

## ZİGOMATİK KOMPLEKS KIRIKLARINDA CERRAHİ YAKLAŞIM

Doç. Dr. Orhan GÜVEN (\*)  
Dr. Behçet EROL (\*\*)

### GİRİŞ

Zigomatik kompleks kırıkları, genelde zigoma kırığı, tripoid fraktür, trimalar fraktür olarak adlandırılırsa da esas olarak yanlıştır ve kullanılmaktan kaçınılmalıdır. Zira zigomatik kemiğin bizzat kendinin yalnız olarak kırılması hemen hemen hiç denecek kadar az olup, olay zigomatik kemiğin komşu kemiklerden ayrılmasıdır.

Zigomatiko - frontal, zigomatiko - maksille, zigomatiko - temporal, zigomatiko - sfenoidal olmak üzere 4 suture ile komşuluğu olduğu için son terminolojide zigomatikomaksiller veya zigomatik kompleks isim olarak tercih edilmektedir.

Zigomatik kompleks kırıkları sıklıkla oküler ve ekstraoküler yumuşak doku hasarları ile birlikte görülür. İzole ark fraktürlerinde ise böyle bir görüntü beklenebilir.

Knight ve North<sup>3</sup>, Water's grafisi ile standardize ettikleri sınıflamada zigomatikofrontal ve zigomatikomaksiller suturelerden ayrılması ile meydana gelebilecek pozisyonlarını izah etmişlerdir. Rotasyo-

nun derecesi ve tipi reduksiyondan sonra gerekecek stabilizasyonun süresini tayin eder. Örneğin, mediale rotasyona uğramış bir kırık, deprese ve rotasyona uğramamış bir kırıktan daha fazla fiksasyon süresi gerektirir.

Zigomatik kompleks kırıklarının fiksasyonu için bir çok yöntem önerilmiştir;

**İntraoral Metod :**

Transvers bukkal sulkus insizyonu: İnfratemporal boşluğa girmede kullanılan rahat bir yoldur<sup>1</sup>.

Caldwell-Luc operasyonu: Zigomatik kemiğin korpus kısmına ve göz tabanına ulaşmakta kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemle antrum yolu ile zigomatik arkın altına tampon sıkıştırılarak ark fraktürü stabilize edilebilir.

**Ekstroral Metodlar :**

Gillies Temporal : zigomatik kemiğin elevasyonu için tercih edilir<sup>2</sup>.

Koronal insizyon : zigomatik kemiğe yüzün orta kısmından, naso-ethmoid bölgeden girmekte kullanılır. Koronal insizyon arkada saçların başladığı hatta, aşağıda preauricular bölgeye uzanır. Fasiyal

(\*) A. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

(\*\*) A. Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

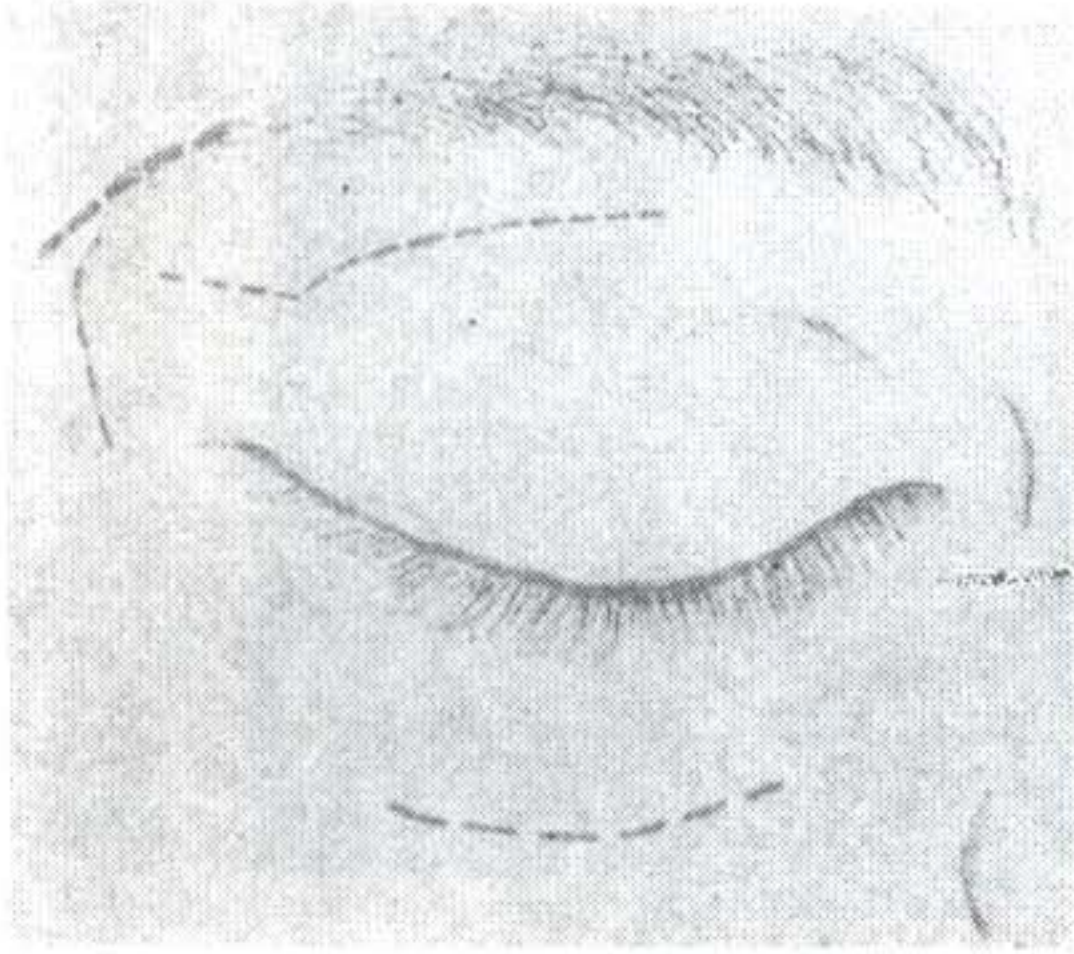
(2. İslâm Milletleri Diş Hek. Haftasında 21-25/9/1986 - İstanbul sunulmuştur.)



