



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب

أطروحة أعدت في قسم الجراحة لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة

التجميلية والتصنيعية

رئاسة : أ.د. إبراهيم برغوث

بإشراف: م. د. معين إسبر

الطالب : د. سعيد عبد الوهاب عبد الوهاب

عنوان البحث

المقاربة الجراحية لتجميل الشفة العليا

في سياق تجميل الأنف

Upper Lip Aesthetic Surgical Approach

during Rhinoplasty

الباب الأول

الدراسة النظرية

المقدمة :

عند النظر الى وجه الإنسان فان أكثر ما يجذب النظر هي العيون ومن ثم الشفاه ومن ثم الأنف . ولكن عند النظر إلى وجه مبتسم فإن الشفاه تجذب الاهتمام أكثر¹

هذه الأيام الشفاه الممتلئة ولا سيما الشفة العليا الممتلئة تعتبر أكثر جمالا وأكثر شبابا².

خلال التقدم بالعمر الشفة العليا تخضع لتغيرات في الحجم والطول واللون والشكل كجزء من تغيرات شاملة للوجه تسمى (تغيرات التقدم بالعمر).³

وان الدراسات الاخيرة النسيجية وعبر المرنان تثبت وجود تغير في السماكة باتجاه زيادة الطول دون تغير الحجم الكلي مع وجود نقص في المكونات البنيوية للشفة مما يؤدي الى نقص طول الشفة الحمراء وزيادة طول الشفة البيضاء وترققها⁴.

وما عدا التقدم بالعمر فان زيادة طول الشفة العليا وترققها من الممكن وجوده عند اليافعين إما لإسباب وراثية أو ناتجة بعد عمليات تجميل الأنف الخاطئة أو حقن مواد مالئة بشكل غير مناسب⁵.

يوجد ارتباط واضح بين الأنف و الشفة العليا حيث أن كل من تبارز ذروة الأنف و قوة العضلة العضلة الخافضة للحاجز الأنفي التي تتركز على عظم الشوك الأنفي المتبارز من عظم الفك العلوي يؤثر على طول الشفة العلوية فعند الضحك تسبب تنخفض ذروة الأنف نحو الأسفل وتقصّر الشفة العليا وبالتالي فعند التداخل الجراحي على الانف سيكون له تأثير على الشفة العليا لذلك فإننا يمكن أن نعتبر كل من الأنف و الشفة العليا كيانين مترابطين بشكل أو آخر⁶.

وعلم الجمال يقدم لنا مقاسات تروي عين المتعطش حيث يكون طول الشفة البيضاء معادلة للمسافة بين قاعدة العميد وذروة الأنف .وأبعد من علم الجمال فإن العين تتقبل شكل الشفة العليا بوجود ثلم شفوي واضح مع عميدته ضمن الأبعاد المناسبة⁷.

لقد وصفت عدة طرق للتداخل على الشفة العليا مثل استئصال الجلد أسفل الأنف وتقديم مخاطية الشفة الحمراء لكن كلا الطريقتين كانت تترك أحيانا ندبة غير مستحسنة. إن القدرة على التداخل الجراحي على الشفة العليا بدون وجود ندبة تعتبر غاية مهمة عند المرضى الذين يهدفون للوصول لنتيجة جمالية بدون وجود ندبة⁸.

لمحة تاريخية :

تطور الطرق الجراحية للتدخل عند وجود زيادة في طول الشفة العلوية :

Bull-horn Subnasal Lip Lift (تقنية قرن الثور)

أول تقنية جراحية من أجل تقصير الشفة العلوية المتطاوله وصف عام 1971 وكان يعتمد على اجراء استئصال اهليلجي من جلد أعلى الشفة عند مستوى قاعدة الأنف وبالتالي تكون الندبة مخبأة وغير ظاهرة عند مستوى قاعدة الأنف . ويعتبر هذا التكنيك هو التكنيك الأكثر شيوعا عالميا وقد تم ادخال الكثير من التعديلات عليه منذ عام 1971 وحتى الآن ¹¹.



11

L-Shaped Philtrum Lift (Gonzales_ Ulloa)

وصف ما بين عامي 1975 و 1979 هو مشابه للتقنية السابقة مع عدم وجود شق عند مستوى قاعدة عميد الأنف ويسمى كذلك ب philtrum lip lift.

Green-wald incision (green-wald)

وصف عام 1987 وهو مشابه للتقنية الأولى مع وجود زوايا أكثر حدة لحواف الاستئصال الجلدي ¹⁰.



10

Extended incision (marques & Brenda)

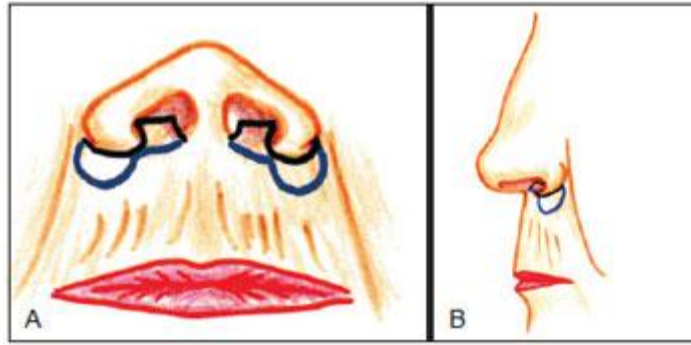
وصف عام 194 وهو مشابه للتقنية الأولى مع زيادة طول الشق الجراحي عند مستوى الثلث العلوي للثلم الأنفي الشفوي .

Italian technique (santache_bonrrigo)

وصف عام 2004 ويعتمد على اجراء استئصال جزئين اهليلجيين عن مستوى قاعدتي فتحتي الأنف.

Double duck suspension

وصف عام 2011 من قبل وفيه يتم مشاركة تصغير فوهتي الأنف مع اجراء تقصير للشفة العلوية.



كل الطرق السابقة كانت تعتمد على مبدأ التداخل على طول الشفة باجراء شق جراحي مع إخفاء الندبة عند مستوى مدخل الأنف وبالتالي تكون الندبة غير ظاهرة .

رفع الشفة بالخياط الجراحية الطريقة الكلاسيكية¹⁴:

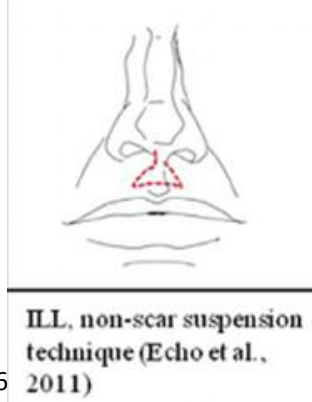
وتتم عن طريق القيام بشقين عموديين حوالي 2-3 ملم عند مستوى حذبتى الشفة العلوية وكذلك شقين حوالي 2-3 ملم مناظرين للشقين الأولين عند مستوى فتحتى الأنف ومن ثم ادخال خيط واجراء الشد المناسب حسب الحالة



رفع الشفة بالخياوط الجراحية تقنية Echo¹⁶:

non scar suspension technique

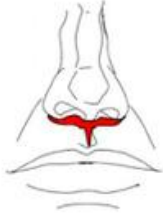
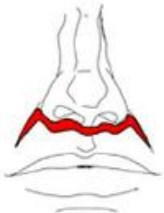
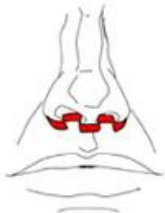
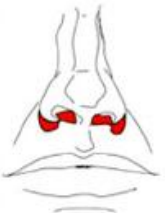
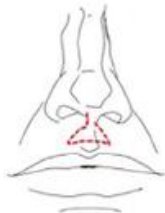
في عام 2011 وصف Echo طريقة للتدخل على طول الشفة العليا معتمدة على مبدأ رفع الشفة باستخدام الخيطان الجراحية وتعليقها عند مستوى شوك الأنف وبالتالي أصبح من الممكن التدخل على طول الشفة دون وجود ندبة وإمكانية مشاركة هذا التكنيك مع عملية تجميل الأنف وقد سمي هذا التكنيك بـ non scar suspension technique (Echo)



16

يلاحظ محاولة تقصير طول الندبة الجراحية ما أمكن مع تطور الطرق الجراحية حتى الوصول الى تقنية تعلق الشفة بالخياوط الجراحية مع مدخل داخل الانف او مشاركتها مع عملية تجميل الانف .

