

# Yarık Damak Dudak Aile Rehberi

Mübin Hoşnuter\*, Erol Aktunç\*\*, Eksal Kargı\*, Murat Ünalacak\*\*,  
Orhan Babuccu\*, Nejat Demircan\*\*, Ahmet Işıkdemir\*

\*Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D., Zonguldak.  
\*\* Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği A.D., Zonguldak.

## Özet

Yarık dudak ve damak deformitesi ile yaşamak, hem aile hem de çocuk için ciddi bir problemdir. Yarık dudak ve damak deformitesi üst çene kemiğini oluşturan embriyonik dokuların yetersiz birleşmesi sonucunda gelişmektedir. Bu deformite bazen ağız tavanının hem yumuşak hem sert damak bölümlerini içine alabilmektedir. Canlı doğumlarda yarık dudak ve damak insidansı Asyalılarda 1:470-850 , Siyah ırkta 1:1370-5000 ve Beyaz ırkta ise 1:775-1000 olarak tahmin edilmektedir. Yarık dudak ve damak deformitesi multifaktoryel etiyolojiye sahiptir. Deformiteli çocukların bakımında dikkat edilmesi gereken önemli noktalar, beslenme, hava yolunun açık tutulması, ortakulak hastalıkları ve eşlik edebilecek diğer anomalilerdir. Bebek doğumu takiben taburcu edilirken mutlaka bir plastik cerrah tarafından değerlendirilmelidir. Çocuğun tıbbi bakımında birçok tıbbi branş rol almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yarık dudak ve damak , hasta bilgilendirme

## Abstract

### Family guide of cleft lip and palate

Living with a child who has a cleft lip and palate deformity is a serious problem to overcome for both the child and the family. A cleft lip and palate is an incomplete fusion of the embryonic processes of the upper jaw sometimes including the bony and soft tissues of the roof of the mouth. The incidence of cleft lip and palate among live born babies is estimated to be 1:470-1:850 in asians, 1:1370-1:5000 in blacks and 1:775-1:1000 in whites . Clefing of lip and palate seems to be multifactorial in nature. Important points about the care for children with CLP are feeding, maintenance of an airway, middle ear diseases and possibility of other abnormalities. Infant should be evaluated by a plastic surgeon soon after discharge from the hospital. The medical treatment for your child usually necessitate several medical specialists. So your child's doctor or team is best able to chart the course for you.

**Keywords:** Cleft lip and palate, patient information.

## Giriş

Doğumsal anomalisi olan bir çocuğun aileye kabul edilmesi çoğu zaman zordur. Bu durum ile birlikte yaşamayı öğrenirken birçok soru aklınıza gelecektir: Bu durumun nedeni nedir? Acaba bu durum benim suçum mu? Bebeğimi nasıl besleyeceğim? Doktorlar deformiteyi ne zaman onaracaklar? Acaba çocuğumda zeka geriliği olacak mı? Bundan sonraki çocuklarım da etkilenecek mi? Bu deformiteye sahip olan bebeklerin ailelerinin bu yazıda yeterli ve doğru bilgiye ulaşabileceklerini düşünmekteyiz.

### Yarık dudak ve damak nedir? (YDD)

YDD, üst çene kemiği ve ağız tavanını oluşturan yumuşak doku ve kemik dokuları oluşturan embriyonik uzantıların yetersiz birleşmesinden ileri gelmektedir. Dudak yarıklanmalarına neden olan gelişimsel anomaliler gebeliğin 4-7. haftalarında(1), damak yarıklanmalarına neden olan gelişimsel anomaliler ise gebeliğin 7-12. haftalarında(2,3) etkilerini göstermek-

tedirler.