sinirin flabın içerisinde muhafazasına çalışılır. Aynı zamanda bu insizyon sayesinde süperior, lateral, medial, orbital duvarlar açıkça görülebilir ve supraorbital nörovasküler demet rahatça serbestleştirilebilir<sup>5</sup>.

Koronal flap, zigomatik kompleks kırıklarının segonder düzeltmelerinde, ethmoidal ve mediale devie kırıkların akut ve geç tip düzeltmelerinde oldukça avantajlı bir tekniktir.

**Kaş üzerinden yapılan insizyon :** Zigomatikofronter suture yapılacak tel sentez işlemi büyük rahatlık sağlar. Kaşların tekrar büyümesi ile kalacak ve görülebilecek skar izi minimuma iner. Burada yapılacak olan diseksiyon küt ve subperiostal olarak yapılmalıdır. Aksi takdirde G1. Lacrimalis yaralanması kaçınılmazdır (Resim: 1).



Resim 1 : Kaş insizyonu - (Diğer insizyonlar)

**Üst göz kapağı insizyonu :** Direkt tel osteosentezi için 1.5 cm civarında yapılan bir insizyon olup, laterale olan uzantısı nedeni ile «Karga ayağı» insizyonu olarak adlandırılır (Resim: 1).

**Alt Göz Kapağı İnsizyonları :** Cerrahin tercih edebileceği iki tür vardır. Subciliar insizyon, cilier hudutdan 3 mm aşağı-

ğdan yapılır. Burada dikkat edilecek husus, M. Orbicularis oculi'yi zedelemektir. Bu ufak riskin yanında estetik açıdan mükemmel bir avantaj sağlar (Resim: 1).

İnfracorbiter insizyon, orbita alt hududunu takiben yapılır. Diğerine oranla daha fazla sikatris bırakma olasılığına rağmen ameliyatta sağladığı görüş rahatlığı açısından son derece avantajlı bir tekniktir (Resim: 1).

### VAKA RAPORU

28 yaşında (N. D., O+) bir trafik kazası sonrası hastaneye baş vuran hasta, kaza anında yüzünü ön koltuğa çarptığını ve hiç bir yara olmamasına rağmen göz çevresi, özellikle göz altının çok şiştiğini belirtmiştir. Daha hayati organların

