZET

Bu vaka raporunda travma sebebiyle oronazal fistül gelişen hastanın cerrahi olarak tedavi edilmesi olgusu sunulmuştur. Otuz yedi yaşındaki erkek hasta çocukluk çağında sert damak bölgesine çivi batması sonrası oluşan, birkaç defa dış merkezde opere edilmiş fakat kapanmayan fistül ve nazal konuşma şikayetiyle Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilimdalına başvurdu. Yapılan intraoral muayene ve bilgisayarlı tomografi değerlendirmelerinde oronazal fistül tespit edildi. Hastanın bilgilendirilmesinden sonra genel anestezi altında two-flap cerrahisi ve iki tabakalı yumuşak doku kapatması sağlandı. Hastanın post-op 3. Gün, 1. Hafta, 1. Ay ,3. Ay ve 6. Ay kontrollerinde herhangi bir açıklık ve komplikasyona rastlanmadı. Hastanın şikayetleri cerrahi sonrasında ortadan kaldırıldı. Kullanılan iki tabakalı kapatma yöntemiyle başarılı bir sonuca ulaşıldı.hastanın fonasyonunda iyileşme meydana geldi.

Anahtar Sözcükler: Oronazal fistül, Two-flap, Fonasyon

ABSTRACT

In this case report, surgical treatment of a patient who developed an oronasal fistula due to trauma was presented A thirty-seven year old patient was referred to Zonguldak Bülent Ecevit University Oral and Maxillofacial Surgery department who has oronasal fistula on middle palate. He had a trauma history with a nail on his palate when he was child. The patient had operated several times before referred to our department. Oronasal fistula was detected in intraoral examination and computed tomography evaluations. After informing the patient, we performed two-flap under general anesthesia. Two-layer closure was performed for the treatment of the defect. Post-op 3rd, 7th, day and 1, 3, 6 months controls done and there were no complications found. The patient's complaints solved after surgery. Closure of oronasal fistula by two layers of mucoperiosteal flaps was succesfull and the patient had better fonation.

Key Words: Oronasal fistula, Two-flap, Fonasyon

Barış DEMİRTAŞ

ORCID: 0000-0001-6301-4774

Uğur GÜLŞEN

ORCID: 0000-0003-1282-2936

Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği
Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi
Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye



Geliş tarihi / Received: 02.11.2020

Kabul tarihi / Accepted: 21.12.2020

DOI:

İletişim Adresi/Corresponding Adress:

Barış DEMİRTAŞ

Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği

Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene

Cerrahisi Anabilim Dalı,

Zonguldak, Türkiye

E-posta/e-mail:

barisdemirtas_088@hotmail.com

GİRİŞ

Sert damakta meydana gelen oronazal fistül oluşumu, yarık damak ameliyatlarını takiben gelişen yaygın bir komplikasyondur. Bunun yanında kazayla sert damağın travmaya uğraması, tümör rezeksiyonu ve nazal septal cerrahi gibi işlemler sırasında cerrahi travma, enfeksiyon ve radyasyon gibi sebeplerden kaynaklı da geliştiği bilinmektedir(1).

Oronazal fistüllerin cerrahi olarak düzeltilmesi bir zorunluluktur fakat cerrahi sonrası %25 oranında rekürrens gelişmesi maksillofasiyal cerrahlar açısından bir sorun olarak kalmaya devam etmektedir. Cerrahinin temel prensibi iki katmanlı ve gerilimsiz bir şekilde kapatmaktır. Literatürde lokal flep uygulamalarından serbest doku transferlerine kadar farklı cerrahi yöntemler tanımlanmıştır(2).

Bu olgu sunumunda travma sonucu meydana gelen oronazal fistül tedavisi için iki katmanlı mukoperiosteal flep uygulanmasının etkinliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Otuz yedi yaşındaki erkek hasta sert damağının ortasındaki oronazal fistül sebebiyle Bülent Ecevit Üniversitesi diş hekimliği fakültesi ağız, diş ve çene cerrahisi kliniğine başvurdu (Şekil 1).Yapılan intraroral muayene ve radyografik değerlendirmeler sonrasında hastanın oronazal fistülü ve lokalizasyonu belirlendi (Şekil 2, Şekil 3). Hastanın hikayesinde çocukluk döneminde damak bölgesine bir çivinin battığı öğrenildi. Hastanın kliniğimize başvurmadan önce farklı merkezlerde opere edildiği fakat kapanmanın gerçekleşmediği ve şikayetlerinin geçmediği öğrenildi. Hastaya genel anestezi altında two-flap cerrahisi planlandı. Nazotrakeal entübasyonu takiben hastaya ağız açacağı yerleştirdikten sonra hemostazı sağlamak ve flep diseksiyonunu kolaylaştırmak için interdental bölgeler ve fistül sınırlarına %1 adrenalın içeren 10 ml' lik izotonik solüsyonu infiltrasyonla verildi.