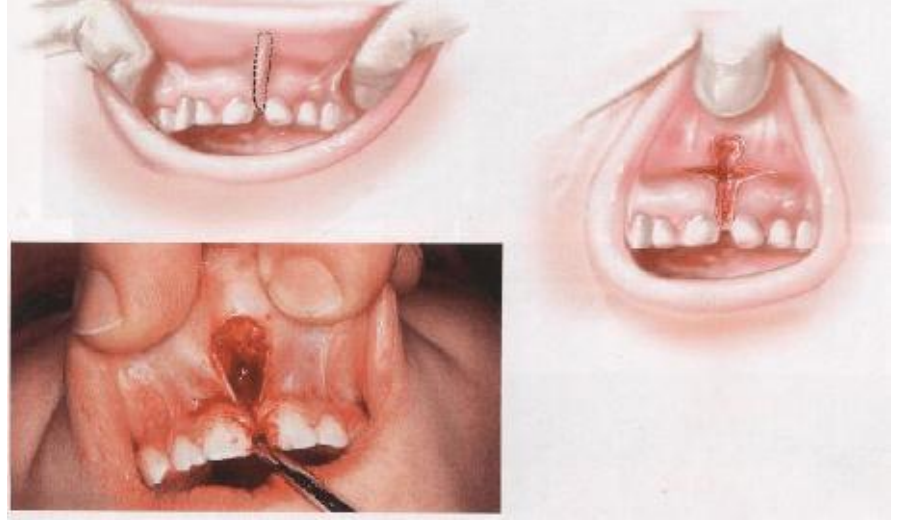
الشكل التالي يظهر الطرق الجراحية للتدخل على زيادة طول الشفة العلوية وتطورها التاريخي :

				
DLL, upper and lower lip (Meyer and Kessering, 1976)	ILL, bullhorn subnasal lip lift (Cardoso and Sperli, 1971)	ILL, philtrum stretching, variation #1 (Austin 1986)	ILL, philtrum stretching, variation #2 (Austin 1986)	ILL, L-shaped philtrum lift (González-Ulloa, 1975, 1979)
				
ILL, extended incision (Marques and Brenda, 1994)	ILL, Greenwald incision (Greenwald, 1987)	ILL, double duck suspension (Cardim et al., 2011)	ILL, italian technique (Santachè and Bonarrigo, 2004)	ILL, non-scar suspension technique (Echo et al., 2011)

16

أما في حالة وجود قصر في طول الشفة العلوية المسبب لحدوث ضحكة لثوية وهي بالتعريف زيادة الارتفاع العمودي الظاهر من اللثة العلوية أكثر من 2 ملم عند الابتسام فمن الممكن اجراء :

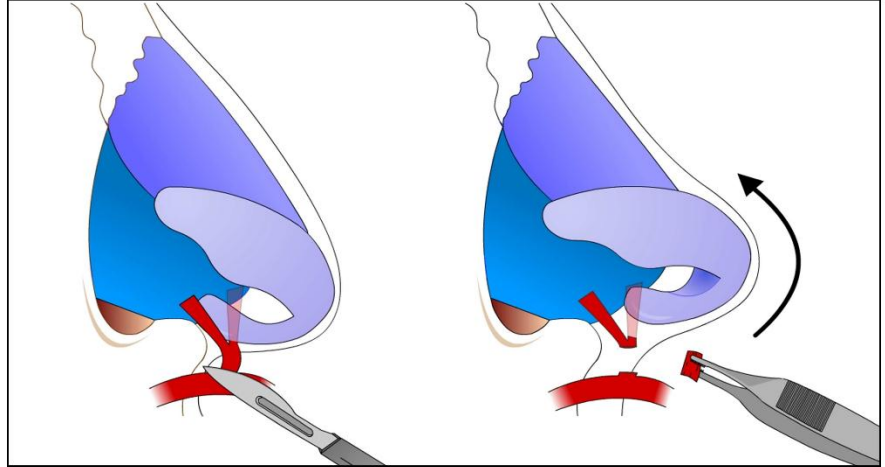
قطع اللجام الشفوي في حال وجوده 14



Simple z-plasty

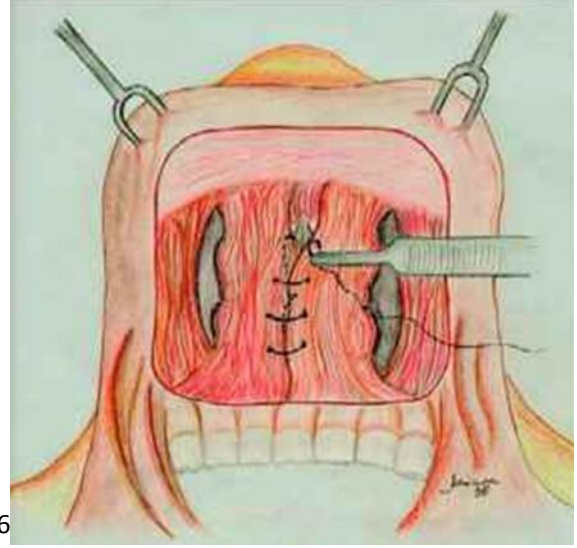
حيث يتم اجرائها بزاوية بين 45- 60 درجة في حال وجود لجام شفوي مسبب لقصر في طول الشفة العلوية

اجراء قطع للعضلة الخافضة للحاجز الأنفي depressor septi muscle



Zetaplasty

وفيه تتم مشاركة اجراء z-plasty عند مستوى مخاطية الشفة مع التداخل على اللفافة المتوسطة العضلية وعند مشاركتها مع تجميل الانف تسمى **dynamic Rhinoplasty**



16

دراسة تشريحية :

الشفة : هي جزء مرئي من الفم في البشر وكثير من الحيوانات. تكون الشفاه لينة، متحركة، وهي بمثابة المدخل لتناول الطعام والتعبير عن الصوت والكلام والنطق. تعد شفاه الإنسان جهاز حسّي عن طريق اللمس، فهي تتحسس درجة الحرارة قبل تناول الطعام، ويمكن أن تكون منطقة مثيرة للشهوة الجنسية عند استخدامها في التقبيل .