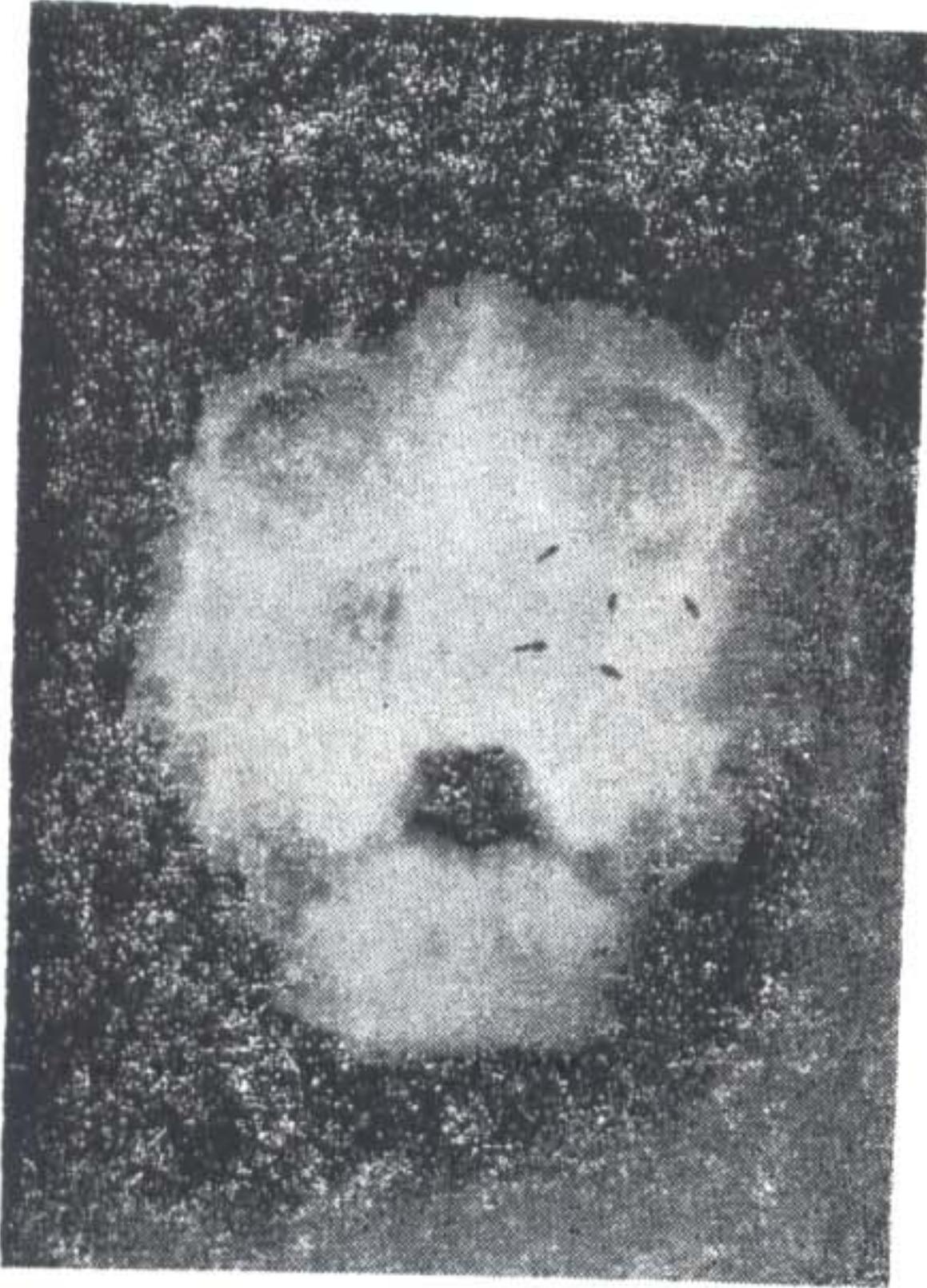


Resim 2 : Hastanın yüzü

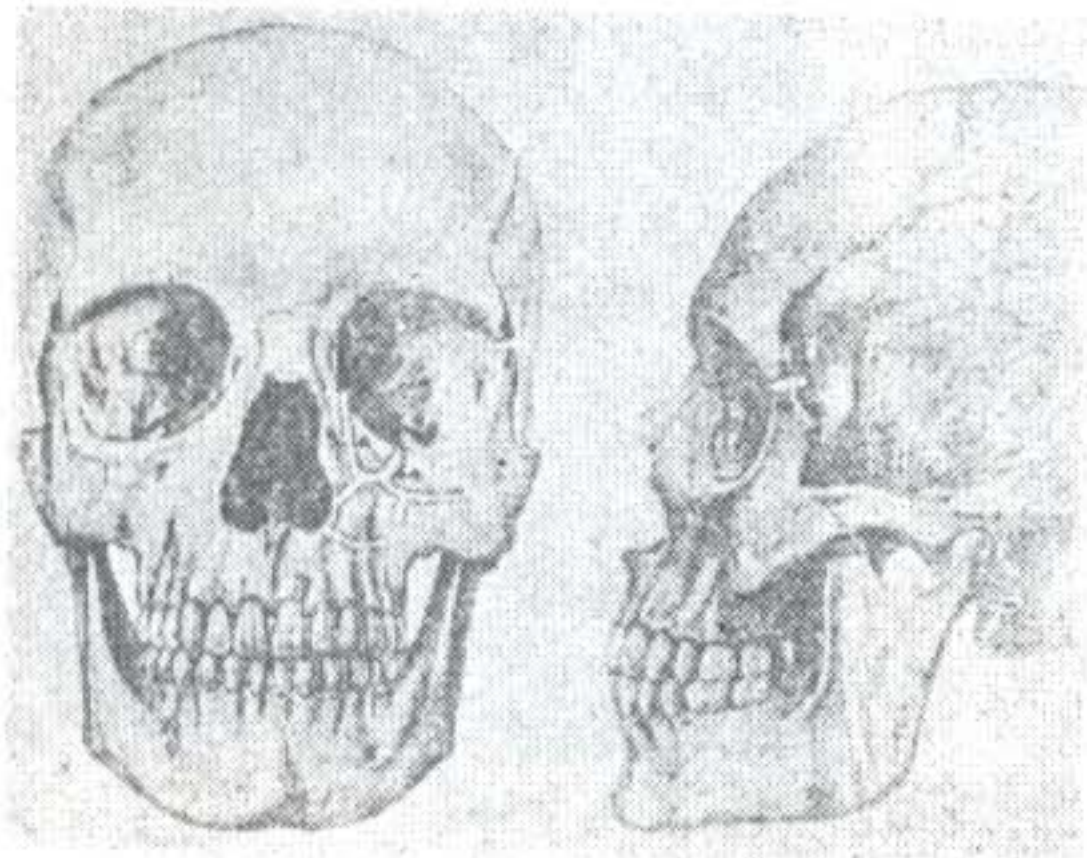


tetkiki için bir hafta kontrol altında tutulan hasta bu arada şişin inmesiyle birlikte sol şakağının çöktüğünü ayrıca sol gözünde görme bozukluğu olduğunu fark etmiştir (Resim: 2).

