

ناهنجاریهای فك و صورت در اثر جراحی شكاف لب و کام

دکتر ایرج مودت *

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۴، صفحه ۳۱۲، ۱۳۴۹

در بیست سال اخیر روشهای جراحی شكاف لب و کام (Cleft lip and palate) پیشرفتهای قابل ملاحظه‌یی نموده و نتایج مطلوب آن نصیب بیماران بیشماری گشته است، معهداً بسیاری از شیوه‌های معمول کامل نبوده بحدی که عوارض ناشی از این قبیل اعمال جراحی هنوز دیده میشود. اینگونه عوارض دیر یا زود ظاهر شده عمل یا اعمال جراحی بعدی را ایجاب مینماید. بیشتر این عوارض عبارتند از ناهنجاریهایی که در نسوج نرم و اسکلت فك و صورت ایجاد میشود و عوامل اصلی آنها بقرار زیر است:

۱- عارضه‌ای که مستقیماً مربوط به عمل جراحی است، در این حال بدشکلیهای فوق در اثر از بین رفتن قسمتی از بافت‌ها در ناحیه عمل شده ظاهر میگردد.

۲- ایجاد نسوج التیامی و بسته شدن عروق که در نتیجه عمل تغذیه بافتها کاهش یافته و مانع رشد طبیعی آنها میگردد.

در خصوص درمان ناهنجاریهای نسوج نرم گزارشهای متعددی انتشار یافته است (Kazanjian, Meyer) اما درباره درمان و تصحیح ناهنجاریهای ثانوی اسکلت فك و صورت بندرت مطالبی نوشته شده است.

بدشکلیهای فوق‌الذکر را میتوان عموماً با روشهای متداول جراحی ارتوپدی فك و صورت بر طرف نمود، در عین حال گاهی به تغییراتی بر میخوریم که برای درمان آنها باید از روشهای خاصی استفاده کرد. طبق آمار Fogh Andersen در بیست سال اخیر تعداد متولدین مبتلا به شكاف لب و کام از يك در هزار به يك در پانصد تجاوز کرده است، در نتیجه روز بروز تعداد مراجعینی که احتیاج به رفع

بدشکلیهای ثانوی فك و صورت دارند بیشتر خواهد شد. تغییراتی که بعد از عمل جراحی شكاف لب و کام بوجود میآید عبارتند از:

۱- ناهنجاریهای ثانوی قوس فکی و دندانی

۲- تغییرات ثانوی قسمت قدامی استخوان فك بالا (پرماکز بلا)

۳- تغییرات ثانوی نسوج نرم

۴- تغییراتی که در عمل تنفس و تکلم ایجاد میشود

۵- تغییراتی که در عمل جویدن و گوارش پدید میآید

۶- بدشکلیهای خارجی صورت

۷- ایجاد ناراحتیهای روانی

در اینجا ما تنها بذکر درمان ناهنجاریهای ثانوی قوس فکی و دندانی اکتفا میکنیم؛ یکی از نکات اساسی که باید بدان توجه داشت اینست که اغلب بیماران عبارتند از جوانان و بزرگسالانی که بتدریج در اجتماع باید مسئول امور مختلف باشند و متأسفانه بعلت چنین بدشکلیهایی برای یافتن شغل مناسب و دلخواه خود مواجه بامشکلات فراوان میگردد.

تغییرات ثانوی قوس فکی و دندانی میتواند مادرزاد و یا اکتسابی باشد ولی در اغلب موارد هر دو عامل در ایجاد بدشکلی مسئول شناخته میشوند.

ناهنجاریهای ثانوی قوس فکی و دندانی نزد بیماران مبتلا به شكاف يك طرفه و یا دو طرفه متفاوت است.

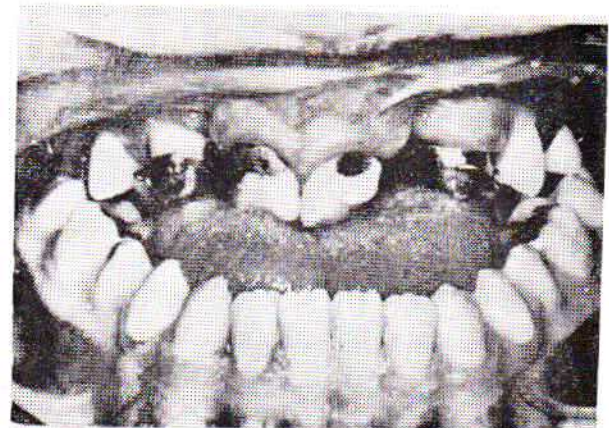
۱- در هر دو حال پیش رفتگی استخوان چانه (پروژنی) کاذب (اکلوزیون معکوس) دیده میشود ولی در بیماران مبتلا به شكاف