تتكون الشفاه من شفتين؛ "الشفة العلوية للفم" و "الشفة السفلية للفم" . يُعرف مكان التقاء الشفاه والجلد المحيط بها من منطقة الفم باسم الحد القرمزي أو الخط الأبيض وتُسمّى الحدود القرمزية للشفة العليا باسم قوس كيوبيد . الجزء البارز في وسط الشفة العليا هو حديبة تُعرف بأسماء مختلفة بما في ذلك "حديبة الشفة العلوية"، و"الحديبة الشفوية" . ويُسمّى الأخدود العمودي الممتد من منتصف قوس كيوبيد الى عميد الأنف باسم النثرة .

جلد الشفة، والمتكوّن من 3-5 طبقات خلوية، رقيق جدًا بالمقارنة مع جلد الوجه. يحتوي جلد الشفاه على عدد أقل من الخلايا الصباغية وبالتالي يكون لون جلد الشفاه أفتح من لون البشرة. وبسبب هذا، تظهر الأوعية الدموية عبر جلد الشفاه، مما يؤدي إلى اللون الأحمر الملحوظ بهم. مع قتامة لون البشرة، يكون هذا التأثير أقل وضوحًا، حيث يحتوي جلد الشفاه في هذه الحالة على المزيد من الميلانين، وبالتالي لونه أغمق. يشكّل جلد الشفة الحدود بين الجلد الخارجي للوجه، والغشاء المخاطي الداخلي للفم⁵.

لا يحتوي جلد الشفة على الشعر أو الغدد العرقية. وبالتالي، فإنه لا يملك طبقة الحماية المعتادة من العرق وزيت الجسم التي تحافظ على البشرة ناعمة، وتمنع مسببات الأمراض، وتنظم درجة الحرارة. لهذه الأسباب، تجف الشفاه بشكل أسرع وتُصاب بالشقوق بسهولة.

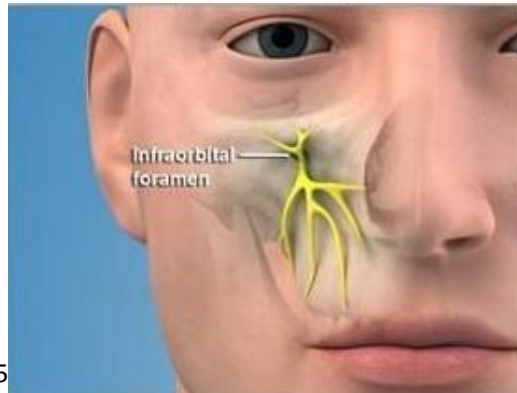
يتم تشكيل الشفة السفلى من بروز الفك السفلي، وهو جزء ناتج من القوس البلعومي الأول. تغطي الشفة السفلى الجزء الأمامي من الفك السفلي. تُخفّض عن طريق العضلة الخافضة للشفة السفلية، وتحدها من الأسفل عضلة الفم الدويرية.

تغطي الشفة العليا السطح الأمامي من الفك العلوي. يكون لون نصفها العلوي هو لون البشرة المعتاد، ويحتوي على منخفض في وسطه، مباشرةً تحت الحاجز الأنفي، ويُسمّى النثرة، في حين أن النصف السفلي منها مختلف بشكل ملحوظ، فاللون الأحمر أكثر مشابهة للون داخل الفم⁵.

التعصيب الحسي:

يتم تعصيب الشفة العليا عبر العصب تحت الحاج، هو فرع من عصب الفك العلوي .

يتم تعصيب الشفة السفلية عبر العصب الذقني، هو فرع من عصب الفك السفلي (عبر العصب السنخي السفلي).

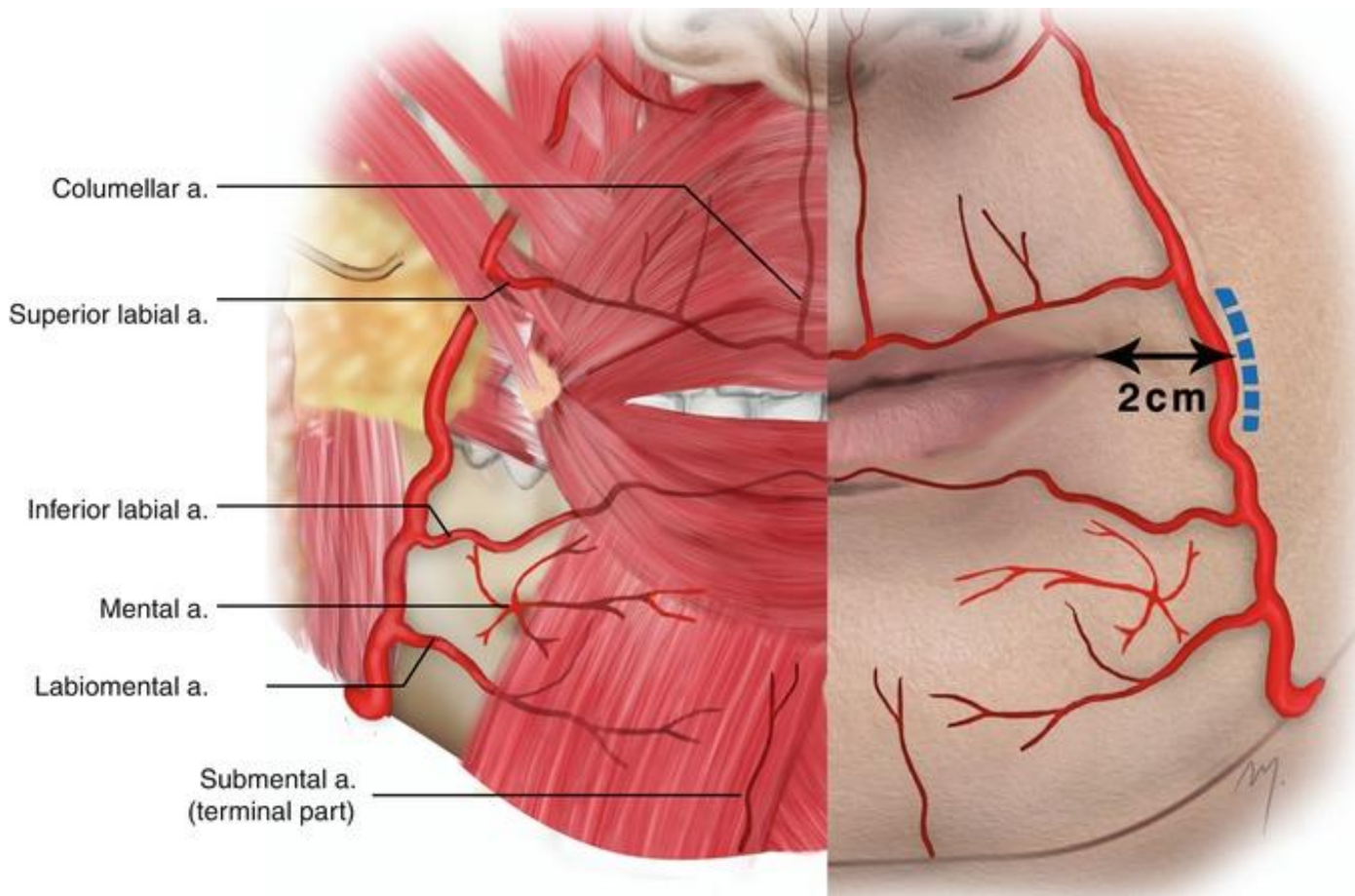


في حين يتم تعصيب العضلة الدويرية الفموية حركيا عبر الفرع الشدقي للعصب الوجهي⁵.