Hastanın yapılan radyolojik muayenesinde (Resim: 3) zigomatikofrontal, infraorbital (parçalı) kırık, fossa canina'da çöküklük, bu arada infraorbital fragmanlardan medialde olanının göz iç köşe-

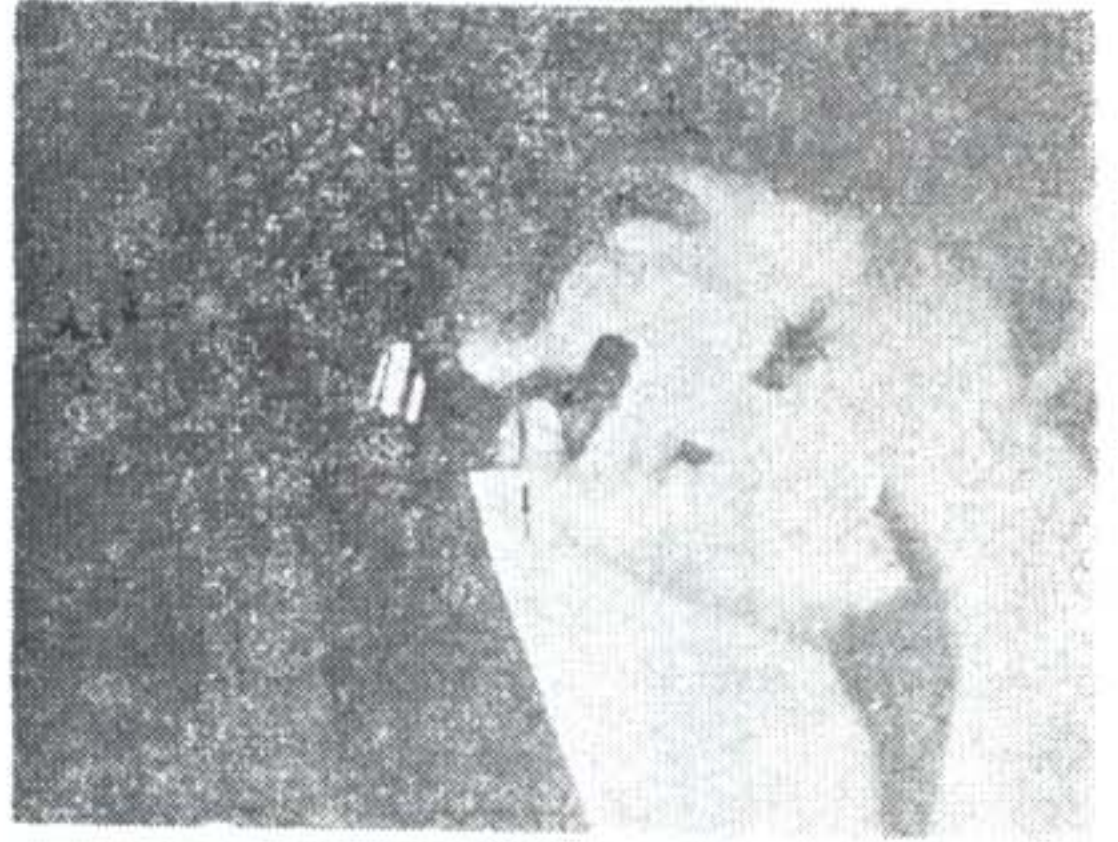


Resim 3 : Pre-op x-ray



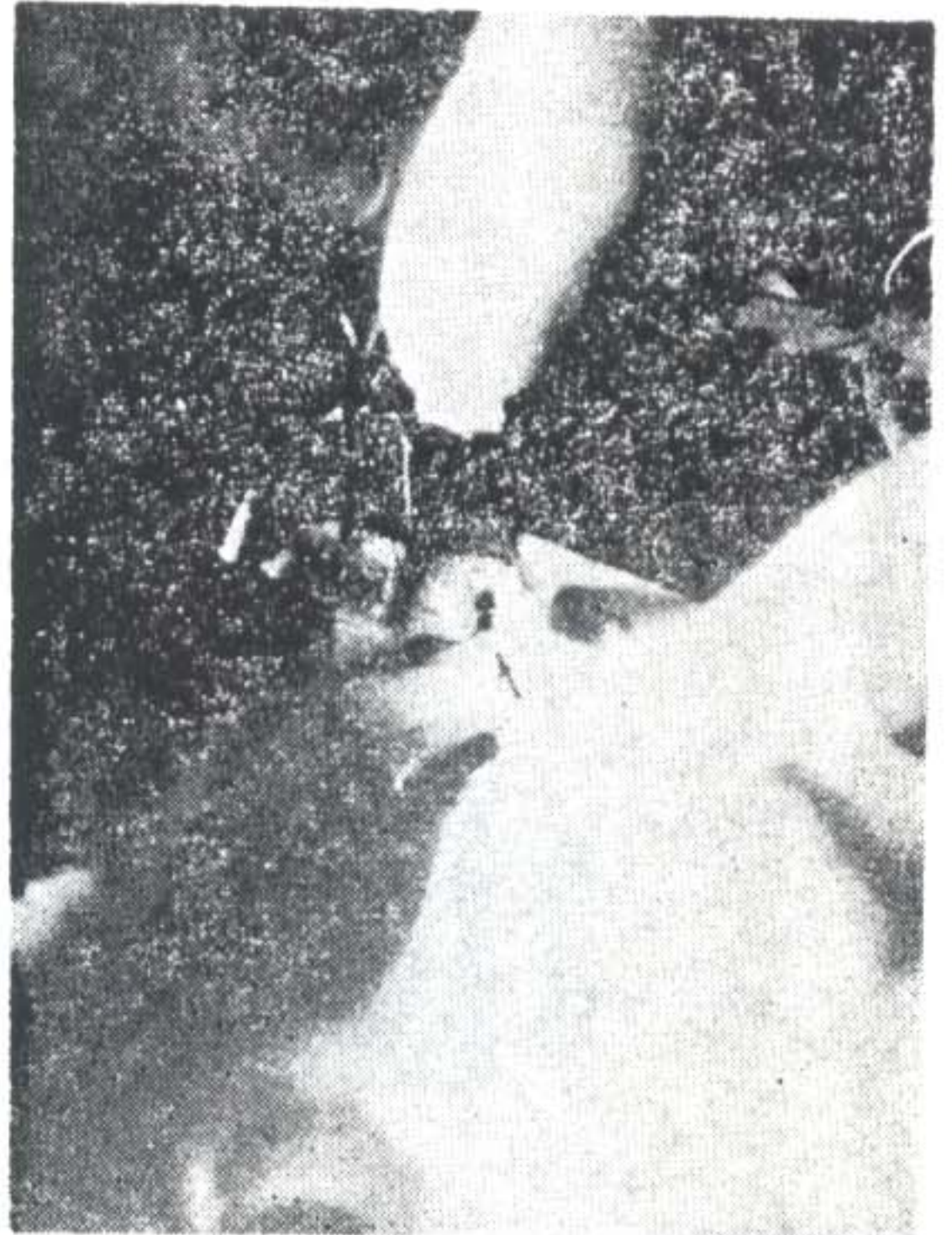
Resim 4 : Kafatası demosratif şekil

sine, göz kavitesine doğru yükseldiği tespit edilmiştir (Resim: 3, 4).



Resim 5 : Zigomatikofronter kırığı gösterir.

Teknik : Genel anestezi altında, hastanın ilk önce sol kaş üzerinden yapılan bir insizyon ile zigomatikofronter kırığı açığa çıkarılmıştır. Fragmanlar rond frezelerle delinmiş ve hazırlanan bu deliklere tel ligatür uygulanmıştır. Ligatür, tüm işlemlerin bitmesini beklemek üzere gevşek bırakılmıştır (Resim: 5, 6).



Resim 6 : Zygomatikofronter bağlama gevşek bırakılmış.