Araştırmalarda kullanılan farklı yöntemlerden dolayı kesin sıklığı belirlemek mümkün değildir. Bir oran vermek gerekirse Türkiye'deki sıklık 1:1000, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sıklık ise 1:600-1000'dir.(4) Verilere ölü doğum ve düşükler de katılırsa deformitenin görülme sıklığı belirgin olarak artmaktadır.(3,5,6) Canlı doğmuş bebeklerde YDD sıklığı Asyalılarda 1:470-850, Siyah ırkta 1:1370-5000 ve Beyaz ırkta ise 1:775-1000 olarak tahmin edilmektedir.(7) Tek başına yarık damak (YDA) deformitesinin görülme sıklığı canlı doğumlar arasında 0.5:1000'dir ve ırklara göre farklılık göstermemektedir.(3)

Erkek bebeklerde YDD kız bebeklerin iki katı kadar daha fazla sıklıkta görülmektedir. Buna karşın sekonder damak yarıkları kızlarda erkeklerin iki katı kadar sıklıkta görülmektedir. Sol taraftaki tam YDD sağ taraftaki tam YDD'den iki kat daha sık görülmektedir. Ancak bu sonuncu durumun nedeni bilinmemektedir.

Deformitesi olan bebeklerin %21'inde tek başına yarı damak (YD), %46 'sında YDD ve %33'ünde sadece yarı damak (YDA) görülmektedir.(8)

#### **Yarı damak ve damak oluşturan nedenler nelerdir?**

YDD deformitesi birçok faktörün etkilediği bir deformitedir.(8) Muhtemel etiyolojik faktörler arasında, B grubu ve A vitamin eksiklikleri suçlanmaktadır.(9) Deformitesi bulunan bebeklerin annelerinin %25'inde B grubu vitamin eksiklikleri tespit edilmiştir. Bir başka etiyoloji faktör de oligohidramniyozdur. Oligohidramniyoz, bebeğin anne karnında yuzduğu sıvı miktarının normalin altında olduğu duruma verilen addır. Steroid ilaçlar, antikonvülzan ilaçlar, diyazepam ve aminopterin de deney hayvanlarında YDD deformitesi oluşturmuştur. Bazı ipuçları göstermektedir ki, fenitoin ve diyazepam insan embriolarında YDD oluşturmaktadır. Gebeliğin ilk üç ayı içinde geçirilen toksoplazma ve rubella enfeksiyonları da YDD deformitesi oluşturabilmektedirler.(8) Treacher Collins, Stickler veya van der Woode sendromları ve D,E ve G grubu kromozomların trizomileri ile birlikte Pierre Robin anomalisi de YDD deformitesi ile ilgili görülmüştür. Gebelikte alkol alımı da bu deformitelerin gelişiminde suçlanmaktadır.(3) Yaşlı annelerin çocukları YDD deformitesi açısından daha fazla risk altındadırlar.(10) Daha önce YDD deformiteli çocuğu olmuş ana-babaların da ikinci çocuklarında deformite riski artmıştır.(3,5,6)

#### **Diğer çocukların etkilenecek mi?**

Bir çocuğunda YDD deformitesi olmuş bir aile bundan sonraki çocuklarında bu deformitenin görülme riskini öğrenmek isterler. Eğer anne ve baba normal ve ilk çocukları YDD deformiteli doğmuş ise ikinci çocuğun da deformiteli doğma riski %4'tür. Normal ana-babanın ilk çocuğu YDA deformitesi ile doğmuş ise ikinci çocukta YDA deformitesinin görülme ihtimali %2'dir.(3,5,6,11) Farklı risk gruplarındaki deformite oranları tablo-1'de gösterilmiştir.(12,13,14)

#### **Çocuğun bakımında önemli olan hususlar**

YDD deformitesi olan çocukların bakımında önemli bazı noktalar vardır. Bunlar şöyle sınıflanabilirler: Beslenme, havayolunun korunması, orta kulak hastalıkları ve eşlik etme ihtimali olan diğer anomaliler.(2) YDD deformitesi yenidoğanın zeka düzeyini etkilememektedir.

**1- Beslenme:** YDD deformitesi olan bir yenidoğan yeterli emme hareketi yapabilir ancak deformite nedeni ile yeterli emiş gücü oluşturamaz.(2) Bu nedenle deformiteli yenidoğanların emzirilerek beslenmeye çalışılması yeterli büyüme ve gelişmeyi sağlamaz. Yutma fonksiyonunda bir bozukluk

olmadığı için eğer anne sütü veya hazır mamalar bebeğin yutağına ulaştırılabilirse herhangi bir beslenme problemi yaşanmaz. Bu nedenle biberonun emziği bebeğin ağızına iyice yerleştirilmelidir. Beslenme için deliği genişletilmiş normal bir biberon ağızlığı kullanılabilir.(2) Bu bebekleri kaşıkla beslemek de mümkündür. Bu bebekler beslenme sırasında fazla miktarda hava yutarlar bu nedenle beslenme sonrası gaz çıkartılmasına dikkat edilmelidir. Çok büyük defektleri olan bebeklerde ameliyat beklenirken maksiller protezler kullanılabilir. Hangi yöntemle beslenirse beslensin bebek beslenme sırasında yatayla 45 derece açı yapacak şekilde tutulmalı ve yutma işlemine yerçekiminin yardımı sağlanmalıdır.