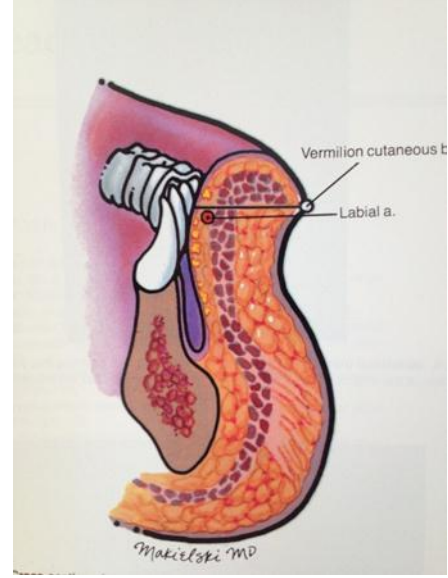
التروية الدموية:

الشريان الوجهي هو أحد الستة فروع غير النهائية من الشريان السباتي الظاهر. يغذي الشفاه عن طريق فروعه الشفوية العلوية والسفلية، ينقسم كل منهما إلى شعبتين ويفاغر مع الشريان على الجانب الآخر⁵.

الشريان الوجهي يكون على مسافة 2 سم من صوار الفم ويعطي الفرعين الشفوي العلوي والسفلي.

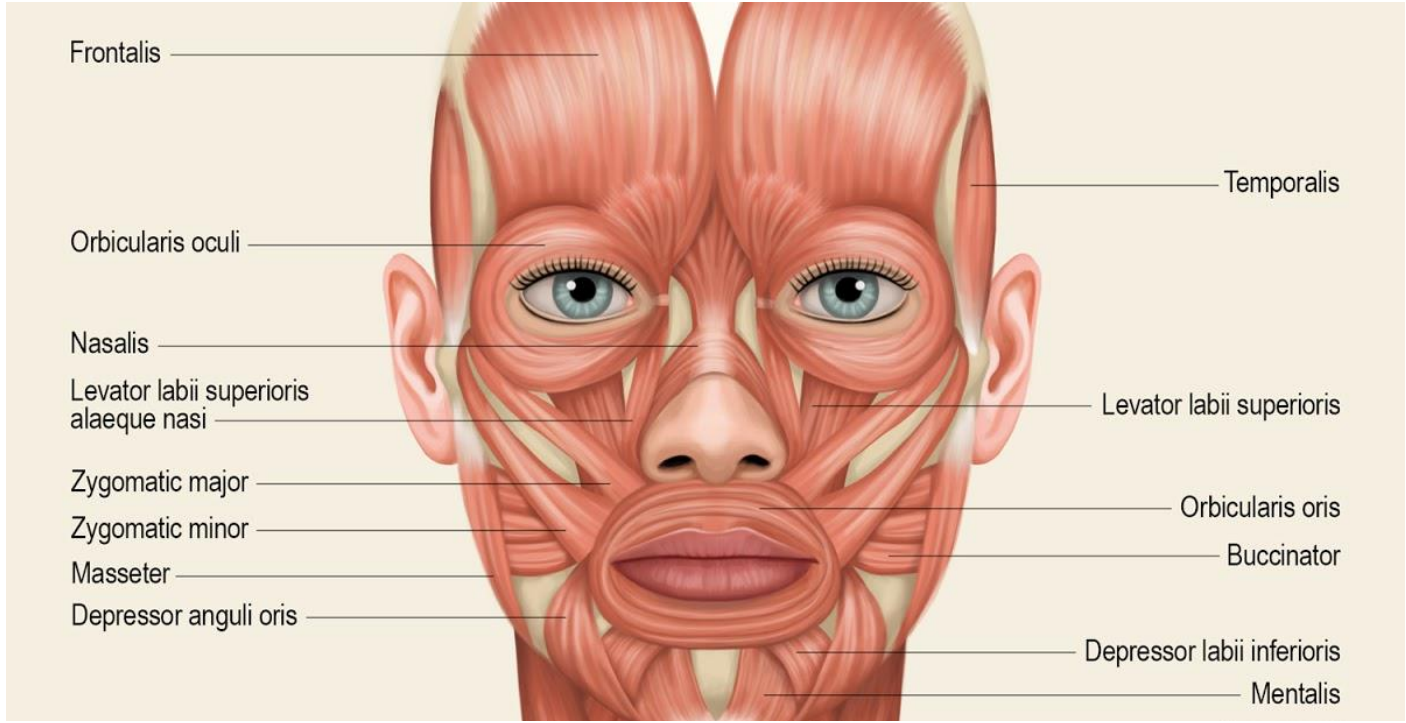


وفي مقطع طولي للشفة تتكون من جلد - نسيج تحت الجلد - العضلة الدويرية الفموية - الشريان الشفوي الى الخلف من العضلة الدويرية - نسيج تحت المخاطية - المخاطية الفموية .



العضلات

تعتبر عضلات الشفاه جزء من العضلات المسؤولة عن تعبيرات الوجه. وتنشأ كل عضلات تعبيرات الوجه من الأديم المتوسط من القوس البلعومي الثاني، وبالتالي تكون تغذيتها العصبية من خلال العصب الوجهي . وظيفياً، يتم ترتيب عضلات تعبيرات الوجه في مجموعات حول مدارات والأنف والفم.



5

العضلات التي تعمل على الشفاه:

- العضلة الدويرية الفموية **Orbicularis Oris**
- العضلة المبوقة **Buccinator**
- العضلة الضحكية **Risorius**

العضلات المسؤولة عن رفع الشفة :

- العضلة الرافعة للشفة العلوية **Levator Labii Superioris**
- العضلة الرافعة للشفة العلوية وجناح الأنف **Levator Labii Superioris Alaeque Nasi**
- العضلة الرافعة لزاوية الفم **Levator Anguli Oris**

• العضلة الوجنية الصغيرة **Zygomatic Minor**

• العضلة الوجنية الكبيرة **Zygomatic Major**

العضلات المسؤولة عن خفض الشفة :

• العضلة الخافضة لزاوية الفم **Depressor Anguli Oris**

• العضلة الخافضة للشفة السفلية **Depressor Labi Inferioris**

• العضلة الذقنية **Mentalis**

العضلة الدويرية الفموية **orbicularis oris**

تشكل دائرة كاملة إلى الخلف من جلد الشفة العلوية والشفة السفلية. وعلى هذه الدائرة ترتكز كامل العضلات المرتبطة بالشفة العلوية.

المنشأ: الوجوه العميقة للجلد حول الفم.

المرتكز: ترتكز على الغشاء المخاطي للشفتين وأحياناً يكون لها ارتكاز عظمي على الخط الناصف لعظم الفك العلوي والفكي السفلي.

العمل:

-إذا تقلصت هذه العضلة ستشكل دائرة حول الفتحة الفموية فتساعد على الصفير.