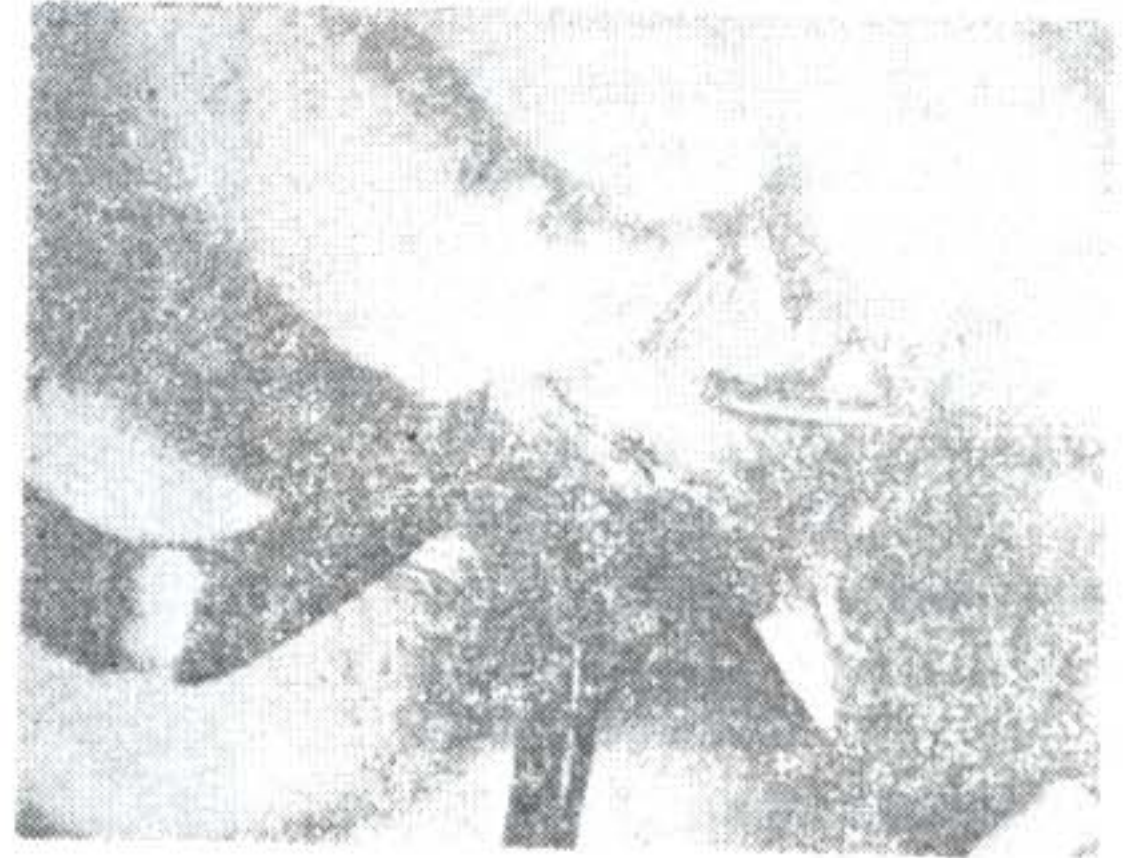
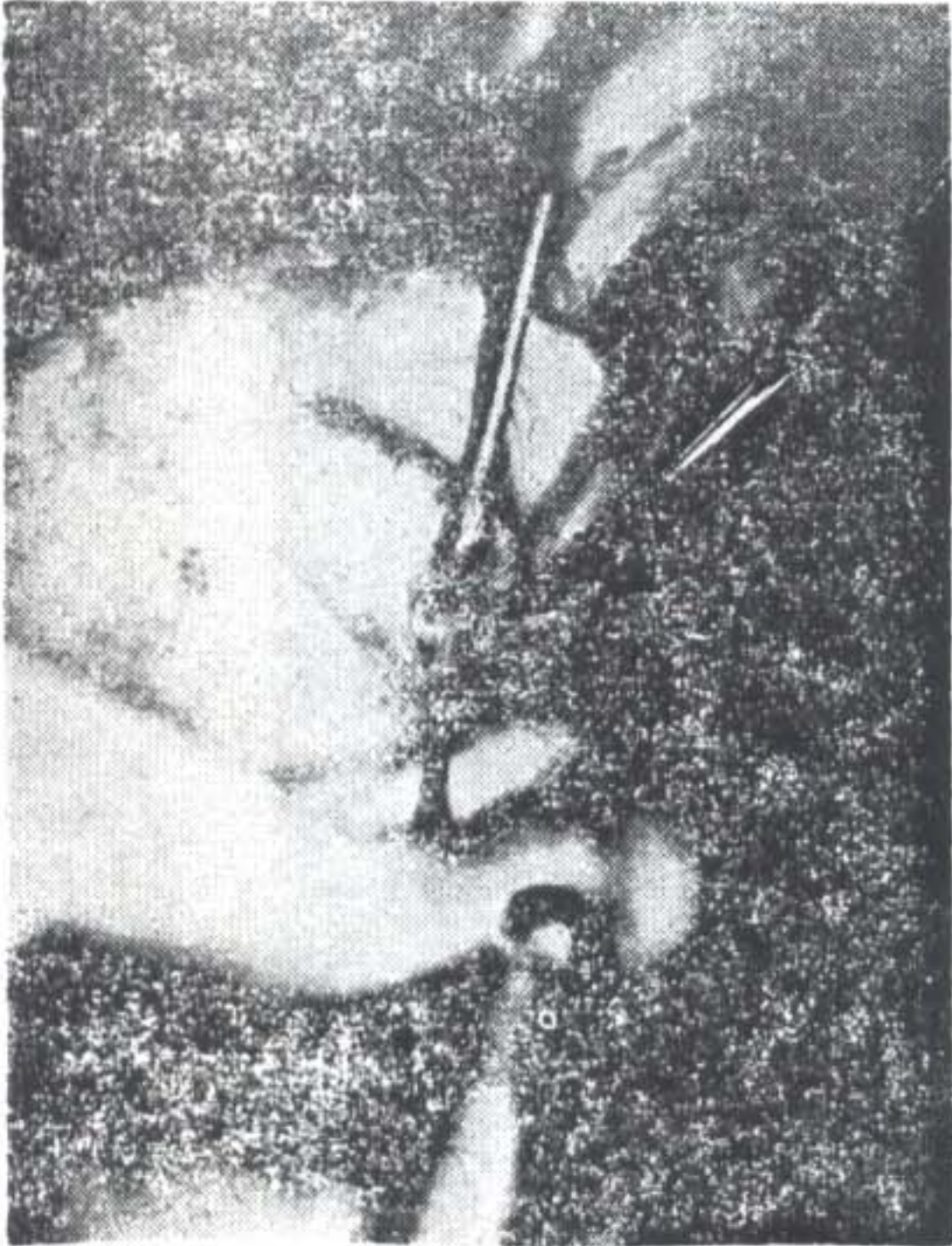


Ameliyatın ikinci safhasında, infra-orbiter insizyonla infraorbiter fragman-

lar açığa çıkarılmıştır (Resim: 7 a, b). Medialdeki küçük ve yukarı - içe yer de-