Fistül sınırları bistüri yardımıyla insize edildi. Nazal mukoza ve palatal mukoza katmanları keskin bir bistüri yardımıyla palatinal damarlara zarar vermeden ve flep kenarlarının yırtılmayacağından emin olacak şekilde güvenli sınırlarda birbirinden ayrıldı. Palatal submarjinal deataçman 13 nolu diştin 18 nolu dişe ve 23 nolu diştin 28 nolu diş hizasına kadar obwegeser ekartörüyle palatinal damar ve sinirlere zarar vermeden ve flebin esnemesine izin

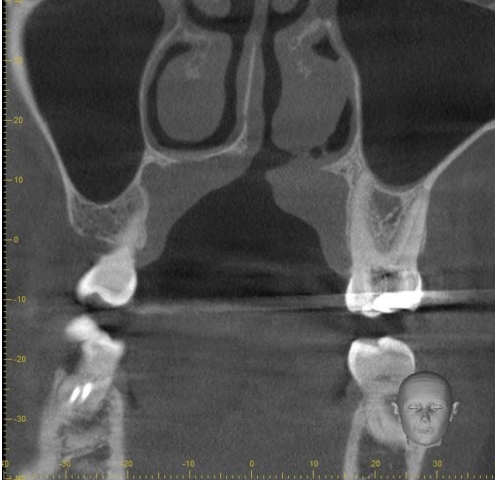
verecek şekilde yapıldı. Daha sonra nazal mukoza nazal kavite tabanından dikkatli bir şekilde diseke edildi. Submarjinal ve perifistül deataçmanlar subperiosteal seviyede birleştirildi. Atravmatik ayırma flebin zarar görmemesi ve hızlı iyileşme için önemli bir noktadır. Bu şekilde flebin esnekliği sayesinde iki flebin rahat bir şekilde orta hatta birleştirilmesine olanak tanır ve gerilimsiz bir birleşme sağlar. Nazal mukoza optimal bir kapatma için 4/0 vicryl plus (polyglactin 910) suture ile yapıldı. Ardından palatal mukoza 3/0 vicryl plus ile gerilimsiz kapatıldı. Mukozalar arasındaki ölü boşluğun azaltılarak daha iyi bir iyileşme sağlamak için submarjinal kesinin yapıldığı yerden 17 ve 27 nolu dişler bölgesinde iki noktadan transpapiller olarak dişlere 3/0 vicryl plus suture yardımıyla askı suture yapıldı. Bu son adım hemorajinin azaltılması ve enfeksiyon kontrolünü sağlamaya yönelik yapıldı. Hemostaz sağlandıktan sonra fazlalık kan pıhtıları fizyolojik salinle dilüe edilmiş povidin-iyot çözeltisiyle uzaklaştırıldı. Bir haftalık antibiyoterapi (amoksisilin + klavunik asit) verildi. Oral beslenmeye postoperatif 1. günde başlandı.



Şekil 1: Tedavi öncesi ağız içi fotoğraf kaydı.



Şekil 2: Tedavi öncesi bilgisayarlı tomografi 3 boyulu görünümü.



Şekil 3: Tedavi öncesi bilgisayarlı tomografi sagittal kesitte oronazal ilişkinin görünümü.

BULGULAR

Yapılan iki katmanlı kapama sonrasında gerilimsiz bir flep birleştirilmesi yapıldı. Postoperatif herhangi bir enfeksiyon, hemoraji ve flep açılması gibi komplikasyona rastlanmadı. Hastanın nazal kavite ve oral kavite arasındaki bağlantısı kesilerek hastanın fonasyonu ile ilgili düzelme sağlandı. Yapılan intraoral muayenelerde sekonder iyileşmeye bırakılan alanların sağlıklı bir şekilde palatinal mukozayla dolduğu görüldü. Palatinal mukoza incelendiğinde fleplerin tam olarak birbiriyle birleştiği herhangi bir nekroz alanının oluşmadığı tespit edildi. Hastanın nazal fonksiyonlarıyla ilgili bir değişiklik yada komplikasyon tespit edilmedi. Uygulanan cerrahi yöntemle postoperatif 1. hafta, 1. ay, 6. ay ve 1. yıl kontrollerinde hastanın sıkıntısız olduğu görüldü (Şekil 4).



Şekil 4: Tedavi sonrası ağız içi fotoğraf kaydı.