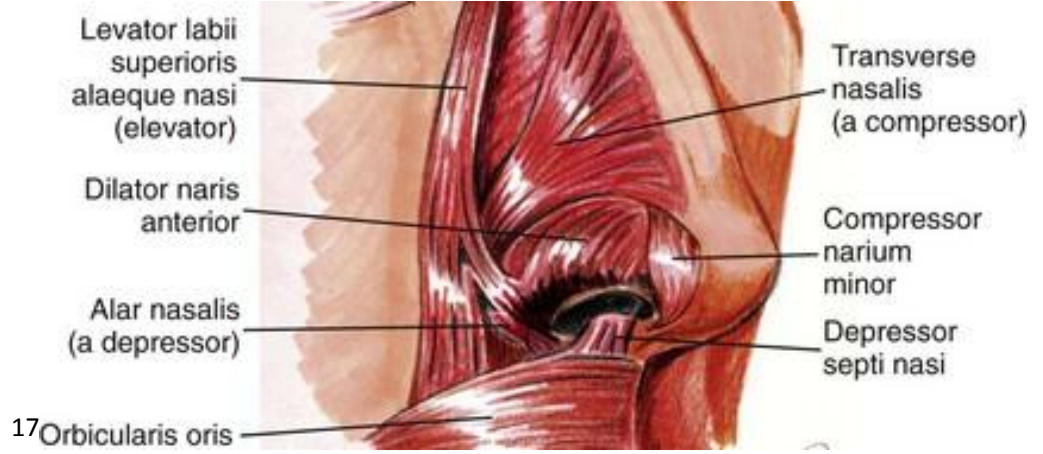
-وأثناء عملية المضغ هي العضلة التي تدفع بالطعام بمقابل الأسنان.

-ولها دور كبير في التصويت ولفظ الأحرف نسميها الأحرف الفموية .

ترتبط العضلة الدويرية الفموية مع

العضلة الخافضة للحاجز الأنفي depressor septi muscle

والتي تشكل ارتباط مابين شكل الشفة العلوية و ذروة الأنف والتي ازداد الاهتمام بدراسة وظيفتها والتداخل الجراحي عليها مؤخر بسبب زيادة البحث عن التوازن بين الشفة العليا وذروة الأنف ¹⁷ .



ان أول من شرح تأثير العضلة الخافضة للحاجز الأنفي كان fred عام 1955 في كتابه

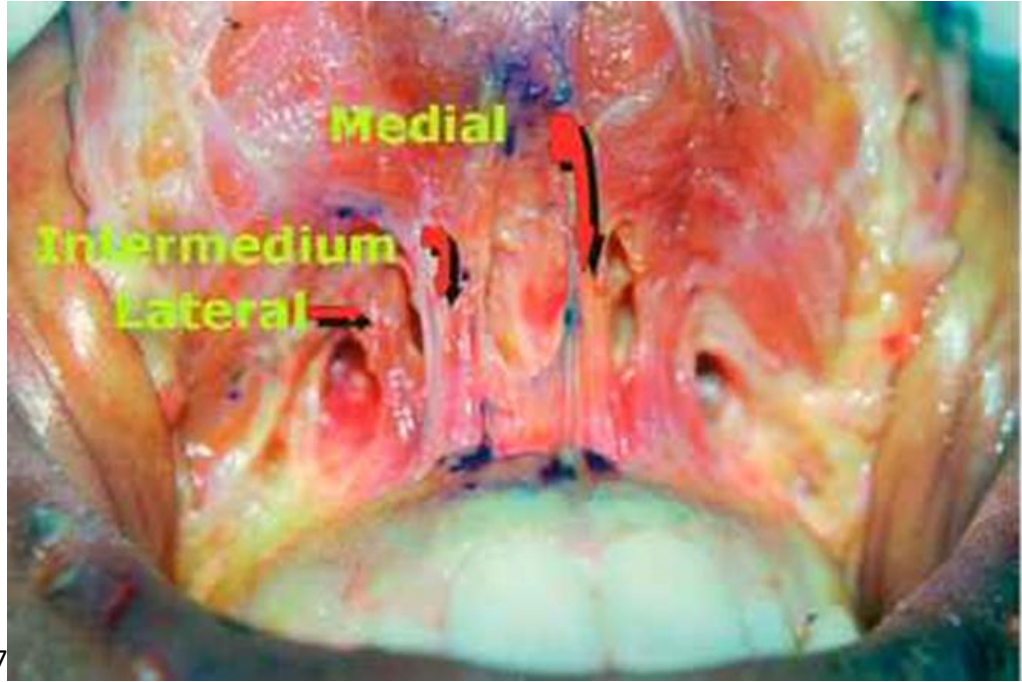
²⁰Role of depressor septi nasi muscle in rhinoplasty

لكن تشريح هذه العضلة درس بشكل دقيق من قبل Rod Rohrich ¹⁸. تعتبر هذه العضلة عضلة مزدوجة على جانبي الحاجز الأنفي وتتألف من ثلاثة حزم عضلة أنسية ومتوسطة ووحشية .

الحزمة الأنسية يكون لها شكل مثلث قاعدته في الأسفل وترتكز على العضلة الدويرية الفموية وذروته في الأعلى وترتكز على الشوك الأنفي ولها دور مباشر في خفض ذروة الأنف ورفع وتقصير الشفة العلوية عند التقلص ¹⁷.

الحزمة الوحشية لها دور في زيادة عرض فتحتي الأنف

الحزمة المتوسطة الموجودة بين الحزمتين لها دور في إعطاء حجم للشفة العلوية في حال تم اجراء طي لها الخط المتوسط ¹⁷ .