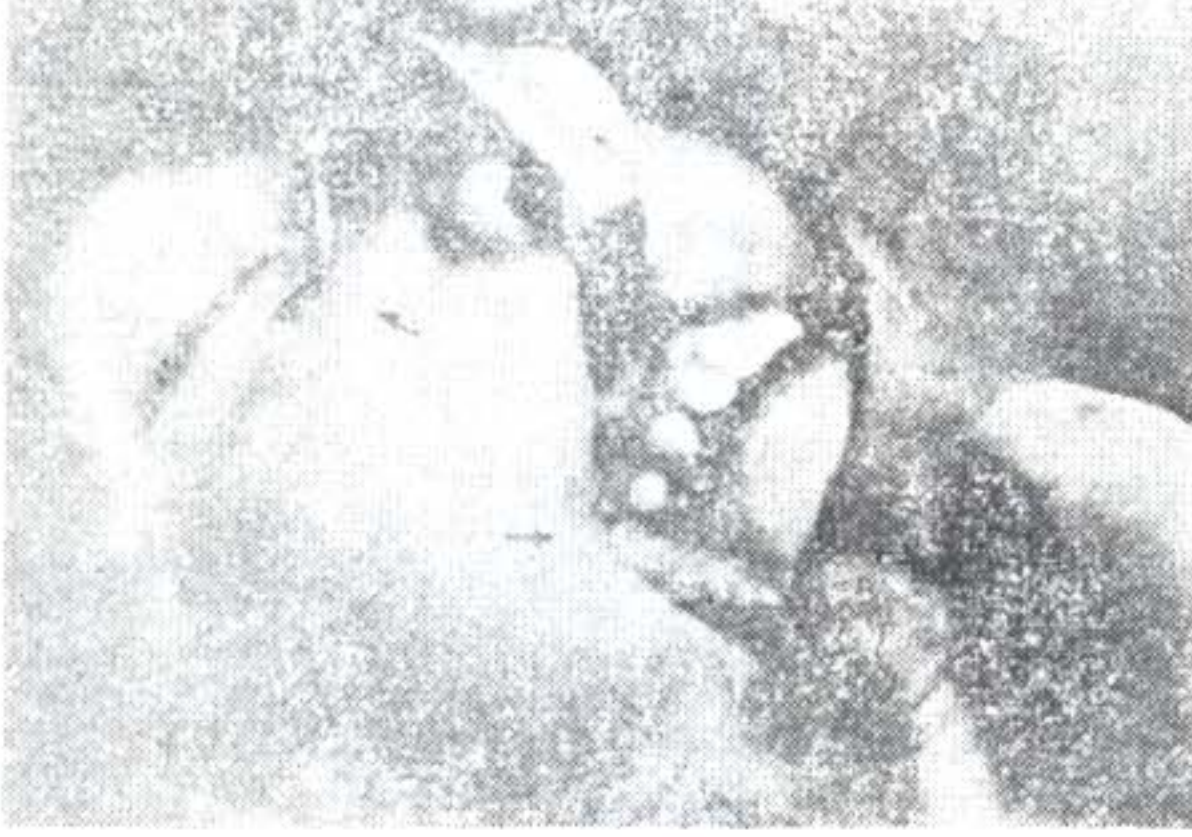
Resim 7 a, b : İnfraorbiter fragmanlar açığa çıkarılmış + Ningra orbitalis.



Resim 8 a, b : İnfraorbiter telleme.

