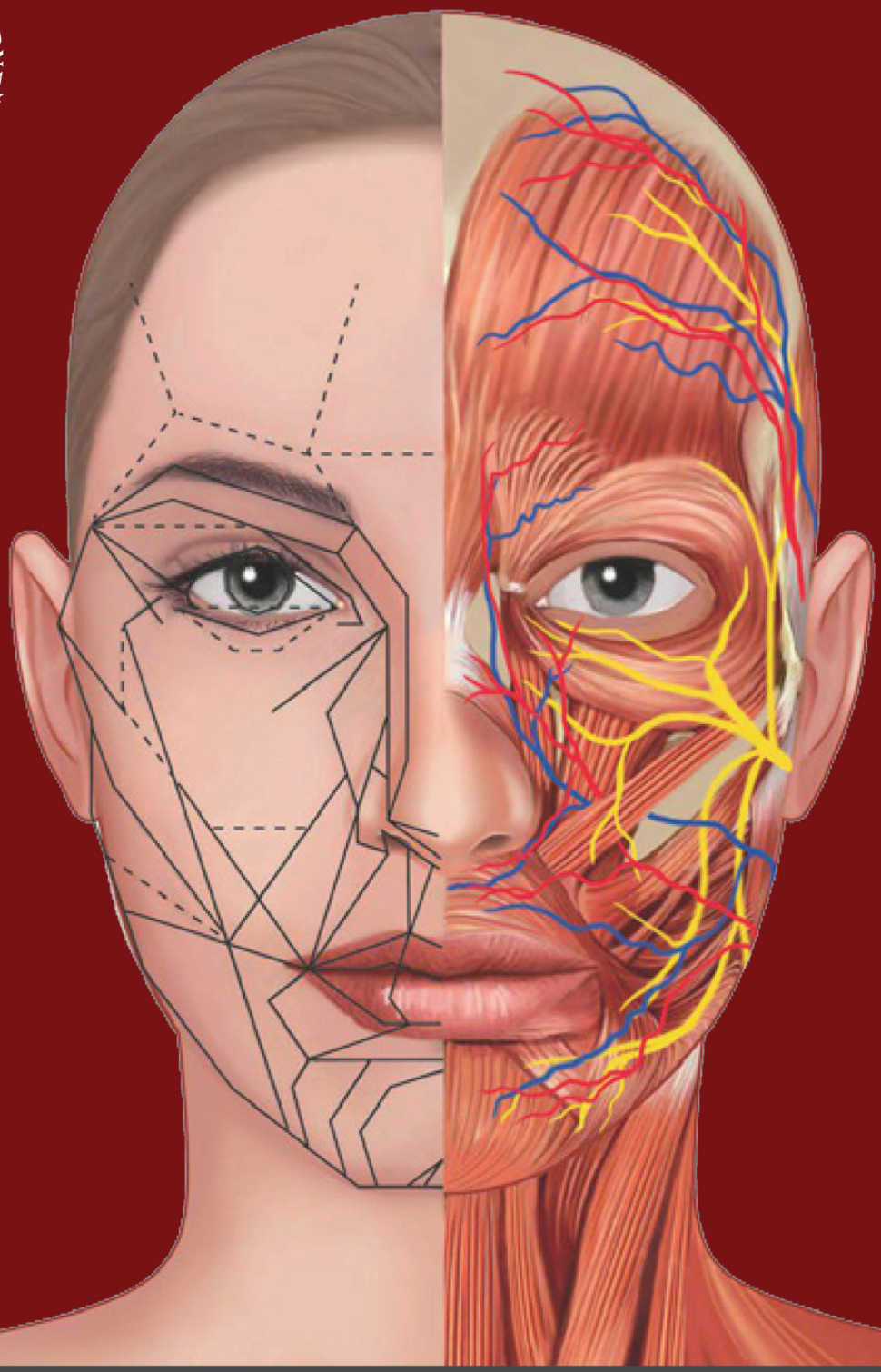
TURKFPS

Turkish Journal Of Facial Plastic Surgery

Cilt / Volume: 1 | Sayı / Issue: 2 | Mayıs / May 2021 | ISSN: 2757-6701

YÜZ PLASTİK CERRAHİ DERNEĞİ 2005



Yılda üç sayı yayımlanır.
Published three times a year.

Yüz Plastik Cerrahi Derneği'nin resmî yayın organıdır.
Official Journal of Facial Plastic Surgery

Dysport®
BOTULINUM TOXIN TYPE A



Dysport®

Tedavi seansları boyunca yüksek tedavi memnuniyeti sağlar.[1]

3.tedavi seansı sonrasında, hastaların %98.5'inin Dysport® ile tekrar tedavi edildikleri için mutlu olduğu ve %99.3'ünün tedaviyi ailesine ve arkadaşlarına önerdiği görülmüştür.[1]

Referanslar: 1. Gubanova E, Haddad Tabet M, Bergerova Y, Moiseieva O, Chemeris A, Sanches E, Sharova A, Raymond R, Inna Prygova I, Carlisle I. Assessment of Subject and Physician Satisfaction after Long-Term Treatment of Glabellar Lines with AbobotulinumtoxinA (Dysport®/Azzalure®): Primary Results of the APPEAL Noninterventional Study. *Aesth Plast Surg.* 2018 Aug 17. doi: 10.1007/s00266-018-1200-4.

DYSPORT 500 U enjeksiyonluk çözelti için toz içeren flakon Etkin madde: 500 U Clostridium botulinum tip A toksin-hemaglutinin kompleksi **Endikasyonları:** Yetişkinlerde, üst ekstremiteyi etkileyen fokal spastisitenin semptomatik tedavisinde, Yetişkinlerde, inme veya travmatik beyin hasarından (TBI) kaynaklanan ve ayak bileğini etkileyen alt ekstremite fokal spastisitesinin semptomatik tedavisinde, İki yaş veya üzeri pediyatrik serebral palsi hastalarında spastisiteden dolayı dinamik ekinus ayak deformitesinde, İki yaş ve üzeri pediyatrik serebral palsi hastalarında üst ekstremiteyi etkileyen fokal spastisitenin semptomatik tedavisinde, Spazmodik tortikolis, Blefarospazm, Hemifasiyal spazm, Yaşam kalitesini etkileyen ve lokal tedaviye dirençli, kalıcı aksiller hiperhidroz, 65 yaş altı yetişkin hastalarda alın bölgesinde görülen orta ila şiddetli derecedeki glabella çizgilerinin (kaşlar arasındaki dikey çizgiler) görünümünde geçici iyileştirme, 65 yaş altı yetişkin hastalarda, maksimum gülüş sırasında gözlenen ve şiddeti hastanın psikolojisi üzerinde önemli etkiye sahip lateral kantal çizgilerinin (kazayağı çizgileri) görünümünde geçici iyileşme tedavilerinde endikedir.
Pozoloji ve uygulama şekli: DYSPORT üniteleri DYSPORT'a spesifiktir ve uygulama dozları diğer botulinum toksin preparatlarının dozlarından farklıdır. Ürünün sulandırılması ile berrak, renksiz, partikül madde içermeyen bir çözelti elde edilir. Sulandırma talimatlarında belirtilen hacimler, her endikasyon için özel konsantrasyon verir. **İstenmeyen etkiler:** Ağız kuruluğu, kaslarda aşırı güçsüzlük, disfaji, ölümcül sonuçlar doğurabilen aspirasyon/aspirasyon pnömonisi gibi toksinin uygulama yerinden uzağa yayılmasından doğan yan etkiler bildirilmiştir. Hipersensitivite reaksiyonları pazarlama sonrası deneyim olarak ayrıca bildirilmiştir. **Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri:** Botulinum toksinin etkileri, nöromüsküler fonksiyonu direkt veya indirekt olarak etkileyen ilaçlarla (örneğin aminoglikozitler, kürar benzeri non-depolarizan blokörler, kas gevşeticiler) artabilir. Bu ilaçlar, yan etki potansiyelinden dolayı, botulinum toksini ile tedavi gören hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Kontrendikasyonları: DYSPORT bileşenlerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı bilinen kişilerde kontrendikedir. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Toksinin uygulama bölgesinden diğer bölgelere yayılmasından doğan yan etkiler bildirilmiştir. Terapötik dozlarla tedavi gören hastalarda aşırı kas zayıflığı olabilir. Bu şekildeki istenmeyen etkilerin oluşum riski, önerilen maksimum dozun aşılmaması ve mümkün olan en düşük etkili dozun kullanılmasıyla azaltılabilir. DYSPORT, yutma güçlüğü veya solunum güçlüğü öyküsü bulunan hastalarda, toksin etkisinin ilgili kaslara yayılması mevcut durumu kötüleştirebileceğinden dikkatli kullanılmalıdır. DYSPORT, belirgin defektif nöromüsküler iletimin klinik veya sub-klinik kanıtlarını gösteren hastalarda (örn. miyastenia gravis) yakın medikal gözlem altında ve dikkatli kullanılmalıdır. DYSPORT'un önerilen doz ve uygulama sıklığı aşılmamalıdır. DYSPORT, çocuklarda serebral palsi ile ilişkili spastisite tedavisi için sadece 2 yaş veya üzerindeki çocuklarda kullanılmalıdır. İntramüsküler enjeksiyon şeklinde uygulandığında DYSPORT, önerilen enjeksiyon yer(ler)inde enflamasyon/enfeksiyon bulunan veya kanama süresi uzun olan hastalarda yalnızca çok gerekli olduğunda kullanılmalıdır. DYSPORT alan hastalarda botulinum toksine karşı nadiren antikor oluşumu bildirilmiştir. Gebelik ve laktasyon: Gebelik kategorisi C'dir. DYSPORT hamilelik sırasında yalnızca yarar fetüse karşı potansiyel riski doğruluyorsa kullanılmalıdır. Gerekli olmadıkça gebelik döneminde kullanılmamalıdır. Laktasyon süresince Clostridium botulinum tip A toksin-hemaglutinin kompleksinin kullanımı önerilmemektedir. **Üreme yeteneği/Fertilite:** Erkek ve dişi sıçanlardaki çalışmalar, fertilite üzerine etkiler göstermiştir Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Araç veya makine kullanım yeteneğini geçici olarak etkileyebilecek kas güçsüzlüğü veya görsel bozuklukların oluşma riski bulunmaktadır. **Doz aşımı ve tedavisi:** Aşırı dozlar uzakta ve derin nöro-müsküler paralizi oluşturabilir. Aşırı dozlar solunum kaslarının paralizine neden olduğunda solunum desteği gerekebilir. Genel destekleyici tedavi önerilir. **Saklama koşulları:** Buzdolabında saklayınız (2°C ila 8°C). Dondurmayınız. Ürünün sulandırmadan sonra 2-8 °C'de 24 saatlik stabilitesi gösterilmiştir. Mikrobiyolojik açıdan, sulandırma yöntemi mikrobiyal kontaminasyon riskinin önüne geçmedikçe, ürün derhal kullanılmalıdır. Ambalajı içindeki ürünün raf ömrü 2-8 °C'de saklandığında 24 aydır. Ambalajın niteliği ve içeriği: Enjeksiyonluk çözelti için 500 Ünite botulinum toksin tip A tozu içeren, bir tıpa (bromobütil kauçuk) ve bir mühürle (alüminyum) birlikte 3 mL hacimli 1 adet flakon (tip I cam). Depocu fiyatı: 834,82 TL. (20/02/2021). Reçeteli satılır. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödemesi yapılmaktadır. **Ruhsat sahibi:** GEN İLAÇ ve SAĞLIK ÜRÜNLERİ SAN. ve TİC. A.Ş. Mustafa Kemal Mah. 2119. Sok. No:3 D:2-3 Balgat 06520 Çankaya, ANKARA. Tel: 0 312 219 62 19 Faks: 0 312 219 62 03 **Üretici firma:** Ipsen Biopharm Ltd., Ash Road, Wrexham Industrial Estate, Wrexham LL 13 9 UF Birleşik Krallığı. **Ruhsat tarihi:** 31.07.2002 **Ruhsat no:** 112/92 **KÜB güncellenme tarihi:** 08/04/2021. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. www.genilac.com.tr

IPSEN innovation for patient care | GEN

DYSPORT –21 –08

Muscoflex DUO

Diklofenak dietilamonyum / Tiyokolşikosid



Harekette ÖZGÜR OL



- Ağrı, inflamasyon ve kas gerginliği ile kendini gösteren kas-iskelet sistemi hastalıkları
- Ezilme, burkulma gibi yumuşak doku travmaları, spor yaralanmaları
- Osteoartrit, periartrit, tendinit, tenosinovit, bursit
- Vertebral kolonun ağrılı sendromları[1]



Referanslar:
1. Muscoflex Duo %0.25+%1.16 jel Kısa Ürün Bilgisi

Ürün adı: MUSCOFLEX DUO %0.25 + %1.16 jel Bileşimi: Her 1 gr jelde, 11,6 mg Diklofenak dietilamonyum, 2,5 mg Tiyokolşikosid. Farmakolojik özellikleri: Antiinflamatuvar ve antiromatizmal ürünler, non-steroidler (NSAİ), asetik asit türevleri ve ilişkili maddeler (diklofenak), santral etkili kas gevşetici ilaçlar (tiyokolşikosid) ATC kodu: M02AA15 (diklofenak) ve M03BX05 (tiyokolşikosid) Endikasyonlar: Ezilme, burkulma gibi yumuşak doku travmaları, spor yaralanmaları, osteoartrit, periartrit, tendinit, tenosinovit, bursit, vertebral kolonun ağrılı sendromları, ağrı, inflamasyon ve kas gerginliği ile kendini gösteren kas-iskelet sistemi hastalıkları. Pozoloji ve uygulama şekli: Doktor tarafından başka şekilde tavsiye edilmediği takdirde günde 3 – 4 defa haricen uygulanır. Kontrendikasyonlar: Diklofenaka, tiyokolşikoside veya içerdiği yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı olduğu bilinen hastalarda, asetilsalisilik asit veya ibuprofen gibi diğer non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar ile astım atağı, ürtiker veya akut rinit gibi reaksiyonlar veren hastalarda, gevşek paralizi ve adale hipotonisi gibi durumlarda, kanama problemi olan ve antikoagülan kullanan hastalarda, gebelik ve laktasyon döneminde kontrendikedir. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Sadece zedelenmemiş ve sağlıklı deri üzerine uygulanmalıdır (açık yaralara sürülmemelidir). Gözlerle ve mukoz membranlarla temas ettirilmemelidir. Dahilen kullanılmamalıdır. Sistemik advers etkilere karşı deride geniş yüzeylere uygulanmamalı ve uzun süreli periyodlarda kullanılmamalıdır. Özellikle sistemik yan etkilerde olmak üzere istenmeyen etkilerde artış olabileceğinden eşzamanlı olarak oral yoldan NSAİ kullanımında dikkatli olunmalıdır. Diklofenak içeren diğer ürünler ile eşzamanlı kullanılmamalıdır. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri: Herhangi bir etkileşim bildirilmemiştir. Gebelik ve Laktasyonda kullanımı: Gebelik kategorisi X'tir. Gebelik potansiyeli olan kadınlarda, gebelik döneminde ve laktasyon döneminde kullanılmamalıdır. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Araç ve makine kullanımı üzerinde etkisi yoktur. İstenmeyen etkiler: Diklofenak dietilamonyum ile döküntü, egzema, eritem, dermatit (kontakt dermatit dahil), kaşıntı, bulloz dermatit, fotosensitivite reaksiyonu, tiyokolşikosid ile kaşıntı, ürtiker, anjiyo nörotik ödem gibi anafilaktik reaksiyonlar bildirilmiştir. Ambalajın niteliği ve içeriği: HDPE burgulu kapaklı, 30 g'lık laklı alüminyum tüpte, kullanma talimatı ile birlikte karton kutuda sunulmaktadır. Fiyatı/fiyat tarihi: 33,55 TL/Mayıs 2021 Ruhsat tarihi-no: 19.09.2014-2014/696 Ruhsat sahibi: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Son Güncelleme: Mayıs 2021 (P10V1) Reçeteli satılır. Ürünlerimiz ile ilgili advers olayları hastaguvenligi@bilimilac.com adresine e-posta göndererek veya 0850 226 27 00 iletişim numarasını arayarak ürün güvenliliği sorumlusuna bildirebilirsiniz. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Bilim İlaç San ve Tic. A.Ş 34440 Beyoğlu/İstanbul. www.bilimilac.com

BİL 6789 MUSDUO 050

Alerjide günde

Tek **Rupatek**

Rupatadin

ANTİ-PAF ETKİ[1,2]

12 yaş ve üzeri hastalarda günde tek doz olmak üzere;

- **Alerjik rinitin** (Mevsimsel veya yıl boyu süren)
- **Ürtikerin** semptomatik tedavisinde endikedir.[1]



Referanslar:
1. Rupatek Kısa Ürün Bilgisi
2. Mullol J. Update on rupatadine in the management of allergic disorders, Allergy 2015; 70: 1–24.

bilim İLAÇ

Ürün adı: RUPATEK 10 mg tablet Bileşimi: Her tablette 10 mg rupatadine eşdeğer 12,79 mg rupatadin fumarat. Farmakolojik özellikleri: Sistemik kullanılan diğer antihistaminikler. ATC kodu: R06AX28 Endikasyonlar: Alerjik rinitin (Mevsimsel veya yıl boyu süren / Intermitan veya persistan) ve ürtikerin semptomatik tedavisi. Pozoloji ve uygulama şekli: Doktor tarafından başka bir şekilde tavsiye edilmediği takdirde erişkinler ve adolesanlarda (12 yaş ve üzerinde) aç veya tok karına günde 1 tablet (10 mg) kullanılmaktadır. Sadece ağızdan kullanım içindir. Kontrendikasyonlar: 12 yaşın altındaki çocuklarda, etkin madde veya yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı olanlar. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: QT intervalinin uzamış olduğu hastalarda, hipokalseminin düzeltilemediği hastalarda, klinik açıdan anlamlı bradikardisi olan hastalarda, akut miyokardiyal iskemi olgularında, böbrek ya da karaciğer fonksiyonları bozulmuş olan hastalarda, nadir kalıtımsal galaktoz intoleransı, Lapp laktoz yetmezliği ya da glikoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastalarda kullanılmamalıdır. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri: Ketokonazol, eritromisin ve greyfurt suyu ya da sitokrom P450 enzimlerinden CYP3A4 izoenzimi üzerinde potansiyel inhibisyon oluşturan diğer maddelerle kombine olarak kullanılmamalıdır. Statinler ile birlikte dikkatli kullanılmalıdır. SSS depresanları ile etkileşimleri göz ardı edilmemelidir. Gebelik ve Laktasyonda kullanımı: Gebelik kategorisi C'dir, laktasyonda kullanılmamalıdır. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Hastanın rupatadine verdiği bireysel yanıt belirleninceye kadar dikkatli olunmalıdır. İstenmeyen etkiler: Somnolans, baş ağrısı, baş dönmesi, ağız kuruluğu, yorgunluk, asteni. Ambalajın niteliği ve içeriği: Karton kutuda, 20 ve 30 tablet içeren PVC/PVDC-Al blisterlerde kullanma talimatı ile birlikte sunulmaktadır. Fiyatı/fiyat tarihi: 17,32 TL/Mayıs 2021. Ruhsat tarihi-no: 22.09.2016-2016/666 Ruhsat sahibi: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Son Güncelleme: Mayıs 2021 (P5) Reçeteli satılır. Ürünlerimiz ile ilgili advers olayları hastagüvenliği@bilimilac.com adresine e-posta göndererek veya 0850 226 27 00 iletişim numarasını arayarak ürün güvenliliği sorumlusuna bildirebilirsiniz. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Bilim İlaç San ve Tic. A.Ş 34440 Beyoğlu/İstanbul. www.bilimilac.com

BİL 6/90 RUP 32

Turkish Journal of Facial Plastic Surgery

Editör
Prof. Dr. Ö. Taşkın Yücel
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Yardımcı Editörler
Prof. Dr. Gökçe Şimşek
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Doç. Dr. Esin Yalçınkaya
Özel Kulak Burun Boğaz Muayenehanesi

Sorumlu Müdür ve Yazı İşleri Müdürü
Prof. Dr. Tarık Şapçı
Özel Kulak Burun Boğaz Muayenehanesi

Turkish Journal of Facial Plastic Surgery (TURKFPS)
Yüz Plastik Cerrahi Derneği'nin bilimsel ve ücretsiz yayın organıdır.

Sahibi:
Yüz Plastik Cerrahi Derneği

Sorumlu Müdür ve Yazı İşleri Müdürü:
Tarık Şapçı

ISSN: *2757-6701*

2. SAYI (1000 adet) MAYIS 2021

İletişim Adresi:
Büyükdere Cad. Tankaya Apt. No: 14/1 34360 Şişli/İstanbul
Telefon: *+90 212 233 11 26*
E-Mail: *turkjfps@gmail.com*
www.fpcd.org.tr

Tasarım: *Kolhis Medya*
www.kolhismedya.com

Baskı: *Sincan Matbaası*
Büyük Sanayi 1. Cad. Elif Sk. No:7/241 İskitler/Ankara
+90 312 384 56 88

Sertifika No: *17351*

DANIŞMA VE DEĞERLENDİRME KURULU
Can Alper Çağıcı
Eren Taştan
Fazıl Apaydın
Selçuk İnanlı
Tamer Erdem
Tarık Şapçı
Taşkın Yücel
Tevfik Sözen
Yusufhan Süoğllu

ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU
Alwyn D'Souza
Dean Toriumi
Hesham Saleh
Regan Thomas
Yong Ju Yang

Genel Bilgiler ve Editörler Kurulu Politikası

TJOFPS (Turkish Journal of Facial Plastic Surgery) yazı dili Türkçe ve İngilizce olan Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere dört ayda bir, yılda üç kez yayımlanan hakemli bir dergi olup orijinal makale, literatür gözden geçirmeleri, olgu sunumları, teknik bildirileri ve uzman görüşlerini yayınlar. Her makalenin başında yazı başlığı, özet ve "medline" kurallarına göre düzenlenmiş anahtar kelimelerin İngilizceleri verilmektedir.

Tüm yazılar bilimsel katkıları, özgünlükleri ve içerikleri açısından bilimsel komite tarafından bağımsız hakemlik ilkelerine göre değerlendirilir. Derginin editoryal ve yayın süreçleri International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), the World Association of Medical Editors (WAME), the Council of Science Editors (CSE), the Committee on Publication Ethics (COPE), and the European Association of Science Editors (EASE) gibi uluslararası kuruluşların kurallarına uygun olarak şekillenmektedir.

TJOFPS 'de yayınlanan ifadeler ya da görüşler editörler, yayın kurulu ya da yayıncının değil yazar(lar)ın görüş ve bakış açısını yansıtmaktadır; yayınlanan içeriğe ait nihai sorumluluk yazarın kendisine aittir.

Bilimsel ve Etik Sorumluluk

Yazarlar, bilimsel verilerinin doğruluğundan bizzat sorumludurlar. Kişilerin yazarlık hakkını, çalışmaya verdikleri katkıya uygun olarak elde ettikleri kabul edilir.

Yazarlık haklarına riayet etmek, hayalet ve lütuf yazarlığa imkan vermemek için'Yazar Katkı Formu', sorumlu yazar tarafından doldurulmalıdır.

Makalede, bir kitap veya yayında yayımlanmış bir görüntü kullanılması durumunda, yayın sahibi ve yayımlayıcı kurumdan yazılı izin alınması ve gönderim aşamasında söz konusu iznin Yayın Kurulu'na sunulması gerekmektedir.

Üst yazıda, çalışma kapsamında incelenen kişilerden veya yasal vasilerinden 'bilgilendirilmiş onam formu' ("informed consent") ve çalışılan kurumun etik kurulundan 'etik kurul izni' alınıp/alınmadığı veya çalışmada insan deneyleri ile ilgili 1975'te yayımlanan Helsinki Bildirgesi'ne uyulup/uyulmadığı belirtilmeli, varsa aksi durumlar açıklanmalıdır. Deneysel çalışmalar ve ilaç araştırmalarında, Dünya Tıp Derneği "World Medical Association (WMA)" tarafından belirlenen "Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects" ve "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" ile ilgili etik komisyon raporu istenecektir.

Araştırmalara yapılan her türlü yardım ve diğer desteklerin alındığı kişi ve kuruluşlar beyan edilmeli ve çıkar çatışmasıyla ilgili durumları açıklamak amacıyla "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE) Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu doldurulmalıdır.

Telif Hakkı

Yazarlar, yazının değerlendirme aşamasından itibaren, ulusal ve uluslararası yasalar çerçevesindeki her türlü telif hakkını dergiye devreder. Bunun için, tüm yazarlar tarafından imzalanan "Yayın Hakkı Devir Formu", yazının sisteme yüklenmesi aşamasında dergiye ayrıca gönderilmelidir. Yazılarda kullanılan metin, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin, ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluğu yazarlara aittir. Yayıma kabul edilen makalenin yayın hakkı, alınan telif hakkı devri doğrultusunda TJOFPS'ye geçer. Daha önce herhangi bir dilde basılmış yazılar dergide basılmak üzere değerlendirilmez. Yazarlar TJOFPS 'ye gönderdikleri bir yazıyı başka bir dergiye gönderemezler. Makalelerde yapılacak tüm değişiklerde yazar ve basımevinin izni alınır.

Üst Yazı

TJOFPS 'ye gönderilecek tüm yazılar, bir "üst yazı" içermelidir. Üst yazıda; iletişim kurulacak yazar(lar)ın adres, telefon, faks numaraları ve e-posta adresleri, yazının aynı zamanda değerlendirilmek üzere başka bir elektronik ya da basılı mecraya gönderilip/gönderilmediği ve daha önce Türkçe ya da başka bir dilde yayımlanıp/yayımlanmadığı belirtilmelidir. Ayrıca, değerlendirme aşamasındaki yazının değerlendirme sürecindeyken başka bir dergiye gönderilmeyeceği bilgisi açıkça vurgulanmalıdır. Hazırlanan yazı, kağıda basıldıktan sonra imzalanmalı ve bu haliyle taranarak .jpg dosyasına dönüştürüldükten sonra sistemimize yüklenmelidir. Daha önce başka bir dergiye gönderilen, ancak yayına kabul edilmeyen yazılar için açıklama yapılmalıdır. Bu yazıların, önceki hakem raporlarının Dergimize gönderilmesi, değerlendirme sürecinin hızlanmasını sağlayacaktır. Toplantılarda sunulan

yazılar için organizasyonun tam adı, tarihi, şehri ve ülkesi belirtilmelidir.