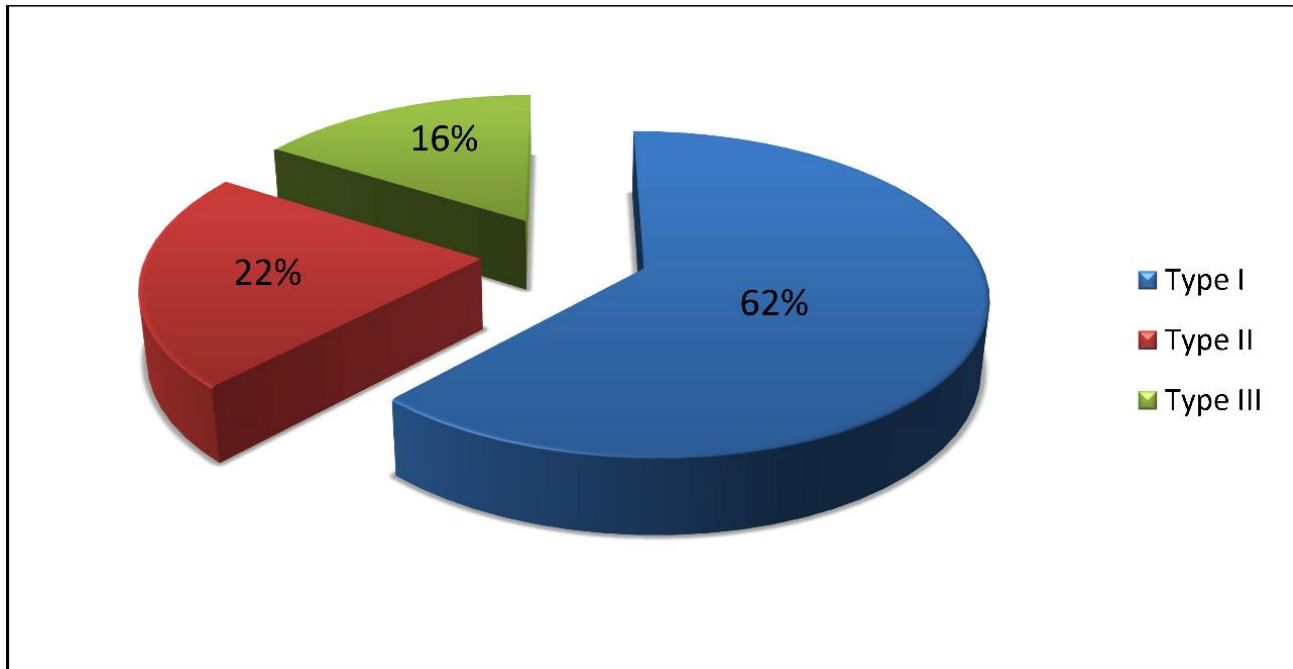
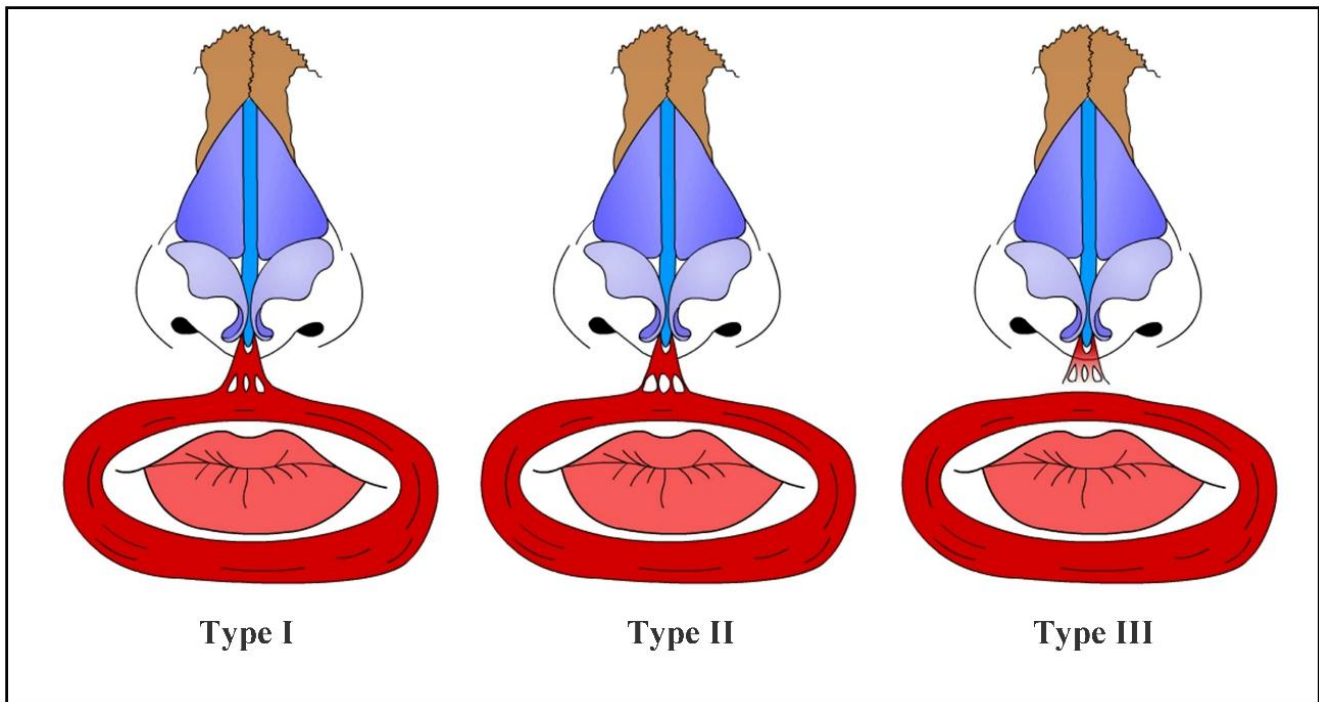


هناك ثلاثة أنماط لارتكاز هذه العضلة 18:

النمط 1 : ترتكز بشكل كامل على العضلة الدويرية الفموية 62%.

النمط 2 : ترتكز على السمحاق وبشكل جزئي على العضلة الدويرية الفموية 22% .

النمط 3 : ارتكاز بسيط على العضلة الدويرية الفموية 16% .



عند الأشخاص من النمط 1 و 2 تعتبر هذه العضلة مسؤولة عن خفض ذروة الأنف ورفع وتقشير الشفة العلوية زيادة الجزء الظاهر من الأسنان واللثة عند التقلص أي عند الضحك أو الابتسام¹⁸.

أما باقي العضلات المرتبطة بالشفة العلوية¹⁸ :

Levatpr Labii Superioris Alaeque Nasi الأنف وجناح الأنف

المنشأ: الناتئ الجبهي للفكي وتتجه باتجاه الأسفل باتجاه الشفة العلوية.

المرتکز: قسم بسيط من العضلة يرتکز على جلد جناح الأنف والقسم الآخر يرتکز على الدويرية الفموية وجلد الشفة العلوية

levator labii superioris العضلة الرافعة للشفة العلوية

المنشأ: الحافة تحت الحاج أعلى الثقبه تحت الحاج وتتجه إلى الأسفل.

المرتکز: جلد الشفة العلوية

Levator Anguli Oris – العضلة الرافعة لزاوية الفم

تقع إلى العمق من العضلة رافعة الشفة العلوية.

المنشأ: الحفرة النابية للفكي الى الأسفل من الثقبه تحت الحاج.

المرتکز: جلد زاوية الفم.

Zygomatic Minor العضلة الوجنية الصغيرة

تنشأ من القسم الأمامي للعظم الوجني وترتکز على الدويرية الفموية و جلد الشفة .

العضلة الوجنية الكبيرة Zygomatic Major

• تنشأ من القسم الجانبي أو الخلفي قليلاً من العظم الوجني وتركز على العضلة الدويرية الفموية وجلد الشفة .

هذه العضلات إذا تقلصت بجهة واحدة فسترفع زاوية الفم والشفة العلوية نحو جهة واحدة التعبير هو تعبير الازدراء والقرف أما إذا تقلصت في الجهتين فيظهر تعبير البسمة.

العضلات المسؤولة عن خفض الشفة :

العضلة المبوقة Buccinator

هي العضلة التي تشكل سماكة الخد

المنشأ: الناتئ السنخي للفكين العلوي والسفلي.

المرتکز: ترتکز أليافها متداخلة مع ألياف العضلة الدويرية الفموية ورافعة الصوار.
العمل:

عندما تفعل فعلها تضغط الخدين نحو الداخل. وفي حال كان الفم ممتلئاً بالهواء ستعطي النفخ فالذين يعزفون البوق يستعملون العضلة المبوقة أثناء العزف.

- ولها أيضاً دور في المضغ حيث تساعد على دفع الطعام ما بين الخدين والأسنان.

العضلة الضحكية Risorius

• هي عضلة صغيرة وسطحية.

المنشأ: لفافة الغدة النكفية.

المرتکز: زاوية الفم وتتداخل مع رافعة الصوار والدويرية الفموية.

العمل: تساهم بتعبير الضحك

العضلات المتعلقة بالشفة السفلية: 9

Depressor Anguli Oris العضلة الخافضة لزاوية الفم

المنشأ: على طول الخط المائل للفكي السفلي (يقع أسفل وجانب الوجه الأمامي للفكي السفلي) ,
تتجه إلى الأعلى.

