پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال دوازدهم, شماره ۵, پي در پي ۵۹ ، صفحات ۴۴۱ تا ۴۴۵
آذر و دی ۱۳۸۶

تاريخ دريافت مقاله ۸۵/۹/۵
تاريخ پذيرش مقاله ۸۶/۳/۷

بررسي دفورميتي هاي ثانويه پس از جراحي ترميمي شكاف يک طرفه لب

دكتر شهريار لقماني[۱] *، مهدي روزبهاني[۲]، دكتر رضا روزبهاني[۳]

چكيده

سابقه و هدف: *بيماران با شكاف لب غالباً در سال اول عمر خود تحت عمل ترميمي لب قرار مي گيرند. علل مختلفي از جمله رشد صورت در طي زمان، نقص هاي بافتي اوليه در ناحيه كرانيوفاسيال و هم چنين طراحي و اجراي نامناسب جراحي اوليه مي توانند موجب عدم دسترسي به نتايج دلخواه طولاني مدت از جراحي اوليه گردند و بيماران را با انواع دفورميتي هاي ثانويه روبرو گردانند؛ در نتيجه تصحيح اين دفورميتي هاي ثانويه جزئي جدايي ناپذير در مراقبت از بيماران شكاف لب مي باشد. هدف اين بررسي تعيين ارتباط بين بروز انواع دفورميتي هاي ثانويه با روش هاي مختلف جراحي ترميمي در اين بيماران مي باشد.*

مواد و روش ها: *در اين مطالعه ي مقطعي ۳۰۰ فرد كه پس از جراحي ترميمي اوليه شكاف لب يك طرفه دچار دفورميتي ثانويه شده بودند تحت بررسي قرار گرفتند. دفورميتي[هاي] ثانويه و روش جراحي اوليه در هر بيمار تعيين شد و اطلاعات تحت با آزمون مجذور كاي تجزيه و تحليل شد.*

يافته ها: *۴۳% بيماران با روش Rotation advancement ، ۴۳% روش Straight line و ۱۴% با ساير روش ها جراحي شده بودند. دفورميتي هاي مربوط به ورميليون (Malalignment Deficiency) با شيوع ۵۳% شايع ترين دفورميتي ها بودند. دفورميتيShort lip به طور معني داري در روش Straight line بيش تر از روشRotation advancement مشاهده شد (P< ۰/۰۵).*

نتيجه گيري: *يافته هاي اين مطالعه نشان داد كه نوع و شيوع دفورميتي هاي ثانويه بر اساس روش ترميم اوليه متفاوت خواهد بود. بهترين راه جهت كاهش بروز و شدت دفورميتي هاي ثانويه، طراحي و اجراي صحيح عمل ترميمي اوليه مي باشد؛ جايي كه هر تلاشي بايد صورت گيرد تا از بروز دفورميتي هاي ثانويه پيشگيري شود.*

واژگان كليدي: *شكاف لب يك طرفه ، دفورميتي هاي ثانويه ، جراحي ترميمي*

مقدمه

شكاف لب و كام با شيوع متوسط يك در هزار تولد زنده، شايع ترين ناهنجاري مادرزادي ناحيه سر و گردن مي باشند (۱و۲). بيماران با نقص اوليه شكاف لب معمولاً در سال اول زندگي خود تحت عمل جراحي ترميم لب قرار مي گيرند (۳). روش هاي متعدد جراحي كه هر يك شامل زيرگروه هاي زيادي است جهت ترميم شكاف يک طرفه لب به كار مي روند كه از جمله ي آن ها مي توان روش هاي (Millard) Upper and lower lip Z-plasty، Upper lip Z-plasty، Straight line repair و Lower lip Z-plasty (Randal-Tennison, LeMesurier) نام برد (۴). هدف تمامي اين روش ها بستن شكاف، طويل سازي عمودي درسمت شكاف، بالانس Cupids bow، ايجاد تداوم و جهت مناسب در عضله حلقوي دهان و هم چنين تداوم در ورميليون، خط سفيد و ستون هاي فيلترال مي باشد (۵). اين ترميم هاي اوليه در به حداقل رساندن مشكلات عملكردي ثانويه مثل تغذيه، تنفس، صحبت كردن و