درمان با روشهای جراحی:

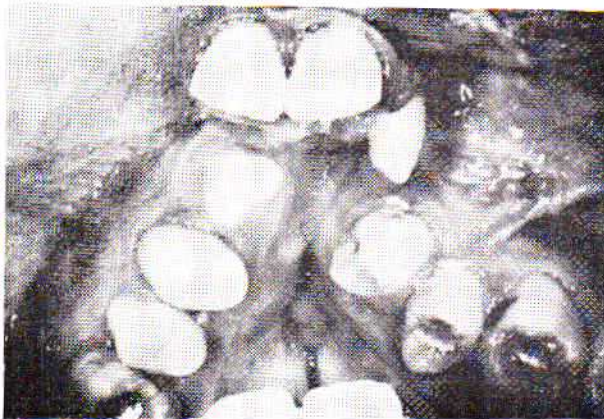
از روشهای معمول باید از طرق زیر یاد کرد:

- ۱- استئوتومی و حرکت دادن کامل (توتال) یا پارسیل هر یک از دو فک (شکل ۲ و ۳).
- ۲- استئوتومی و حرکت دادن یک و یا چند دندان بانضمام الوئول مربوطه (شکل ۴ و ۵).

دو طرفه، بعلت رشد کمتر فک بالا، پروگناسی شدیدتر بنظر میرسد. شکل (۱).

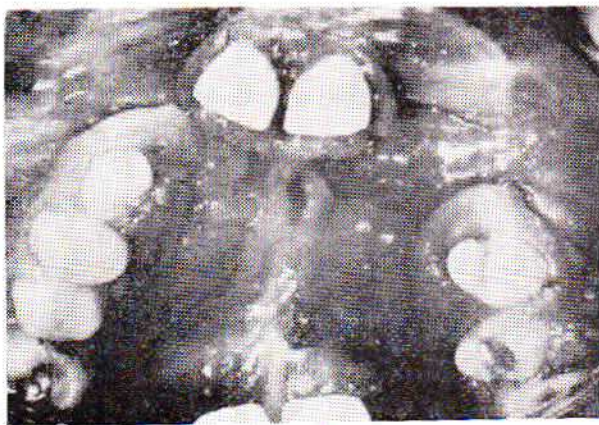


شکل (۱) تغییرات ثانوی قوس فکی و دندانی در شکاف دو طرفه (پروگناسی کاذب)



شکل (۴) تغییرات ثانوی قوس فکی و دندانی در شکاف دو طرفه لب و کام قبل از عمل جراحی

برعکس نزد بیماران مبتلا به شکاف یک طرفه، عدم تقارن و انحراف فک بیشتر بوده قوس دندانی فک بالا فشرده گی شدیدی را نشان میدهد. ۲- در شکافهای دو طرفه، بعلت رشد کم ولی مساوی آلئولهای جانبی، فک بالا و یک سوم وسط صورت عقب تراز محل معمول قرار داشته، در نتیجه منجر به رتروزیون یا صورت بشقابی شکل (Dish face) میگردد (شکل ۲)



شکل (۵) استئوتومی و حرکت دادن آلئولهای جانبی در فک بالا برای رفع ناهنجاری قوس فکی و دندانی بعد از عمل جراحی



شکل (۳) حرکت کامل فک بالا برای رفع رتروزیون (Dish face) بعد از عمل جراحی

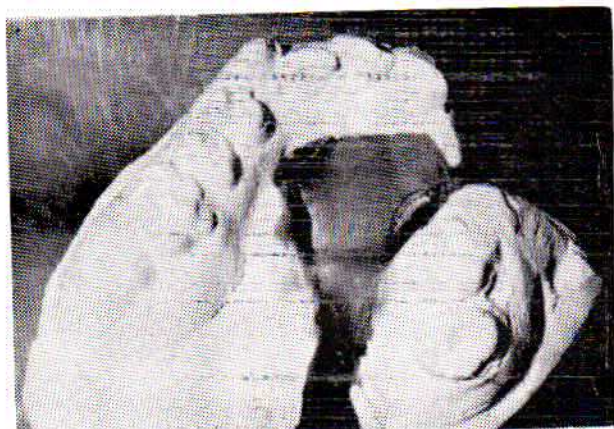


شکل (۲) تغییرات ثانوی شکاف لب و کام - رتروزیون (پس رفتگی) یک سوم وسط صورت قبل از عمل جراحی