Çevrimiçi Makale Gönderme

Yazılar, A4 kağıdı boyutundaki sayfada, 12 punto, 1.5 satır arası ile Word belgesi (*.doc) olarak hazırlanmalı, turkjfps@gmail.com adresine mail olarak gönderilmelidir.

Bu sistem dışından gönderilen yazılar değerlendirmeye alınmayacaktır. İletişim kurulacak yazarlara, sisteme kayıt olmalarından sonra, kullanıcı adı ve şifre sağlanacaktır. Yazarların, tanımlanan kullanıcı adı ve şifre ile makale gönderme sistemine girmelerinden sonra, sistemin yönlendirici bilgilerini dikkatlice okumaları ve tüm bilgileri eksiksiz kaydetmeleri, gereksiz gecikmeleri önleyecektir. Yazının resim, şekil, tablo ve kaynak gibi eklerinin yanı sıra, "üst yazı", "telif hakkı devir formu", "potansiyel çıkar çatışmaları bildirim formu" ve "etik kurul izin" formları gibi gerekli ek belgeler de aynı anda sisteme yüklenmelidir.

Makalelerin Hazırlanması

Yazıların formatı Dergi kurallarına ve ICMJE tarafından hazırlanan ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (updated in December 2019- http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf) kurallarına göre düzenlenmeli, sunumu ise uluslararası kılavuzlara uygun olmalıdır. Randomize çalışmalar CONSORT, gözlemsel çalışmalar STROBE, tanısal değerli çalışmalar STARD, sistematik derleme ve meta-analizler PRISMA, hayvan deneyli çalışmalar ARRIVE ve randomize olmayan davranış ve halk sağlığıyla ilgili çalışmalar TREND kılavuzlarına uyumlu hazırlanmalıdır.

Makale yazımında, Türk Dil Kurumu'nun Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü ve Tıp Terimleri Kılavuzu gibi kaynaklar kullanılmalıdır. Kısaltmalar, özet ve ana metin içerisinde ayrı ayrı olmak üzere, ilk kullanımda tanımlanmalı ve kısaltma, tanımın ardından parantez içerisinde verilmelidir. Kısaltmaların dilimizde kullanılan şekli tercih edilmelidir (CT yerine BT gibi). Yabancı sözcükler, Türkçe okunuşlarına göre yazılmalıdır. Dergi, gerekli gördüğü yerlerde dil ve yazım ile ilgili uygun düzeltmeleri yapma hakkını saklı tutar. Yazılar, gerekli görüldüğünde düzeltme yapılmak üzere sorumlu yazara geri gönderilebilir.

Dergiye gönderilen yazılar ilk aşamada, Editörler tarafından ön değerlendirmeye alınır. İntihal, kopya ve mükerrer yazım ("duplication") açısından yayın denetimleri de bu aşamada yapılır. Bu türden etik sorunların saptanması durumunda, Committee on Publication Ethics (COPE) kılavuzları çerçevesinde işlem yapılacaktır. Bu aşamaları geçtikten sonra yazı, çift-kör yöntemle seçilmiş en az 2 hakeme gönderilir. Hakemler, yazının konusuyla ilgili uluslararası literatürde yayınları ve atıfları olan bağımsız uzmanlar arasından seçilmektedir. Araştırmalar, sistematik derlemeler ve meta-analiz yazıları ayrıca istatistik kontrolünden geçirilir. Yazarlar, metinde büyük bir değişiklik yapılmaması şartıyla, Editörler tarafından gerekli görülen düzeltmelerin yapılmasını kabul ederler.

Yazılar basıma kabul edildikten sonra yazar sayısında ekleme, çıkarma veya isim sırasında değişiklik yapılamaz.

Başlık Sayfası

Her yazıda başlık sayfası, çevrimiçi ("online") sisteme ayrı bir Microsoft Word dosyası olarak yüklenmeli, yazının Türkçe-İngilizce başlığı, en son akademik dereceleriyle birlikte yazarların tam adları, çalışmanın yapıldığı bölüm, kurum, şehir ve ülke bilgilerini içermelidir. Çalışma farklı kurumlarda gerçekleştirildiyse, yazarların kurumları üst simgeler ile belirtilmelidir. Yazışma adresinde; sorumlu yazarın tam adı, posta ve e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları yer almalıdır. Yazının içeriği daha önce herhangi bir sunumun bir parçası olmuşsa toplantının adı, tarihi ve yeri belirtilmelidir. Finansal Destek Beyanı ve Teşekkür bölümleri de bu sayfada yer almalıdır.

MAKALE TİPLERİ

A. Özgün makale

Özet, Giriş, Gereç ve yöntem, Bulgular, Tartışma ve Kaynaklar bölümlerinden oluşur.

Özet

Özgün makalelerin özeti 250 kelimeyi geçmemelidir. Özette yazının amacı, gereç ve yöntem, bulgular ve sonuç bölümleri kısa ve açık olarak verilmeli, özet bölümü yazı okunmadan da yazı hakkında fikir verecek şekilde yapılandırılmalıdır. Tüm makalelerin Türkçe ve İngilizce özeti olmalı yazının İngilizce başlığını da içeren İngilizce özet, ayrıca yazılmalıdır. Türkçe özet Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç alt başlıklarını, İngilizce özet ise Purpose, Material and Methods, Results ve Conclusion alt başlıklarını içermelidir.

Anahtar kelimeler
Türkçe ve İngilizce özetlerin altında en az 3, en fazla 5 adet kelime veya tamlama verilmelidir. Kısaltmalar, anahtar kelime olarak kullanılmamalıdır.

Giriş
Bu bölümde, konu birkaç cümle ile anlatılarak en son gelişmeler verilmeli, gereksiz ayrıntılardan kaçınılmalı; bu çalışmayı yapış nedeni ve amacı açık bir şekilde anlatılmalıdır.

Gereç ve yöntem
Çalışılan hasta grupları ya da laboratuvar hayvanları, kullanılan gereçler ve yöntem, çalışma planı, ve kontrol grupları açık ve kısa olarak anlatılmalıdır. Yararlanılan istatistiksel analiz yöntemleri ve etik konularla ilgili izinler yukarıda açıklandığı gibi belirtilmelidir. Bu bölüm, kullanılan yöntemi uygulamak isteyen birisine öğretecek kadar ayrıntılı, okuyucuyu sıkmayacak kadar kısa ve net olmalıdır. Kullanılan ilaçların ve cihazların özgün isimleri ile birlikte üretici firma adı ve üretildiği ülke yazılmalıdır.

Bulgular
İstatistiksel yöntemlerle desteklenmiş bulgular ayrıntılı olarak verilmelidir. Resim, şekil ve tablolar, metin içinde verilen bulguları desteklemeli, ancak tekrar etmemelidir. Verinin, metin, tablo veya şekil formatındaki sunumların bir tanesinde gösterilmesi yeterlidir. Bu bölümde, sadece en önemli bulgular vurgulanmalı, bulgular diğer araştırmalarla karşılaştırılmamalıdır; bu tip karşılaştırmalar tartışma bölümüne saklanmalıdır.

Tartışma
Çalışmanın bulguları, ilgili literatür verileri ile karşılaştırılarak irdelenmeli, önemi ve farkı vurgulanmalıdır. Bu bölümde, çalışmanın eksik yanları açıkça belirtilmeli ve gerekiyorsa sorunun çözümüne yardımcı olacağı düşünülen çalışma önerileri yapılmalıdır. Bulgular bölümünde sunulan detaylar tekrar edilmemeli ve bu bölümünde belirtilmemiş yeni veri sunulmamalıdır. Görüşler sadece çalışmada bulunan gerçeklerle desteklenecek şekilde sınırlandırılmalı, araştırılmayan ya da gösterilemeyen varsayımlar tartışmaya eklenmelidir.

Özgün yazılarda, yazı 18 sayfa veya 4500 kelimeyi, kaynak sayısı 35'i ve resim-grafiklerin sayısı 15'i aşmamalıdır.

B. Derleme
Güncel bir konunun, uzman kişilerce derinliğine incelendiği ve bu kişilerin deneyimlerinin ayrıntılı literatür verileri ile sentezlendiği yazılardır. Bu yazılar, bir konunun klasik bilgi ötesinde zenginleştirilerek yorumlanması şeklinde olmalı ve ilişkili en son yayınlar gözden geçirilerek hazırlanmalıdır. Yazının özeti, alt başlıksız düzenlenmelidir; ana metnin alt başlıkları ise yazarlar tarafından seçilebilir.

Bu tür yazılarda, yazı 15 sayfa veya 4000 kelimeyi, kaynak sayısı 50'yi ve resim-grafiklerin sayısı 20'yi aşmamalıdır.

C. Resimlerle bir konu
Bir konunun, resim ve şekil ağırlıklı olarak sunulmasıdır. Pratikte sık karşılaşılan konular seçilmeli, yazılı bölüm olabildiğince kısa olmalı ve konu eğitici bir şekilde sunulmalıdır. Yazının alt başlıkları, yazarlar tarafından seçilir. Özete gerek yoktur.

Bu tür yazılarda, yazı 4 sayfa veya 1500 kelimeyi, kullanılan kaynak sayısı 15'i ve resim-grafiklerin sayısı 30'u aşmamalıdır.

D. Olgu sunumu
Eğitici değeri olan, ilginç ve nadir görülen olgular seçilmelidir. Ayrı bir sayfada, olgunun neden sunulduğunu ve ana bulgularını içeren, alt başlıksız bir şekilde düzenlenmiş İngilizce bir özet bulunmalıdır; Türkçe özete gerek yoktur. Yazının amacını da içeren kısa bir girişten sonra yorumda, öncelik taşıyan kısa klinik bilgilerle sunuma geçilmeli, tartışma bölümünde olgunun literatür verilerine katkısı vurgulanmalıdır.

Olgu sunumlarının 4 sayfa veya 1500 kelimeyi, kaynak sayısının 8'i ve görüntü sayısının 4'ü aşmaması gerekir.

E. Nasıl yapılır?-teknik bildiri
"Nasıl yapılır?" bölümünde, tanı ve tedavi pratiğinde en çok yapılan işlemler, konunun uzmanı kişilerce anlatılır. Anlatım kısa ve açık olmalı, gerektiğinde çizimlerle desteklenmeli ve kullanılan gereçler açık isimleri ile belirtilmelidir. Bu yazıların başlıca amacı, bu işlemleri yapmak isteyen ilgili uzmanlara yardımcı olmaktır. Genellikle Yayın Kurulu'nun davet ettiği yazarlar tarafından hazırlanır.

F. Tanınız nedir?
Eğitim amacına dönük ilginç olguların açık bir şekilde sunulduğu ve Yayın Kurulu'nun davet ettiği yazarlar tarafından hazırlanan yazılardır.

G. Editöre Mektup
Son bir yıl içinde TJOFPS'de yayımlanan bir yazının önemi, gözden kaçan hatası veya bilinmesi gereken diğer ayrıntılarının vurgulandığı yazılardır. Yazarlar, okurların ilgisini çekebileceğini düşündükleri eğitici olgu ve konular hakkında da editöre mektup gönderebilirler. Okurların konuyla ilişkili, yorum içeren kendi görüşleri de bu bölümde sunulabilir.

Bu tür yazıların, 2 sayfa veya 500 kelimeyi, kaynak ve resim sayısının da 4'ü aşmaması gerekir.

Yazı türleri	Kelime sınırı●	Özet kelime sınırı	Kaynak sınırı	Yazar sınırı	Tablo sınırı	Şekil-resim sınırı
Özgün Makale	4500	400 (yapılandırılmış)	50	6*	4	7 ya da toplam 15
Derleme	4000	200	100	5	4	15 ya da toplam 24
Resimlerle konu	1500	400	20	5	0	15 şekil ya da toplam 30
Olgu sunumu	1500	200	8	5	2	3 şekil ya da toplam 6
Mektup	500	0	4	4	0	2 şekil ya da toplam 4

* Çok merkezli ya da multidisipliner çalışmalarda 6 yazarın üzerinde olabilir.

● Başlık sayfası, kaynaklar; şekil açıklamaları ve tablolar dahil

Kaynaklar

Kaynaklar ayrı bir sayfada, yazı içindeki geçiş sırasına göre 1'den başlanarak dizilmelidir.
"Biomedikal Dergilere Gönderilen Makaleler için Gerekli Standartlar"a uygun hazırlanmalıdır (http://www.amaassn.org/public/peer/wame/uniform.htm). Dergi isimleri "Index Medicus"ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Yazar sayısının altıyı geçtiği kaynaklar için, ilk üç isim yazıldıktan sonra Türkçe ise "ve ark", yabancı dilde ise "et al" kısaltmaları kullanılabilir.
a. Dergilerde yayımlanan makalelerden yararlanıldığında: Mendelson EB, Bohum-Velez M, Neiman HL. Endometrial abnormalities: evaluation with transvaginal sonography. AJR 1989; 160: 130-137.
b. Kitaplardan yararlanıldığında: Morrow PC, Townsend DE. Synopsis of gynecologic oncology, 3rd. ed. New York: Churchill Livingstone 1987; 159-205.
c. Kitap içerisindeki bölümlerden yararlanıldığında: Hoskins WJ, Perez C, Young RC. Gynecologic tumors. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: principles and practice of oncology. 3rd. ed. Philadelphia: Lippincott, 1989; 1099-1150.

Tablolar

Tablolar ana dosyanın sonunda, kaynak listesinden hemen sonra sunulmalıdır. Yazıda yer verilen tüm tablolara ana metin içerisinde atıf yapılmalı, tablolar atıf sırasına uygun biçimde numaralandırılmalıdır. Her tablo için tablonun içeriği ve amacını belirten açıklayıcı bir başlık kullanılmalı, başlık tablo üzerinde verilmelidir. Tablolarda kullanılan tüm kısaltmalar (ana metin içerisinde tanımlanmış olsalar bile) tablo altında tanımlanmalıdır. Tablolar, Word yazılımının "Tablo Ekle" komutu kullanılarak hazırlanmalı, okunması kolay bir biçimde düzenlemelidir.

Şekiller

Şekiller, grafikler ve fotoğraflar ana dosyaya eklenmemelidir; değerlendirme sürecinde yaşanabilecek aksamaların önlenmesi amacıyla ayrı dosyalar halinde .tiff veya .jpg formatında, yüksek boyut ve çözünürlükte (minimum 300 dpi ve 100x100 mm) çevrimiçi makale sistemine yüklenmelidir. Gri-skalalı görüntüler, en az 600 dpi çözünürlüğe sahip olmalıdır. Şekiller alt birimlere ayrıldığında her alt birim ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmeli, alt birimler tek bir görsel oluşturacak biçimde birleştirilmemelidir. Kalın/ince oklar, yıldızlar vb işaret ve semboller, şekil altyazılarını desteklemek amacıyla kullanılabilir. Yazının geri kalan kısımlarında olduğu gibi şekiller de "kör" hazırlanmalı, yazar, hasta, kurum vb bilgilerini işaret edebilecek tüm bilgiler şekillerin kapsamı dışında bırakılmalıdır.

Şekil altyazıları ana dosyanın en sonunda sunulmalı, şeklin alt birimlere ayrıldığı durumlarda aşağıdaki formatta düzenlenmelidir:

Resim 3. a-d. a. Boston Scientific Flexima Quickstick (8-10 F) trokar kateter, b. Biotech Neo-Hydro (8-10-12-14 F) trokar kateter, c. Uresil (6-8-10-12-14 F) trokar kateter, d. Argon Medical Skater (6-8-10-12-14 F) trokar kateter.

Bilimsel kısaltmalar: Radyasyon ölçümleri ve laboratuvar değerleri "International System of Units (SI)" kullanılarak verilmelidir. Bu birimler sistemi için JAMA 1986; 255: 2329-2339 kaynağına bakılabilir. Kan basıncı mmHg cinsinden verilmeli, cc yerine mL tercih edilmeli, kısaltmaların sonlarına nokta konulmamalıdır.

Diğer

Metinde kullanılan tüm kısaltmalar ana metinde ilk kullanımda tanımlanmalı ve kısaltma tanımı parantez içinde verilmelidir.

İstatistiksel analiz tıbbi dergilerin raporlama istatistik kurallarına uygun olarak yapılmalıdır (Altman DG, Gore SM, Gardner MJ, Pocock SJ. Statistical guidelines for contributors to medical journals. Br Med J 1983: 7; 1489–1493.). Çalışmanın istatistiksel analiz süreci ile ilgili bilgiler ana metin içinde belirtilmelidir.

Ana metin içerisinde yer alan ilaç, ürün, donanım ya da yazılımın adı üreticileriyle birlikte aşagıdaki

formatta belirtilmelidir: "Discovery St PET/CT scanner (GE Healthcare)."

Yararlanılan kaynak, tablo ve şekiller metin içerisindeki yerlerine atfen sıralanarak numaralandırılırlar.

Düzeltmeler

Gelen yazıların, konuyla ilgili ve deneyimli hakemlerce değerlendirilmesi sonrasında gerektiğinde başvurdukları düzeltme talepleri ve eleştiriler, iletişim adresi belirtilen yazara gönderilir. Basımın gecikmemesi için istenen düzeltmeler, en kısa zamanda cevaplandırılmalıdır. Düzeltmelerin cevapları ile birlikte en geç 30 gün içinde tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir. 30 günden sonraya kalan düzeltmelerde, editörler kurulu makaleyi geri çevirme hakkını saklı tutar. Düzeltmelerde, tüm hakemlerin görüşlerine ayrı ayrı cevap yazılmalı ve yapılan düzeltmelerin sayfa numarası ile satır sırası belirtilmelidir. Yapılan tüm değişikliklerin metin üstünde koyu olarak belirtildiği bir kopya ile düzeltmeler yapıldıktan sonraki son halinin temiz bir kopyası birlikte gönderilmelidir. Sunulan kaynakların ve verilerin doğruluğundan yazarlar sorumludur. Hatalı, aldatıcı veya yanlış yönlendirici bilgilerin varlığı fark edildiğinde, "baş editör" makaleyi yayımdan çekme ve bunu duyurma hakkına sahiptir.

Overview

The TJOFPS (Turkish journal of Facial Plastic Surgery), published three times a year (January, May and September), publishes original peer-reviewed articles, reviews, case reports, technical reports and commentaries in the fields of colon and rectum in English and Turkish languages. The title, abstract, and key words (according to medical subject headings) are provided in English and in Turkish at the beginning of each article.

Editorial and publication processes of the journal are shaped in accordance with the guidelines of the international organizations such as the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), the World Association of Medical Editors (WAME), the Council of Science Editors (CSE), the Committee on Publication Ethics (COPE), and the European Association of Science Editors (EASE).

Statements or opinions expressed in the manuscripts published in TJOFPS reflect the views of the author(s) and not the opinions of the editors, the editorial board, or the publisher; the editors, the editorial board, and the publisher disclaim any responsibility or liability for such materials. The final responsibility in regard to the published content rests with the authors.

Ethical standards

For studies involving human or animal participants, the authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human and animal experimentation (institutional or regional) and with the Helsinki Declaration (JAMA 2000; 284:3043–3049). Application or approval number/year of the study should also be provided. The editorial board will act in accordance with COPE guidelines if an ethical misconduct is suspected.

It is the authors' responsibility to carefully protect the patients' anonymity and to verify that any experimental investigation with human subjects reported in the submission was performed with informed consent and following all the guidelines for experimental investigation with human subjects required by the institution(s) with which all the authors are affiliated with. For photographs that may reveal the identity of the patients, signed releases of the patient or of his/her legal representative should be enclosed.

Prospective human studies require both an ethics committee approval and informed consent by participants. Retrospective studies require an ethics committee approval with waiver of informed consent. Authors may be required to document such approval.

In the event of alleged or suspected research misconduct, e.g., plagiarism, citation manipulation, and data falsification/fabrication, the Editorial Board will follow and act in accordance with COPE guidelines.

Copyright Transfer

TJOFPS requires each submission to be accompanied by a Copyright Transfer Form. By signing the copyright agreement, the authors hand over the copyright of their work to TJOFPS. In the case of a rejection decision, copyright of the manuscript will be returned to the authors.

Authorship

Each individual listed as an author should fulfill the authorship criteria recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE - www.icmje.org). To be listed as an author, an individual should have made substantial contributions to all four categories established by the ICMJE: (a) conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (b) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (c) final approval of the version to be published, and (d) agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved. Individuals who contributed to the preparation of the manuscript but do not fulfill the authorship criteria should be acknowledged in an acknowledgements section, which should be included in the title page of the manuscript. If the editorial board suspects a case of "gift authorship", the submission will be rejected without further review.

TJOFPS requires authors to submit an Authorship Contributions Form during the initial submission which is available for download through the journal's web page.

Declaration of Conflict of Interest

TJOFPS requires and encourages the authors and

the individuals involved in the evaluation process to disclose any existing or potential conflicts of interests including financial,consultant, institutional, and other relationships that might lead to bias or a conflict of interest. Each contributing author isrequired to electronically fill in the ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest (available at www.icmje.org) andthe forms must be submitted during the initial submission.

Online Article Submission

Articles, on A4 paper size page, 12 point, 1.5 Word document should be prepared as (* .doc) between the lines and sent to turkjfps@gmail.com.

Manuscript Preparation

Manuscripts should be prepared in accordance with the ICMJE - Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (updated in December 2019 – available at www.icmje.org).

Original Investigations and Reviews should be presented in accordance with the following guidelines: randomized study – CONSORT, observational study – STROBE, study on diagnostic accuracy – STARD, systematic reviews and meta-analysis PRISMA, nonrandomized behavioral and public health intervention studies – TREND.

Manuscripts are evaluated and published on the understanding that they are original contributions, and do not contain data that have been published elsewhere or are under consideration by another journal. Authors are required to make a full statement at the time of submission about all prior reports and submissions that might be considered duplicate or redundant publication, and mention any previously published abstracts for meeting presentations that contain partial or similar material in the cover letter. They must reference any similar previous publications in the manuscript.

Authors must obtain written permission from the copyright owner to reproduce previously published figures, tables, or any other material in both print and electronic formats and present it during submission. The original source should be cited within the references and below the reprinted material.

Cover letter: A cover letter must be provided with all manuscripts. This letter may be used to emphasize the importance of the study. The authors should briefly state the existing knowledge relevant to the study and the contributions their study make to the existing knowledge. The correspondent author should also include a statement in the cover letter declaring that he/she accepts to undertake all the responsibility for authorship during the submission and review stages of the manuscript.

Title page: A separate title page should be submitted with all manuscripts and should include the title of the manuscript, name(s), affiliation(s), and major degree(s) of the author(s). The name, address, telephone (including the mobile phone number) and fax numbers and e-mail address of the corresponding author should be clearly listed. Grant information and other sources of support should also be included. Individuals who contributed to the preparation of the manuscript but do not fulfill the authorship criteria should also be acknowledged in the title page. Manuscripts should not be signed by more than 6 authors unless they are multicenter or multidisciplinary studies.

Main document

Abstract: All submissions (except for Letters to the Editor) should be accompanied by an abstract limited to 400 words. A structured abstract is only required with original articles and it should include the following subheadings: PURPOSE, METHODS, RESULTS, CONCLUSION.

Main points: Each submission should be accompanied by 3 to 5 "main points", which should emphasize the most striking results of the study and highlight the message that is intended to be conveyed to the readers. As these main points would be targeting residents, experts and residents of other fields of medicine, as well as experts, they should be kept as plain and simple as possible. These points should be constructed in a way that provides the readers with a general overview of the article and enables them to have a general idea about the article.

The main points should be listed at the end of the main text, above the reference list.

Example: Liu S, Xu X, Cheng Q, et al. Simple quantitative measurement based on DWI to objectively judge DWIFLAIR mismatch in a canine stroke model. Diagn Interv Radiol 2015; 21:348–354.

• The relative diffusion-weighted imaging signal intensity

(rDWI) of ischemic lesions might be helpful to identify the status of fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) imaging in acute ischemic stroke.
• The relative apparent diffusion coefficient (rADC) value appears not useful to identify the status of FLAIR imaging in the acute period.
• Based on our embolic canine model, rDWI increased gradually in the acute period, while the rADC kept stable, which might explain why rDWI is helpful to identify the status of FLAIR imaging, while rADC is not

Main text

Original Articles

Original articles should provide new information based on original research. The main text should be structured with Introduction, Methods, Results, and Discussion subheadings. The number of cited references should not exceed 35 and the main text should be limited to 4500 words. Number of tables included in an original article should be limited to 4 and the number of figures should be limited to 7 (or a total of 15 figure parts).

Introduction

State briefly the nature and purpose of the work, quoting the relevant literature.

Methods

Include the details of clinical and technical procedures. Research ethics standards compliance.
All manuscripts dealing with human subjects must contain a statement indicating that the study was approved by the Institutional Review Board or a comparable formal research ethics review committee. If none is present at your institution, there should be a statement that the research was performed according to the Declaration of Helsinki principles (www.wma.net/e/policy/b3.htm). There should also be a statement about whether informed consent was obtained from research subjects.

Results

Present these clearly, concisely, and without comment. Statistical analysis results should also be provided in this section to support conclusions when available.

Discussion

Explain your results and relate them to those of other authors; define their significance for clinical practice. Limitations, drawbacks, or shortcomings of the study should also be stated in the discussion section before the conclusion paragraph. In the last paragraph, a strong conclusion should be written.

Review Articles

Review articles are scientific analyses of recent developments on a specific topic as reported in the literature. No new information is described, and no opinions or personal experiences are expressed. Reviews include only the highlights on a subject. Main text should be limited to 4000 words and the number of cited references should not exceed 75. Number of tables included in a review article should be limited to 4 and the number of figures should be limited to 15 (or a total of 30 figure parts).