۱ . استاديار، گروه جراحي، دانشگاه علوم پزشكي اصفهان
۲ * . نويسنده مسؤول: دانشجوي پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي اصفهان. آدرس براي مكاتبه: اصفهان، خيابان كاوه، پل شهيد چمران،كوچه آزادي ، پلاك ۶۰ ، كد پستي:۸۱۳۸۹۶۹۱۴۶ .تلفن: ۴۴۲۲۱۰۷ (۳۱۱). پست الكترونيك: **meroozbeh @ yahoo.com**
۳ . متخصص پزشكي اجتماعي، مركز آمار دانشگاه علوم پزشكي اصفهان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

پيشگيري از عفونت هاي ثانويه نقش دارند. پس از جراحي اوليه، بيماران يك دوره‌ي چشمگير رشد و نمو را پشت سر مي گذارند. عبور از اين دوره ي سريع رشد، به همراه نقص هاي بافتي اوليه در ناحيه كرانيوفاشيال اين بيماران (مثل آتروفي و به هم ريختگي عضله ي حلقوي دهان در حاشيه شكاف و هم چنين طراحي و اجراي نامناسب جراحي اوليه) مي تواند موجب عدم دسترسي به نتايج دلخواه طولاني مدت گردنـد (۷-۵) و در ۷۵-۶۰% موارد بيماران را با انواع دفورميتي هاي ثانويه مواجه سازد (۸). به عبارت ديگـر اكثـر بيماران پس از جراحي اوليه ترميم شكاف لب، نياز به جراحي هاي مجدد جهت اصلاح دفورميتي هاي ثانويه خواهند داشت. با درنظر گرفتن اين شرايط تصحيح اين دفورميتي هاي ثانوي كه اغلب تأثيرات روحي- رواني و جسماني بدي بر بيماران مي گذارد، جزئي جدايي ناپذير در مراقبت از بيماران شكاف لب مي باشد.

با توجه به اين كه نـوع و شـيوع دفـورميتي هـاي ثانويـه براساس روش ترميم اوليه متفاوت است (۵)، اين مطالعه -كه تا كنون مورد مشابه آن در كشور انجام نشده است- درصدد آن اسـت تـا بـا آشـنا كـردن جراحـان بـا شـايع تـرين دفورميتي هاي ثانويه پس از جراحـي ترميمـي شـكاف يـک طرفه لب و تعيين ارتباط بين روش هـاي متعـدد جراحـي و دفـورميتي هـاي ثانويـه شـناخته شـده قـديمي در جهـت پيشگيري از بروز اين دفورميتي هـا بـردارد. لازم بـه توضـيح است كه اين مطالعه قصد بررسي دفـورميتي هـا و مـشكلات كـام سـخت و نـرم، آلوئـول و سـولكوس مخـاطي- لثـه اي، مشكلات تكلمي و دفـورميتي هـاي بينـي را نـدارد و هـدف اصلي آن تأكيد برجنبه هـاي پيـشگيرانه از دفـورميتي هـاي ثانويه مي باشد.

مواد و روش ها

در اين مطالعه مقطعي، ۳۰ نفر از افرادي كه در ماه هاي ابتدايي عمر خود تحت عمل جراحي ترميم شكاف يک طرفه لب قرار گرفته و طي سال هاي ۸۵-۱۳۸۲ با شكايت از منظره نامطلـوب محـل جـراحي شـكاف لب خـود به درمـانگاه هـاي جـراحي پلاستيـك دانشـگاه علـوم پزشـكي اصفهان مراجعـه كـرده بودنـد، به روش سـرشمـاري انتـخاب شـدند. از صـورت تمامي بيماران در درمـانگاه عكـس هاي ديجيتال از زواياي مناسب و يكسان تهيه شد. سپس عكس ها توسـط نرم افزار فوتوشاپ (نسـخه ي ۷) بررسي و اندازه گيـري هاي و علامت گـذاري هاي لازم بر روي عـكس بيماران از نظـر بررسي انواع دفورميتي هاي ثانويه صورت گرفت. اين اندازه گيري ها و بررسي ها شامل اندازه طول افقي لب (فاصله Comissure دهان تا نوك Cupids bow)، انـدازه‌گيـري ارتفـاع لـب (از نوك Cupids bow تا خارجي ترين قسمت Columella)، اندازه‌گيري ارتفاع ورميليون در سمت سالم و شكاف (فاصله حاشيه ورميليون تا زير لب)، بررسي شكل لندمارك هاي آناتوميك (ورميليون، خط سفيد، Cupids bow) و بررسي شـكل اسـكار بـود. نتـايج ايـن بررسي ها و اندازه گيري ها به همراه عكس هاي علامت گذاري شده در اختيار متخصص جراحي پلاستيكي كه بيماران را در هنگام مراجعه ويزيت كرده بود قرار گرفـت. جراح پلاستيك پس از بـــررسي، بيـماران را در گـروه هـــاي مشخـص دفورميتي هم چـون Orbicularis oris deformities، Philteral column /Cupids bow deformities، (hypertrophied، depressed، wide) Unacceptable scar، (Step-Off)Vermilion malalignment، Tight lip، Wide lip، (Whistle و notch)Vermilion deficiency، Long lip و Short lip قرار داد.