بکمک روشهای فوق الذکر، امکان تحريك هر يك از قسمتهای استئو-تومی شده در جهات و اندازه های مختلف وجود دارد. گاهی برای ایجاد اکلوزین مورد نظر و زیبایی صورت به حرکت دادن کامل (توتال) فک بالا بطرف جلو (مزیاال) نیازمندیم. این عمل با استئوتومی کامل فک بالا و حرکت مزیاال آن میسر بوده و برای رفع فواصلی که بین قسمتهای استئوتومی شده بوجود میاید از پیوندهای استخوانی استفاده میشود (شکل ۲ و ۳). برای ایجاد قوس فکی و دندانی مورد نظر میتوان تنها به حرکت دادن آلئولهای جانبی فک بالا اکتفا نمود (شکل ۴ و ۵).

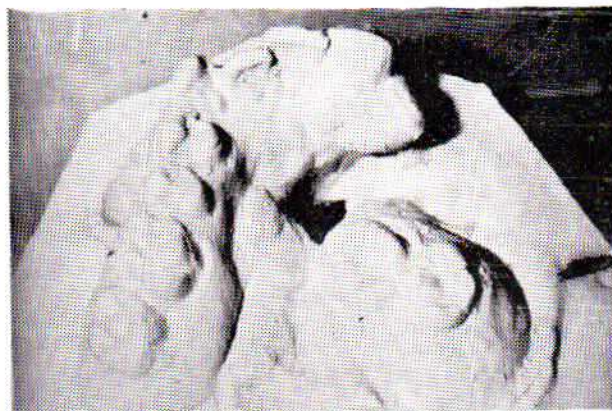
نسبی فک پائین نیز لازم باشد این عمل اخیر هم از راه داخل دهان بخوبی قابل اجراست .
در شکافهای دو طرفه علاوه بر درمانهای فوق الذکر تصحیح موقعیت پرماکزیلا نیز انجام میگردد.

این عمل با استئوتومی و حرکت دادن جانبی (لاترال) و ثابت کردن آلئولهای جانبی فک بالا در (بستگی دهان) پیش بینی شده انجام گرفته و نتیجه حاصله از آن بسیار رضایتبخش میباشد (شکل ۶ و ۷)
چنانچه برای رفع ناهنجاری موجود حرکت کامل (توتال) و یا



بعد از عمل جراحی

شکل (۷) استئوتومی و حرکت دادن آلئول جانبی فک بالا
(مدل مجعی)



قبل از عمل جراحی

شکل (۶) تغییرات قوس فکی و دندانانی در شکاف یک طرفه لب و کام
(مدل مجعی)

REFERENCES

- 1- Obwegeser, H. L.: Correction of the facial appearance of harelip and cleft palate patients by surgery on the jaws. in: Reconstructive surgery of thermal Injuries and other subjects., II Annual Meeting, Swiss Society of plastic and Reconstructive Surgeons, Zurich, 1966, p. 110. ICS 141, Exerta Medica, Amsterdam.
- 2- Obweheser, H.L.: Surgical correction of maxillary deformities. (1969) in. Cleft Lip and Palate. Editors. W.C. Grabb, S.W. Rosenstein and K.R. Bzoch. Little, Brown and Co., Bostone, Mass.
- 3- Obveger, H. L.: Treatment of facial deformities in Cleft palate cases by surgical Correction of the Jaws.: Reprinted from Exerta Medica International Congress Series No. 174 Transactions of the Fourth International Congress of Plastic and Reconstructive surgery Rome, October 1967.
- 4- Perko, M.: Surgical Correction of the position of the premaxilla in secondary deformies of Cleft lip and palate: Reprinted from Exerta Medica International Congress Series No. 174 Transactions of the Fourth International Congress of Plastic and Reconstructive surgery Rome, October 1967.
- 5- Perko, M.: Die chirurgische Spaetkorrektur von Zahn-und Kieferstellungsanomalien bei Spaltpatienten. Habilitationsschrift Zuerich 1969.
- 6- Perko, M.: Gleichzeitige Osteotomie des Zwischenkiefers, Restspaltenverschluss und Zwischenkiefersversteifung durch sekundaere Osteoplastik bei Spaetfaellen von beidseitigen Lippenkiefer – Gaumen – Spalten. Dtsch. Zahn-, Mund-und Kieferheilk. 47: 1, (1966).
- 7- Mavaddat, I.: Intra - oral Correction of condylar hyperplasia. (In Publication).
- 8- Mavaddat, I.: Surgical Correction of the position of the premaxilla. (In Publication).