Pictorial Essay

This is a continuing medical education exercise with the teaching message in the figures and their legends. Text should include a brief abstract; there may be as many as 30 figure parts. No new information is included. The value of the paper turns on the quality of the illustrations. Authors can submit dynamic images (e.g. video files) or include supplemental image files for online presentation that further illustrate the educational purpose of the essay. Maximums: Pages of text – 4 (1,500 words); References – 15; Figures – 15 or total of 30 images; No table
Main text should be limited to 1500 words and the number of cited references should not exceed 15. No tables should be included and the number of figures should be limited to 15 (or a total of 30 figure parts).

Technical Notes

Technical note is a brief description of a specific technique, procedure, modification of a technique, or new equipments. It should include a brief introduction followed by Technique section for case reports or Methods section for case series, and Discussion is limited to the specific message, including the uses of the technique, equipment, or software. Literature reviews and lengthy descriptions of cases are not appropriate. Main text should be limited to 1500 words and the number of cited references should not exceed 8. Number of tables included in a technical note should be limited to 4 and the number of figures should be limited to 3 (or a total of 6 figure parts).

Letter to the Editor and Reply

Letters to the Editor and Replies should offer objective and constructive criticism of published articles within last 6 months. Letters may also discuss matters of

general interests and may include images. Material being submitted or published elsewhere should not be duplicated in letters.
Main text should be limited to 500 words and the number of cited references should not exceed 4. No tables should be included and the number of figures should be limited to 2 (or a total of 4 figure parts).

Type of manuscript	Word limit	Abstract word limit	Reference limit	Author limit	Table limit	Figure limit
Original Article	4500	400 (Structured)	50	6*	4	7 or total of 15 images;
Review Article	4000	200	100	5	4	15 or total of 24 images
Pictorial Essay	1500	400	20	5	No tables	15 figures or total of 30 figure parts
Technical Note	1500	200	8	5	2	3 figures or total of 6 figure parts
Letter	500	N/A	4	4	No tables	2 figures or total of 4 figure parts

**Multicenter or multidisciplinary studies should be signed by more than 6 authors*

References

References should be numbered consecutively in the order they are referred to within the main text and all references listed in the reference list should be referred to within the main text in parenthesis. Style and punctuation of each reference in the reference list should be in accordance with the examples listed below;

Standard journal article: Journal titles should be abbreviated in accordance with journal abbreviations used in Index Medicus (for journal abbreviations consult List of Journals indexed for MEDLINE published annually by NLM at http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html). When there are six or fewer authors, all authors should be listed. If there are seven or more authors, first 3 should be listed, followed by "et al.". A list of authors should be followed by the full title of the article, journal title, year, volume, and page numbers.

Example: Dollinger M, Beyer LP, Haimerl M, et al. Adverse effects of irreversible electroporation of malignant liver tumors under CT fluoroscopic guidance: a single-center experience. Diagn Interv Radiol 2015; 21:471–475.
Epub ahead of print articles: Abboud S, Raparia K, Ubago JM, Resnick S. AngioVac extraction of intraatrial hepatoma masquerading as PICC-associated thrombus. Diagn Interv Radiol 2015 DOI: 10.5152/dir.2015.15243. Published online 28 October 2015.

Books:

Chapter in a book: Hull RD, Hirsh J. Comparative value of tests for the diagnosis of venous thrombosis. In: Bernstein EF, ed. Noninvasive diagnostic techniques in vascular disease. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1985; 779–796.
Personal author(s): Watanabe M, Takeda S, Ikeuchi H. Atlas of arthroscopy. 2nd ed. Tokyo: Igaku Shoin, 1969; 57–59.
Editor (s), compiler(s) as author: Norman IJ, Redfern SJ, eds. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Tables

Tables should be included in the main document and should be presented after the reference list. Tables should be numbered consecutively in the order they are referred to within the main text. A descriptive title should be provided for all tables and the titles should be placed above the tables. Abbreviations used in the tables should be defined below by footnotes (even if they are defined within the main text). Tables should be created using the "insert table" command of the word processing software and they should be arranged clearly to provide an easy reading. Data presented in the tables should not be a repetition of the data presented within the main text but should be supporting the main text.

Figures and figure legends

Figures, graphics, and photographs should be submitted as separate files (in TIFF or JPEG format) through the submission system. The files should not be embedded in a Word document or the main document. When there are figure subunits, the subunits should not be merged to form a single image. Each subunit should be submitted separately through the submission system. Images should not be labelled (a, b, c, etc.) to indicate figure subunits. Thick and thin arrows, arrowheads, stars, asterisks, abbreviations and similar marks can be used on the images to support figure legends. Like the rest of the submission, the figures too should be blind. Any information within the images that may indicate an individual or institution should be blinded. The minimum resolution of each submitted figure should be 300 DPI. To prevent delays in the evaluation process all submitted figures should be clear in resolution and large in size (minimum dimensions, 100×100 mm).

Figure legds should be listed at the end of the main document.

General

All acronyms and abbreviations used in the manuscript should be defined at first use, both in the abstract and in the main text. The abbreviation should be provided in parenthesis following the definition.

Statistical analysis should be performed in accordance with guidelines on reporting statistics in medical journals (Altman DG, Gore SM, Gardner MJ, Pocock SJ. Statistical guidelines for contributors to medical journals. Br Med J 1983: 7; 1489–1493.). Information on the statistical analysis process of the study should be provided within the main text.

When a drug, product, hardware, or software mentioned within the main text product information, the name and producer of the product should be provided in parenthesis in the following format: "Discovery St PET/CT scanner (GE Healthcare)."

All references, tables, and figures should be referred to within the main text and they should be numbered consecutively in the order they are referred to within the main text.

Revisions

When submitting a revised version of a paper, the author must submit a detailed "Response to reviewers" that states point by point how each issue raised by the reviewers has been covered and where it can be found (each reviewer's comment followed by the author's reply and line numbers where the changes have been made) as well as an annotated copy, and a clear copy of the main document.

Revised manuscripts must be submitted within 30 days from the date of the decision letter. If the revised version of the manuscript is not submitted within the allocated time, the revision option will be automatically cancelled by the submission system. If the submitting author(s) believe that additional time is required, they should request an extension before the initial 30-day period is over.

İÇİNDEKİLER / TABLE OF CONTENTS

1 **YÜZ PLASTİK CERRAHİSİ: KULAK-BURUN-BOĞAZ HASTALIKLARI UZMANLIK DALI İÇİNDEKİ YERİ**
FACIAL PLASTIC SURGERY: ITS PLACE IN OTORHINOLARYNGOLOGY
Fazıl Apaydın, Taşkın Yücel, Tamer Erdem, Tarık Şapçı, Yusufhan Süoğlu, Köksal Yuca, Gürkan Kayabaşoğlu
16

2 **BLEFAROPLASTİ SONUÇLARININ GLASGOW YARAR ENVANTERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**
EVALUATION OF BLEPHAROPLASTY RESULTS WITH THE GLASGOW BENEFIT INVENTORY
Dilek Urem, Gökçe Şimşek, Ela Cömert, Ziya Şencan, Nuray Bayar Muluk
22

3 **PORSELEN LAMİNALAR İLE YAPILAN ESTETİK TEDAVİLERİN KLİNİK DEĞERLENDİRİLMESİ**
CLINICAL EVALUATION OF AESTHETIC TREATMENTS WITH PORCELAIN LAMINES
Hatice AĞAN
28

4 **AN ALTERNATIVE TECHNIQUE TO CORRECT DORSAL SEPTAL DEVIATIONS WITH SEPTOPLASTY: ENDONASAL MIDDLE NASAL VAULT GRAFT APPLICATION**
SEPTOPLASTİ İLE DORSAL SEPTAL DEVİASYONLARI DÜZELTMEK İÇİN ALTERNATİF BİR TEKNİK: ENDONAZAL ORTA ÇATI GREFTİ UYGULAMASI
İsmet ÇERÇİ, Erdem MENGİ
36

5 **DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA LOCALIZED TO LACRIMAL SAC: A CASE REPORT AND A REVIEW OF THE LITERATURE**
LAKRİMAL KESEDE LOKALİZE DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA: BİR OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ
Ahmet Kürşad Güneş, Burak Erden, Ahmet Doblan, Burak Mustafa Taş
42

YÜZ PLASTİK CERRAHİSİ: KULAK-BURUN-BOĞAZ HASTALIKLARI UZMANLIK DALI İÇİNDEKİ YERİ
FACIAL PLASTIC SURGERY: ITS PLACE IN OTORHINOLARYNGOLOGY

Fazıl Apaydın[1], Taşkın Yücel[2], Tamer Erdem[3], Tarık Şapçı[4],
Yusufhan Süoğlu[5], Köksal Yuca[6], Gürkan Kayabaşoğlu[7]

[1] Ege Üniversitesi Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
[2] Hacettepe Üniversitesi Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
[3] Acıbadem Üniversitesi Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
[4] Serbest Hekim
[5] İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kulak- Burun-Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
[6] Serbest Hekim
[7] Serbest Hekim

ABSTRACT

Otology and neurootology, nose and paranasal sinuses, laryngology head and neck surgery and phonatrics, facial plastic and aesthetic surgery and pediatric otolaryngology have been described as subspecialties of Otorhinolaryngology. In this article, it is explained in detail how facial plastic surgery took its place in the history of ear-nose-throat diseases. While facial plastic surgery has been performed by Ear-Nose-Throat specialists in Europe and America for more than a hundred years, this situation has emerged in our country after the late 1930s. This article also draws attention to the current situation of these practices in the world, in Europe and in our country. TUKMOS core curriculum in Turkey, Turkish Medical Association Medical Practices Database; All initiatives related to facial plastic surgery are included in the assistant logbook published by the European Union of Medical Specialists (UEMS-ORL) Ear-Nose-Throat Group in Europe. In addition to the training provided by all educational institutions, the Turkish Society of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery contributes greatly to the training of facial plastic surgery with its assistant school, specialist school, educational meetings and training courses.

ÖZET

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları tıbbi uzmanlık dalının Otoloji ve Nörootoloji, Burun ve Paranazal sinüsler, Laringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi ve Foniatri, Fasiyal Plastik ve Estetik Cerrahi ve Pediatrik otolaringoloji alt dalları tanımlanmıştır. Bu yazıda, yüz plastik cerrahisinin kulak-burun-boğaz hastalıkları uzmanlık dalının içindeki tarih içinde nasıl yer aldığı detaylı olarak açıklanmaktadır. Avrupa ve Amerika'da yüzyılı aşkın bir süredir yüz plastik cerrahisi Kulak-Burun-Boğaz uzmanları tarafından icra edilirken, ülkemizde de 1930'ların sonlarından sonra bu durum ortaya çıkmıştır. Bu yazıda ayrıca dünyada, Avrupa ve ülkemizde bu uygulamaların güncel durumuna dikkat çekilmektedir. Türkiye'de TUKMOS çekirdek müfredatı, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanı; Avrupa'da Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS-ORL) Kulak-Burun-Boğaz Grubu tarafından yayınlanan asistan karnesi içinde yüz plastik cerrahisi ile ilgili tüm girişimler yer almaktadır. Ayrıca tüm eğitim kurumlarının verdiği eğitime ek olarak olan Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği asistan okulu, uzmanlık okulu, yaptığı eğitim toplantı ve kursları ile yüz plastik cerrahisi eğitimine büyük katkı sağlamaktadır.

Corresponding Author: Prof. Dr. Fazıl Apaydın

Adress: Ege University School of Medicine, Department of Otorhinolaryngology, İzmir, Turkey
Email address: fazil.apaydin@gmail.com

Giriş

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları tıbbi uzmanlık dalları içinde önemli bir yere sahiptir. Tüm Avrupa ülkelerinin Ulusal KBB dernekleri tarafından iki delegenin gönderildiği Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS-ORL) Kulak-Burun-Boğaz Grubu, her yıl toplanarak Avrupa ülkelerinde Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi eğitiminin standartlarını belirlemektedir. Bu grubun hazırladığı uzmanlık eğitimi karnesi (logbook) 2000 yılında Berlin'de yapılan Avrupa Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi toplantısında sunulmuştur1. Bu karne Avrupa'daki ülkelerin kendi dillerine çevrilerek tüm Avrupa'da kullanılmaya başlanmıştır[1]. Aynı karne daha sonra Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği yetkilileri tarafından Türkçeleştirilmiş ve 2006 yılında Türkiye'de kullanıma sunulmuştur[2]. Bu karnede yer alan şekliyle Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanlık eğitimi; dış, orta ve iç kulak, petröz apeksi de içerecek şekilde kulak ve temporal kemik ile komşu anatomik yapıları; burun ve burun boşluğu (nazal kavite), paranazal sinüsler, ağız boşluğu (oral kavite), geniz (nazofarenks), yutak (orofarenks ve hipofarenks), gırtlak (larenks), yemek borusu (özofagus), nefes borusu (trakea) ile komşu yapılarını da içine alacak şekilde üst solunum ve sindirim yolu ile; yüz, maksillofasiyal kemikler, alt ve üst çene, tiroid ve paratiroidler, tükürük bezleri, kafatabanı, tüm kraniyal sinirler ve vasküler yapıları, cilt, yumuşak ve lenfoid dokuları ve komşu bölgelerini de içeren baş-boyun bölgesi anatomik alanlarını ve bu bölge defektlerinin onarımında kullanılan greft ve flep donör alanlarını kapsar[2].

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanlık eğitimi; yukarıda belirtilen anatomik alanlar ve bunlarla ilişkili yapılarla; kimyasal duyularla (tat/koku); işitme, ses, lisan ve konuşma gibi iletişim bilimleriyle; yutmayla, dengeyle ve uykuyla ilgili hastalıkların, bozuklukların ve patolojilerin tanı, tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik olarak; anatomik, morfolojik, fizyolojik, farmakolojik, patolojik, mikrobiyolojik, biyokimyasal, genetik, immünolojik, alerjik, radyolojik, nörolojik, endokrinolojik, onkolojik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, etik, sosyoekonomik ve mediko-legal bilgileri içermeli; yukarıda belirtilen anatomik alanlar ve bunlarla ilgili yapıların fonksiyonel bozukluklarını, travmalarını, malformasyon ve deformitelerini (doğumsal veya edinsel), neoplazmlarını ve enfeksiyonlarını da içeren tüm hastalıklar ve bozukluklara yönelik koruyucu hekimliği, tanı, cerrahi dışı ve cerrahi (onkolojik, endokrinolojik, plastik ve rekonstrüktif de dahil olmak üzere) tedavi ve rehabilitasyon konusundaki klinik bilgi, beceri ve uygulamaları kapsamalıdır. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanlık alanının kapsamı tüm yaş grubundaki kişileri içermektedir2.

Türkiye'de Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanlık alanı eğitim süresi, 1219 sayılı Kanunun EK-1 sayılı çizelgesinde 4 (dört) yıl olarak belirlenmiştir, 1 Nisan 2016 tarihinden sonra ise 5 (beş) yıla çıkarılmıştır3. Bu dönem içinde bir ay süreyle Acil Tıp, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanlık alanlarında zorunlu rotasyonlar bulunmaktadır[4].

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS-ORL) Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Grubu, 2020 yılında yayınladığı ve UEMS Genel Kurulu tarafından onaylanmış olan logbook içinde Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanlık alanının alt dallarını aşağıdaki şekilde güncellemiştir[5]:

1. Otoloji ve Nörootoloji
2. Burun ve Paranazal sinüsler
3. Laringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi ve Foniatri
4. Fasiyal Plastik ve Estetik Cerrahi
5. Pediatrik otolaringoloji

Görüldüğü gibi 5 temel cerrahi alt daldan bir tanesi "Fasiyal Plastik ve Estetik Cerrahi"dir. Bu grup Avrupa içinde KBB uzmanlık alanı içinde yer alan tüm alt dallarla ilgili üst ihtisası özendirmek amacıyla çalışmalarını sürdürmektedir. İlk olarak 2 yıllık "Baş ve Boyun Cerrahisi" üst ihtisas yönetmeliğini ve eğitim programını hazırlamıştır. İkinci olarak da ilgili alt dal derneği olan Avrupa Yüz Plastik Cerrahi Akademisi'nden yardım istenmiş ve onların desteğiyle hazırlanan Yüz Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi üst ihtisas yönetmeliği ve eğitim programı 2010 yılında Malta'daki toplantı'da kabul edilmiştir. Bu grup benzer şekilde diğer alt dal ihtisas yönetmeliklerini tamamlamak için çalışmalarını sürdürmektedir. 2 Ekim 2014 tarihinde Dubrovnik'te UEMS-ORL toplantısında alınan bir kararla Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi asistan karnesi revizyonu kabul edilmiş, yeni karnede "Yüz Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'nin", otoloji, rinoloji ve baş-boyun cerrahisi gibi bir alt bölüm olması konusu karara bağlanmıştır5. Bu grubun üyeleri ve Avrupa'daki ilgili alt dal derneklerinin ortaklaşa düzenledikleri, yukarıda listelenmiş olan alt dallara göre düzenlenmiş yeni asistan karnesi üzerinde son düzeltmeleri yapılmış ve 23 Ekim 2020 tarihinde UEMS merkez konseyi tarafından onaylanmıştır [5].

Yüz Plastik Cerrahisi

Yüz Plastik Cerrahinin tarihçesi

19. Yüzyılda yüz plastik cerrahisi alanında çeşitli ilkler yaşandı. Johann Friedrich Dieffenbach 1845 yılında çok büyük bir burnu eksternal insizyonlarla küçülttü. 1881 yılında bir KBB Hastalıkları uzmanı olan Edward Talbott Ely ilk kepçe kulak ameliyatını New York'ta yaptı. 1887 yılında KBB Hastalıkları uzmanı John Orlando Roe (1848-1915) ilk intranazal rinoplastiyi Rochester'da (NY) yaptı[6]. Yüz plastik cerrahinin babası olarak kabul edilen Jacques Joseph (1865-1934), 1892 yılında Berlin'de Professor Dr. Julius Wolff'un yanında ortopedi asistanı olarak çalışıyordu. 1896 yılında bir kepçe kulak ameliyatını başarıyla gerçekleştirdi ve bu ameliyat işini kaybetmesine yol açtı. Daha sonra 1898 yılında önce bir kadavrada, arkasından da bir hasta üzerinde ilk rinoplastisini gerçekleştirdi7. 1904 yılında kemerli bir burun ve anterior septumun intranazal olarak aynı anda düzeltilmesi raporunu yayınladı. 1916 yılında Berlin'deki Charité Hastanesinde Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Kliniğinde yeni kurulan Yüz Plastik Cerrahi Bölümünün direktörlüğüne atandı. 1928 ve 1929 yıllarında "Nazal Plastik Cerrahi" kitabının ilk iki bölümü yayınlandı[7]. Daha sonra 1931'de "Nazal Plastik Cerrahi ve Diğer Yüz Rekonstrüktif Müdaheleler" kitabı yayınlandı[8].

Birinci Dünya Savaşı sırasında birçok disiplinden doktorlar hastaları için ortak bir çalışma içindeydiler. Joseph Berlin'de çalışırken bir KBB Hastalıkları uzmanı olan Harold Gillies, savaşta yaralananlar için İngiltere'de bir merkez kurdu. Burada uyguladığı ve geliştirdiği cerrahi teknikler ve daha sonra Londra'da verdiği hizmetler, Plastik Cerrahinin babası olarak anılmasına olanak tanıdı. Kendisinden eğitim alanlardan birisi de bir KBB Hastalıkları uzmanı olan Ferris N. Smith Michigan Üniversite'ne döndü ve kendi çağının en önemli Yüz Plastik Cerrahlarından birisi oldu. 1920 yılında Amerikan Tabipler Birliği Laringoloji, Otoloji ve Rinoloji bölümü toplantısında "Plastik cerrahi... KBB Hastalıkları uzmanı ile olan ilgisi" isimli bir bildiri sundu6. Joseph'in yanında eğitim gören Amerikalılardan bir anatomist olan Samuel Fomon (1889-1971), 1940 yılında Yüz Plastik Cerrahi kurslarına başladı ve 750'den fazla KBB Hastalıkları uzmanı eğitti. Daha sonra öğrencileri olan Maurice H. Cottle (1898-1981) ve Irving B. Goldman (1898-1975) kendi kurslarını vermeye başladılar. Cottle Amerikan Rinoloji Derneğini, Fomon ve Goldman ise Amerikan Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Akademisini kurdular.

Bu akademi 1968 yılında fellowship programını başlattı. 1972 yılında ise Amerikan Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Vakfı kuruldu. 1988 yılında bu fellowship programı standardize edildi ve aynı yıl ise Amerikan Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Yeterlik kurulu kuruldu. 1991 yılında bu kurul Amerikan Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Vakfı fellowship programını tamamlayanlara sertifikasyon sınavı uygulamaya başladı ve ilk sertifikaları 1992 yılında verdi[6].

Amerikan Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Akademisi eş sponsorluğunda Horst Wullstein tarafından Würzburg'ta kurslar düzenlendi. Bu kurslara katılan İngiltere'den Tony Bull ve Almanya'dan Claus Walter 1977 yılında Londra'da Joseph Derneği'ni kurdular6,9. Bu dernek 1981'de Avrupa Yüz Cerrahi Akademisi, 1999'da Avrupa Yüz Plastik Cerrahi Akademisi ismini aldı[9].

20. Yüzyılın başlarında İstanbul'da burun ameliyatları yapılmaktadır. Türkiye'de modern Kulak-Burun-Boğaz uzmanlık alanının kurucusu Ziya Nuri Paşa tarafından Gülhane hastanesinde burun rekonstüksiyonları yapıldığı bilinmektedir. Avrupa'daki Joseph'in çalışmalarından haberdar olan Türk hekimlerinden kulak burun boğaz uzmanı Dr. Nejat Kulakçı Joseph'ın kitabının yayınlanmasından yalnızca beş yıl sonra 1937 yılında Askeri Sıhhıye Mecmuası'nda "Burun kötü şekillerinin kaldırılması" başlıklı bir makale yayınlar ve burada burun cerrahisinin prensiplerini anlattıktan sonra Joseph yöntemiyle 15 Mayıs 1937 ve 28 Mayıs 1937 tarihlerinde yaptığı iki burun cerrahisi vakasının fotoğraflarını sunarak yayınlar. Ancak aynı yayında Dr. Nejat Kulakçı Gülhane'den hocası Dr. Sani Yaver'in burun düzeltme operasyonlarını memleketimizde ilk defa Gülhane kliniğinde yaptığını ve Gülhane polikliniğinde asılı bulunan resimler tetkik olunursa hocasının başarısının görülebileceğini söylemektedir. 1950'li yılların sonlarında Paris Lariboisiere hastanesinde Dr. Muriel Fatio'nun yanında 3 yıl süreyle yüz plastik cerrahisi üzerine çalışan kulak burun boğaz uzmanı Dr. Erdoğan Konuk, daha sonra yurda dönerek İstanbul Üniversitesi'nde akademik hayata devam etmiş, öğrendiklerini 1960'lı yılların başlarından itibaren başarı ile uygulamış ve deneyimlerini meslektaşlarıyla paylaşmıştır. 1961 yılında Türk Plastik Cerrahi Derneği 15 üye tarafından kurulurken derneğin kurucuları arasında KBB uzmanları Dr. Erdoğan Konuk, Dr. Sefa Karatay ve Dr. Emin Burat da kurucu üye olarak görev yaptılar[10].

Dünyada güncel durum:

Dünyaya baktığımızda durum nasıldır? Yüz Plastik Cerrahi Dernekleri Uluslararası Federasyonu dünyadaki Yüz Plastik Cerrahi Derneklerini tek bir çatı altında birleştirerek eğitim kalite ve standardını yükseltmeyi hedeflemektedir[14]. Avrupa Yüz Plastik Cerrahi Akademisi de bu federasyonun bir parçasıdır. Yüz Plastik Cerrahide uluslararası eğitim kalitesini tescil etmek için "Yüz Plastik Cerrahide Uluslararası Sertifikasyon Yeterlik Kurulu" tarafından yapılan sınavları geçmek gerekmektedir[15]. Bu kurul Amerikan Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Yeterlik Kurulu[16] ile birlikte Washington'da, Avrupa Yüz Plastik Cerrahide Sertifikasyon Yeterlik Kurulu[17] ise Londra'da yeterlilik sınavı yapmaktadır. İki gün süren bu 8 saatlik sınav, yazılı ve sözlü olarak İngilizce yapılmaktadır. Sınav geçildikten sonraki 2 yıl içinde 100 vaka opere edilerek yeterlik kuruluna sunulması gerekmektedir. Bugüne kadar Türkiye'den 11 Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanı, bu sınavı başarıyla geçmiştir[17]. Tamamen gönüllülük bazında girilen bu sınav, Yüz Plastik Cerrahide yüksek eğitim kalitesini ispatlamak isteyen doktorlar içindir.

Avrupa'da güncel durum:

Avrupa'da Yüz Plastik Cerrahi ile ilgili en büyük dernek Avrupa Yüz Plastik Cerrahi Akademisidir ve 1000'in üzerinde üyesi bulunmaktadır13. Amacı, yüz ve baş boyun bölgesinin plastik ve rekonstrüktif cerrahisinde, eğitim ve deneyim sahibi yetkili cerrahlardan oluşan bir yapı oluşturmaktır. Hedefleri, ortak ilgi alanına sahip tüm branşlar arasında, plastik ve rekonstrüktif cerrahi alanındaki çalışma, araştırma ve bilimsel ilerlemeleri teşvik etmektir. Bu branşlar tipik olarak, kulak burun boğaz, maksillofasiyal cerrahi, dermatoloji, oftalmoloji ve plastik cerrahidir. Akademi esas olarak Avrupa'daki cerrahlar için olmasına rağmen, Avrupa dışından da üyeleri de vardır. Akademinin resmi dili İngilizce'dir. Akademi, Avrupa Birliği'nde, Yüz plastik cerrahinin tanınmasında ve Yüz plastik cerrahi yan dalının uygun eğitim şemalarının hazırlanmasında aktif rol almaktadır. Bu akademinin yıllık bilimsel toplantıları Avrupa'nın çeşitli şehirlerinde düzenlenmektedir. 33. Avrupa Akademisi Yıllık Yüz Plastik Cerrahi Toplantısı 2010 yılında Antalya'da Türk Yüz Plastik Cerrahi Derneği'nin ev sahipliğinde gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde faaliyet gösteren Yüz Plastik Cerrahi Derneği, bu akademinin şemsiyesi altında çalışmaktadır.

