



**TÜRK PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE  
ESTETİK CERRAHİ DERNEĞİ**

**35.  
ULUSAL  
KURULTAYI**

**28-31 Ekim 2013  
İstanbul Kongre Merkezi, İstanbul**



**BİLDİRİ CD'si**

*Cumhuriyetimizin 90. yılı*

## P332

### Mandibula kırığı sonrası gelişmiş yaygın yüz ve boyun hematomu: olgu sunumu

Nazım Gümüş<sup>1</sup>, Sarper Yılmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Adana

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Sivas

#### Amaç

Mandibula kırıkları sonrasında, kırık bölgesinde lokalize hematoma, ödem ve mukoza kesilerinden kanama sık görülen bulgulardır. Kırık kemikten oluşan hemoraji lokalize hematoma ve ödemin nedenidir. Kırık redüksiyonu ve kompresyon ile sıklıkla kontrol altına alınır. Ancak bazı hastalarda tüm yüz ve boyunda solunumu sıkıntıya sokan yaygın ödem ve hematoma görülebilir. Burada mukozal kanaması olmayan fakat yaygın hematoma olan bir hastanın klinik bulguları ve tedavisi sunulmaktadır.

#### Olgu sunumu

Kliniğimize acil servisten yatırılan 7 yaşındaki erkek hastada mandibula sağ kondil ve sol angulus kırığı vardı. Hasta yaklaşık 4 saat önce trafik kazası sonucu yaralanmış ve acil servise getirilmişti. Acil muayenesinde yüzde ödem, dil altında ve gingival mukozada ekimoz vardı. Mukozalar sağlam olduğundan ağızda kanaması yoktu. Hastanın kliniğe alınmasından yaklaşık bir saat sonra yüz ve boyunda giderek artan hematoma oluştu (Resim 1, 2). Yüzdeki Barel bandaj ve çenenin immobilizasyonuna rağmen hematoma giderek arttı. Bunun üzerine hasta acil şartlarda ameliyata alındı ve geniş bukkojinjival kesi yapılarak hematoma boşaltıldı. Ardından angulus fraktürü titanyum plak ve vida ile redüksiyonun ardından internal tesbit edildi. Aktif kanama odağı bulunamadı ancak hematoma yol açan kanamanın kırık hattından gelişen kanama olduğu düşünüldü. Redüksiyon sonrası kanama durdu. Hastanın postoperatif takiplerinde ödemin zamanla gerilediği görüldü (Resim 3). Solunum yolu sıkıntısı olmadı.

#### Sonuç

Mandibula kırıkları sonrasında genellikle lokalize hematoma görülürken kimi olgularda alt yüz ve boyun bölgesini içine alan ve özellikle ağız tabanı yoluyla solunum sıkıntısına yol açan ciddi hematoma görülebilmektedir. Bu hastalarda hematoma acil olarak drenajı ve kanama odağının durdurulması hayat kurtarıcıdır. Mandibula üzerindeki hematoma jinjival kesilerle kolayca boşaltılabilirken boyuna yayılmış hematoma drenajı daha güçtür ve kanama odağının durdurulması sonrası rezorpsiyonunu beklemek gerekebilir. Mandibula kırıklı hastalarda Barel sargı uygulanması sonrasında bile yaygın yüz ve boyun hematoma gelişebileceği düşünülerek hastalar yakın takip edilmelidir.

#### Resim 1



Mandibular hematoma drenaj edilmeden önceki görünümü

#### Resim 2



Hastanın düz grafi ve tomografide kırıkları görülüyor. Sağ kondil ve sol angulus kırığı dikkati çekiyor.

Resim 3



Hematom drene edildikten 5 gün sonraki görüntüde gerilemiş baş ve boyun ödem ve ekimozu görülüyor

### P333

#### Bilateral Yarık Dudak Damak ve Tessier Tip 3 Sendromlu Olgunun Sunumu

Furkan Erol Karabekmez<sup>1</sup>, Celal Irgın<sup>2</sup>, Metin Görgü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Bolu

<sup>2</sup>Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti AD, Bolu

#### GİRİŞ

Kraniyofasiyal "cleft"ler ya da Yüz Yarıkları, Tessier tarafından sınıflandırılmış olup 100000 doğum da 3 civarında görülen oldukça nadir konjenital malformasyonlardır. Bu çalışmada kliniğimize 1 yaşında başvuran bilateral Tessier 3 yüz yarığı, yarık dudak damak ve ilave anomalileri olan sendromik bir olguyu ve tedavisini sunmayı amaçladık.

#### OLGU

Aile kliniğimize başvurduğunda hasta 1 yaşındaydı. Daha önce birçok doktorun gördüğü düşük sosyoekonomik düzeyli hasta yakınları Plastik Cerrahiye yönlendirilmemişti. Bilateral komplet yarık dudak damak, Tessier 3 yarık, frontal bölgede cildin intakt olduğu ensefalosel, anoftalmi-mikroftalmi mevcuttu(Resim1). Yarık segmentlerinin ayrık olduğu ve defektin uygulanacak mukoperiosteal fleplerle kapanamayacağı muayenede anlaşıldığından hasta Ortodonti ile dinamik splint için konsulte edildi. Üç parçalı olarak hazırlanan akrilik splinti hasta diliyle sürekli attığından splint, her parçası içine gömülen mini plaklarla genel anestezi altında ikişer adet vida ile segmentlere tespit edilerek lip adezyon ve yüz yarığı onarımı yapıldı(Resim2). Segmentler arasındaki aktivatörler negatif vektörde harekete geçirilerek 0,3mmx2 hızında aktive edildi. Segmentlerin tamamen yaklaştığı görülünce hastaya damak yarığı kapatma yapıldı. Nazal devamlılık erken dönemde beslenmenin sağlanması için nazogastik sonda kullanıldı(Resim3). 3 ay sonra ise veau tekniğine uygun dudak ve alveol yarığı onarımları yapıldı. Orbital soket ekspandır konulmasını aile istemedi. Son kontrollerinde hastanın fistül ve benzeri problemlerinin olmadığı, tek kelimelik sesler çıkardığı ve rahatlıkla oral yoldan beslendiği görüldü.

#### SONUÇ

Tessier yarıkları oldukça nadir görülmekte ve özellikle bilateral komplet yarıkla birlikte tedavisi çok komplike olabilmektedir. Olgumuz doğumdan itibaren çeşitli merkezlerde görüldüğü halde hasta yakınları bilgilendirilmediğinden ve yönlendirilmediğinden tedavisi gecikmiştir. Erken dönemde akrilik splintleme yapılmayınca yarık segmentleri arasında dil girerek tabloyu daha da ağırlaştırmıştır. Bilateral yarık dudak damağın eşlik ettiği Tessier olgularında erken teşhis, ailenin bilgilendirilmesi ve plastik cerrahiye yönlendirilmesi hayati önem arz etmekte, aksi takdirde zaten çok sayıda ameliyat geçirecek olan bu hastaların ameliyat sayıları gereksiz yere daha da fazlalaşmaktadır. Bu hastaların tedavisi mümkünse hasta yakınlarının kolay ulaşabileceği tecrübeli cerrah, ortodontist ve anestezistten oluşan ekipler tarafından yapılmalıdır.