**2- Havayolu:** Pierre-Robin anomalisinde olduğu gibi mikrognatik veya retrognatik alt çene kemiği, üst solunum yolu tıkanıklığına neden olabilmektedir. Bu durumu engellemenin en basit bir yolu bebeği yüzükoyun yatırmaktır.(2)

**3- Orta kulak hastalıkları:** YDD anomalisinde defekt nedeni ile üstteki borusu yeterli görev yapamamaktadır. Öztaki borusu orta kulak ile bebeğin yutağı arasında bağlantı sağlayıp havalanmayı kolaylaştıran bir borucuktur. Bu nedenle orta kulak iltihaplarının bu çocuklarda sık görüldüğü bir gerçektir. Bu durumun tedavisi açısından ilk basmakta aile hekiminin ve gerekiyorsa kulak burun ve boğaz uzmanının görüşü alınmalıdır. İşitme kaybı oluşmasının engellenmesi açısından odyolog ve kulak burun boğaz uzmanının takibi gereklidir.(2)

**4- Okuma güçlükleri:** YDD ve YDA deformitesi olan çocukların daha sıklıkla konuşma ve okuma güçlüğü ile karşılaştıkları görülmektedir. Bu gruplarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki YDD deformitesi olan çocuklardaki okuma güçlüğü oranı normal çocuklardakinden farklı değildir. Normal çocuklar ve YDD deformiteli çocuklarda okuma güçlüğü oranı %9'dur. Ancak YDA deformitesi bulunan çocuklardaki okuma güçlüğü oranı ise %33'dür.(15)

**5- Birlikte bulunan deformiteler:** YDA deformitesi olan bebeklerde eşlik eden anomalilerin bulunma ihtimali %29'dur. Bu gruba Pierre-Robin anomalisi olan bebeklerde katıldığında oran daha da artmaktadır. Bu oran YDD deformitesi olan bebeklerden daha yüksektir. YDA dformitesi olan çocuklarda kalp ve iskelet sistemi anomalileri sıklıkla görülmektedir.(8)

#### **YDD tedavi ekibinde bulunması gereken tıbbi branşlar**

YDD deformitesi onarımında amaç normal görünümü, normal konuşan, normal işiten ve yüz gelişimi normal olan çocuklar oluşturmaktır. YDD deformiteli çocuklarda halledilmesi gereken birçok problem vardır. Plastik cerrahi uzmanı , tedavide rol alacak

ekibin merkezinde bulunur. Anatomik defektin onarımından sorumludur. Plastik cerrah, ameliyatın yapılması gereken zaman ve ameliyat türü konusunda ekibin diğer üyeleri ile işbirliği yapar. Cerrahi girişimin konuşma üzerine çok önemli etkileri olduğundan konuşma terapisti tedavide önemli bir yer tutar. İşitme kaybından sakınmak için kulak burun boğaz uzmanı ve odyolog, ekibin önemli birer parçasıdır. (8) Çocuk iki yaş civarına geldiğinde dişlerinin normal düzeninde çıkması ve düzensizliklerin önlenmesi için düzenli olarak diş hekimi ve bu konuda eğitilmiş bir ortodontist tarafından takip edilmelidir. Aile hekimi, çocuğun büyüme ve gelişmesinin takibi ve gerekli uzmanlık dallarına zamanında müracaatın sağlanabilmesi için çocuğun takibinde önemli bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimi özel dal uzmanlıklarının önerilerinin uygulanması konusunda aileye ruhsal ve fiziksel destek sağlar. Büyüme ve gelişme takibinde pedyatristin de önemli rolü mevcuttur. Konuşma terapisti, çocuğu işitme konuşma ve dil problemleri açısından düzenli olarak takip eder. Ailenin daha sonraki çocukları ile ilgili endişelerine cevap verebilmek için bir genetik danışmanın da tedavi ekibinde yer alması gerekir. Çocuklar ve aileleri düzenli olarak ve ayrıca gerekli zamanlarda psikososyal faktörler açısından danışmanlık alabilmelidirler.