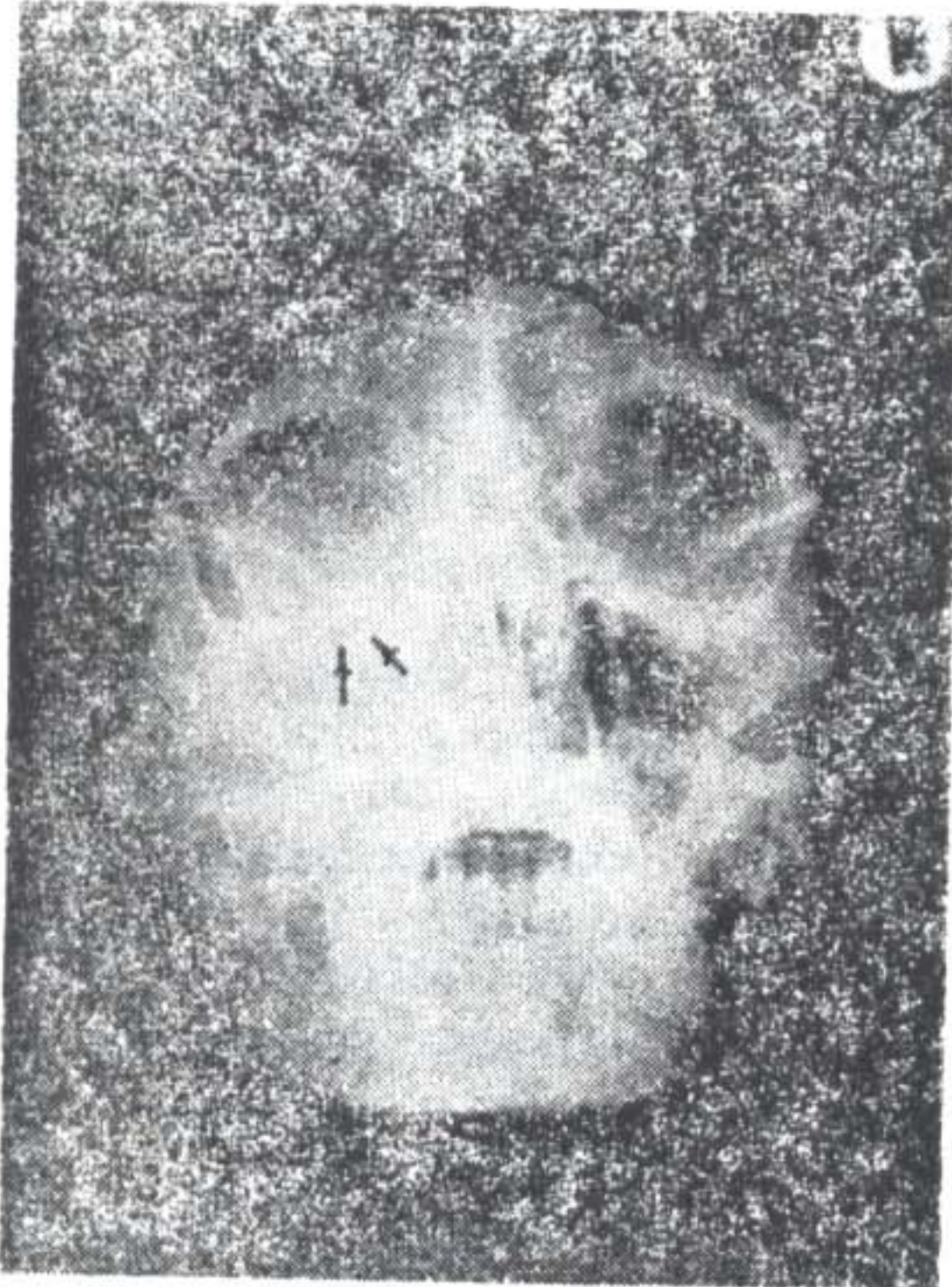


ğiştirmiş olan fragman tel ligatürle medialde nazal kemiğe, lateralde maksiller kemiğe ligatüre edilmiştir (Resim: 4, 8 a, b). İntraoral yöntemle zigomatik kemiğin cismi kontrol edilip yerleştirildikten sonra (Resim: 9), infraorbiter fragmanların li-



Resim 9 : İntraoral yolla redüksiyon

gatürlere rağmen dislokasyona uğramalarına dikkat edilerek zigomatikofronter ligatür mümkün olduğu kadar sıkıştırılmıştır (Resim: 10). Daha sonra infraor-



Resim 10 : Post-op-grafi.

biter insizyondan girilerek sinüs içindeki fragman parçacıkları temizlenmiş ve insizyonlar dikilerek kapatılmıştır (Resim: 11). Sekiz gün sonra dikişleri alınan hasta şifa ile taburcu edilmiştir (Resim 12).



Resim 11 : Dikiş

## TARTIŞMA

Bugün zigomatik kompleks kırıklarının tedavisinin kesinlikle açık redüksiyon yolu ile yapılacağı üzerinde fikir birliğine varılmıştır. Chuong ve Kaban<sup>1</sup>, 77 vakanın 72 sini bu yöntemle tedavi etmiş ve üzerinde durulması gereken en önemli konuların fasiyal asimetri ve enoftalmus olduğunu belirtmişlerdir. Pozatek ve arkadaşları<sup>2</sup> da 85 zigomatikomaksiller kırık vakasının hemen hemen hepsinde açık redüksiyon uyguladıklarını, çoğunlukla kaş üzerinden yaptıkları insizyonu kullandıklarını rapor etmişlerdir.

Zigomatik kompleks kırıklarından esas sorun enoftalmus ve göz çevresinde oluşabilecek kontur deformiteleridir.





Resim 12 : Post-op Taburcu

Bu nedenle zigomatik kompleks kırıklarında cerrahi yaklaşım tercih edilmektedir. Madde kaybının çok fazla olduğu durumlarda, deformiteyi kompanse etmek için otojen kemik greft'leri veya liyoflize dura kullanılmaktadır. Bizim takdim etmiş olduğumuz vakada aynı nedenle çok küçük olmasına rağmen fragman parçaları korunmaya çalışılmış ve tel ile fikse edilmişlerdir.