المرتکز: زاوية صوار الفم .

depressor labi inferioris العضلة الخافضة للشفة السفلية

تنشأ من قسم الخط المائل الكائن بين الارتفاق الذقني والثقبه الذقنية وتتجه مائلة
نحو الأعلى والانسي وتنتهي مرتكزة على جلد الشفة السفلية ومختلطة بألياف
الدويرية الفموية.

mentalis العضلة الذقنية

هي الأثر عمقاً

المنشأ: الحفرة القاطعية للفكي السفلي.

المرتکز: جلد الشفة السفلية.

تقلب الشفة إلى الأسفل وتعبر عن حالة الحزن البسيط.

عمل العضلات المتعلقة بالشفة السفلية:

• تسحب العضلات المتعلقة بالشفة السفلية الشفة نحو الأسفل والوحشي معطية حالة التعبير
عن الحزن. عندما يحدث هذا الفعل في الجانبين تكون الحالة حزن أما إذا كان في جانب واحد
يتم التعبير عن التردد والشك

وفيما يلي وصف للتشريح السطحي للشفة العليا 9:

الثلم الشفوي أو النثرة :

الثلم العمودي على الخط الناصف للشفة العلوية من عميد الأنف حتى الخط الأبيض.

الخط الأبيض أو الحد القرمزي:

الخط الواصل بين الشفة البيضاء و الشفة الحمراء.

الشفة العليا البيضاء :

هي المنطقة المحدودة بالأعلى بقاعدة الأنف انسياً والثلم الأنفي الشفوي وحشياً و من الأسفل بالخط الأبيض.

طول الشفة العليا البيضاء:

هو طول الثلم الشفوي عند مستوى الخط الناصف.

الشفة الحمراء:

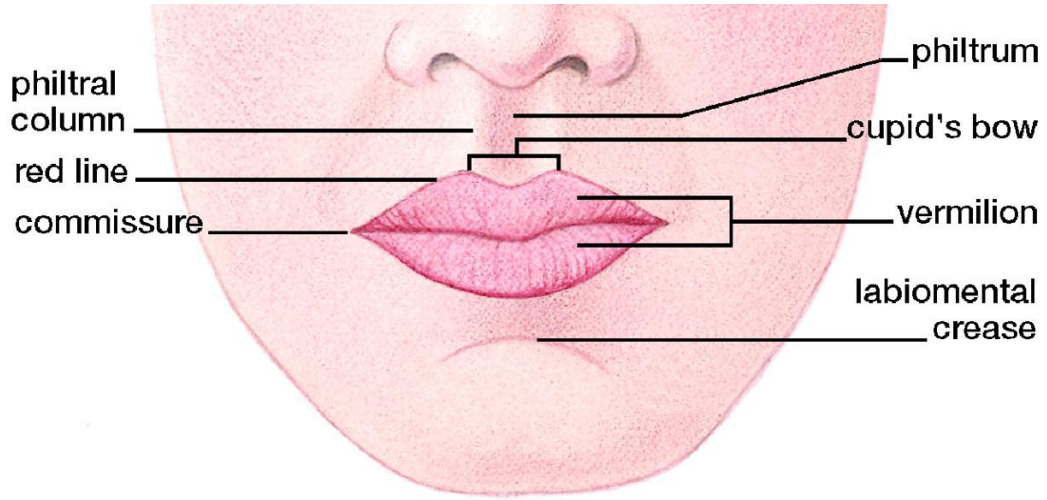
هي المنطقة الواقعة بين الخط الأبيض و الاتصال الشفوي.

الأعمدة الشفوية أو حديبة الشفة:

التبارزين الموجودين على جانبي الثلم الشفوي.

صوار الفم:

زاوية اتصال الشفة العليا و الشفة السفلة على جانبي الفم.

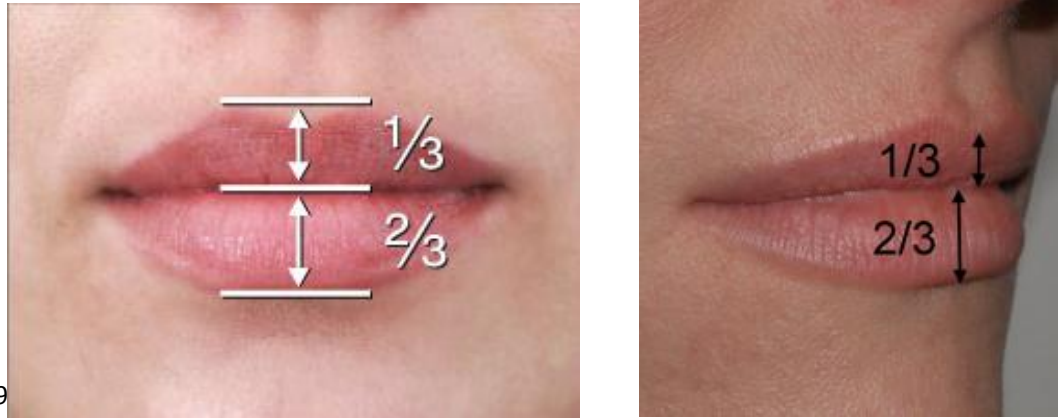


عدم الرضا عن شكل الشفة العليا الخارجي يكون غالبا بسبب طول الشفة البيضاء أو رقة وقصر الشفة الحمراء . هذه الأسباب من الممكن أن تكون خلقية أو تحدث مع التقدم بالعمر ⁵

بشكل عام تطاول الشفة البيضاء يسبب ب الجاذبية – التراجع العظمي مع التقدم بالعمر – رخاوة وضعف الأربطة الوجهية . مع التقدم بالعمر إضافة الى تطاول الشفة البيضاء يحدث تسطح في الأعمدة الشفوية وتسطح في قوس كيوبيد ¹⁰ . يترافق ذلك مع ضمور في الأنسجة الرخوة للشفة العليا مع الأذية المستمرة الناجمة عن التعرض للأشعة الشمس والتدخين ¹⁰ .



من أجل دراسة الشكل الجميل للشفة العليا وضعت عدة تصنيفات ودراسات من أجل الوصول لتصنيف واضح ومفيد . وحسب دراسة Ramirez OM, Khan AS, Robertson KM التي نشرت عام 2003 فان حجم الشفة العليا بشكل عام يعادل حوالي 75-80% من حجم الشفة السفلية .

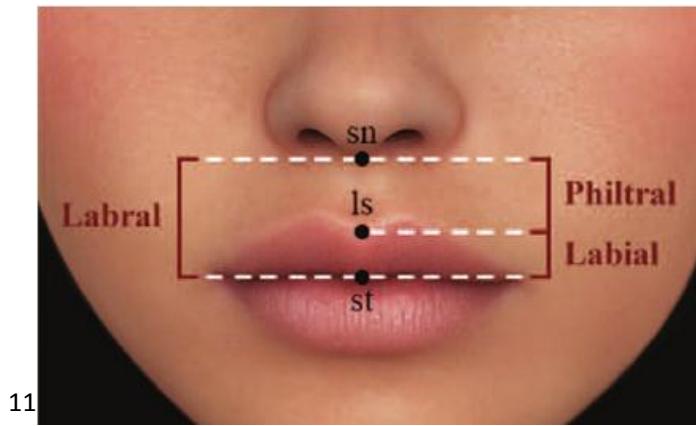


ان الوصول لتصنيف تربط تناسب وحدات الشفة العليا مع بعضها البعض يعتبر أمرا مهما لتحديد جمالية الشفة العلوية مثل تصنيف رافائيل وهاريس الذي نشر عام 2013¹¹ والذي يعتمد على التناسب بين ارتفاع الشفة الحمراء مقارنة بالبيضاء و طول الجزء الظاهر من الأسنان عند الابتسامة للوصول الى تصنيف يقيم شكل الشفة العلوية الجميل ودراسة الطرق الجراحية الممكنة للتدخل فيما بعد¹¹.