### **Defekt ne zaman onarılmalıdır?**

Dudak , alveol ve damak yarıkları farklı kombinasyonlarda ortaya çıkmaktadırlar. YDA deformitesinin görülme sıklığı, YDD ve YD deformitelerinin toplam görülme sıklığının yarısından azdır. Yenidoğan hastaneden taburcu edilir edilmez bir plastik cerrah tarafından görülmelidir. Böylece aileye ameliyat zamanı ve yöntemi ile ilgili detaylı bilgi verilebilir.

**1- Zamanlama:** Ameliyatın zamanlaması deformitenin ve seçilen ameliyatın türüne göre değişir. Ancak operasyon zamanını sıklıkla ailenin üzerindeki sosyal baskı düzeyi belirlemektedir. Defekt, çocuğun görünümünü ileri derecede bozmuş olabilir. Bu nedenle aile, bebeklerinin başkaları tarafından, hatta ailenin diğer fertleri tarafından bile görülmesini istemeyebilirler. Sonuçta bu durumda bebek ve anne hastaneden taburcu edilmeden dudak onarımı yapılmak zorunda kalınabilir. Ancak bu yaklaşım çok popüler değildir.

Dudak onarımı genellikle bebek 3 aylık olduktan sonra yapılmaktadır. Çift taraflı YD deformitelerinde simetrik onarımın sağlanması için her iki taraf aynı seansta onarılmaktadırlar. YDA onarımında ise genellikle 18 ay öncesi dönem tercih edilmektedir. Bu dönemde bebeğin konuşma yetisi gelişmeye başlamaktadır. Son çalışmalarda düzeltici operasyonun 12

aydan önce yapıldığı durumlarda en iyi sonuçların alındığı bildirilmektedir. Damak operasyonunu yapıldığı dönem 6-12 aylar arasındaki dönemdir. (16,17,18)

Bebeğin diğer konjenital anomaliler açısından da değerlendirilmesi gereklidir. Bir çok cerrah "10'lar" kuralına uymayı tercih eder. Bu kural şöyle açıklanabilir: Bebek 10 pound (4.5 Kg) ağırlığa, hemoglobinin düzeyi 10gr/dl'ye ve bebeğin yaşı 10 haftaya ulaşana dek beklenir. Bu şekilde bebeğin, bundan sonra geçireceği operasyonlar dizisine hazır olduğu kabul edilir. (19)

**2- YD onarımı:** YD onarımı acil cerrahi bir girişim olmadığı için bebeğin yeterince gelişmesine zaman tanınmalıdır. Düzeltme genellikle tek seansta tamamlanır ancak bazen iki operasyon gerekebilir. YDD deformitelerinde dudak onarımı, üst çene yayının düzgün oluşması için gereklidir. Halen burun ve dudak deformiteleri aynı operasyonda onarılmaktadır. Bu işleme primer dudak-burun onarımı denmektedir. (20) Dudağın cerrahi olarak düzeltilmesi sonrasında oral alım engellendiği için birkaç gün hastanede kalmak gerekebilir. Onarım sırasında kendiliğinden eriyen dikişler kullanıldığı için dikiş alınması için ikinci bir ziyaret gerekmemektedir.