هـم چنيـن بر اساس شـرح عمـل قبـلي و درصـورت عـدم دسترسي به آن، از روي شكل اسكار و مطابقت آن با كتب مرجع جراحي اقدام به تعيين روش جراحي قبلي بيماران گرديد. نتايج حاصـله وارد چك ليست شده و سپس توسـط نرم افزار SPSS 11 مورد تجزيه و تحليل آماري با آزمون مجـذور كاي قـرار گرفت.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

يافته ها

از ميـان ۳۰ بيمار بررسي شده، ۲۲ نفـر زن و ۸ نفـر مرد بودند. روش هاي ترميمـي مـورد اسـتفاده در جراحـي اوليـه شـامل روش Rotation advancement (۱۳ نفـر)، Straight line (۱۳ نفر) و ساير روش ها (۴ نفر) (شامل ۲ مـورد Lower lip Z-plasty و ۲ مـورد Microform) بود. شايع ترين دفورميتي در تمام بيماران، بـدون توجـه بـه روش جراحي اوليـه، دفـورميتي هـاي مربـوط بـه ورميليـون شـامل deficiency و Malalignment هركـدام در ۱۶ نفـر بـود. دفـورميتي هـاي ثانويـه Malalignment و Orbicularis muscle deformities بـا شـيوع برابـر به طور معني داري با روش هاي Rotation advancement و Straight line در ارتباط بودند (P<۰/۰۵). هـم چنـين دفورميتي Short lip نيز بـه صـورت معنـي داری بـا روش Straight line در ارتبـاط بـود (P<۰/۰۵) ولـي در مـورد ساير دفورميتي ها، ارتباط معني دار نبود.

جدول ۱ – بررسي توزيع فراواني دفورميتي هاي ثانويه به تفكيك نوع جراحي ترميمي اوليه

روش جراحي اوليه نوع دفورميتي (تعداد بيماران)	Rotation adv. (۱۳ نفر)	Straight line (۱۳ نفر)	سایر روش ها (۴ نفر)	کل (۳۰ نفر)
Deformity of vermilion border (malalignment)	۷	۷	۲	۱۶
Vermilion deficiency (notch,whistle)	۷	۷	۳	۱۷
Unacceptable scar (hypertrophied,depressed,wide)	۵	۷	۳	۱۵
Short lip	۲	۴	-	۶
Long lip	۲	-	-	۲
Wide lip	۲	-	-	۲
Tight lip	-	-	-	-
Philteral column/cupids bow deformity	۵	۴	۲	۱۱
Orbicularis muscle deformity	۴	۵	۱	۱۰

بحث

يـــافته هاي مطالعه نشان داد كه شايع ترين روش هاي جراحي مورد استفاده در زمان ترميم اوليه عبارتند از Rotation advancement و Straight line كه هركدام شيوع ۴۳% داشتند. در مطالعه مشابه اي كه توسط آقاي اسانكائو (۹) انجام شد روش هاي جراحي مورد استفاده عبارت بودند از Millard (۳۴%)، Stright line (۱۹%) و Z-plasty (۴۷%). در اين بررسي، دفورميتي هاي مربوط به ورميليون (Malalignment و Deficiency) با شيوع ۵۳% شايع ترين دفورميتي هاي ثانويه را تشكيل مي دهند كه اين موضوع با مطالعه آقاي استال (۶) مطالعه آقاي اسانكائو (۹) و مطالعه آقاي بارداخ (۱۰) هم خواني دارد. علل عمده بروز اين دفورميتي شايع جمع شدگي اسكار پس از عمل جراحي، نزديـك كـردن ناكـافـي لبـه هاي عضـله ي اوربيكولاريس اوريس به هم در زمان جراحي اوليه و mismatch ورميليون در هنگام ترميم اوليه عنوان شده است. با توجه دقيق به جزئيات و نزديك كردن دقيق خط سفيد، ورميليون و خط قرمز در زمان جراحي اوليه مي توان از بروز يا شدت اين دفورميتي كاست (۱۱).