Türkiye'de güncel durum:

Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği 2001 yılında alt dal çalışma grupları oluşturmuştur. Amaç, çok geniş bir uzmanlık alanı olan Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi eğitiminin spesifik alt dal çalışma gruplarının katkısıyla daha iyi yapılabilmesinin önünü açmaktı. Bu şekilde kurulan ana çalışma gruplarından birisi Fasiyal Plastik Cerrahi Çalışma grubudur. Çok başarılı çalışmalar yapan bu grup daha sonra 2005 yılında "Fasiyal Plastik Cerrahi Derneğini" kurarak çalışmalarını daha geniş bir alana yaymıştır. Fasiyal Plastik Cerrahi Derneği 2011 yılında, Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği'ne affiliye olmuş ve sözcük anlamı daha kolay anlaşılsın diye adını 2013 yılında ismini "Yüz Plastik Cerrahi Derneği" olarak değiştirmiştir. Kar amacı gütmeyen, ulusal, mesleki ve bilimsel hizmet vermeyi amaçlayan bu derneğin amacı, yüz plastik cerrahi alanında eğitim, tanıtım, uygulama, araştırma, tıbbi hizmet standartları ve ulusal politikalar oluşturarak hastalara bu alanda daha kaliteli bir hizmet sağlanması olarak özetlenebilir. Her yıl ulusal bir toplantı yapan dernek 10. Ulusal yıllık toplantısını 15-17 Aralık 2016 tarihlerinde İzmir'de gerçekleştirmiştir. Bu derneğin halen 291 üyesi bulunmaktadır. Çoğunluğu KBB Hastalıkları uzmanı olmakla birlikte, plastik cerrah, dermatolog ve göz hastalıkları uzmanı üyeleri de bulunmaktadır. Avrupa Yüz Plastik Cerrahi Akademisi ile koordinasyon içinde çalışmaktadır. Bu dernek yıllık toplantılarına ek olarak bölgesel çapta eğitim toplantıları düzenlemektedir, Türk KBB ve BBC Derneği ile ortak olarak Yüz plastik cerrahi eğitimini daha iyi hale getirmek için 2013 yılında Yüz Plastik Cerrahi Okulu kurulmuştur. Her yıl yaklaşık 10 civarında KBB Hastalıkları uzmanına, yoğun bir şekilde teorik dersler anlatılmakta, kadavra üzerinde rinoplasti ve yüz plastik cerrahi ameliyatlarını yapma eğitimi verilmekte, ayrıca çeşitli merkezleri ziyaret ederek pratik uygulamaları yerinde görmesi amaçlanmaktadır12. Şu ana dek bu okul 60 mezun vermiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında tıpta yeni kurulan uzmanlık dallarından birisi "Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi"dir[3]. Bu yeni uzmanlık dalına başvuru hakkı sadece plastik cerrahi uzmanları ve KBB Hastalıkları uzmanlarına tanınmıştır. Birçok KBB uzmanı, Plastik Cerrahi uzmanları ile birlikte başvurmuş ve bu konuda uzmanlık almaya hak kazanmışlardır.

Yüz bölgesinde plastik ve rekonstrüktif cerrahi girişimleri hangi uzmanlık dallarına ait uzmanlar yapmaktadır? Dünyanın çeşitli yerlerinde farklılıklar olmakla beraber plastik cerrahlar, KBB uzmanları, maksillofasiyal cerrahlar, dermatologlar, oftalmologlar, genel cerrahlar yapabilmektedir. Ayrıca bazı ülkelerde medikal estetik hekimleri, diş hekimleri ve cerrahi hemşireler de çeşitli girişimleri yapmaktadır. Türkiye'de de bazı farklılıklar olmasına karşın buna benzer bir tablo vardır. Modern tıbbın merkezinde hasta bulunmaktadır. Tüm disiplinler zaman zaman belli bir işbirliği içinde hastalıklarla uğraşmaktadır. Bu amaçla çeşitli konseyler kurularak ortak akıl ile hareket edilerek daha etkin tedaviler düzenlenmeye çalışılmaktadır. Benzer bir şekilde kurulan Ege Üniversitesi Yüz ve Ağız içi lezyonları konseyi (EGEYA) 2004 yılından beri her hafta toplanarak çalışmalarını sürdürmektedir. Bu konsey içinde KBB, Dermatoloji ve Diş Hekimliği öğretim üyeleri ve asistanları görev yapmaktadır. Benzer şekilde Hacettepe Üniversitesi'nde Dermatoloji Anabilim Dalı ile Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, cilt tümörlerinin tanı ve tedavisinde yıllardır ortak çalışmalar yürütmektedir. Hatta bu çalışmanın bir ürünü olarak Türkiye'de ilk kez Mohs Cerrahisi ekibi 2014 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde kurulmuştur18. Daha sonra Ege Üniversitesi bünyesinde Mohs cerrahisine alternatif bir yöntem olarak "üç boyutlu histoloji" yöntemi devreye girmiştir[19].

Türkiye'de ve dünyada yukarıda verilen bilgilerden de anlaşıldığı üzere Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanları bir asırdan fazla Yüz Plastik Cerrahi müdahelelerini yapmaktadır. Türk KBB uzmanları hem yurt içinde, hem de yurt dışında sürekli eğitim programlarına hem eğitici hem de eğitilen olarak katılmaktadır. Türkiye'de ayrıca her yıl hem Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği'nin yıllık toplantılarında, hem Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Vakfı eğitim programlarında, hem Yüz Plastik Cerrahi Derneğinin sürekli yaptığı eğitim programlarında, hem de çeşitli Üniversite ve eğitim hastanelerinin düzenlediği toplantılarda Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanları Yüz Plastik Cerrahi alanında yoğun eğitim almakta ve uygulamalarını da bilimsel ortamlarda sunmaktadırlar. Ayrıca bilimsel dergilerde Yüz Plastik Cerrahi ile ilgili sürekli yayınlar yine Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanları tarafından yapılmaktadır. 1 Ocak 2015 tarihinde yürürlüğe giren "Türk Tabipler Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanında" yüz plastik cerrahi uygulamaları detaylı bir biçimde Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları altında yerini almıştır[20].

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi (=TUKMOS) tarafından geliştirilmiş olan Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Çekirdek Müfredatı 2 Aralık 2015 tarihinden itibaren yasal olarak yürürlüğe girmiş olup KBB Uzmanlık eğitiminde kullanılması zorunlu hale getirilmiştir[21]. Bu müfredat, "Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Yeterlik Kurulu" bünyesinde oluşturulan "Eğitim Komisyonu" tarafından temel alınarak eğitim kurumları tarafından kullanılmak üzere standart bir asistan karne örneği hazırlanmıştır22. Girişimsel yetkinlikler, karnenin kolay anlaşılması ve eğitim sürecinin kolay izlenmesi amacıyla TUKMOS KBB Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı temel alınarak Genel KBB, Baş-Boyun, Rinoloji, Otoloji-Nörootoloji, Odyoloji, Larengoloji ve Foniatri, Fasiyal Plastik Cerrahi ve Pediatrik KBB olarak 8 başlık altında toplanmıştır[22].

Yüz Plastik Cerrahi Derneğinin ulusal ve uluslararası eğitim platformlarında düzenli olarak gerçekleştirdiği eğitim faaliyetlerinin bir devamı olarak 2021 senesinin ilk ayında "Turkish Journal of Facial Plastic Surgery" dergisi derneğin resmi yayın organı olarak yayın hayatına başlamıştır. Uluslararası editörler kurulu ve saygın danışman listesi ile yılda 3 kez yayınlanması planlanmıştır.

Sonuç olarak tüm yukarıda yazılanlardan da anlaşılabileceği gibi Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanları, uzmanlık alanının temel kapsama alanına giren Yüz Plastik Cerrahi ile ilgili uygulamaları, yani baş-boyun bölgesi tümörleri, travması, rekonstrüksiyonu, konjenital anomalileri ve estetik girişimleri yüzyılı aşkın bir süredir yapmaktadır.

Kaynaklar

1. Avrupa Tıp Uzmanları Birligi (UEMS-ENT) Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Grubu http://orluems.com/
2. Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Uzmanlık Eğitimi Asistan Karnesi, 2006. http://orluems.com/gestor/upload/doc/Turkish%20log%20book.pdf
3. Tıpta Uzmanlık Kurulu web sayfası: http://www.tuk.saglik.gov.tr/dokumanlar/ilanlar/16/index.html (11.01.2015)

4. Tıpta Uzmanlık Kurulu web sayfası: http://www.tuk.saglik.gov.tr/rotasyonlar.pdf (11.01.2015)
5. UEMS training logbook of Oto-rhino-laryngology and Head and Neck Surgery: http://orluems.com/index.asp?seccion=12&apartado=11
6. Simons RL1, Hill TS:
Facial plastic surgery: subspecialty helps otolaryngology define its boundaries. Otolaryngol Head Neck Surg. 1996;115:1-14.
7. Jacques Joseph web sayfası: http://www.jacques-joseph.de/
8. Joseph J. Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik nebst einem Anhang über Mammaplastik. Leipzig: Verlag Curt Kabitzsch; 1931
9. Siegert R: The history of European Academy of Facial Plastic Surgery. 31. Yıllık Avrupa Yüz Plastik Cerrahi Akademisi Toplantısı, Düsseldorf , 25.09.2008
10. Tanyeri Y: Türkiye'de Yüz Plastik Cerrahi'nin tarihçesi. 5.Yüz Plastik Cerrahi Kongresi, İzmir, 2012
11. Yüz Plastik Cerrahi Derneği web sayfası: http://www.fpcd.org.tr/ (11.01.2015)
12. Türk Kulak-Burun-Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Derneği web sayfası: http://www.tkbbd.org.tr (11.01.2015)
13. Avrupa Yüz Plastik Cerrahi Akademisi web sayfası: http://www.eafps.org/ (11.01.2015)
14. Yüz Plastik Cerrahi Dernekleri Uluslararası Federasyonu web sayfası. http://www.iffpss.org/(11.01.2015)
15. Yüz Plastik Cerrahide Uluslararası Sertifikasyon Yeterlik Kurulu web sayfası. http://www.ibcfprs.com/ (11.01.2015)
16. Amerikan Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Yeterlik Kurulu web sayfası. https://www.abfprs.org/ (11.01.2015)
17. Avrupa Yüz Plastik Cerrahide Sertifikasyon Yeterlik Kurulu web sayfası. http://www.ebcfprs.org/ (11.01.2015)
18. Mohs FE. Chemosurgery for skin cancer: fixed tissue and fresh tissue techniques. Arch Dermatol 1976; 112:211-5.
19. Breuninger, H. Histologic control of excised tissue edges in the operative treatment of basal-cell carcinomas. J Dermatol Surg Oncol. 1984;10:724–728.
20. Türk Tabipler Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanı. http://www.belgelik.dr.tr/huv
21. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi (=TUKMOS Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 02.12.2015. http://www.tuk.saglik.gov.tr/muf2.1/kulak_burun_bogaz_hastaliklari/kulak_burun_bogaz_hastaliklari_mufredat_v.2.1.pdf
22. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Tıpta Uzmanlık Eğitimi Karnesi. http://www.kbb.org.tr/belgeler/63/tipta-uzmanlik-egitimi-karnesi

BLEFAROPLASTİ SONUÇLARININ GLASGOW YARAR ENVANTERİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ
EVALUATION OF BLEPHAROPLASTY RESULTS WITH THE GLASGOW BENEFIT INVENTORY

Dilek Urem[1], Gökçe Şimşek[2], Ela Cömert[3], Ziya Şencan[3], Nuray Bayar Muluk[3]

[1]Servergazi Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Denizli, Türkiye.
[2]Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Kırşehir,Türkiye.
[3]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Kırıkkale, Türkiye.

ABSTRACT

Purpose: The aims of this study are to evaluate the change of quality of life, perception of surgical benefit and characteristics of this changes in the patients undergoing blepharoplasty surgery in Kırıkkale University Medicine Faculty Hospital, Department of Otorhinolaryngology.

Methods: Forty patients, who underwent blepharoplasty surgery were divided into two groups according to the type of surgery. Group 1consisted of 25 patients who underwent upper eyelid blepharoplasty and group 2 consisted of 15 patients who underwent upper and lower eyelid blepharoplasty. In both groups, Glasgow Benefit Inventory questionnaire was applied at the 6th month postoperatively. The total score, total subscale score, social support score and physical health score, which were Glasgow benefit inventory scores, were calculated for both groups.

Results: There was no different significant difference between two groups for total score, total subscale score, social support score and physical health score ($p > 0,05$).

Conclusion: It was concluded that performing lower eyelid blepharoplasty addition to upper eyelid blepharoplasty did not affect patient contentment. Based on this findings, it was thought that lower eyelid blepharoplasty surgery should not be avoided in the presence of indication in patients planned for upper eyelid blepharoplasty.

Key words: Blepharoplasty, Perception of Surgical Benefit, Quality of Life, Patient Contentment

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı blefaroplasti cerrahisi yapılan hastalarda, postoperatif Glasgow Yarar Envanteri (GYE) anketi yaparak hastaların yaşam kalitesindeki değişimi, cerrahi yarar algısını ve bu değişimin özelliklerini değerlendirmektir.

Yöntemler: Blefaroplasti cerrahisi yapılan 40 hasta ameliyat tipine göre 2 gruba ayrıldı. Yirmi beş hastadan oluşan 1. grup üst kapak blefaroplasti operasyonu yapılan hastalardan, 15 hastadan oluşan 2. grup üst ve alt kapak blefaroplasti operasyonu yapılan hastalardan oluşmaktaydı. Tüm hastalara postoperatif 6. ayda GYE anketi uygulandı.

Bulgular: Her iki grup için GYE skorları olan toplam skor, genel alt ölçek skoru, sosyal destek skoru ve fiziksel sağlık skoru hesaplandı. GYE skorlarında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda üst kapak blefaroplastiye ek olarak alt kapak blefaroplasti yapılmasının hasta memnuniyetini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular doğrultusunda üst kapak blefaroplasti planlanan hastalarda endikasyon varlığında alt kapak blefaroplasti cerrahisinden kaçınılmaması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Blefaroplasti, Cerrahi yarar algısı, Yaşam kalitesi, Hasta Memnuniyeti

Corresponding Author: Dr. Dilek Urem

Adress: Servergazi Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Denizli, Türkiye.
E-mail: dilektan.nigra@gmaail.com

Bu çalışma 24 – 26 Aralık 2020 tarihleri arasında online olarak gerçekleştirilen 14. Uluslararası Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde Sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Yaşlılık belirtilerinin ilk görüldüğü yerlerden biri göz kapaklarıdır. Göz kapağı ameliyatı olarak bilinen blefaroplasti en sık yaşa bağlı ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle estetik amaçlı yapılmaktadır. Bununla birlikte bölgenin tümoral dokularının rekonstrüksiyonu, pitozis tedavisi ve yaşa bağlı görme alanının azalmasını tedavi etmek amacıyla yapılmaktadır[1].
"Glasgow Yarar Envanteri" (GYE) olarak adlandırılan değişim anketi, cerrahi müdahaleler sonrasında sağlık durumundaki değişimi ölçmektedir. Herhangi bir cerrahiye spesifik olmayan anket, otolaringolojik cerrahiler için geliştirilmiştir[2]. GYE, kulak burun boğaz uzmanlığında tıbbi ve cerrahi müdahaleler sonrası yaşam kalitesini değerlendirmek için onaylanmış bir sonuç ölçütüdür[3]. Oküloplastik cerrahiler için de doğrulanmıştır[4]. Yapılan literatür taramasında pitozis, entropiyon, ektropiyon, dakriyosistorinostomi, esansiyel blefarospazm, punktoplasti ve katarakt gibi birçok göz cerrahisi sonrasında yaşam kalitesindeki artışın belirlenmesinde kullanıldığı görülmüştür.

Çalışmamızda Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde blefaroplasti ameliyatı olan hastalara postoperatif 6. ayda GYE anketi yapılarak; hastaların cerrahi yarar algısı araştırıldı. Üst kapak blefaroplasti ve üst kapak blefaroplastiye ek olarak alt kapak blefaroplasti yapılan hastalar olmak üzere hastalar iki gruba ayrıldı. İki grup arasında GYE sonuçları arasındaki fark da araştırıldı.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniğinde gerçekleştirildi. Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 06.03.2019 tarihinde 2019.01.06 karar no ile çalışma için etik kurul onayı alınmıştır (Numara: 2019.01.06, Tarih: 06.03.2019)

Hastalar

Bu çalışmada Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniğinde 06/12/2016 ve 29/01/2019 tarihleri arasında blefaroplasti cerrahisi yapılan 44 hastanın kayıtlarına ulaşıldı. Daha önce kapak cerrahisi geçirmiş olan hastaların ve pitozis nedeniyle bir üst göz kapağına blefaroplasti cerrahisi yapılan ve diğer göz kapaklarına blefaroplasti yapılmayan hastaların çalışmadan dışlanması planlandı. Hiçbir hastanın daha önce kapak cerrahisi geçirmediği görüldü. Pitozis nedeniyle sol üst göz kapağına blefaroplasti yapılan ancak diğer göz kapaklarına blefaroplasti yapılmayan 1 hasta çalışmadan dışlandı. Tüm hastalar postoperatif 6. ayda kontrole çağırıldı ve bu kontroller sırasında çalışma konusunda bilgilendirildi. Çalışmayı kabul ederek bilgilendirilmiş gönüllü olur formu veren 29-70 yaş aralığında 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 3 hasta çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya alınan 40 hasta ameliyat tipine göre 2 gruba ayrıldı:
Grup 1: Üst kapak blefaroplasti operasyonu yapılan hastalar (n=25). Bu grup 4 erkek (%16) ve 21 kadın (%84) hastadan oluşturuldu. Yaş ortalaması 53.04±9.62 olarak hesaplandı (Yaş aralığı 33 ve 70 arasında değişmekteydi).
Grup 2: Üst ve alt kapak blefaroplasti operasyonu yapılan hastalar (n=15). Bu grup 3 erkek (20%) ve 12 kadın (80%) hastadan oluşturuldu. Yaş ortalaması 51.27±8.81 olarak hesaplandı (Yaş aralığı 29 ve 69 arasında değişmekteydi).

Metot

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan blefaroplasti cerrahisi öncesi ayrıntılı anamnez alındı. Hastalar tarafımızca kozmetik endikasyonlar açısından değerlendirildi. Ameliyat öncesinde hastaların görme alanları, görme keskinlikleri, göz kuruluğu ve göz basınçlarının değerlendirilmesi açısından göz hastalıkları kliniğinden konsültasyon istendi. Hastalar; ayrıntılı fizik muayene yapılarak kaş pitozisi, kapak pitozisi, gözyaşı deformitesi, alt göz kapağı laksisitesi gibi ek cerrahi gerektirecek patolojiler açısından değerlendirildi. Hastaların frontal, sağ oblik ve sol oblik açılardan karşıya ve aşağıya bakış pozisyonunda fotoğrafları çekilerek cerrahi teknik planlandı.

Cerrahi Teknik

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı ameliyathanesinde tek bir cerrah tarafından (G.Ş.) 25 hastaya üst kapak blefaroplasti cerrahisi (Şekil 1); 15 hastaya üst ve alt kapak blefaroplasti cerrahisi (Şekil 2) uygulandı. Üst kapak cerrahisi yapılan 4 hastada kaş pitozu da saptanmış olup; bu hastalara kaş plastisi de uygulandı.



(a)



(b)

Şekil 1: (a) Üst Kapak Blefaroplasti Yapılan Hastanın Preoperatif Görünümü,
(b) Üst Kapak Blefaroplasti Yapılan Hastanın Postoperatif 6.Ay Görünümü



(a)



(b)

Şekil 2: (a) Üst ve Alt Kapak Blefaroplasti Yapılan Hastanın Preoperatif Görünümü,
(b) Üst ve Alt Kapak Blefaroplasti Yapılan Hastanın Postoperatif 6. Ay Görünümü

Glasgow Yarar Envanteri (GYE)

GYE anketinde hastaların cerrahi sonrasında sağlık durumunda ve yaşam kalitesindeki değişimi değerlendiren 18 soru bulunmaktadır ve cevaplar 5 seviyeli Likert skala şeklindedir. GYE için sağlık durumunun tanımı genel, psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik dahil olmak üzere hastanın genel sağlık algısıdır. Alt ölçeklerin analizi, hastadan elde edilen yararın niteliği hakkında daha fazla bilgi edinmek için belirli sorulara verilen yanıtları içerir. Bu alt ölçekler genel etki (kendi kendine psikolojik yarar), fiziksel etki (genel fiziksel sağlık) ve sosyal etki (başkalarından destek) şeklindedir. Ölçek sonrası toplam skor, genel alt ölçek skoru, sosyal destek skoru ve fiziksel sağlık skoru elde edilmektedir[5].

İki Gruptaki Hastaların Takibi

Hastaların 1. gün, 1. hafta, 1. ay, 3. ay ve 6. ayda poliklinik odasında kontrol muayeneleri yapıldı. Hastalardan cerrahi sonrası 6. ayda GYE doldurmaları istendi. Okuma yazma bilmeyen hastalara 1. yazar (D.U.) tarafından yardım edildi.

İstatistiksel Analiz

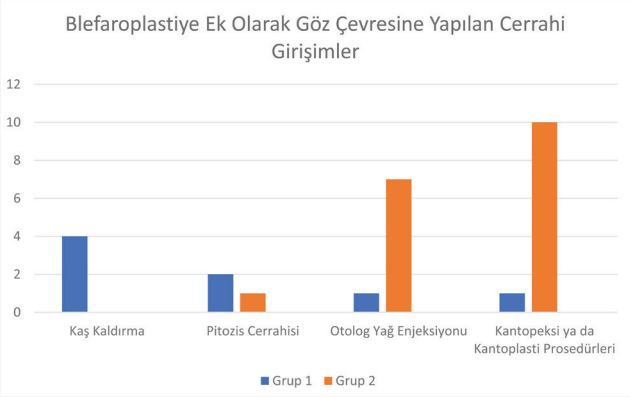
Veriler analiz edilirken SPSS 16.0 (Windows, Chicago) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler n (%), ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Bağımsız iki ölçüm arasındaki farkın analizinde, Kolmogorov Smirnow testi yapıldıktan sonra, normal dağılım olmadığı için Mann Whitney U Testi kullanıldı.

İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Birinci ve ikinci grup arasında yaş farkı değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p=0.790$).

Birinci gruptaki 25 hastanın 11'inin (%27,5); 2. gruptaki 15 hastadan 2'sinin (%5) fonksiyonel nedenlerle opere olduğu görüldü. Bilateral üst kapak blefaroplasti ameliyatı yapılan 1. gruptaki 25 hastanın 4'üne kaş kaldırma, 2'sine pitoz cerrahisi, 1'ine (%4) periorbital otolog yağ enjeksiyonu da uygulandı. 1 hastaya kantopeksi de yapıldı.Bilateral üst ve alt kapak blefaroplasti yapılan 2. gruptaki 15 hastanın 7'sine (%46.66) periorbital otolog yağ enjeksiyonu, 1'ine pitozis cerrahisi de uygulandı. İkinci gruptaki 10 hastaya alt kapak blefaroplasti subsiliyer insizyonla yapıldı. Bu 10 hastanın 5'ine kantopeksi, 2'sine lateral tarsal şerit de yapıldı. Beş hastaya alt göz kapak blefaroplasti transkonjonktival insizyonla yapıldı. Bu 5 hastanın 3'üne kantopeksi de yapıldı (Şekil 3).



Şekil 3: Blefaroplastiye Ek Olarak Göz Çevresine Yapılan Cerrahi Girişimler

Cerrahi sonrası postoperatif 6. ayda tüm hastalara Glasgow yarar envanteri uygulandı. Her hasta için toplam skor, genel alt ölçek skoru, sosyal destek skoru ve fiziksel sağlık skoru hesaplandı. Glasgow Yarar Envanteri skorlarında (Toplam GYE skoru, Genel Alt Ölçek Skoru, Sosyal Destek Skoru, Fiziksel Sağlık Skoru), grup 1 ve 2 arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 1). Üst blefaroplasti tekniğine ek olarak alt blefaroplasti eklenmesi durumunda, GYE skorlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 1: Grupların Glasgow Yarar Envanteri Skorları

Total GYE Skoru	Mean± Std.Dev.	Median	Minimum	Maksimum	P*
Grup 1 (n=25)	44.21±22.49	44.40	-2.77	100	0.472
Grup 2 (n=15)	34.44±31.37	36.10	-41.60	69.40	
Genel Alt Ölçek Skoru					
Grup 1 (n=25)	52.32±40.27	54.10	-4.60	100	0.422
Grup 2 (n=15)	23.38±38.39	41.60	-58.30	100	
Sosyal Destek Skoru					
Grup 1 (n=25)	35.99±29.13	33.30	0	100	0.830
Grup 2 (n=15)	33.33±28.86	33.30	0	83.33	
Fiziksel Sağlık Skoru					
Grup 1 (n=25)	0	0	-33	100	0.423
Grup 2 (n=15)	0	0	-16	66.66	

p değeri Mann Whitney U testinin sonuçlarını göstermektedir

TARTIŞMA

Geçmişte estetik cerrahi sonrası tedavi başarısının değerlendirilmesinde fiziksel görünümdeki değişiklik ve komplikasyon gelişmemesi göz önüne alınırken modern toplumlarda yaşam kalitesinin artması önemli bir kriter ve tedavi hedefi haline gelmiştir[6]. Üst kapak blefaroplasti cerrahisi estetik, psikososyal ve fonksiyonel sonuçlara yol açmaktadır [7]. Bater ve ark. yaptıkları çalışmada blefaroplasti uygulanan kadınların preoperatif durumlarına göre anlamlı derecede daha genç ve çekici göründüklerini, daha sağlıklı ve daha az yorgun olarak algılandıklarını ve hastaların kendilerini daha enerjik hissettiklerini saptamışlardır [8].