**3- YDA onarımı:** YDA onarımının hedefi, defektin kapatılması, normal konuşma ve yüz gelişiminin sağlanmasıdır. Kas ve mukoza tabakaları, en iyi yumuşak damak hareketini oluşturmak için uyumlu olarak onarılırlar. Düzgün bir yumuşak damak fonksiyonu oluşturulduğunda işitime ve konuşmanın normale yaklaşması konusunda büyük adım atılmış olur. Bebeğin beslenmesi de daha kolaylaşır. YDA onarımı 6-18 aylar arasında genel anestezi verilerek yapılır. Bu operasyon sonrasında hastanede 1-3 gün kalınması gereklidir. Operasyon süresi 1.5-3 saat arasındadır. Nadiren ameliyat sırasında kan transfüzyonu gerekebilir. YDA onarımının komplikasyonları kanama, solunum yolunun tıkanması, enfeksiyon, onarılan dokuların birbirinden ayrılması ve fistül oluşumudur. (21,22) Ciddi kanama nadiren görülür ancak bu nedenle ikinci bir ameliyat gerekebilir. Kanama olmadığı sürece solunum yolu tıkanıklığı da beklenen bir komplikasyon değildir. Çocuk büyüdükçe zaman zaman düzeltici operasyonlar tekrar edilebilir. Yaklaşık 9 yaş civarında damak büyümesinin düzgün olması için kemik greft gerekebilir. Burun düzeltici operasyonlar da sık gerekmektedir. Damak uzatıcı ve konuşmayı düzeltici operasyonlar gerekebilir. Bazen cerrahi düzeltme basamakları arasında maksiler protezler kullanılabilir.

**4- Ameliyat sonrası bakım ve beslenme:** Solunum yolunun açıklığının sağlanması ve yaşamsal fonksiyonların takibi ameliyat sonrasında yapılması gerekli

**Tablo-1:** Deformitenin risk gruplarında görülme sıklığı (12,13,14)

Risk Grubu	YDD (%)	YDA (%)
Genel toplumda	0,08	0,02
Daha önce bir çocuklarında deformite olan normal anne babanın ikinci çocuklarındaki risk	3,7	2,5
Anne ve babadan birinde YDD deformitesi olması halinde ilk çocuktaki risk	4,04	5,82
Anne ve babadan birinde ve ilk çocukta YDD deformitesi olması halinde ikinci çocuktaki risk	19,4	14,3
Daha önce iki çocuklarında YDD deformitesi olmuş normal anne ve babanın üçüncü çocukları için olan risk	6,0	0,90
Anne ve babadan birinde YDD varken birinci çocuğun normal olması halinde ikinci çocuktaki risk	4	-
Normal anne ve babanın ilk çocuğunda başka anomalilerle birlikte YDD deformitesi olmuş ise ikinci çocuktaki risk	2	-
Daha önce bir YDA deformiteli çocuğu olmuş normal anne ve babanın ikinci çocukları için risk	-	(akrabalarında yarı yoksa) 2 (En az bir akrabasında varsa) 7
Anne ve babadan birinde YDA deformitesi olması halinde birinci ve ikinci çocuk için sıra ile risk	-	6 ve 15

en önemli iştir. Ağız ve boğazda biriken salgılar temizlenmelidir. Çocuğun operasyon bölgesine hasar vermesini önlemek için dirsek atelleri ameliyattan sonra 2.5 hafta süre ile kullanılır. Ameliyat sonrasında emzik kullanımı yasaktır. Solunum üzerine olumsuz etkileri nedeni ile güçlü narkotik analjeziklerden sakınılır. Asetaminofen içeren analjezikler tercih edilir. Ameliyat sonrası dönemde bebeğin beslenmesi için sıvı gıdalar 2.5-3 hafta süre ile tercih edilir. Yoğurt, dondurma ve çorba gibi yiyecekler tercih edilmelidir. YDD deformitesi düzeltilmiş olan bir bebek ameliyat sonrasında en az bir ay süre ile emzirmemelidir. Ameliyat sonrası üçüncü haftada iyileşmenin değerlendirilmesi için hastalar tekrar görülür. 2.5 yaşında ise ses kalitesi ve konuşma gelişimi açısından yeniden değerlendirilir.

### Sonuç

YDD deformitesi olan çocuğunuzun tedavisi bu işle görevli bir ekip tarafından yapılır. Bu tedavi sırasında çocuğunuzun tedavisi ile ilgili sorularınızı ekip üyelerine sorabilir ve onlardan yardım alabilirsiniz. Aynı şekilde daha önce tedavi edilmiş YDD deformiteli çocukların aileleri ile de görüşüp bilgi ve yardım alabilirsiniz. İnternette de bu konu ile ilgili siteler mevcuttur. Bu deformitenin tedavisi sırasında sabır ve

cesaretiniz sizin en iyi arkadaşlarınız olacaktır.