TARTIŞMA

Oronazal fistüller maksillofasial travmalar sonrası ve cerrahi tedavileri sonrasında ayrıca tümör rezeksiyonu yarık damak cerrahileri ve tütün ürünleri kullanımı sonrasında gelişebilmektedir(3).genellikle cerrahi operasyonların bir komplikasyonu olarak gelişme ihtimali yüksektir. Bunun temel sebepleri ise flep diseksiyonlarının iyi yapılmaması, flebin gerilimsiz kapatılmaması, flep tabakaları arasında hematoma oluşması ve postoperatif kanama, ve enfeksiyondur(4)

Oronazal fistül tedavisi için literatürde çok çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Bu teknikler özelliklerine göre 4 gruba ayrılmaktadır. Bunlar mukoperiostal flepler, pediküllü flepler, serbest doku transferi sağlayan radial flep gibi flepler ve kemik dokusunu kapatmayı hedefleyen kemik ve kırık dokulardır(5).

Fistül genişlikleri 1-2 mm civarındaysa küçük, 3-5 mm civarındaysa orta ve 5 mm den büyükse geniş olarak tanımlanmaktadır(6). Bazı araştırmacılar fistül alanının 4.5 mm²- 5 mm² olduğu durumlarda konuşmanın rezonansının etkilendiğini belirtse de bazı araştırmacılar da çok az bir genişliğin bile rezonansı etkileyebileceğini bildirmektedir(7). Tedavi planlaması yapılırken fistülün genişliği, çevre yumuşak ve sert doku durumlarının gözönünde bulundurulması gerektiği ve literatürde tanımlanan tekniklerin gerektiğinde kombinasyonun kullanılması gerektiği bildirilmiştir(8).

Rekürrens ihtimalini düşürmek için kapatmanın iki vaskülarize tabaka arasında yapılması gerekmektedir. Bu tabakalar nazal mukozanın kapatılması için nazal mukozal flep ve oral mukozanın kapatılması için oral mukozal flep olarak dizayn edilmelidir(8)

Birçok araştırmacı oral mukoza ve nazal mukozanın ayrı ayrı kapatılmasının yararlarından bahsetmiş, flep gerilmesine bağlı özellikle oral mukoza katmanında meydana gelen açılmaların ve flep nekrozunun nazal mukoza katmanındaki birleştirilmenin olması sebebiyle tolere edilebileceğini bildirmişlerdir(6). Hastamızın yapılan muayene sonrası literatüre paralel olarak oronazal fistülünün two-flap yöntemi kullanılarak kapatılması yapılmış ve postoperatif tam kapanma sağlanmıştır.

SONUÇ

Oronazal fistüllerin iki katmanlı mukoperiostal flep ile kapatılması tek aşamada gerçekleşen kolay bir prosedürdür. İşlem sonrası komplikasyon gelişme riski ve rekürrens ihtimali son derece düşük bir uygulamadır. Bu tedaviler sonrasında hastaların beslenme ve fonasyonları belirgin bir düzelme gerçekleşerek hayat kalitesi

yükselmektedir.

KAYNAKLAR

1. Posnick JC, Getz SB. Surgical closure of end-stage palatal fistulas using anteriorly-based dorsal tongue flaps. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1987;45(11):907-12.
2. Abdel-Aziz M, Hegazi M, Ghandour H. Velopharyngeal dysfunction. *Handbook of Pharyngeal Diseases* New York, NY: Nova Science. 2010:109-35.
3. Moghe S, Gupta M, Pillai A, Nahar S, Arun A. Repair of Oronasal fistula with Split-thickness Palatal graft. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences.* 2014;13:89-92.
4. Richardson S, Agni NA. Palatal fistulae: a comprehensive classification and difficulty index. *Journal of maxillofacial and oral surgery.* 2014;13(3):305-9.
5. Abdel-Aziz M. V-Y two-layer repair for oronasal fistula of hard palate. *International journal of pediatric otorhinolaryngology.* 2010;74(9):1054-7.
6. Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P. Cleft palate fistulas: a multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management. *Plast Reconstr Surg.* 1991;87(6):1041-7.
7. Diah E, Lo L, Yun C, Wang R, Wahyuni LK, Chen Y. Cleft oronasal fistula: a review of treatment results and a surgical management algorithm proposal. *Chang Gung medical journal.* 2007;30(6):529.
8. Sadhu P. Oronasal fistula in cleft palate surgery. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India.* 2009;42(Suppl):S123.148- Yang H, Gao LN, An Y, Hu CH, Jin F, Zhou J, Jin Y, Chen FM. Comparison of mesenchymal stem cells derived from gingival tissue and periodontal ligament in different incubation conditions. *Biomaterials* 2013; 34: 7033-7047.