Üst kapak blefaroplasti cerrahisinin fonksiyonel nedenlerle yapılabilmesi bu endikasyonlara yönelik tedavi kriterlerinin belirlenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır[9]. Danimarka'da yayınlanan kılavuzda fonksiyonel kriter olarak mesafe ve semptom kriterleri önerilmiştir. Mesafe kriterleri primer bakış pozisyonunda pupil ışık refleksi ile üst göz kapağı arasındaki mesafenin veya cilt fazlalığı ile pupil merkezi arasındaki mesafenin 3 mm'nin altında olmasıdır. Semptom kriterleri görme alanında kısıtlanma, çene yukarı baş pozisyonu, üst kapağın kaldırılması için sürekli alın kırışıklığına bağlı baş ağrısı, cilt katlantısındaki değişikliklere bağlı olarak irritasyon, kaşıntı gibi şikayetler ile göz kapağındaki ağırlıktan sözel şikayet bulgularının varlığıdır. Jacobsen ve ark. 2017 yılında yayınladıkları ve blefaroplasti sonrası hasta memnuniyetini değerlendirdikleri çalışmada, tüm hastalarda Danimarka kılavuzunda tanımlanan semptomlarda düzelme olduğunu belirtmişlerdir[10]. Fonksiyonel kriterler blefaroplastinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır.

Üst kapak blefaroplasti yapılırken kas ve yağ eksizyonu yapılması konusunda literatürde görüş birliği yoktur. Genellikle kalın ciltli veya dolgun göz kapağı olan hastalarda orbikülaris oküli kasından 2-3 mmlik bir şerit çıkarılır. Aksi halde bu bölgedeki hafif dolgunluk daha doğal bir görünüm sağlayacağından kas rezeksiyonu yapılmaz. İnce ciltli ve yağ atrofisi olan hastalarda yağ eksizyonu gözde daha belirgin çukur ve iskeletimsi bir görünüme neden olabileceği için nazal yağ pakesi transpozisyonu ya da otolog yağ enjeksiyonu yapılabilir[11]. Saalabian ve ark. tarafından 2017 yılında yayınlanan çalışmada üst kapak blefaroplasti sırasında uygulanan cilt, cilt-kas, cilt-yağ ve cilt-kas-yağ eksizyonu yöntemleri arasında hasta tatmini ve komplikasyon oranları arasında fark olmadığı saptanmış ve orbikülaris oküli kasının mümkün olduğunca korunması önerilmiştir[12]. Çalışmamızda üst kapak blefaroplasti tekniğinde gereksiz kas ve yağ eksizyonundan kaçınılmıştır. Kalın cilt ve dolgun göz kapağı olan hastalarda kas rezeksiyonu yapılmıştır. Yağ psödoherniasyonu olan ya da pitozis cerrahisi yapılan hastalarda septumun ekspojurunu sağlayacak şekilde kas eksizyonu yapılmıştır. Yağ psödoherniasyonu olan hastalarda yağ eksizyonu; ince ciltli ve yağ atrofisi olan

Blefaroplasti Sonuçlarımız

hastalarda transpozisyon teknikleri ya da otolog yağ enjeksiyonu uygulanmıştır. Kullanılan cerrahi tekniğin, hiçbir hastada ciddi komplikasyon gelişmemiş oluşu da göz önüne alınarak yaşam kalitesindeki ve cerrahi yarar algısındaki artışa katkıda bulunduğu düşüncesindeyiz.

Üst kapak blefaroplasti cerrahisi öncesinde kaş pitozu varlığının dikkatle değerlendirilmesi cerrahi tedavinin doğru seçilmesi ve tedavinin başarısı açısından önemlidir[13]. Martin ve ark. 2016 yılında yayınladıkları çalışmalarında kaş pitozu nedeniyle üst blefaroplastiyle birlikte kaş kaldırma ameliyatı da yaptıkları hastalarda cerrahi sonrasında hasta memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir[14]. Çalışmamızda üst göz kapak blefaroplasti ameliyatı yapılan 4 hastada kaş pitozu da izlendi; bu sebeple kaş kaldırma da işleme eklendi. Bu hastalardan 3'ü kadın; 1'i erekti.

Jacobs ve ark. tarafından yapılan çalışmada 45 yaşın üstündeki kişiler arasında dermatoşalazis yaygınlığı toplamda %16, erkeklerde %19 ve kadınlarda %14 olarak bulunmuş, ayrıca erkek cinsiyet bir risk faktörü olarak belirtilmiştir[15]. Bartmettler ve ark. tarafından 2018 yılında yayınlanan çalışmada üst kapak blefaroplasti cerrahisi uygulanan 164 hastalanın %75'i kadın %25'i erkek olarak belirtilmiştir[16]. Çalışmamıza katılan hastaların %82,5'i kadın, %17,5'i erkekti. Haargreaveas ve ark. 2006 yılında yaptıkları çalışmalarında erkeklerin kadınlara oranla beden imajı memnuniyetsizliklerini daha az ifade ettiklerini belirtmişlerdir [17]. Erkeklerde dermatoşalazis sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiş olmasına rağmen blefaroplasti uygulanan erkek hasta sayısının daha az olması bu eğilimin bir sonucu olabilir.

Alt kapak blefaroplasti transkonjonktival ya da subsiliyer insizyonla yapılmaktadır. Transkonjonktival yaklaşım cilt fazlalığı ve tonus kaybı olmayan hastalarda psödoherniye yağ dokularının kas eksizyonu yapılmadan alınmasında tercih edilir. Bu yöntemin avantajları skar bırakmaması ve alt kapak malpozisyon olasılığının azalmasıdır[18]. Subsiliyer yaklaşım alt göz kapağında cilt ve kas rezeksiyonuna izin verir. Subsiliyer insizyonun dezavantajları kas rezeksiyonuna bağlı olarak artmış ektropion ve skar riskidir. Ektropion riskinin azaltılması için alt göz kapağı tonusunu artırmaya yönelik orbikülaris oküli kasını asma, lateral kantoplasti, lateral kantopeksi gibi teknikleri uygulamak gerekebilir. Üst kapak blefaroplastiye ek olarak alt kapak blefaroplasti yaptığımız 15 hastanın 10'unda cilt fazlalığı ve kas hipertrofisi de mevcuttu; bu 10 hastada subsiliyer insizyon uygulandı. Cilt sarkıklığı ve kas hipertrofisi izlenmeyen 5 hastaya transkonjonktival insizyon uygulandı. Subsiliyer insizyon yapılan 9 hastaya alt kapak tonusunu desteklemek için lateral kantopeksi; 2 hastaya kantoplasti prosedürlerinden biri olan lateral tarsal şerit yapıldı.

Otolog yağ grefti ile blefaroplasti sırasında göz çevresi kontürü düzeltilebilmektedir. Lateral üst göz kapağının kaştan göz kapağı kıvrımına kadar dolması ile karakterize olan genç göz görünümünü sağlamak için ve göz yaşı oluğu deformitesini düzeltmek için otolog yağ grefti yapılabilmektedir. Yüz, göz kapakları ve vücut kontürlerini düzeltilmesinde için yağ repozisyonu ve yağ grefti tekniklerinin uzun dönemde başarılı sonuçları gösterilmiştir[19]. Çalışmamızda üst kapak blefaroplasti yapılan 1 hastaya; üst ve alt kapak blefaroplasti yaptığımız 8 hastaya otolog yağ grefti uygulandı.

Çalışmamıza katılan üst kapak blefaroplasti yapılan 25 hasta ve üst kapak blefaroplastiye ek olarak alt kapak blefaroplasti de yapılan 15 hasta Glasgow Yarar Envanteri ile değerlendirildi. Toplam skor, genel alt ölçek skoru, sosyal destek skoru ve fiziksel destek skoru açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Üst kapak blefaroplastiye alt kapak blefaroplastinin eklenmesi hasta memnuniyetini etkilememektedir. Çalışmamız üst kapak blefaroplasti planlanan hastalarda endikasyon varlığında alt kapak blefaroplasti cerrahisinden kaçınılmaması gerektiği görüşünü desteklemektedir. Blefaroplasti cerrahisinde periorbital bölgeye yapılacak ek cerrahi girişimlerin cerrahi yarar algısına etkisini araştırmak için daha geniş hasta gruplarının değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Rohrich RJ, Coberly DM, Fagien S, et al. Current concepts in aesthetic upper blepharoplasty. Plast Reconstr Surg 2004;(113):32-42.
2. Robinson K., Gatehouse S. & Browning GG. (1996) Measuring patient benefit from otorhinolaryngological surgery and therapy. Ann Otol. Rhinol. Laryngol. 105, 415-422.
3.Hendry J, Chin A, Swan IR, et al. The Glasgow Benefit Inventory: a systematic review of the use and value of an otorhinolaryngological generic patientirecorded outcome measure. Clin Otorinolaryngol 2016; 41: 259– 275.

4. Smith H, Jyothi S, Mahroo O, et al. Patient-reported benefit from oculoplastic surgery. Eye. 2012;26(11):1418-1423.
5. Gatehouse S, Browning G, Robinson K. The Glasgow health status questionnaires manual. Glasgow, Scotland: MRC Institute of Hearing Research, Glasgow Royal Infirmary.1998.
6. Papadopulos NA, Hodbod M, Henrich G, et al. The effect of blepharoplasty on our patient's quality of life, emotional stability, and self-esteem. J Craniofac Surg. 2019;30(2):377-383.
7. Lieberman DM, Quatela VC. Upper lid blepharoplasty: a current perspective. Clin Plast Surg. 2013;40:157–165.
8. Bater KL, Ishii M, Nellis JC, et al. A dual approach to understanding facial perception before and after blepharoplasty. JAMA facial plastic surgery. 2018;20(1):43-49.
9. Innocenti A, Mori F, Melita D, et al. Effects of orbicularis oculi flap anchorage to the periosteum of the upper orbital rim on the lower eyelid position after transcutaneous blepharoplasty: Statistical analysis of clinical outcomes. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS. 2017;70(3):385-391.
10. Jacobsen AG, Brost B, Vorum H, et al. Functional benefits and patient satisfaction with upper blepharoplasty – evaluated by objective and subjective outcome measures. Acta ophthalmologica. 2017;95(8):820-825.
11. Briceño CA, Zhang□nunes SX, Massry GG. Minimally invasive surgical adjuncts to upper blepharoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am. 2015; 23: 137□ 151.
12. Saalabian AA, Liebmann P, Deutinger M. Which Tissue Should Be Removed in Upper Blepharoplasty? Analysis and Evaluation of Satisfaction. World journal of plastic surgery. 2017;6(3):324.
13. Custer, P. L. (2015). Preoperative Examination Checklist for Upper Blepharoplasty. In Pearls and Pitfalls in Cosmetic Oculoplastic Surgery (pp. 55-56). Springer, New York, NY.
14. Martin M, Shah CT, Attawala P, et al. Objective Brow Height Measurements Following Pretrichial Brow Lift and Upper Lid Blepharoplasty. J Cutan Aesthet Surg. 9.2: 93.
15. Jacobs LC, Liu F, Bleyen I, et al. Intrinsic and extrinsic risk factors for sagging eyelids. JAMA dermatology. 2014, 150.8: 836-843.
16. Barmettler A, Wang J, Heo M, et al. Upper Eyelid Blepharoplasty: A Novel Method to Predict and Improve Outcomes. Aesthet Surg J. 2018, 38.11: NP156-NP164.
17. Hargreaves DA, Tiggemann M. "'Body Image is for Girls' A Qualitative Study of Boys' Body Image." Journal of health psychology 11.4 (2006): 567-576.
18. Rizk SS, Matarasso A. Lower eyelid blepharoplasty: analysis of indications and the treatment of 100 patients. Plast Reconstr Surg. 2003;111:1299–1306.
19. Coleman SR, Saboeiro A. Facial Rejuvenation with Structural Fat Grafting. Techniques of Aesthetic Plastic Surgery Series, Vol. 1. Edinburgh, UK: Elsevier; 2009.

PORSELEN LAMİNALAR İLE YAPILAN ESTETİK TEDAVİLERİN KLİNİK DEĞERLENDİRİLMESİ
CLINICAL EVALUATION OF AESTHETIC TREATMENTS WITH PORCELAIN LAMINES

Hatice AĞAN[1]

[1] ACIBADEM Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, SHMYO, Ağız ve Diş Sağlığı Programı, İstanbul, Turkey

ABSTRACT

Porcelain Laminates are fixed prosthetic restorations with light transmittance, which are affixed to the front faces of the teeth in the form of thin layers. It is one of the most preferred minimally invasive aesthetic restorations in the solution of color, shape and position problems in teeth. Porcelain laminates, which are suitable for the form of the face, lips, smiling line, compatible with skin color, which is not understood to be artificial, are the most preferred aesthetic dental restorations recently and can completely change the smile and appearance of the person. In this study, the 12-month follow-up results of 234 porcelain laminate restorations performed on a total of 30 patients (28 women, 2 men) between the ages of 18-73 (average age 41.5) between March 2017 and March 2020 in the Oral and Dental Health Clinic of Acıbadem Altunizade Hospital. It has been evaluated. Clinical evaluation was conducted using modified Ryge criteria. Porcelain laminates were applied to the upper and/or lower jaw, central and lateral incisors, canine, 1st premolar and 2nd premolar teeth, and the preparation, impression and cementation of the teeth were performed by the same physician. CAD/CAM or pressable lithium disilicate material was used in the restorations. Aesthetic gingival operations with laser were applied to 16 of the 30 patients who were followed up before the porcelain laminate procedure. Pre-op and post-op parameters were evaluated. Porcelain laminate veneers presented a successful clinical performance in terms of marginal adaptation, discoloration, gingival recession, secondary caries, postoperative sensitivity, and satisfaction with restoration shade

Key Words: Aesthetic dentistry, Porcelain Laminates, Smile Design

ÖZET

Porselen Laminalar ince yaprak şeklinde dişlerin ön yüzlerine yapıştırılan ışık geçirgenliği olan sabit protetik restorasyonlardır. Dişlerdeki renk, şekil ve konum problemlerinin çözümünde en çok tercih edilen minimal invaziv estetik restorasyonlardandır. Yüzün formuna, dudaklara, gülme hattına uygun, ten rengi ile uyumlu, yapay olduğu anlaşılmayan porselen laminalar son dönemde en tercih edilen estetik diş restorasyonlarıdır ve kişinin gülüşünü ve görünümünü tamamen değiştirebilir. Bu çalışmada Acıbadem Altunizade Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı kliniğinde Mart 2017- Mart 2020 tarihleri arasında 18-73 yaş aralığında (ortalama yaş 41.5), toplam 30 hastaya (28 kadın, 2 erkek) yapılan 234 porselen lamina restorasyonunun 12 aylık takip sonuçları değerlendirilmiştir. Klinik değerlendirme modifiye Ryge kriterleri kullanılarak yürütülmüştür. Porselen laminalar, üst ve/veya alt cenede, santral ve lateral kesiciler, kanin, 1. premolar ve 2. premolar dişlere uygulanmış, dişlerin preperasyonu, ölçü alımı ve simantasyon aynı hekim tarafından yapılmıştır. Yapılan restorasyonlarda CAD/CAM ya da preslenebilir lityum disilikat materyali kullanılmıştır. Takip edilen 30 hastanın 16'sına porselen lamina işlemi öncesinde lazer ile estetik gingival operasyonlar uygulanmıştır. Pre-op ve post-op parametreler değerlendirilmiştir. Porselen laminalar marjinal adaptasyon, renk değişikliği, diş eti çekilmesi, sekonder çürükler, postoperatif duyarlılık ve sonunda restorasyon rengi ile memnuniyet açısından başarılı bir klinik performans sergilemiştir.

Anahtar Kelimeler: Estetik Diş hekimliği, Porselen Lamina, Gülüş Tasarımı

Corresponding Author: Öğr. Gör. Dr. Dt. Hatice Ağan

Adress: ACIBADEM Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, SHMYO, Ağız ve Diş Sağlığı Programı, İstanbul, Turkey
E-mail: haticeagan@hotmail.com

Giriş

Diş hekimliğinde ağız ve diş estetiği son yıllarda üzerinde oldukça çalışılan bir konu haline gelmiştir. Fonksiyonel, dişleri sadece restore eden tedaviler hastalar tarafından başarılı görülmediğinden diş hekimleri tedavi sürecinde hastaların bireysel estetik beklentilerini de dikkate almaktadırlar[1,2,3,4]. Diş hekimliğinde estetik, gülümseme ile doğrudan ilişkili ve dental estetiğin önemli bir çalışma alanıdır[5,6]. Gülümseme estetiği, dişler ve dişleri çevreleyen sert ve yumuşak dokular arasındaki dengeli ilişki üzerine kuruludur[6,7]. Diş estetiği ve protetik restorasyonlarda, diş eti sağlığı, interdental aralıklar, diş aksları, Zenith noktaları, diş eti seviyelerindeki denge, interdental kontak noktaları, dişlerin boyutları, formları, diş karakterizasyonu, yüzey yapısı, renk, kesici kenar şekilleri, alt dudak çizgisi ve gülüş simetrisi gibi başlıklar dikkate alınmaktadır[8].



Resim 1



Resim 2

Resim (1-2) Renk, şekil ve konum bozukluğu olan dişlerin porselen laminalar ile restorasyonu. Ağız içi görünüm



Resim 3



Resim 4

Resim (3-4) Renk, şekil ve konum bozukluğu olan dişlerin porselen laminalar ile restorasyonu - Total yüz görünümü



Resim 5



Resim 6

Resim (5) Dişlerin renk ve formlarından şikayetçi olan hastanını tedavi öncesi, ağız içi durum
Resim (6) Porselen Laminalar ile tedavi sonrası, ağız içi durum



Resim 7
Resim 8,9



Resim (7) Doğal dişler ve porselen laminaların görünümünün kolajı
Resim (8) Aşınmış, kırılmış, sararmış, boyları kısalmış, hipomineralize alanların mevcut olduğu dişler- Tedavi öncesi
Resim (9) Mevcut dişlerin porselen laminalar ile restorasyonu - Tedavi Sonrası

Porselen laminalar ince yaprak şeklinde dişlerin ön yüzlerine yapıştırılan ışık geçirgenliği olan parsiyel kronlardır. Dişlerdeki renk, şekil ve konum problemlerinin çözümünde en çok tercih edilen minimal invaziv estetik restorasyonlardan biri olan porselen laminalar yüzün formuna, dudaklara, gülme hattına uygun, ten rengi ile uyumlu, yapay olduğu anlaşılmayan materyaller olduğundan son dönemde en tercih edilen estetik diş restorasyonları olmuştur. Porselen lamina restorasyonları renk, dişe olan bağlantı direnci, periodontal sağlığın devamlılığı, porselenin direnci, sızıntıya karşı direnç ve estetik açıdan oldukça avantajlı restorasyonlardır.

Ancak bu avantajlarının yanında, teknik hassasiyet gerektirmesi, tamir zorluğu, zaman alıcı olması, minimal de olsa ön hazırlık gerektirmesi, devital dişlerde rengin maskelenememesi, simantasyon öncesi restorasyonun kırılganlığı ve maliyetinin diğer anterior restorasyonlardan fazla olması gibi bir takım dezavantajları vardır[8,9,10].

Porselen laminalarda temel amaç; dişlerden minimal redüksiyon yaparak, estetik ve mümkün olan en doğal görünümü yakalamaktır. Porselen lamina kullanımında dişlerin boyutlarının birbirleri ile olan oranları daha kolay bir şeklide ayarlanabildiğinden gülüş üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Estetik planlamaya maksiler dişler ile başlanmalıdır. İdeal bir gülümseme arkında üst kesicilerin insizali alt dudağı çevreler[3,11,12,13]. Ahenkli bir anterior diş dizisinde maksiller santraller şekil ve konum açısından baskındır. Maksiler santral dişlerin anterior diş dizisinin ebat ve şeklinin belirlenmesinde özel önem taşır. Gülümseme arkı; konveks gülümseme arkı, düz gülümseme arkı ve ters gülümseme arkı olarak sınıflandırılır[11]. Estetik bölgedeki ideal insizal kontur tasarımını elde etmek için maksiller santral ve lateral kesici dişlerin insizali ile alt dudak iç kurvatürü arası kadınlarda 1.00 – 1.50 mm, erkeklerde 0.50 – 1.00 mm olmalıdır[14]. Bu durumda konveks gülümseme arkı kadınlarda daha uygun, erkeklerde ise konveks veya düz gülümseme arkı daha kabul edilebilirdir[11].
(Resim 10-11-12-13)

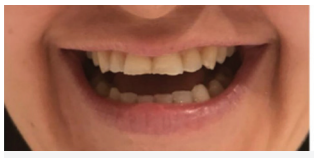


Resim 10



Resim 11

Resim (10) Erkek hastada, maksiller santral dişlerdeki düz gülme hattı
Resim (11) Maksiller santral dişlerin porselen lamina ile restorasyonu ile gülümseme hattının yeniden düzenlenmesi



Resim 12



Resim 13

Resim (12) Kadın hastada konkav gülümseme hattı ve aşınmış dişler
Resim (13) Maksiller santral ve lateral kesicilerin porselen lamina ile restorasyonu ile gülümseme hattının düzenlenmesi, konveks gülme hattı oluşturulması

Lateral ve kaninler konumları ve çevrelerindeki yüz kaslarına destek oldukları için ayrı bir öneme sahiptir. Estetik olarak hoş bir görünüm elde etmek için, diş hekimi önce santral daha sonra lateral ve kaninlerin görünümü üzerinde karara varmalıdır. Gülme hattının genişliği ve bukkal koridorun varlığı premolar dişlerin gülüş tasarımına katılıp katılmayacağını belirler. Kişi gülümsediğinde ortaya çıkan Bukkal koridor kaninlerin konumu ile kontrol edilir. Bukkal koridorlar, hasta gülümserken posterior dişler ile komissuralar arasında kalan alandır. Bukkal koridorlar ile gülümseme estetiği arasında ters oran mevcuttur[15]. Kaninlerin distal yüzünün labialden fazla görünmesi görüntüyü bozmaktadır. Çalışmalar; estetik gülümsemede, bukkal koridorun genişliği, gülümseme estetiğinin tartışmalı konularından biridir. Etkisinin kritik bulmamak ile birlikte, gülümsemede genel olarak dar bukkal koridorların daha estetik olduğunu göstermektedir[16,17,18].

Güzel bir gülüş için, maksiler santral kesici dişin genişliğinin uzunluğuna olan orantısı yaklaşık %75 ile %80 arasında yer almalıdır. %85'lik bir genişlik-uzunluk oranı kareyi andıran bir görünüme yol açarken %65'lik oran dişlerin daha uzun görünmesine sebep olacaktır. Diş hekimliğinde "altın oran"terimi, diş dizisinin orantıları ile ilgili bir matematik teorisidir. Lombardi, bu denklemi gerçek anlamda diş hekimliğine ilk uyarlayan kişi olmuştur. Buna göre frontal yönden bakıldığında, kesici dişlerin enleri arasındaki oranlar; santral için 1.618, lateral için 1, kanin için 0.618 olmalıdır. Ancak bunu klinik olarak yaratmak her zaman mümkün değildir. Dişler arasındaki orantısal bir ilişki oluşturmak başarı için tek başına yeterli değildir.

Diş ebatları ile yüz arasında da düzgün bir orantı yaratılmalıdır. Tekrarlanan estetik dental oran kavramına göre, frontal yönden bakıldığında, distale doğru devam eden dişlerin genişliklerinin oranı sabit kalmalıdır. Diş hekimi kendi tercih ettiği oranı distale doğru devam eden diş dizisindeki tüm dişlerde aynı olacak şekilde kullanılabilir[17,18,19].

Gingival estetik için kaninlerin gingival marjinlerinin santrallerin gingival marjinleri ile aynı hizada olması ve laterallerin marjinlerinin ise bu seviyeden hafif koronalde olması gerekir[16].

Estetik diş hekimliğinin esas unsurlarından biri de restorasyonlarda başarılı yanıltmalar yaparak; bir dişi daha geniş veya daha ince, daha küçük ya da daha büyük göstererek zor estetik problemlerin üstesinden gelmektir. Dişlerin oranı veya yönü dikey veya yatay çizgilerin etkisi ile değiştirilebilir. Bunlar ya farklı düzlemlerde farklı renkler kullanmak ya da yüzey yapısı ile ilgili dikey veya yatay olukları belirginleştirmek suretiyle elde edilebilir. Kenar çizgilerini, yüzey yapısını ve yüzey özelliklerini değiştirmek, kişinin gözünde illüzyonlar yaratabilir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, Mart 2017- Eylül 2020 tarihleri arasında 18-73 yas aralığında (ortalama yaş 41,5), toplamda 30 hastaya (28 kadın, 2 erkek) yapılan 234 porselen lamina restorasyonunun 12-30 aylık takip sonuçları değerlendirilmiştir. Klinik değerlendirme modifiye Ryge kriterleri kullanılarak yürütülmüştür. Porselen laminalar, üst ve/veya alt cenede, santral, lateral, kanin, 1. Premolar ve 2. Premolar dişlere uygulanmış, dişlerin preperasyonu, ölçü alımı ve simantasyon aynı hekim tarafından yapılmıştır. Yapılan restorasyonlarda CAD/CAM (IPS e.max CAD-Ivoclar Vivadent) ya da preslenebilir lityum disilikat (IPS e.max Press-Ivoclar Vivadent) materyali kullanılmıştır. Simantasyon işlemi; ışık ile polimerize olan rezin simanlar ile total etching prosedürü uygulanarak yapılmıştır. Takip edilen 30 hastanın 16'sına porselen lamina işlemi öncesinde lazer ile estetik gingival operasyonlar, uygulanmıştır. Restorasyonu değerlendirmek için United States Public Health Service (USPHC) modifiye Ryge Kriterleri[20] kullanılmıştır. Kullanılan kriterler ve değerlendirme notları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Restorasyonları değerlendirmek için uygulanan kriterler

Özellikler	**Derecelendirme**			
	Alfa (A)	Bravo(B)	Charlie (C)	Delta (D)
Renk Memnuniyeti	Diş hekimi ve hasta çok memnun	Diş hekimi ve hasta memnun	Renk kabul edilebilir	-
Marjinal Adaptasyon	Restorasyon tüm kenar boyunca diş ile adapte, gözle görünür yarık yok, sond takılmıyor	Restorasyonun kenarına sondun takılabileceği, gözle görünür yarık var	Restorasyon kenarına sond takılıyor, ancak dentin açıkta değil	Restorasyon mobil, kırık veya kayıp
Marjin Renklenmesi	Restorasyonla bitişik diş dokusu arasında renk değişikliği yok	Lokalize, çoğunlukla uzaklaştırılabilir, yüzeyel renk değişimi	Renklenme kenardan pulpal yönde dentin seviyesine kadar ilerlemiştir	-
Sekonder Çürük	Restorasyon marjininde opasite, yumuşama, demineralizasyon yok	Restorasyon marjininde çürük var	-	-
Postoperatif Hassasiyet	Hassasiyet Yok	Hassasiyet var	-	-
Gingival Doku cevabı	Sağlıklı ve tartar yok	Tartar ve gingivits tespit eldi	Dişeti ödemli veya kanamalı	Periodontal cep oluşumu

BULGULAR

Literatürde açıklanan kılavuzlara ve günlük klinik uygulamada ortaya çıkan sorulara dayanarak, porselen laminelerin performansını en kolay ve doğrudan şekilde etkileyen klinik faktörleri kapsamak amacıyla bu çalışmada operasyon öncesi ve sonrası parametreler oluşturulmuştur[24].