بیماریهائی که بواسیله پزشک بوجود میاید

IATROGENIC DISEASES

دکتر ابوتراب نفیسی *

(قسمت دوم)

۴- خطای درمان (Mis Treatment) بعنوان عامل مسبب بیماری -
اگر راستش را بخواهید، اصل کلی درمان صحیح بیمار حتی المقدور «عدم تجاوز به حریم او و عبارت دیگر دست نزدن با او است» یعنی اصل «Noli me Tangere» (۲۹) مگر وقتیکه خلافش ثابت شود و بعلت وجود عامل شناخته شده ای یا برای تسکین درد و رنج بیمار، نیاز مسلم به شکستن این حریم و استعمال دارو یا سایر روش های درمانی چون جراحی و نظائر آن پیش آید و مخصوصاً تجاوز باین حریم مقدس هیچگاه نباید بدون دلیل و خودسرانه باشد زیرا انسان مقدس ترین موجودات است و جان و روان او ودیعه الهی است و باید محترم شمرده شود - نمونه های این خود کامگی در این تجاوز مشروع، که نام درمان بخود میگیرد، نیز فراوان است و تحت عنوان کلی «استعمال شیئی در غیر ما وضع له» باید بحث شود و ما فقط بذکر چند نمونه شایعتر و زیان بخش ترمیم دازیم و اضافه میکنیم که عوارض سوء داروها خود بحث بسیار مفصل جداگانه دارد که بعداً باید مورد بررسی قرار گیرد و در اینجا فقط به «سوء تجویز» اشاره میکنیم:

الف - مواردی مسلم از نارسائی عروق مغزی در اثر استعمال بی رویه داروهای ضد فشار خون، در اشخاص مسن که دچار هیپرتانسیون متغیر و ناپایدار بوده و هیچگونه عارضه ای نداشته و خوب تحمل میشده، ذکر شده است. این نوع هیپرتانسیون «پزشک ساخته» در این بیماران بعلت پیدایش نارسائی زود گذر ولی مؤثر شبکه خون شراین باز یلمر مغز تولید میشود و گاه عوارض جبران ناپذیری از خود بیادگار میکند. (۳۰)

ب - مقالات متعدد درباره تجویز بیمورد ترانسفوزیون (۳۱)

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۴، صفحه ۳۱۵، ۱۳۴۹

بعنوان عامل آرایشی و پرو رو دادن به بیماران کم خون، مخصوصاً خانمها، منتشر شده است. عده ای از پزشکان روی نظریه غلطی که هر کس دچار کم خونی است احتیاج به تزریق خون دارد بدون تفکر درباره نتایج سوئی که این داروی گران بها، حتی اگر هم بموقع استعمال شود، در بردارد، مبادرت به ترانسفوزیون کرده اند و ما میدانیم که از عواقب بسیار زیان بخش این درمان، صرف نظر از زیان های فوری دیگری که دارد، هپاتیت سرومی است. خطای دیگر در این باره، ترانسفوزیون های بیش از اندازه در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن مولد کم خونی چون لوسمی مزمن - انمی مزمن - اورمی و نظائر آن میباشد که سعی میشود هموگلوبین بیمار را همیشه در حدود ۱۵ گرم درصد نگاه دارند و حال آنکه بسیاری از این بیماران را میتوان بدون ناراحتی زیاد با هموگلوبین در حدود ۱۰ تا ۱۱ گرم درصد نگاه داشت.

پ - مسئله ترکیب و اختلاط داروهای متعدد بصورت معجون که در قدیم نیز استعمال میشده و مدتی متروک شده، و مجدداً باب روزه شده است نیز یکی از مسائل مهم و مورد ابتلای روزمره پزشکان و بیماران است. این گونه اختلاط صرف نظر از آنکه اثر درمانی را مخدوش میسازد، گران تر هم هست و حاوی خطراتی اضافی نیز می باشد از آن جمله است داروهائی که بنام کلی و عمومی تونیک (بصورت شربت یا قرص یا آمپول) یا مولتی ویتامین یا مسکن یا ضد رماتیسمی مصرف میگردند و همه آنها کم و بیش صرف نظر از گرانی قیمت و بی اثر بودن، یا لاقط داشتن اثری کمتر از عناصر متشکله خود، تولید خطراتی نیز نموده اند مانند اسید فولیک (۳۲) در حبه های مولتی ویتامین که اثرات سوئی در دستگاه عصبی بر جای میگذارد یا کورتیزون در قرص های ضد درد که قدرت اولسروژنیک آنها را

* دانشکده پزشکی - دانشگاه اصفهان