### Kaynaklar:

1. Coleman JR Jr, Sykes JM. The embryology, classification, epidemiology, and genetics of facial clefting. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2001 Feb;9(1):1-13
2. Anastassov GE, Joos U. Comprehensive management of cleft lip and palate deformities. *J Oral Maxillofac Surg* 2001 Sep;59(9):1062-75; discussion 1075-7
3. Rajesh P, Rajesh R, Narayanan V, Baig MF, Prabhu VR, Venkatesan A.A clinical profile to assess the potential risk factors for cleft lip and palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2000 Dec;18(4):147-50
4. Borcbakan C. An analysis of 1000 cases of cleft lip and palate in Turkey. *Cleft Palate J.* 1969, 6: 210.
5. Tolarova MM, Cervenka J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. *Am J Med Genet* 1998 Jan 13;75(2):126-37
6. Kirschner RE, LaRossa D. Cleft lip and palate. *Otolaryngol Clin North Am* 2000 ;33(6):1191-215,
7. Mccarthy JG, Cutting CB, Hogan VM. Introduction to facial clefts. In: Mccarthy JG, editors. *Plastic Surgery*. 3d ed. : WB Saunders, Philadelphia 1990: 2437-50.

8. Georgiade GS, Georgiade NG, Riefkohl R, Barwick WJ. Textbook of plastic, maxillofacial and reconstructive surgery, Williams and Wilkins, 1992 pp:301-327
9. Sadler TW. Langman's medical embryology. 6th ed.:Williams & Wilkins, Baltimore 1990: 115-138.
10. Bender PL. Genetics of cleft lip and palate. J Pediatr Nurs 2000;15(4):242-9
11. Matthews MS, Cohen M, Viglione M, Brown AS. Prenatal counseling for cleft lip and palate. Plast Reconstr Surg 1998;101(1):1-5 Comment in: Plast Reconstr Surg. 1998 Jul;102(1):278
12. Bauer BS, Vicari FA. Cleft palate. In: Georgiade GS, Georgiade NS, Riefkohl R, Barwick WJ, editors. Textbook of plastic, maxillofacial and reconstructive surgery. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992: 299-306.
13. Wyszynski DF, Zeiger J, Tilli MT, Bailey-Wilson JE, Beaty TH. Survey of genetic counselors and clinical geneticists regarding recurrence risks for families with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. Am J Med Genet 1998 Sep 23;79(3):184-90
14. Smith HW. The atlas of cleft lip and cleft palate surgery. New York, Grune & Stratton. 1983:123-130.
15. Nandlal B, Tewari A, Utreja AK, Chari PS, Raghunathan N. Effects of variation of the timing of palatal repair on nasality of speech in complete cleft lip and palate children. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1999;17(4):146-9
16. Gaggl A, Schultes G, Karcher H. Aesthetic and functional outcome of surgical and orthodontic correction of bilateral clefts of lip, palate, and alveolus. Cleft Palate Craniofac J 1999;36(5):407-12
17. Rohrich RJ, Love EJ, Byrd HS, Johns DF. Optimal timing of cleft palate closure. Plast Reconstr Surg 2000;106(2):413-21; quiz 422; discussion 423-5
18. Kokavec R, Hedera J, Fedeles J, Janovic J, Kratka E, Klimova I. New trends in the complex treatment in the cleft centre in Bratislava. Bratisl Lek Listy 2001;102(6):290-3
19. Reinisch JF, Bresnick SD. Bilateral cleft lip deformity. In: Bentz ML, editors. Pediatric Plastic Surgery. Stanford-Connecticut: Appleton & Lange, 1998: 50-51.
20. Trott JA, Mohan N. A preliminary report on one stage open tip rhinoplasty at the time of lip repair in bilateral cleft lip and palate: the Alor Setar experience. British Journal of Plastic Surgery, 1993, 46, 215-222)
21. Lewis M. Secondary soft tissue procedures for cleft lip and palate. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery. Boston: Little, Brown & Co, Vol.1, Chap.44, 1994.
22. Marsh J.L. Cleft Lip and Palate: Residual Deformity. Decision Making in Plastic Surgery, Marsh St. Louis: Mosby-Yearbook, 1993:86.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Mübin Hoşnüter  
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD  
67600, Kozlu-Zonguldak

Tel: 90.372.2610169

Fax: 90.372.2610155

E-mail: hosnuter@yahoo.com