Tablo 2 Dişlerin Dağılımı Ve Yüzdesi

	Maksiller		**Mandibuler**	
	n	**%**	**n**	**%**
Santral	56	29,0	8	20
Lateral	49	25,4	8	20
Kanin	35	18,1	8	20
1.Premolar	31	16,1	8	20
2. Premolar	23	11,9	8	20
Toplam	193	100	40	100

Bu çalışmada 56 adet santral (%29) , 49 adet lateral (%25,4), 35 adet kanin (%18,1), 31 adet 1.premolar (% 16,1) ve 23 adet 2. premolar (% 11,9) olmak üzere toplam 193 adet maksiller ile 8'er santral, lateral, kanin , 1.premolar ve 2. premolar olmak üzere toplam 40 mandibuler diş değerlendirilmiştir.

Tablo 3 Porselen laminalarda kullanılan materyaller

	Hasta sayısı (N=30)		Diş sayısı (N=234)	
	n	%	(n)	%
CAD/CAM lityumdisilikat seramik	6	20	30	12,8
Presslenebilir lityumdisilikat seramik	24	80	204	87,2
Toplam	30	100	234	100

Porslen laminaların yapımında kullanılan materyaller değerlendirildiğinde; 6 hastada 30 dişe (%12,8) CAD/CAM lityum disilikat seramik, 24 hastada 204 (%87,2) dişte ise preslenebilir lityum disilikat seramik uygulanmıştır.

Tablo 4 Porselen Lamina uygulama öncesinde yapılan Periodontal işlemler

	Hasta sayısı(N=30)		Diş sayısı (N=234)	
	n	%	n	%
Lazerle Gingivektomi	13	81,2	51	79,6
Lazerle Kron boyu uzatma	3	10	13	20,3
Toplam	16	100	64	100

Porselan lamina uygulama öncesi yapılan periodontal tedaviler değerlendirildiğinde; 13 hastada, 51 dişe (%79,6) lazerle gingivektomi, 3 hastada 13 dişe (%20,3) lazerle kron boyu uzatma işlemi uygulanmıştır.

Tablo 5 Operasyon Öncesi Parametrelerin Frekans Dağılımları

Operasyon Öncesi parametreler	n
Bruksizm	3
Ortodontik Tedavi Geçmişi	4
Abrazyon	10
Renklenme	11
Çapraşıklık	4
Diastema	6
Çürük/dolgu	12

Operasyon öncesi 3 hastada bruksizm, 4 hastada ortodontik tedavi, 10 hastada abrazyon, 11 hastada renklenme, 4 hastada çapraşıklık, 6 hastada diastema ve 12 hastada çürük ve/veya dolgu varlığı tespit edilmiştir.

Tablo 6 Operasyon Sonrası Parametrelerin değerlendirilmesi

Parametreler	Hasta sayısı	Diş Sayısı
Porselende kırık, çatlak	2	4
Debonding	0	0
Mikrosızıntı	0	0
Sekonder çürük	0	0
Hassasiyet	3	7
Post-op kanal tedavisi	3	3

Porselen kırığı iki hastada gözlenmiştir. Hastaların ilkinde, üst çenedeki üç adet premolar dişe preslenebilir seramik sistemi ile üretilmiş porselen laminaların insizal kenarlarında kırıklar gözlenmiştir. Bruksist olan hastanın gece plağını düzenli kullanmadığı kaydedimiştir ve bu hastada pre-op öyküsünde abrazyon ve diastema kaydı vardır. Diğer hasta dişine darbe almış, üst kanin dişindeki CAD/CAM sistemi ile üretilen porselen lamina vertikal olarak çatlamış ve dişteki perküsyon ağrısından ötürü dişe kanal tedavisi uygulanmıştır.

Post-op kanal tedavisi yapılan diğer iki hastanın da bruksizm öyküsü vardır. Dikey ve yatay perküsyonda ağrılı cevap veren üst santral ve alt santral dişe kanal tedavisi uygulanmıştır. Üst santral dişe porselen lamina öncesi kompozit dolgu yapılmıştır. Hassasiyet olan hastaların abrazyon ve bruksizm öyküleri mevcuttur.

Tablo 7 Farklı zaman dilimlerinde (1. Hafta, 6. Ay, 12. Ay) değerlendirilen kaplamalar

Zaman	1.HAFTA (N=234)	6.AY (N=234)	12.AY (N=234)
Renk Memnuniyeti			
A	224	228	228
B	8	4	4
C	2	2	2
Marjinal Adaptasyon			
A	234	233	230
B	-	1	4
C	-	-	-
D	-	-	-
Marjin Renklenmesi			
A	234	224	224
B	-	10	10
C	-	-	-
Sekonder Çürük			
A	234	234	234
B	-	-	-
Postoperatif Hassasiyet			
A	219	228	232
B	15	6	2
Gingival Doku Cevabı			
A	230	215	227
B	4	18	7
C	-	1	-
D	-	-	-

Renk memnuniyeti dikkate alındığında işlemin yapıldığı ilk hafta 224 hasta çok memnun, 8 hasta memnun ve 2 hasta kabul edilebilir derecede memnun olduğunu belirtmiştir. 6. ayın ve 12. ay sonunda ise 228 hasta çok memnun, 4 hasta memnun, 2 hasta ise kabul edilebilir düzeyde menün olduğunu belirtmiştir.

Marjinal adaptasyon parametresi dikkate alındığında ilk haftanın sonunda 234 hastanın tümünde restorasyon tüm kenar boyunca diş ile adapte, gözle görünür yarık yok ve sond takılmamaktadır. 6 ayın sonunda 233 hasta aynı durum devam etmekteyken sadece 1 hastada restorasyonun kenarına sondun takılabileceği, gözle görünür yarık saptanmıştır. 12 ayın sonunda ise 230 hastada ilk haftadaki ile aynı bulgular elde edilirken 4 hastada restorasyonun kenarına sondun takılabileceği, gözle görünür yarık saptanmıştır.

Marjin renklenmesi parametresi dikkate alındığında ilk haftanın sonunda 234 hastanın tümünde restorasyonla bitişik diş dokusu arasında renk değişikliği olmamıştır. 6. ve 12. ay sonunda ise 224 hastada restorasyonla bitişik diş dokusu arasında renk değişikliği olmazken 10 hastada lokalize, çoğunlukla uzaklaştırılabilir, yüzeyel renk değişimi meydana gelmiştir.

Sekonder çürük parametresi 234 hastanın hiçbirinde gözlenmemiştir.

Postoperatif hassasiyet durumunda ilk hafta sonunda 219, 6 ay sonunda 228 ve 12 ay sonunda 226 hastada hiçbir hassasiyet yokken ilk hafta sonunda 15, 6 ay sonunda 6 ve 12 ay sonunda sadece 2 hastada hasssiyet oluşmuştur.

Gingival doku cevabıilk hafta sonunda 230 hastada sağlıklı ve tartar yok iken 4 hastada tartar ve gingivits tespit edilmiştir. 6 ay sonunda 215 hasta sağlıklı, 18 hasta tartar ve gingivits iken 1 hastada dişeti ödemi tespit edilmiştir. 12 ay sonunda ise 227 hasta sağlıklı iken 7 hastada tartar ve gingivits saptanmıştır.

TARTIŞMA

Gülümsemede maksiller santral kesiciler en baskın dişlerdir[1]. Maksiller dişlerin görünümü daha belirgin olduğundan hastaların üst çenedeki dişlere estetik restorasyon yaptırma isteği daha fazladır. Klinik çalışmamızda en fazla porselen lamina yapılan dişler maksiller santraller olmuştur. Dişeti seviyelerin dengelenmesi, Zenith noktalarının düzenlenmesi ve kron boyunun uzatılması ile daha tatmin edici estetik sonuçlar elde etmek mümkündür. Porselen laminaların planlaması sırasında dişeti estetiğin sağlanması oldukça önemlidir, hastaların %53'ünde pembe estetik uygulamaları yapılmıştır. Kron boyu uzatma işlemlerinde alveolar kemik redüksiyonu ve gingival düzenleme yapılmıştır. Gingivektomi işkeminde sadece dişetine şekillendirme yapılmıştır.

Ortodontik tedaviler ile dişlerdeki konum bozukları düzenlenir. Ancak bu estetik bir gülüş için her zaman yeterli değildir. Dişlerdeki şekil ve renk şikayetleri, diastemaların varlığında porselen laminalar ile arzu edilen estetik düzenlemeler yapılabilir. Ortodonti hikayesi olup çalışmaya dahil edilen dört hastanın ikisi ön bölgedeki dişlerin dolgularından şikayetçi, biri diastemadan, diğeri ise dişlerinin renginden şikayetçi

olduğu için porselen lamina restorasyonları yapılmıştır. İleri derecede çapraşıklığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Basit çapraşıklığı ve diasteması olan hastalarda dişlerin formundan ve renginden de hoşnutsuzluk kaydedilmiştir. Renk şikayeti olan hastaların bir kısmı porselen lamina ile beraber beyazlatma işlemi de talep etmiştir.

Çalışmamızda hastaların hangi sebeplerle porselen lamina tercih ettiğine baktığımızda; anterior dişlerdeki çürükler, madde kayıpları ve dolguların renklerinin doğal diş ile uyumsuz olması gibi faktörler %40 oranı ile ilk sıradadır. Doğal dişlerin renginden memnun olmayan ise %36 oranı ile ikinci sıradadır. Doğal dişlerin renginden çok daha açık renk dişlere sahip olmak isteyen hastalar alt ve üst çenede, gülüş hattı içerisinde yer alan premolarlar arası, tam ark, restorasyonları tercih etmişlerdir.

6. ve 12. ayda yapılan kontrollerde gingival doku cevabı değerlendirilmiş ve hastaların rutin temizliği yani detertraj işlemi yapılmıştır. Ödem ve kanamalı dişetlerinin olduğu olgularda oral hijyen alışkanlıklarına uyulmadığı gözlenmiştir. Oral hijyenin yetersiz olduğu durumlarda porselen lamina varlığından bağımsız olarak gingivitis ve tartar görülmesi olasıdır.

Uzun yıllardır bruksizm problemi yasayan hastalarda dişlerdeki aşınmaya bağlı olarak alt yüz yüksekliği düşer. Böyle durumlarda vertikal boyutun yeniden idamesi için posterior dişlerin okluzal tablalarını da yükseltmek gerekebilir. Çiğneme esnasında uygulanan kuvvet 50 ile 250 N arasında değişir. Bu değerler bruksizm gibi parafonksiyonel alışkanlık durumunda posterior bölgede 500 ile 800 N'a kadar çıkabilmektedir. İnsizal bölgede ise 108 ile 299 N arasında kuvvet değeri rapor edilmiştir.[21] Aşırı okluzal kuvvetler altında, travmalarda doğal dişlerde görülen kırılma ve aşınmalar porselen laminalarda da görülebilir. Eğer hastada bruksizm ya da kontrol edilemeyen parafonksiyonel aktivite mevcut ise koruyucu splint ve/veya botoks tedavileri de planlanmalıdır.

Porselen lamina restorasyonlarında kırık görülme nedenleri; dentin yüzeyine adezyonun yetersiz olması, geniş kompozit rezin restorasyonların varlığı, geniş defekte sahip endodontik tedavili dişler, travma ve ağır fonksiyonel ya da parafonksiyonel yüklerdir[23]. Bu nedenle kırık riskini azaltmak için hasta seçiminin dikkatli yapılması, kontrollü ve eşit kalınlıkta diş preparasyonu, porselen kalınlığının 1/3'ünü geçmeyen siman kalınlığı ve simantasyon sonrası karşı arktaki dişlerle olan kontakların düzenlenmesi gereklidir [13,22,25].

Kullanılan materyaller ile başarısızlık sebepleri arasında bir bağlantı gözlenmemiştir. CAD-CAM sistemleri ile üretilen laminalara da cut-back işlemi ile yüzey karakterizasyonu verilmiştir.

Lamina restorasyonlarında görülen diğer bir başarısızlık türü olan mikrosızıntı; çoğunlukla preparasyon dentinde bitirildiğinde, restorasyonun dişe uyumu yetersiz olduğunda ve düşük viskoziteli bir simanın kullanıldığında ortaya çıkar. Dişte kole bölgesinden başlayarak ortaya çıkan renklenme görüldüğünde restorasyonun çıkartılıp yenilenmesi gereklidir [10,22,23,26].

Restorasyonun kırılmadan dişten ayrılması ise debonding olarak adlandırılır. Debonding; restorasyon tamamen pürüzlendirilmemişse, preparasyon sınırı % 80 ya da daha fazla dentin üzerindeyse, çepeçevre 0.5 mm mine yoksa, restorasyon ve simantasyon işlemi sırasında kontaminasyon olmuşsa görülür[23]. Çalışmamızda 1 yıllık takip süresi içerisinde debonding gözlenmemiştir.

Porselen lamina restorasyonların estetik performansını, biyo uyumluluğunu ve sağlamlığını değerlendiren çok sayıda klinik çalışmada başarısızlık %7 ya da daha az olarak bildirilmiştir[8,23,26,27]. Porselen restorasyonların başarısını etkileyen en önemli etkenlerden biri porselen-diş bağlantısının sağlam olmasıdır. Bu bağlantının sağlam olmasını etkileyen faktörler restorasyonun diş dokusuna olan uyumu, porselen pürüzlendirme işlemlerinin doğru uygulanması, ideal özelliklere sahip bir rezin siman kullanımı ve klinik işlemler sırasında detaylara dikkat edilmesidir[8,23,26].

SONUÇ

Porselen laminalar marjinal adaptasyon, renk değişikliği, dişeti çekilmesi, sekonder çürükler, postoperatif duyarlılık ve sonunda restorasyon rengi ile memnuniyet açısından başarılı bir klinik performans sergilemiştir. Mikrosızıntı, sekonder çürük ve debonding görülme oranı %0'dır. Estetik diş hekimliği uygulamalarında göze hoş gelen oranları sağlama da dişeti estetiği de diş estetiği kadar önemlidir. Olguların başarılı olmasında, işlem öncesindeki parametrelerin değerlendirilmesi, hasta beklentilerinin anlaşılması ve titiz bir ekip çalışması oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Hussain A, Louca C, Leung A, et.all. The influence of varying maxillary incisor shape on perceived smile aesthetics, J Dent 2016: 50: 12-20.
2. Goldstein RE. Study of need for esthetics in dentistry Atlanta, Ga: J Prosthet Dent; 1969.
3. Sharma PK, Sharma P. Dental Smile Esthetics: The Assessment and Creation of the Ideal Smile, Seminars in Orthodontics 2012: 18: 193-201.
4. Pinho S, Ciriaco C, Faber J, et.all. Impact of dental asymmetries on the perception of smile esthetics., American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2006; 132. 748- 753
5. Tarantili VV, Halazonetis DJ, Spyropoulos MN. The spontaneous smile in dynamic motion, Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005: 128: 8-15.
6. Rayyan MR. Effect of the interproximal contact level on the perception of smile esthetics, Dent Med Probl 2019: 56: 251- 255.
7. Cracel Nogueira F, Pinho T. Assessment of the perception of smile esthetics by laypersons, dental students and dental practitioners., 2013: 11:432-444.
8. Magne P, Belser U: Bonded Porcelain Restorations In The Anterior Dentition. A Biomimetic Approach. Quintessence Publishing Co,Inc. 2002.
9. Walls AWG, Steele JG, Wassell RW. Crowns and other extra-coronal restorations: Porcelain laminate veneers. Br Dent J 2002;193:73-82.
10. Erkün HT, Gungor MB, Yılmaz H. Porselen Laminate Veneers .Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. 2016: 16; 170-183
11. AW. M. 10 commandments of smile esthetics, Dental Press J Orthod 2014: 19: 136-157. 13. Ackerman JL, Ackerman MB, Brensinger CM, Landis R. A morphometric analysis of the posed smile., Clin Orthod Res 1998: 1: 2-11.
12. Lira Dos Santos EJ, Dantas AMX, Vilela RM, et. all.. The influence of varying maxillary central incisor vertical dimension on perceived smile aesthetics, J Orthod 2019: 46: 137- 142.
13. Al-Saleh SA, Al-Shammery DA, Al-Shehri NA, Al-Madi EM. Awareness of Dental Esthetic Standards Among Dental Students and Professionals, Clin Cosmet Investig Dent 2019: 11: 373-382.
14. Machado AW, McComb R, Moon W, Gandini Jr LG. Influence of the vertical position of maxillary central incisors on the perception of smile esthetics among orthodontists and laypersons. J Esthetic Rest Dent 2013; 25: 392-401.
15. Moore T, Southard KA, Casko JS, Qian F, Southard TE. Buccal corridors and smile esthetics, American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2003; 127:208-213
16. Lombardi R. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics.J Prosthet Dent. 1973; 29: 358-382
17. Lombardi R.E. A method for the classification of errors in dental esthetics. J Prosthet Dent. 1974; 32: 501-513.
18. Unal M,, Paken G. Gülümseme Estetiğinde Parametreler: Derleme. AÜ Diş Hek Fak Derg. 2020, 47 (1):213-221.
19. Machado AW. 10 commandments of smile esthetics. Dental Press J Orthod 2014;19 (4):136-157.
20. Ryge G. Clinical criteria. Int Dent J. 1980;30:347–358.
21. Tinshert J. ,Natt G. ,Maustsch W. , Augthun M. , Spiekermann H. Fracture Resistance of Lithium Disilicate- ,Alumina-,and Zirkonia- Based Three-Unit Fixed Partial Dentures :A laboratory Study. Int J. Prosthodont. 2001; 14:231-238.
22. Ariel J.Raigrodski,Gerard J. Chiche. The safety and efficacy of anterior ceramic fixed partial dentures:A review of the literature. J Prosthet Dent. 2001;86:520-5.
23. Gurel G, Morimoto S, Calamita MA, Coachman C, et. all. Clinical performance of porcelain laminate veneers: outcomes of the aesthetic pre-evaluative temporary (APT) technique. Int J Periodontics Restorative Dent. 2012;32(6):625-35.
24. Chen J., Shi C, Wang M, Zhao S, Wang H. Clinical evaluation of 546 tetracycline-stained teeth treated with porcelain laminate veneers. Journal of Dentistry, 2005; 33(1), 3–8.
25. Gurel G. Predictable, precise, and repeatable tooth preparation for porcelain laminate veneers. Pract Proced Aesthet Dent. 2003;15(1):17-24.
26. Çesmeci Senturk H, Yasar A., Gumus HO. Porselen laminate veneer restorasyonların simantasyonları sonrası renk değişikliğine etki eden faktörler: derleme. Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 22(2) 172-177.
27. Dumfahrt H, Schäffer H. Porcelain laminate veneers. A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: Part II-Clinical results. Int J Prosthodont 2000; 13: 9-18.

AN ALTERNATIVE TECHNIQUE TO CORRECT DORSAL SEPTAL DEVIATIONS WITH SEPTOPLASTY: ENDONASAL MIDDLE NASAL VAULT GRAFT APPLICATION

SEPTOPLASTİ İLE DORSAL SEPTAL DEVİASYONLARI DÜZELTMEK İÇİN ALTERNATİF BİR TEKNİK: ENDONAZAL ORTA ÇATI GREFTİ UYGULAMASI

İsmet ÇERÇİ[1], Erdem MENGİ[2]

[1]Department of Otorhinolaryngology, Ege Kent Hospital, Denizli, Turkey
[2]Department of Otorhinolaryngology, Pamukkale University School of Medicine, Denizli, Turkey

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the surgical outcomes of endonasal septoplasty with the middle vault graft application technique for the correction of dorsal septal deviation.

Materials and Methods: The 12 patients who underwent endonasal septoplasty surgery with middle vault graft application were evaluated retrospectively. In the applied surgical technique, first, the hemitransfixion incision was made on the deviated side. After a cartilage graft of 2 cm in length was prepared from the lower part of the quadrangular cartilage, the scratches were made perpendicular to the nasal dorsum from 4-5 places on the dorsal cartilage aimed to be corrected. Then a 5mm incision was made on the upper part of the opposite side behind the columella line and the area where the middle vault graft would be placed was elevated and the cartilage graft was placed in this tunnel. In our study, postoperative subjective symptom improvement and surgical complications were investigated.

Results: Of the patients, 1 was female and 11 were male and their mean age was 29.64 ± 8.29 years. The postoperative straight septum was observed in 10 patients (83.3%) and minimal residual deviation was observed in 2 patients (16.7%). The mean pre-and post-operative 'Nasal Obstruction Symptom Evalu¬ation' scores of the patients were 66.81±16.16 and 10.91±8.61, respectively ($p<0.0001$). None of the patients had postoperative complications, including middle vault deformity and revision surgery.

Conclusion: In selected cases, we recommend the endonasal septoplasty with the middle vault graft application method as a simple, safe, and effective technique for the correction of dorsal septal deviations.

Key Words: Nasal septum, dorsal septal deviation, septoplasty, cartilage grafts.

Key Words: Nasal septum, dorsal septal deviation, septoplasty, cartilage grafts.

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda, dorsal septal deviasyonu olan hastalarda, endonazal septoplasti ile orta çatı grefti uygulaması tekniğinin cerrahi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, endonazal septoplasti ameliyatı sırasında orta çatı grefti uygulanan 12 hasta geriye dönük olarak incelendi. Uygulanan cerrahi teknikte deviye olan taraftan yapılan hemitransfiksiyon insizyonu sonrası kuadrangüler kıkırdağın alt bölgesinden 2 cm uzunluğunda kıkırdak greft hazırlandı. Düzeltilmesi hedeflenen dorsal septal kartilaja 4-5 yerinden nazal dorsuma dik çizikler atıldıktan sonra karşı tarafın üst kısmına columella hattının gerisinden 5mmlik bir insizyon daha yapılarak çatı greftinin konacağı alan eleve edildi. Kıkırdak greft bu tünele yerleştirildi. Çalışmamızda postoperatif subjektif semptom düzelmesi ve cerrahi komplikasyonlar araştırıldı.

Bulgular: Hastaların 1'i kadın ve 11'i erkek olup ortalama yaşları 29,64±8,29 yıldı. Postoperatif 10 hastada (% 83.3) düz septum, 2 hastada (% 16.7) minimal rezidüel deviasyon gözlendi. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası 'Burun Tıkanıklığı Semptom Değerlendirme' puanları sırasıyla 66.81 ± 16.16 ve 10.91 ± 8.61 olarak saptandı ($p <0.0001$). Hastaların hiçbirinde orta çatı deformitesi ve revizyon cerrahisi de dahil olmak üzere postoperatif komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Seçilmiş olgularda, dorsal septal deviasyonların düzeltmesinde, kapalı septoplasti yöntemi ile endonazal orta çatı grefti uygulamasını basit, güvenli ve etkili bir teknik olarak tüm cerrahlara öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Nazal septum, dorsal septal deviasyon, septoplasti, kartilaj greftler.

Corresponding Author: İsmet ÇERÇİ, MD , Erdem MENGİ, MD

Adress: İsmet Çerçi, MD.
Department of Otolaryngology, Özel Ege Kent Hastanesi
Merkez, Sırakapılar, 495. Sk. No:27, 20125 Merkezefendi Denizli/Türkiye
e-mail: cerci.ismet@gmail.com

INTRODUCTION

Nasal septum deviation is one of the most common causes of nasal obstruction all over the world. For this reason, septoplasty operation is among the most common surgical procedures in otorhinolaryngology (ORL) and facial plastic surgery[1]. However, one of the most important causes of failure in nasal septum surgery is dorsal septal deviations[2]. In the upper part of the nasal septum quadrangular cartilage, the arc-shaped dorsal cartilage deviations starting from the anterior of the internal valve angle and extending along with the middle vault significantly narrow the internal nasal valve of that side and prevent the septum cartilage to remain in balance after surgery.

Standard conventional septoplasty techniques are generally sufficient for middle and posterior deviations but are insufficient especially for dorsal deviations[2]. Pathologies in this area can be left uncorrected during surgery, with the concern of lack of pre-operative planning or creating a saddle nose deformity. Removing the deviations under this region further weakens the strength in this area and makes the dorsal arc-shaped deviation more evident over time, so the patient's breathing problem is not solved. As a result of insufficient surgery, the complaint of nasal obstruction continues, especially in deformities affecting the nasal valve, and this prevents patients from benefiting from the operation. For this very reason, many surgeons prefer the open septorhinoplasty approach to reveal pathology with a complete view of the deformities in the dorsal septum area[3,4]. However, the open approach also has significant disadvantages such as prolonging the operation time and the recovery time of the patient and also damaging the major support mechanisms of the nose[5]. In addition, some patients do not have a significant nasal axis deviation or are at peace with the appearance of their nose and do not accept the open approach. For these reasons, there is a need for endonasal techniques that do not prolong the operation time and allow the patient to breathe optimally in patients with a nasal obstruction due to deviation involving the dorsal region of the septum.