يكي از دفورميتي هاي مهم، دفورميتيShort lip مي باشد.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

اين دفورميتي به علت كاهش ارتفاع (طول عمـودي) لب فوقاني رخ مي دهد. ايجاد اين دفورميتي را مي توان به دو علت عمده نسبت داد. علت اول اندازه گيري نادرست روي لب در حين عمل جراحي اوليه است. اين اندازه گيري هاي نادرست و غير دقيق موجب مي شوند كه جراح در زمان عمل، چرخـشي (Rotation) كـم تـر از ميـزان مـورد نيـاز اعمال كند و در نتيـجه طول عمـودي لـب در سـمت شـكاف كوتـاه تر شود. علت دوم جمع شدن اسكار و رشد لب در طول زمان است (۱۲). از آن جا كه مطالعات قبلي، نقش علت اول را بسيار برجسته تر از علت دوم مي دانند، با دقت در اندازه گيري حين عمل مي توان از بروز اكثر موارد اين دفـورميـتي پيشگـيري كرد (۱۲و۱۳). در بررسـي هـاي ديگـر، دفـورمـيتي Short lip بيـش از همـه بـا روش Rotation advancement در ارتباط بوده (۶و۹و۱۳) امـا در اين مطالعه اين دفورميتي در روش Straight line شايع تر از روش Rotation advancement بوده است (۳۱% در مقابل ۱۵%) كه احتمالاً علت آن هم حجم كم نمونه در اين مطالعه مي باشد.

در هيچ كدام از بيماران دفورميتي Tight lip مشاهده نشد. اصولاً اين دفورميتي در موارد جراحي ترميمي شكاف لب دو طرفه ديده مي شود. علت ايجاد آن كمبود بافت در خط افقي است و نقش نقص هاي تكنيكال جراحي را در بروز آن كم رنگ مي دانند (۶).

اكثر بيماران بررسي شده در اين مطالعه، بيش از يك نوع دفورميتي ثانويه داشتند كه اين موضوع با بررسي هاي استال و اسپرتا هم خواني دارد (۱۴). در طي بررسي ايشان ذكر شده كه وجود تنها يك نوع دفورميتي ثانويه نادر است و مشاهده دفورميتي ثانويه همراه با يكديگر به صورت يك قانون است. يكي از علل بروز چنين حالتي اين است كه برخي دفورميتي هاي ثانويه مي توانند علت و زمينه ساز بروز دفورميتي هاي ديگر باشند. به عنوان مثال دفورميـتي عضله اوربـيكولاريـس اوريس مي تـوانـد منـجر بـه ايجـاد Bulging وShort lip يا Long lip گردد (۱۲).

از نكات قابل توجه ديگر در اين مطالعه سن مراجعه كنندگان به درمانگاه جهت ترميم ثانويه مي باشد. اكثراً سن مناسب جهت ترميم ثانويه دوره ي قبل از دبستان (۵-۴ سالگي) ذكر شده است (۶)، اما در اين مطالعه ميانگين سن مراجعه كنندگان ۱۹ سال بود كه از علل آن مي توان عدم مراجعات منظم پس از عمل به جراح اوليه را ذكر نمود. از طرفي احتمالاً بخش قابل توجهي از اين بيماران در سنين پايين تر به درمانگاه جراحي اطفال مراجعه مي نمايند.

همـان گونـه كه اشـاره شـد دفورميـي هاي ثانويه به طور شايعي پس از جراحي شكاف لب مشاهده مي شود. سه عامل مهم در عـدم دست يابي به نتايج دلخواه پس از جراحي ترميمي اوليه شامل عبور بيمار از مراحل رشد و نمو، نقايص بافتي در محل شكاف و طراحي و اجراي نامناسب جراحي اوليه مي شوند.