### Ö Z E T

Zigomatikomaksiller kompleks kırıkları cerraha, teşhis ve tedavi açısından oldukça değişik problemler sunar. Orbita tabanı, inferior orbital kenarın anatomik olarak düzeltilmesi, simetrinin tekrar oluşturulması ve N. Infraorbitalis tarafından innerve olan bölgelerin sensitizasyonunun yeniden sağlanması, yapılması gerekli işlemlerdir. Zigomatik kompleks kırıklarının redüksiyonu ve fiksasyonu

için gerek ekstraoral gerek intraoral birçok metod önerilmiştir. Bu makalede bir zigomatik kompleks kırığı ve cerrahi tedavisi sunulmuştur.

### S U M M A R Y

Zygomaticomaxillary complex fractures present challenging diagnostic and reconstructive problems for the surgeon. Anatomic reduction of the lateral and inferior orbital rims and orbital floor are necessary to re-established facial symmetry and position of the globe, and to restore normal sensation to structures innervated by the infraorbital nerve. Various intraoral and extraoral approaches to reduction and fixation of zygomatic complex fractures have been reported. In this paper a case of zygomatic complex fracture and its surgical correction has been reported.

### K A Y N A K L A R

- 1— Chuong, R., Kaban, L. B. : Fractures of the zygomatic complex. J. Oral Maxillofac. Surg. 44: 283, 1986.
- 2— Gillies, H. D., Kilner, T. P., Stone, D. : Fractures of malar - zygomatic compound, with a new description of a new x-ray position. British journal of surgery. 14: 651, 1927.
- 3— Knight, J. S., North, J. F. : The classification of malar fractures: An analysis of displacement as a guide to treatment. Br. J. Plast. Surg. 13: 325, 1961.
- 4— Pozatek, Z. W., Kaban, L. B., Guralnick, W. C. : Fractures of the zygomatic complex. An evaluation of surgical management with special emphasis on the eyebrow approach. J. Oral Surg. 31: 141, 1973.
- 5— Shaw, R. C., Parson., R. W. : Exposure through a coronal incision for initial treatment of facial fractures. Plast. Reconstr. Surg. 56: 254, 1975.