In our study, we aimed to evaluate the surgical outcomes and postoperative complications of the endonasal septoplasty with middle vault grafting technique in patients with a nasal obstruction due to dorsal septal deviation but without significant nasal axis deviation.

MATERIALS AND METHODS

This study included 12 patients who underwent primary or revision endonasal septoplasty with middle vault graft application due to the C-shaped dorsal septal deviation that extending from the internal nasal valve angle to the keystone area between October 2019 and September 2020. Patients with prominent curved nasal deformity, S-shaped deviation of the nasal dorsum, subluxation of the caudal nasal septum, and patients who underwent concurrent endoscopic sinus surgery, concha surgery, and septorhinoplasty were excluded from the study. Patients were asked to fill the nasal obstruction symptom evaluation (NOSE) scale to evaluate their complaints before and 3 months after the operation. With the guidance of the scale, patients were asked five questions regarding their symptoms. The presence and severity of complaints such as swelling or feeling of fullness in the nose, nasal congestion, difficulty in sleeping, and difficulty in breathing through the nose, inability to breathe adequately through the nose during exercise, or fatigue were questioned with the questions from the scale. The symptom scores obtained from this scale ranged from 0-20, and the values obtained were multiplied by 5 to be evaluated in the range of 0-100 points. The patients were evaluated postoperatively as anterior rhinoscopy and endoscopy and were categorized into 3 groups; straight nasal septum, residual deviation, and severe deviation according to preoperative status. In our study, all surgical procedures, preoperative and postoperative anterior rhinoscopic and endoscopic evaluations were performed by the same surgeon (IC). The ethics committee approval for this study has been obtained from the ethics committee of *** University (60116787-020/14222). Informed consent was obtained from all the patients included in the study.

Surgical Procedure

All surgeries were performed under general anesthesia with an endonasal approach. In the surgical technique we applied, the mucoperichondrial flap was elevated by making a hemitransfixion incision on the deviated side (Figure 1A). Cartilage was excised from the lower part of the quadrangular cartilage and prepared as a graft (Figures 2A). After the mucoperichondrium of the dorsal deviated cartilage, which was aimed to be corrected, was elevated, in order to destroy the physical structure and strength of this deviation, marks were made with a scalpel perpendicular to the nasal dorsum from 4 or 5 places (Figure 2B). In some cases that had very significant deviation a 1mm cartilage segment was also excised from 2 locations. Then, a 5mm incision was made on the upper part of the opposite side, 0.5-1 cm behind the columella line and only the area where the graft would be placed was elevated in the submucoperichondrial plane (Figure 1B). The tunnel created for the middle vault graft was opened from anterior to

posterior only along the roof, with the upper border up to the upper lateral cartilage and the septum connection (Figure 1C). A cartilage graft prepared approximately 2cm long and 3-4mm wide was placed in this tunnel (Figure 1D). On the occasion of slight curvature in the graft, it was carefully placed so the convex side faced the opposite side of the deviation. The graft put on the upper vault and the marked deviated septum was sutured from anterior to posterior in 3 places and 2 places under the tunnel with 5-0 pds, including both sides of the mucoperichondrium (Figure 2C). Finally, silicone splints were placed in both nasal passages. The nasal splints were removed on the third postoperative day. For five days postoperatively all the patients received prophylactic antibiotherapy, analgesic, and decongestant treatment.

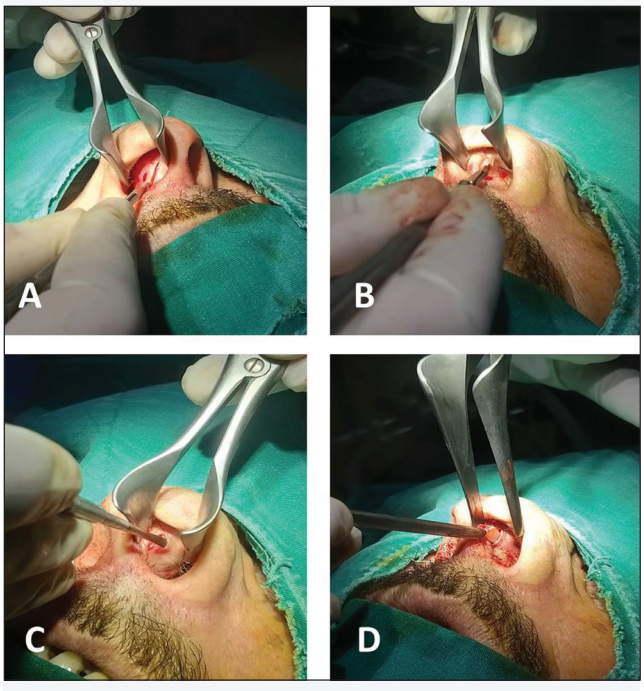


Figure 1. *Surgical illustration of endonasal middle nasal vault graft application. (A) A hemitransfixion incision was made on the deviated side, and the mucoperichondrial flap was removed. (B) An incision of 5mm was made on the upper part of the contralateral side 0.5 cm behind the columella line. (C) The area where the vault graft would be placed in the mucoperichondrium was elevated. (D) The cartilage graft prepared was placed in this tunnel.*

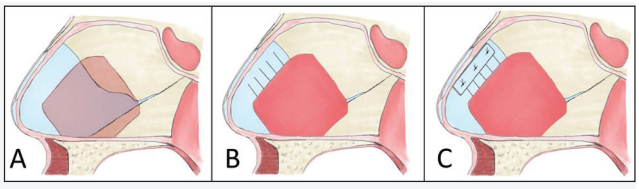


Figure 2. *Schematic illustration of endonasal middle nasal vault graft application. (A) The cartilage was removed from the 1/2 lower part of the septal cartilage to be prepared as a graft. (B) Marks were made with a scalpel perpendicular to the nasal dorsum to weaken the deviated dorsal cartilage. (C) The graft placed on the upper vault and the weakened deviated septum was sutured in 3 places.*

Statistical Analysis

The data were analyzed with SPSS 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY) package program. Continuous variables were expressed as mean ± standard deviation while minimum-maximum values and categorical variables were expressed as numbers and percentages. To examine the relationships between preoperative and postoperative NOSE scores a Wilcoxon paired two-sample tests were used. In all analyzes, $p < 0.05$ will be considered statistically significant.

RESULTS

Of the 12 patients included in the study, 11 were male (91.7%), 1 female (8.3%), and the mean age was 29.64 ± 8.29 years. Primary septoplasty was applied to 7 (58.3%) of the patients and revision septoplasty was applied to 5 (33.3%) of them.

The results of the NOSE scale obtained before the operation and in the second month after the operation of the patients included in the study can be seen in Table 1. The scale is scored between 0 and 100, and the higher scores indicate a much more severe nasal obstruction. While the mean preoperative NOSE score of the patients was 66.81 ± 16.16, this value was found to be 10.91 ± 8.61 postoperatively. A statistically significant decrease was observed in all scales when compared to the preoperative period ($p = 0.0001$). For NOSE score results, we had a very large effect size ($dz=3.99$) and with this result, we reached %100 power with %95 confidence.

Table 1. Preoperative and postoperative nasal obstruction symptom evaluation (NOSE) scores of the patients

	Score range	Preoperative	Postoperative	*P*-value
Nasal congestion or stuffiness	0-20	9.09±5.84	1.82±3.37	< .0001*
Nasal blockage or obstruction	0-20	15.91±3.75	4.09±3.02	< .0001*
Trouble breathing through my nose	0-20	16.82±3.37	2.27±3.44	< .0001*
Trouble sleeping	0-20	11.82±7.17	0.45±1.51	< .0001*
Unable to get enough air through my nose during exercise or exertion	0-20	13.18±6.03	2.27±4.67	< .0001*
NOSE score	0-100	66.82±16.7	10.91±8.61	<0.0001*

*p<0.05 the statistical significance level

Postoperative anterior rhinoscopy and endoscopic examination of the nasal cavity demonstrated that 10 patients (83.3%) had straight septum, 2 patients (16.7%) had minimal resid¬ual deviation. Septal deviation did not worsen in any patient compared to the preoperative period.

No malformation or middle vault deformity developed in any of the patients in the postoperative period. No complications like synechia, bleeding, infection or hematoma were encountered. None of the patients needed revision septoplasty.

DISCUSSION

Septoplasty operation, if performed with a correct diagnosis and correct maneuvers, is a surgery that improves the complaints of nasal congestion and increases the quality of life accordingly[6]. However, sometimes, septal deformities can be severe enough to force the surgeon. Especially deviations in the caudal and dorsal areas of the septum are difficult pathologies to correct by the conventional methods. Because in the conventional septoplasty technique, while the septal deformities are corrected, it is necessary to leave L-shaped cartilage support at least 1cm wide from both the caudal and the dorsal septum in order not to disrupt the skeletal support and integrity of the nose1. Excessive resection from the caudal septum will cause retraction and impairment of the nasal tip support in the columella, and excessive resection from the dorsum will cause saddle nasal deformity as a result of collapse on the nasal dorsum[7]. For this reason, conventional methods are insufficient in septum deviations including these regions, and additional methods are required for treatment. The endonasal middle vault graft application described in this study is intended to correcting dorsal septal deviations without excessive resection.

When evaluating a patient with septal deviation, pathologies in the posterior part of the septum and the presence of septal spurs stand out first. Caudal deviations are also relatively easy to diagnose because caudal deformities also create an aesthetic problem by causing asymmetry at the tip of the nose or reducing the projection, apart from nasal congestion. However, studies show that deviations in the dorsal part of the septum are often overlooked during evaluation and treatment[2]. Deviations in this area, especially by causing internal nasal valve stenosis, contribute significantly to nasal obstruction. In both septoplasty and septorhinoplasty, it is very important to correct the arc-shaped deviations in this region of the septum cartilage and to keep it in balance in the middle. If there can't be a fixed balance in this area, then, nasal type asymmetries can be seen in the nasal type as if lateral crus cephalic resections were performed asymmetrically and in the nasal axis in a septorhinoplasty case. Failing to correct the pathologies in this area during surgery due to the lack of preoperative planning and the concern of creating a saddle nose deformity is one of the most dominant reasons for septoplasty failure. In the study conducted by Chambers et al., The most common causes of obstruction in patients who underwent revision septoplasty were reported as 95% internal nasal valve stenosis and 65% dorsal septum deviations[8]. In a similar study, Becker et al. reported that 51% of patients who underwent revision septoplasty needed nasal valve surgery to correct nasal airway obstruction, but only 4% of patients who underwent nasal valve surgery during primary septoplasty needed revision surgery[9]. Therefore, when evaluating patients before septoplasty, dorsal deviation and internal nasal valve stenosis should be considered and surgical planning should be done accordingly.

In the presence of dorsal septal deviation, many surgeons prefer the external approach. The main advantage of external septoplasty is that the surgical area can be exposed in the best way and spreader grafts can be fixed properly. However, compared to the endonasal approach, the open approach causes an increase in operation time and cost, as well as more postoperative edema and pain[10]. For this reason, endonasal methods are needed to correct dorsal pathologies in patients who do not have crooked

nose deformities or are at peace with the shape of the nose. To avoid these problems associated with the open approach, various endonasal spreader graft placement methods have been proposed to date[11-13]. Among them are, fixing the graft with sutures on the nasal dorsum, using the submucoperichondrial pocket technique, or graft placement with intercartilaginous incision combined with transfixion incision. In the technique used in our study, the graft is placed in the subperichondrial tunnel opened after a small incision on the opposite side of the deviation. Besides in this technique, the graft is placed after weakening the arc-shaped deviations in the dorsal region by marking them from 4-5 places. The NOSE scale, which is a quality of life scale specific to nasal symptoms, was used in our study to evaluate the patients' complaints before and after the operation. The NOSE Scale is a scoring system that can be used in prospective studies and provides standardization of complaints and has been validated in Turkish[14]. At the end of our study, a significant decrease was found in the NOSE scores of all operated patients, and for which this result supports the success of the technique. Furthermore, none of our patients developed complications and did not require revision.

The advantages of the endonasal middle vault graft application defined in our study are as follows: 1- It is an easy-to-apply technique that all ENT physicians can do; 2- It is effective in the correction of dorsal septal deviations that conventional techniques have difficulty in correcting; 3- As it does not require an open approach, it does not damage the major support mechanisms of the nose; 4- This technique gives immediate information to the surgeon to whether the septum is properly corrected; 5- recovery takes a much shorter time.

This study contains some limitations. The main limitation is the relatively short follow-up period and the limited number of patients included in the study. Future studies with a larger number of patient groups could provide better information about the advantages and disadvantages of this method. Another limitation of our study is the use of subjective methods like endoscopic evaluation and NOSE score to evaluate postoperative results in patients. The effectiveness of the method can be better shown with more objective airway measurements such as acoustic rhinometry and rhinomanometry.

In conclusion, the endonasal septoplasty with middle vault graft application is a simple, safe, and effective technique for correcting dorsal deviations in selected cases. Therefore, we recommend this technique to all surgeons as an alternative method in the correction of dorsal septal deviations. We believe that such protective and effective techniques will be developed in septum surgery in the upcoming time and that there will be updates in septum surgery with cartilage preserving techniques rather than cartilage removal.

https://www.fpcd.org.tr/tr/video/embed/12643/video.html

REFERENCES

1. Most SP, Rudy SF. Septoplasty: Basic and Advanced Techniques. Facial Plast Surg Clin North Am 2017; 25:161-169.
2. Dobratz EJ, Park SS. Septoplasty pearls. Otolaryngol Clin North Am 2009; 42: 527-537.
3. Erbek S, Erbek SS. Correction of the dorsal septal deviation in crooked noses with spreader grafts. KBB-Forum 2003; 2(4).
4. Chaaban M, Shah AR. Open septoplasty: indications and treatment. Otolaryngol Clin North Am 2009; 42: 513-519.
5. Harsha BC. Complications of rhinoplasty. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2009; 21: 81-89.
6. Mengi E, Cukurova I, Yalçın Y, Yiğitbaşı OG, Karaman Y. Evaluation of operation success in patients with nasal septal deviation with quality of life scale and objective methods. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2011; 21: 184-191.
7. Erbek SS. Septoplasti. In: Erbek SS, ed. Güncel burun ve sinüs cerrahisi. Ankara: Aydede Matbaası, 2017; 15-26.
8. Chambers KJ, Horstkotte KA, Shanley K, Lindsay RW. Evaluation of Improvement in Nasal Obstruction Following Nasal Valve Correction in Patients with a History of Failed Septoplasty. JAMA Facial Plast Surg 2015; 17: 347-350.

9. Becker SS, Dobratz EJ, Stowell N, Barker D, Park SS. Revision septoplasty: review of sources of persistent nasal obstruction. Am J Rhinol. 2008 Jul-Aug;22(4):440-4.
10. Talmadge J, High R, Heckman WW. Comparative Outcomes in Functional Rhinoplasty With Open vs Endonasal Spreader Graft Placement. Ann Plast Surg 2018; 80: 468-471.
11. Kaya E, Catli T, Soken H, Cingi C. A novel technique for spreader graft placement without dorsum resection during septoplasty. J Laryngol Otol 2015; 129: 1025-1027.
12. Yoo DB, Jen A. Endonasal placement of spreader grafts: experience in 41 consecutive patients. Arch Facial Plast Surg 2012; 14: 318-322.
13. Samaha M, Rassouli A. Spreader graft placement in endonasal rhinoplasty: Technique and a review of 100 cases. Plast Surg (Oakv) 2015; 23: 252-254.
14. Karahatay S, Taşlı H, Karakoç Ö, Aydın Ü, Türker T. Reliability and validity of the Turkish Nose Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. Turk J Med Sci. 2018; 48: 212-216.

DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA LOCALIZED TO LACRIMAL SAC: A CASE REPORT AND A REVIEW OF THE LITERATURE
LAKRİMAL KESEDE LOKALİZE DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA: BİR OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

Ahmet Kürşad Güneş[1], Burak Erden[2] Ahmet Doblan[3], Burak Mustafa Taş[4]

[1]Ankara Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Ankara, Türkiye.
[2]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Mersin, Türkiye.
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye.
[4]Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Siirt, Türkiye.

ABSTRACT

We report a case of 18 years old female patient presented with epiphora, nasal obstruction, and a growing mass on her left eye for 2 weeks. The Magnetic Resonance Imaging scan shows a 45x35x34 mm mass, expanding the nasal septum and skin, originating from the lacrimal sac, lining to the nasal cavity, and destructing the orbital bone. After a dacryocystorhinostomy surgery and biopsy, Stage IIAE, low International Prognostic Index score, germinal center subtype diffuse large B-cell Non-Hodgkin lymphoma was diagnosed and Rituximab-Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, Prednisone treatment with intrathecal Methotrexate prophylaxis was started. After a 24 month follow-up period, the patient is still asymptomatic and in complete remission.

Primary lymphomas of the lacrimal sac which are extremely rare can imitate mucoceles. Therefore they should be included in the list of differential diagnoses of the lacrimal sac masses.

Keywords: diffuse large B cell lymphoma, lacrimal sac, nasal cavity

ÖZET

Biz bu olgu sunumumuzda, sol gözünde 2 haftadır ortaya çıkan; burun tıkanıklığı ve epiforanın eşlik ettiği, kitle lezyonu ile prezente olan 18 yaş kadın hastayı sunmayı amaçladık. Hastanın çekilen MR'da, lakrimal kesede köken alan, nazal septum ve cilde doğru ekspanse olan, orbital kemiği destrükte eden ve nazal kaviteye uzanım gösteren 45x35x34 mm'lik kitle tespit edildi. Hastaya dakriyosistorinostomi operasyonu uygulandı ve lezyondan biyopsi alındı. Biyopsi ve evreleme sonucunda, düşük International Prognostic Index skorlu, germinal merkez fenotipinde, evre IIAE Diffüz Büyük B Hücreli Non Hodgkin Lenfoma tanısı konuldu. Hastaya Rituksimab-Siklofosfamid, Adriamisin, Vincristine, Prednizolon rejimi ile birlikte İntratekal Metotreksat tedavisi başlandı. Tedavi tamamlandıktan sonra, 24 aylık takip sonrasında, hasta halen tam remisyonda ve asemptomatik olarak izlenmektedir.

Çok nadir olarak tespit edilebilen primer lakrimal kese kaynaklı lenfomalar mukoseli taklit edebilirler. Lakrimal kese kaynaklı kitlelerin ayrıcı tanısında çok nadir görülse de lenfomalar da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diffüz büyük B hücreli lenfoma, lakrimal kese, nazal kavite

Sorumlu Yazar: Uzm. Dr. Burak ERDEN

Adres: Korukent Mah., 96015 Sok. Mersin Entegre Sağlık Kampüsü, 33240 Toroslar/Mersin/Türkiye.
E-mail: burakerden@windowslive.com

Introduction

Lacrimal sac tumors are extremely uncommon, however, it is ofmost importance to recognize early for possible life-threatening diseases since lacrimal sac tumors erroneously diagnosed as chronic dacryocystitis. Tumors of the lacrimal sac are divided into two groups: epithelial and non-epithelial subtype. The vast majority of the lacrimal sac tumors are histologically benign and have an epithelial origin[1]. Also, epithelial tumors are the most frequent type of malignant tumors arising from the lacrimal sac[2].

The most common subtype of non-Hodgkin lymphoma among adult patients is the diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)[3]. DLBCL shows a heterogeneous spread of a disease that can arise in almost any part of the body with both nodal and extra-nodal involvement. The presenting symptoms are diverse and depend on the site of involvement. Lacrimal sac lymphomas may arise from the lacrimal sac (primary lacrimal sac lymphoma) or as a result of systemic spread of lymphoma (secondary lacrimal sac lymphoma)[4]. Primary lacrimal sac lymphomas are extremely rare. Around 50-60 cases have been contributed to the literature[5]. The most common subtypes among the primary lacrimal sac lymphomas are the extranodal marginal zone lymphoma and the diffuse large B cell lymphomas. However, cases of primary lacrimal sac lymphomas diagnosed withNatural killer (NK) / T cell and follicular lymphoma subtype have also been published in the literature[4, 6].

We aimed to present a case of a primary germinal center subtype DLBCL originating from the lacrimal sac, on the left orbit, and lining to the nasal cavity, in a young female patient which is rare and atypical presentation.

Case Report:

18 years old female patient with unremarkable medical history was on lactation for two months and presented with epiphora, nasal obstruction, and a growing mass on her left eye for 2 weeks. (Figure 1) She denied not only any nasal pain, epistaxis, visual disturbances, or numbness but also systemic or B symptoms. The physical examination reveals a mass obliterating the nasal cavity on the superior region. The Magnetic Resonance Imaging (MRI) scan shows a 45x35x34 mm mass, expanding the nasal septum and skin, originating from the lacrimal sac, lining to the nasal cavity, and destructing the orbital bone. (Figure 2) During the tumor excision, a capsulized heterogenous pink soft mass over the lacrimal sac, infiltrating the orbital bone was observed. The lacrimal sac tumor was totally removed. (Figure 3) The pathological results revealed the diffuse infiltration of medium-size to large neoplastic cells with high mitotic activity. The immunohistochemical stains showed the characteristics of Cluster of Differentiation (CD) 19(+), CD20 (+), CD79a(+), BCL-6 (+), CD10 (+) CD3 (-), CD5 (-) Cyclin D1(-), and CK (-) with a 90% of Ki67 proliferation index, compatible with the diagnosis of diffuse large B cell lymphoma (DLBCL). According to the Hans algorithm, the Germinal center type Diffuse large B cell Lymphoma was identified[7]. (Figure 4) The whole-body fludeoxyglucose (FDG) positron emission tomography (PET) scan established an increased FDG uptake in the left lacrimal sac, involving the medial aspect of the left orbital cavity and extending to the nasal cavity. (SUV-max: 33). A bone marrow biopsy depicted no bone marrow involvement. Stage IIAE, low International Prognostic Index (IPI) score, germinal center subtype DLBCL Non-Hodgkin lymphoma (NHL) was diagnosed and Rituximab - Cyclophosphamide,Doxorubicin, Vincristine,Prednisone(R-CHOP) treatment with intrathecal Methotrexate (IT-MTX) prophylaxis was started. After 6 cycles of R-CHOP and 4 cycles of IT-MTX, complete remission was achieved with a negative PET scan. After a 24 month follow-up period, the patient is still asymptomatic and in complete remission.

Figure Legends:



Figure 1. Preoperative patient photo

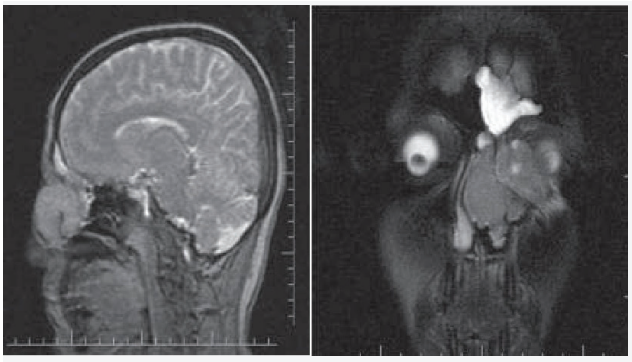


Figure 2. Orbital magnetic resonance imaging, coronal

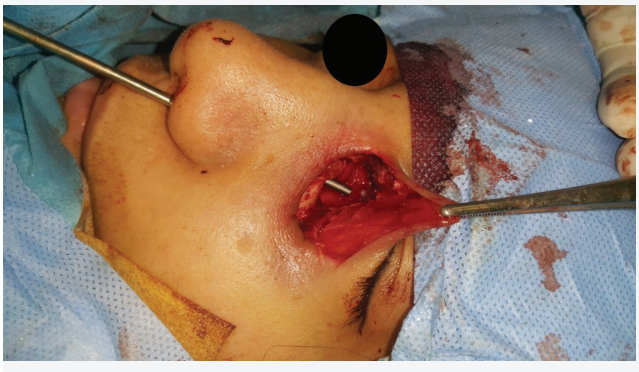


Figure 3. Patient photo during surgery

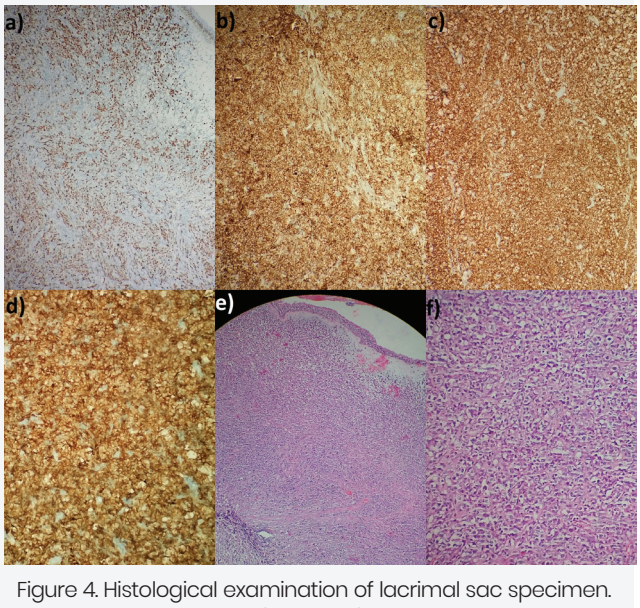


Figure 4. Histological examination of lacrimal sac specimen. A Lacrimal sac biopsy (BCL6 x40). b Lacrimal sac biopsy (CD10 x100) c Lacrimal sac biopsy (CD20 x100) d Lacrimal sac biopsy (CD79a x200) e Lacrimal sac biopsy (H&E 40) f Lacrimal sac biopsy (H&E 100)

Discussion: Ocular lymphomas are classified into two groups: Ocular adnexal and intraocular lymphomas. Ocular adnexal lymphomas, which constitute 8% of all extranodal lymphomas, can originate from the eyelid, lacrimal gland, conjunctiva, orbital fat, extraocular muscles, lacrimal sac and eyelid[8]. Epiphora and painless swelling of the lower eyelid may be the initial symptom of the lacrimal sac tumors which were erroneously diagnosed as chronic dacryocystitis especially in patients with nasolacrimal duct involvement[9,10]. Definitive diagnosis is made by MRI and biopsy[11].