فرآيند رشد و نقايص بافتي مادر زادي در محل شكاف، عوامـلي اجتنـاب ناپذيـر و غيـر قابل پيشگيري مي باشند، لذا تنها راه ممكن جهت كاهش بروز و شدت دفورميتي هاي ثانويه، طراحي مناسب و اجراي صحيح عمل ترميمي اوليه مي باشد؛ جايي كه بايد هر تلاشي صـورت گيرد تا از بروز دفورميتي هاي ثانويه پيشگيري شود. از آن جا كه در اكثر بيماران پيشگيري از بـروز دفورميتي هاي ثانويه بسيار آسان تر از اصلاح آن است، بايـد طي يـك بـرنـامـه مدون، تحت نظر يك تيـم مجـرب بررسـي هاي جامعي قبل و حين عمل ترميم صورت گيرد. اين بررسي هـا و آماده سازي هاي قبل از عمل مي توانند شامل موارد زير باشند:

۱- استفاده از روش هاي Maxillary orthopedics
۲- علامت گـذاري دقيق و طراحي مراحل عمل (با جوهر) روي لب بيمار
۳- استـفـاده از Skin hook جهـت جلـوگيـري از نكروز فشاري در زمان عمل جراحي
۴- در نظر گرفتـن تقـارن، يكپارچـگي عضلانـي، شـكل و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

سايز مناسب ستونهاي فيلترال، ساختن و شكل دهي يك دكمه ي ميداني از قسمت هاي خارجي لب و اصلاح اوليه غضروف آلار حين عمل جراحي

۵- بررسي دقيق كف بيني (زيرا دسترسي اي كه در هنگام جراحي اوليه به اين ناحيه وجود دارد، هيچ وقت درزمان ترميم ثانويه وجود نخواهد داشت) (۶ و۱۲).

اميد است با افزايش درك و دانش ما از اين دفورميتي مادرزادي و پيشرفت روش هاي جراحي روز به روز از شيوع دفورميتي هاي ثانويه كاسته شود

REFERENCES

1. Habib Z. Factors determining occurrence of cleft lip and palate. Surg Gynecol Obstet 1978; 146: 105.
2. Fogh-Anderson P. Inheritance of harelip and cleft palate Copenhagen. Ejuar Munksgard Forlag 1943; 2: 23-9.
3. Kim S, Kim WJ, Oh C. Cleft lip and palate incidence among the live births in the republic of Korea. J Korean Med Sci 2002; 17: 49.
4. Staffenberg DA, Wood RJ. Secondary deformities of cleft lip repair. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, editors. Grabb and Smith's plastic surgery. 5th ed. Philadelphia: Lipincott-Raven. 1997; P: 271.
5. Stal S, Hollier L. Secondary deformities of the cleft lip, nose and palate. In: Mathes plastic surgery. Vol 4. Philadelphia: Saunders. 2006; P: 339-51.
6. Stal S, Hollier L. Correction of secondary clef deformities. Plast Reconstr Surg 2002; 109: 1672-81.
7. Mulliken J. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity: state of art. Cleft Palate Craniofac J 2000; 37: 342.
8. Losee JE, Selber JC, Arkoulakis N, Serletti JM. The cleft lateral lip element: Do traditional marking result in secondary deformities? Ann Plast Surg 2003; 50: 594- 600.
9. Assuncao G. The VLS classification for secondary deformities in the cleft lip: clinical application. Br J Plast Surg 1992; 45: 288.
10. Bardach J, Salyer K, editors. Atlas of craniofacial and cleft surgery. Cleft lip and palate surgery. Vol 2. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1999; P:434-64.
11. Kawamoto HK Jr. Correction of major defects of the vermilion with a cross-lip vermilion flap. Plast Reconstr Surg. 1979 Sep;64(3):315-8.
12. Hubli EH, Salyer KE, Genocov DG. Secondary cleft lip and nasal deformities. In: Achauer BM, editor. Plastic surgery: indications, operations and outcomes. Missouri: Mosby. 2000; P: 835-49.
13. Lee TJ. Upper lip measurements at the time of surgery and follow-up after modified rotation advancement flap repair in unilateral cleft lip patients. Plast Reconstr Sureg 1999; 104: 911-5.
14. Stal S, Spirta M. Secondary reconstructive procedures for patient with cleft. In: Serafan D, Gorgiade NG. Pediatric Plastic Surgery. Vol 4. Missouri: Mosby. 1984; P: 352.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]