Flanagan et al examined 115 patients diagnosed with lacrimal sac tumors. The rate of lymphoproliferative diseases were 10%[12]. Kutorovic et al. published the results of 3865 routine biopsy results during the Dacryocystorhinostomy (DCR) operation, pathology other than the inflammation was observed in 226 cases. 11% of these 226 cases were diagnosed with lymphoproliferative disease[13].

One of the largest case series on the primary lacrimal sac lymphomas, the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) published a study, consisting of a total of 15 patients diagnosed with the primary lacrimal sac lymphoma[4]. In histological subtyping, 5 of the patients were diagnosed with extranodal marginal zone B cell lymphoma Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma and 5 were diagnosed with diffuse large B cell lymphoma. In this study, 60% of all patients were female with a median age of 71 (45-95). The median age of patients who were diagnosed with diffuse large B cell lymphoma was 69. The most common symptom was swelling in the nasolacrimal region and epiphora. Our case is an 18-year old female with stage II AE, germinal center phenotype diffuse large B cell lymphoma who applied to the hospital with similar complaints. In contrast to this study, our patient is very young whereas the youngest patient in EORTC cohort was 45 years old.

Primary lacrimal sac lymphoma cases from Japan have been published, and a total of 5 patients were reported[5]. In this case series, 60% of the patients were female and the median age was 49.8 (36-62). Histologically, diffuse large B cell lymphoma was detected in 3 patients, while extra-nodal marginal zone lymphoma was detected in the other 2 patients. While 4 of the patients were treated with chemoimmunotherapy, 1 patient received chemotherapy and radiotherapy. Cases diagnosed with diffuse large B cell lymphoma were treated with 6-8 cycles of R-CHOP. After a median 23-month follow-up period, 4 patients are still followed with complete remission.Yip et al. reported on 11

patients with leukemia-lymphoma infiltration as a result of lacrimal sac biopsy which was performed during the DCR operation at the Mayo Clinic. The median age of patients was 72 (49-85), 64% of whom are female[14].

Almost all lacrimal sac lymphoma case series and case reports described in the literature were published in a review by Singh et al in 2019[15]. A total of 102 patients with primary or secondary lymphoma involvement of the lacrimal sac were included in this review. Primary lymphoma was observed in 63 patients while secondary lymphoma in 39 patients. The most common presenting symptom was epiphora with 96% of cases. The mean age of patients in the primary lymphoma group was 55 and 57% were women. The most common histological subtypes among the primary lymphoma cases were diffuse large B cell lymphoma with 43% and marginal zone lymphoma with 24%. Almost 80% of cases were treated with chemotherapy with or without surgery. The mortality rate in the primary cases was 11% while the mortality rate was higher in the secondary lymphoma group (%22). With the results of this review, which includes almost all cases in the literature, our case appears to be compatible with the findings of these reports as the initial symptoms, histological subtype, and nasal and orbital extension pattern. However, our case was diagnosed at a very young age compared to the cases observed in the literature.

In another case, reported from Japan, a 51-year-old female patient was admitted with epiphora in the right eye for 3 months and swelling for 1 month, and the germinal central phenotype stage I-A diffuse large b cell lymphoma originating from lacrimal sac was diagnosed. The patient received R-CHOP chemotherapy, at the end of the 5th cycle, symptoms were fully resolved. The complete response was achieved at the end of cycle 6[16]. This patient was the only case report with a germinal center subtype DLBCL in the lacrimal sac contributed to the literature.

In the published literature, one of the cases with diffuse large B cell lymphoma originating from primary lacrimal sac at a young age is a 10-year-old child reported by Schefler et al[17]. Presenting symptoms were similar to our case, and a complete response was observed with CHOP chemotherapy. Another young case diagnosed with primary lacrimal sac lymphoma was reported by Saccona et al[18]. A 21-year-old male patient was diagnosed with diffuse large B cell Non-Hodgkin lymphoma in the lacrimal sac, and a complete response was obtained with CHOP therapy.

For lymphoma subtypes, the nasal cavity is the prevalent site for T-cell lymphoma involvement, particularly NK / T-cell lymphomas, whereas the involvement of paranasal sinuses without nasal disease is more common in B-cell lymphomas[2,8]. The vast majority of nasolacrimal lymphoma can be seen with advanced-stage disease and in elderly patients depending on the findings of previous case reports and small studies[4,5]. Adversely, our patient is a young female adult, and nasolacrimal involvement accompanies with early-stage disease.

Treatment is typically a combination of chemotherapy, surgery, with or without irradiation but, since there are a small number of cases, there is currently no widely accepted treatment protocol for primary lacrimal sac lymphoma[4, 14, 19-21]. In our patient after DCR surgery, R-CHOP treatment with intrathecal prophylaxis was started. After 6 cycles of R-CHOP chemotherapy and 4 cycles of intrathecal MTX, we achieved a durable complete response with a negative PET scan.

Conclusion: Primary lymphomas of the lacrimal sac are extremely rare and may mimic another diagnosis. A differential diagnosis depending on radiology and biopsy is essential for making an accurate diagnosis. The current treatment of choice for lacrimal sac DLBCL is the R-CHOP regimen.

References

1. Heindl LM, Jünemann AG, Kruse FE, Holbach LM. Tumors of the lacrimal drainage system. Orbit. 2010;29(5):298-306.
2. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood. 2016;127:2375-90.
3. Tilly H, Gomes da Silva M, Vitolo U et al. Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015;26 Suppl 5:v116-25.
4. Sjo LD, Ralfkiaer E, Juhl BR et al. Primary lymphoma of the lacrimal sac: an EORTC ophthalmic oncology task force study. Br J Ophthalmol. 2006;90:1004-9.
5.Sabundayo MS, Takahashi Y, Kakizaki H. Lacrimal sac lymphoma: A series of Japanese patients. Eur J Ophthalmol. 2019;29:678-84.

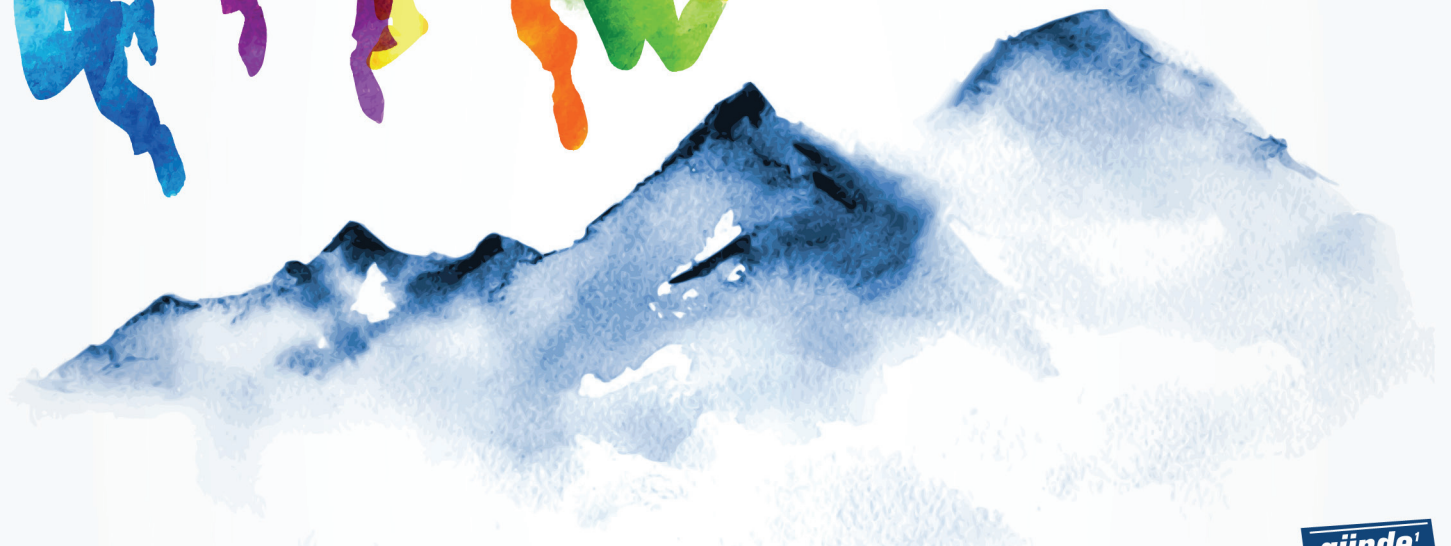
6. Mikhail M, Michel RP, Chankowsky J et al. Epiphora as first presenting sign of primary extranodal NK/T-cell lymphoma of the lacrimal sac. Orbit. 2017;36:19-21.
7. Hans CP, Weisenburger DD, Greiner TC et al. Confirmation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray. Blood. 2004;103:275-82.
8. Coupland SE. [Lymphoproliferative lesions of the ocular adnexa. Differential diagnostic guidelines]. Ophthalmologe. 2004;101:197-215; quiz 6-7.
9. de Palma P, Ravalli L, Modestino R et al. Primary lacrimal sac B-cell immunoblastic lymphoma simulating an acute dacryocystitis. Orbit. 2003;22:171-5.
10. Palamar M, Midilli R, Ozsan N et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the lacrimal sac simulating chronic dacryocystitis. Auris Nasus Larynx. 2011;38:643-5.
11. Parikh D, Rodgers R, Kodsi S. Primary lacrimal sac diffuse large B-cell lymphoma in a child. J AAPOS. 2019;23:53-5.
12. El-Sawy T, Frank SJ, Hanna E et al. Multidisciplinary management of lacrimal sac/nasolacrimal duct carcinomas. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2013;29(6):454-7.
13. Koturovic Z, Knezevic M, Rasic DM. Clinical significance of routine lacrimal sac biopsy during dacryocystorhinostomy: A comprehensive review of literature. Bosn J Basic Med Sci. 2017;17:1-8.
14. Yip CC, Bartley GB, Habermann TM et al. Involvement of the lacrimal drainage system by leukemia or lymphoma. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2002;18:242-6.
15. Singh S, Ali MJ. Lymphoproliferative tumors involving the lacrimal drainage system: a major review. Orbit. 2020;39:276-84.
16. Kakutani S, Takahashi Y, Valencia MRP et al. Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Lacrimal Sac in a Japanese Patient. Case Rep Ophthalmol. 2018;9:516-9.
17. Schefler AC, Shields CL, Shields JA et al. Lacrimal sac lymphoma in a child. Arch Ophthalmol. 2003;121:1330-3.
18. Sjö LD. Ophthalmic lymphoma: epidemiology and pathogenesis. Acta Ophthalmol. 2009;87 Thesis 1:1-20.
19. Litschel R, Siano M, Tasman AJ et al. Nasolacrimal duct obstruction caused by lymphoproliferative infiltration in the course of chronic lymphocytic leukemia. Allergy Rhinol (Providence). 2015;6:191-4.
20. Montalban A, Lietin B, Louvrier C et al. Malignant lacrimal sac tumors. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2010;127:165-72.
21. Parmar DN, Rose GE. Management of lacrimal sac tumours. Eye (Lond). 2003;17:599-606.

Muscoflex DUO▼

Diklofenak sodyum / Tiyokolşikosid



Harekette ÖZGÜR OL



- Ağrılı kas spazmlarının semptomatik tedavisi,
- Osteoartrit,
- Eklem dışı romatizma,
- Vertebral kolonun ağrılı sendromlarında,
- Travma sonrası ve postoperatif ağrılarda endikedir.[1]

günde 2X1



Referanslar:
1. MUSCOFLEX DUO 75 mg/8 mg değiştirilmiş salımlı tablet kısa ürün bilgisi

▼ Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlilik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri beklenmektedir.

Ürün adı: MUSCOFLEX DUO 75 mg/8 mg değiştirilmiş salımlı tablet Bileşimi: Her tablet 75 mg Diklofenak sodyum, 8 mg Tiyokolşikosid. Farmakolojik özellikleri: Antiinflamatuvar ve anti-romatizmal ürünler, non-steroidler, asetik asit türevleri ve ilişkili maddeler ve santral etkili miyorelaksan. ATC kodu: M01AB05 (diklofenak sodyum) ve M03BX05 (tiyokolşikosid) Endikasyonlar: Osteoartrit, vertebral kolonun ağrılı sendromları, eklem dışı romatizma, ağrılı kas spazmlarının semptomatik tedavisi, travma sonrası ve postoperatif ağrılar. Pozoloji ve uygulama şekli: Hastalığın şiddetine bağlı olarak günde maksimum 2 tablet kullanılmaktadır. Tedavi süresi 5-7 gün olup, toplam tedavi süresi ardışık 7 gün ile sınırlıdır. Kontrendikasyonlar: İçeriğindeki maddelerin herhangi birine karşı aşırı duyarlılık, aktif gastrit/intestinal ülser, kanama/perforasyon, ciddi karaciğer, böbrek ve kalp yetmezliği, asetilsalisilik asit/diğer prostaglandin sentetaz enzimini inhibe eden NSAİ ilaç kullanımı ile astım krizi, ürtiker ve akut nezlesi alevlenen hastalarda, koroner arter bypass greft ameliyatı durumunda perioperatif ağrı tedavisinde, gevşek paralizide, adale hipotonisinde, iskemik kalp hastalığı, periferik arter hastalığı ve/veya serebrovasküler hastalıkta, tüm gebelik ve laktasyon süresince, 18 yaş ve altındaki çocuklarda kontrendikedir. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Epilepsisi olan ya da nöbet geçirme riski olan hastalarda nöbetleri hızlandırabilir. Karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalar ile geriyatrik popülasyonda dikkatle kullanılmalıdır. Diyare gerçekleşirse dozlama azaltılmalıdır. Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı olan hastalarda yakın medikal takip yapılmalıdır. GI kanama ve ülserasyon gelişmesi halinde tedavi bırakılmalıdır. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri: Diğer NSAİ ve/veya kas gevşetici ilaçlarla birlikte kullanımından kaçınılmalıdır. ADE-inhibitörleri, lityum, diüretikler, antihipertansif ajanlar, furosemid, digoksin, kortikosteroidler, antikoagülanlar, antitrombosit ajanlar, varfarin, aspirin, antidiyabetikler, metotreksat, siklosporin, takrolimus ve fenitoin ile etkileşim görülebilir. Gebelik ve Laktasyonda kullanımı: Gebelik kategorisi X'tir. Gebelik potansiyeli olan kadınlarda, gebelik döneminde ve laktasyon döneminde kullanılmamalıdır. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: İlaç kullanımı sırasında görme bozuklukları, baş dönmesi, vertigo, uyku hali ya da diğer merkezi sinir sistemi bozuklukları yaşayan hastalar araç veya makine kullanmamalıdır. İstenmeyen etkiler: Baş ağrısı, baş dönmesi, somnolans, aşırı duyarlılık, anafilaktik ve anaflaktoid reaksiyonlar, deri döküntüleri, kaşıntı, vertigo, astım, bulantı, kusma, diyare, dispepsi, abdominal ağrı, gaz, anoreksi ve transaminazlarda artış. Ambalajın niteliği ve içeriği: Karton kutuda, 10 ve 14 tablet içeren PVC/PVDC-Al folyo blister ambalajlarda ve kullanma talimatı ile sunulmaktadır. Fiyatı/fiyat tarihi: 42,91 TL/Mayıs 2021 Ruhsat tarihi-no: 31.08.2015-2015/664 Ruhsat sahibi: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Son Güncelleme: Mayıs 2021 (P7) Reçeteli satılır. Ürünlerimiz ile ilgili advers olayları hastaguvenligi@bilimilac.com adresine e-posta göndererek veya 0850 226 27 00 iletişim numarasını arayarak ürün güvenliliği sorumlusuna bildirebilirsiniz. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Bilim İlaç San ve Tic. A.Ş 34440 Beyoğlu/İstanbul. www.bilimilac.com

bilim İLAÇ

BİL 6788 MUSDUOT 031

YÜZ PLASTİK CERRAHİ DERNEĞİ 2005

Koşuyolu Mah. Ali Nazime Sk. No: 45
Koşuyolu 34718 Kadiköy İstanbul
Telefon : +90 (216) 428 95 51
Faks : +90 (216) 428 95 91
E-posta : info@fpcd.org.tr
Web :www.fpcd.org.tr

ÜYELİK FORMU

Yüz Plastik Cerrahi Derneği Yönetim Kuruluna,
Derneğinize üye olmak istiyorum. Gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

__/__/__

Ad Soyad : _____

İmza: _____

Uzmanlığınızı işaretleyiniz :

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	☐Asistanı /	☐Uzmanı
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	☐Asistanı /	☐Uzmanı
Dermatoloji	☐ Asistanı /	☐Uzmanı
Göz Hastalıkları	☐Asistanı /	☐Uzmanı

Lütfen üyelik için gerekli olan aşağıdaki bilgileri okunaklı olarak yazınız:

T.C. No : _____
Anne Adı : _____
Baba Adı : _____
Doğum Yeri : _____
Doğum Tarihi : _____
E-mail : _____
Kurum : _____
Cep Telefonu : _____
Adres : _____

Dernek tüzüğüne göre başvurular KBB uzmanı 2 asil üye tarafından desteklenmelidir.
Yüz Plastik Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu ilk toplantısında üyelik başvurusunun kabulüne veya reddine karar verir.

Destekleyen Üyeler

Ad Soyad : _____ Ad Soyad : _____

İmza : _____ İmza : _____



Değişen Dünyaya Hızla Uyum Sağlayacak Kadar **Esnek**
Sadece Nadir Çözümler Sunacak Kadar **Farklı**
Bu Alanda Dünya Öncüsü Olacak Kadar **Cesur**

Gelecek **GENe** Gelecek

GEN-21-15

Dysport®
BOTULINUM TOXIN TYPE A



HASTA MEMNUNİYETİ

İçin Hızlı Ve Uzun Süreli Etki[1,2,3]

Dysport®
BOTULİNUM TOKSİN TİP A

- Glabella çizgilerinin *(kaşlar arasındaki dikey çizgiler)* görünümünde geçici iyileştirme tedavilerinde,
- Lateral kantal çizgilerinin *(kazayağı çizgileri)* görünümünde geçici iyileşme tedavilerinde,
- Aksiller hiperhidroz tedavilerinde endikedir. [4]

Referanslar: 1. . Moy R. et al. Long-term Safety and Efficacy of a New Botulinum Toxin Type A in Treating Glabellar Lines Arch Facial Plast Surg. 2009;11:77-83. **2.** Brandt F, Swanson N, Baumann L, Huber B. Randomized, placebo-controlled study of a new botulinum toxin type A for treatment of glabellar lines: efficacy and safety. Dermatol Surg. 2009;35(12):1893-901. **3.** Ascher B et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and safety of 3 doses of botulinum toxin A in the treatment of glabellar lines. J Am Acad Dermatol. 2004;51:223-33. **4.** Dysport Kısa Ürün Bilgisi

DYSPORT 500 U enjeksiyonluk çözelti için toz içeren flakon Etkin madde: 500 U Clostridium botulinum tip A toksin-hemaglutinin kompleksi **Endikasyonları:** Yetişkinlerde, üst ekstremiteyi etkileyen fokal spastisitenin semptomatik tedavisinde, Yetişkinlerde, inme veya travmatik beyin hasarından (TBI) kaynaklanan ve ayak bileğini etkileyen alt ekstremite fokal spastisitesinin semptomatik tedavisinde, İki yaş veya üzeri pediyatrik serebral palsi hastalarında spastisiteden dolayı dinamik ekinus ayak deformitesinde, İki yaş ve üzeri pediyatrik serebral palsi hastalarında üst ekstremiteyi etkileyen fokal spastisitenin semptomatik tedavisinde, Spazmodik tortikolis, Blefarospazm, Hemifasiyal spazm, Yaşam kalitesini etkileyen ve lokal tedaviye dirençli, kalıcı aksiller hiperhidroz, 65 yaş altı yetişkin hastalarda alın bölgesinde görülen orta ila şiddetli derecedeki glabella çizgilerinin (kaşlar arasındaki dikey çizgiler) görünümünde geçici iyileştirme, 65 yaş altı yetişkin hastalarda, maksimum gülüş sırasında gözlenen ve şiddeti hastanın psikolojisi üzerinde önemli etkiye sahip lateral kantal çizgilerinin (kazayağı çizgileri) görünümünde geçici iyileşme tedavilerinde endikedir.
Pozoloji ve uygulama şekli: DYSPORT üniteleri DYSPORT'a spesifiktir ve uygulama dozları diğer botulinum toksin preparatlarının dozlarından farklıdır. Ürünün sulandırılması ile berrak, renksiz, partikül madde içermeyen bir çözelti elde edilir. Sulandırma talimatlarında belirtilen hacimler, her endikasyon için özel konsantrasyon verir. **İstenmeyen etkiler:** Ağız kuruluğu, kaslarda aşırı güçsüzlük, disfaji, ölümcül sonuçlar doğurabilen aspirasyon/aspirasyon pnömonisi gibi toksinin uygulama yerinden uzağa yayılmasından doğan yan etkiler bildirilmiştir. Hipersensitivite reaksiyonları pazarlama sonrası deneyim olarak ayrıca bildirilmiştir. **Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri:** Botulinum toksinin etkileri, nöromüsküler fonksiyonu direkt veya indirekt olarak etkileyen ilaçlarla (örneğin aminoglikozitler, kürar benzeri non-depolarizan blokörler, kas gevşeticiler) artabilir. Bu ilaçlar, yan etki potansiyelinden dolayı, botulinum toksini ile tedavi gören hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Kontrendikasyonları: DYSPORT bileşenlerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılığı bilinen kişilerde kontrendikedir. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Toksinin uygulama bölgesinden diğer bölgelere yayılmasından doğan yan etkiler bildirilmiştir. Terapötik dozlarla tedavi gören hastalarda aşırı kas zayıflığı olabilir. Bu şekildeki istenmeyen etkilerin oluşum riski, önerilen maksimum dozun aşılmaması ve mümkün olan en düşük etkili dozun kullanılmasıyla azaltılabilir. DYSPORT, yutma güçlüğü veya solunum güçlüğü öyküsü bulunan hastalarda, toksin etkisinin ilgili kaslara yayılması mevcut durumu kötüleştirebileceğinden dikkatli kullanılmalıdır. DYSPORT, belirgin defektif nöromüsküler iletimin klinik veya sub-klinik kanıtlarını gösteren hastalarda (örn. miyastenia gravis) yakın medikal gözlem altında ve dikkatli kullanılmalıdır. DYSPORT'un önerilen doz ve uygulama sıklığı aşılmamalıdır. DYSPORT, çocuklarda serebral palsi ile ilişkili spastisite tedavisi için sadece 2 yaş veya üzerindeki çocuklarda kullanılmalıdır. İntramüsküler enjeksiyon şeklinde uygulandığında DYSPORT, önerilen enjeksiyon yer(ler)inde enflamasyon/enfeksiyon bulunan veya kanama süresi uzun olan hastalarda yalnızca çok gerekli olduğunda kullanılmalıdır. DYSPORT alan hastalarda botulinum toksine karşı nadiren antikor oluşumu bildirilmiştir. Gebelik ve laktasyon: Gebelik kategorisi C'dir. DYSPORT hamilelik sırasında yalnızca yarar fetüse karşı potansiyel riski doğruluyorsa kullanılmalıdır. Gerekli olmadıkça gebelik döneminde kullanılmamalıdır. Laktasyon süresince Clostridium botulinum tip A toksin-hemaglutinin kompleksinin kullanımı önerilmemektedir. **Üreme yeteneği/Fertilite:** Erkek ve dişi sıçanlardaki çalışmalar, fertilite üzerine etkiler göstermiştir Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Araç veya makine kullanım yeteneğini geçici olarak etkileyebilecek kas güçsüzlüğü veya görsel bozuklukların oluşma riski bulunmaktadır. **Doz aşımı ve tedavisi:** Aşırı dozlar uzakta ve derin nöro-müsküler paralizi oluşturabilir. Aşırı dozlar solunum kaslarının paralizine neden olduğunda solunum desteği gerekebilir. Genel destekleyici tedavi önerilir. **Saklama koşulları:** Buzdolabında saklayınız (2°C ila 8°C). Dondurmayınız. Ürünün sulandırmadan sonra 2-8 °C'de 24 saatlik stabilitesi gösterilmiştir. Mikrobiyolojik açıdan, sulandırma yöntemi mikrobiyal kontaminasyon riskinin önüne geçmedikçe, ürün derhal kullanılmalıdır. Ambalajı içindeki ürünün raf ömrü 2-8 °C'de saklandığında 24 aydır. Ambalajın niteliği ve içeriği: Enjeksiyonluk çözelti için 500 Ünite botulinum toksin tip A tozu içeren, bir tıpa (bromobütil kauçuk) ve bir mühürle (alüminyum) birlikte 3 mL hacimli 1 adet flakon (tip I cam). Depocu fiyatı: 834,82 TL. (20/02/2021). Reçeteli satılır. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödemesi yapılmaktadır. **Ruhsat sahibi:** GEN İLAÇ ve SAĞLIK ÜRÜNLERİ SAN. ve TİC. A.Ş. Mustafa Kemal Mah. 2119. Sok. No:3 D:2-3 Balgat 06520 Çankaya, ANKARA. Tel: 0 312 219 62 19 Faks: 0 312 219 62 03 **Üretici firma:** Ipsen Biopharm Ltd., Ash Road, Wrexham Industrial Estate, Wrexham LL 13 9 UF Birleşik Krallığı. **Ruhsat tarihi:** 31.07.2002 **Ruhsat no:** 112/92 **KÜB güncellenme tarihi:** 08/04/2021. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. www.genilac.com.tr

IPSEN Innovation for patient care | Gen

DYSPORT –21 –07