يسمى أيضا نظام التصنيف الشفوي-الطرق التشخيصية والتداخل الجراحي¹¹

Labral Classification System, Diagnostic Tools, and Surgical Management

أو **philtral-labial-score (PLS)** وفيه يتم قياس ارتفاع الشفة البيضاء بالمسافة ما بين قاعدة عميد الأنف وقوس كوييد وقياس ارتفاع الشفة الحمراء ما بين منتصف قوس كوييد والمتلقى الشفوي على الخط الناصف وحساب النسبة بينهما¹¹.



يتم أيضا تقييم ظهور الأسنان بال ملم أيضا والذي من الممكن مشاهدته وتحديد الاجراء المناسب حسب معيار **PLS**.

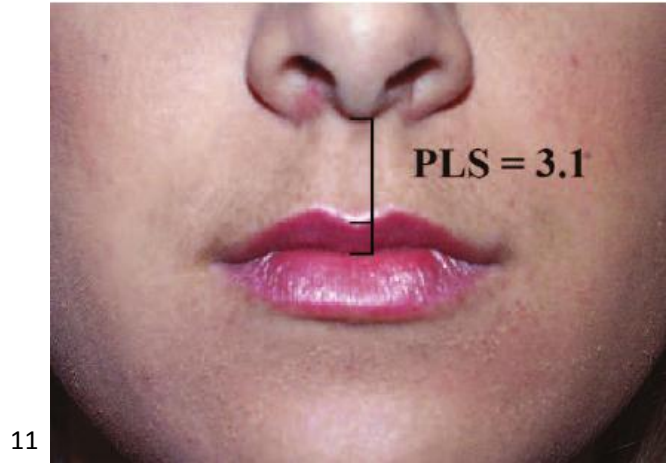
نمط 0:

يمثل الشكل الطبيعي للشفة حين يكون كل من طول الشفة البيضاء و الشفة الحمراء طبيعيا مما يعطي الشكل اليافع للشفة . الجزء الظاهر من القواطع 1-2 ملم والنسبة الشفة البيضاء إلى الحمراء أقل من 3. ان نسبة ما بين 1.2 الى 2.3 تعتبر النسبة المثالية . هذا النمط هو النمط الطبيعي وليس بحاجة لأجراء تداخل طبي لكن من الممكن اجراء تكبير الشفة الحمراء بالمواد المألثة¹¹.



نمط 1:

هذه المجموعة يكون لديها رقة شفة عليا معزولة أو رقة شفة عليا وسلفى . الجزء الظاهر من الأسنان ضمن الحدود الطبيعية . نسبة الشفة البيضاء إلى الحمراء من 3-5. يوجد تحت نمطين وهما ¹² **النمط الخلقي** يشكون من عدم رضا عن شكل الشفة الحمراء وبشكل عام يوجد نقص في الأنسجة الرخوة للشفة العليا كما في الشكل التالي



او **نمط مكتسب** أو **الشيخوي** يحدث مع التقدم بالعمر ضمور بأنسجة الشفة العليا الرخوة وزيادة في التغصنات العمودية حول الشفة كما في الشكل ¹¹



11

وفي هذه الحالة حسب تصنيف هاريس كانت تعالج سابقا عن طريق تقديم المخاطية أو من الممكن علاج المشكلة بالمواد المالئة كون المشكلة محصورة بنقص ارتفاع الشفة الحمراء ¹² .

نمط 2:

حين تكون الشفة البيضاء متطاوله بينما يكون طول الشفة الحمراء طبيعي و نسبة الشفة البيضاء إلى الحمراء من 3-5 ويوجد أيضا تحت نمطين خلقي كما في الشكل



11

أومكتسب كما في الشكل



وفي هذه الحالة وكون المشكلة بسبب زيادة طول الشفة البيضاء مع وجود شفة حمراء طبيعية يجب اجراء تداخل جراحي لرفع الشفة العلوية وتقصيرها لكون المشكلة محصورة بزيادة طول الشفة العلوية ¹² . ان اجراء استئصال جزء جلدي من 3 – 12 ملم يعتبر العلاج المناسب حسب شدة الحالة . ان حقن المواد المألثة لهذه المجموعة ستكون نتيجته شفاه كبيرة بارزة بشدة ومتطولة بسبب عدم معالجة زيادة طول الشفة البيضاء ¹² .

نمط 3:

حين تكون الشفة البيضاء متطولة بينما تكون الشفة الحمراء قصيرة و نسبة الشفة البيضاء إلى الحمراء أكثر من 5 ¹¹ . وفي هذه المجموعة لا يوجد أي ظهور للأسنان بسبب طول الشفة البيضاء الزائد . يشاهد أيضا عند هذا النمط عدم وضوح وتسطح الأعمدة الشفوية , عدم وضوح قوس كيوبيد. زيادة عدد التغصنات العمودية حول الشفة . تعتبر هذه المجموعة مصدر تحدي للجراح حيث يجي مشاركة إجراءات الجراحية مع حقن المواد المألثة في بعض الحالات . ¹¹



وفيما يلي جدول يوضح تصنيف هاريس¹³ أو

Labral Classification System, Diagnostic Tools, and Surgical Management

النمط	الشفة البيضاء	الشفة الحمراء	نسبة pls	العلاج
0	طبيعي	طبيعي	أقل من 3	لا شيء
1	طبيعي	قصيرة	3-5	مواد مالئة
2	طويلة	طبيعية	3-5	رفع شفة جراحي
3	طويلة	قصيرة	أكبر من 5	مشاركة عدة تقنيات

يعتبر العلاج ناجحاً حين ننقل المرضى من نمط 1 أو 2 أو 3 إلى نمط 0 و ذلك حسب تصنيف رافائيل و هاريس⁹

ان التداخل الجراحي حسب تصنيف هاريس يكون عند المرضى نمط 2 و نمط 3 .

يهدف التداخل الجراحي ع الشفة العلوية لأهداف تجميلية أولاً وهي تحسين شكل الشفة العلوية ومحاولة الوصول لتكنيك جراحي يحد من وجود ندبات ظاهرة وجعل الندبة أصغر ما يمكن وإعادة النسبة بين طول الشفة البيضاء والحمراء الى النسبة الطبيعية حسب تصنيف هاريس

يعتبر التداخل الجراحي ناجحا حين ننقل المرضى من نمط 2 و نمط 3 الى نمط 0 حسب هاريس¹¹.

(ان النمط 1 حسب هاريس يعالج بالمواد المائلة ف هو غير مشمول ضمن الطرق الجراحة)

التقنيات الجراحية المتبعة (التي تم اجراؤها على المرضى في هذه الدراسة) :

Bull-horn Incision الاستئصال بشكل قرن الثور

وهو أول تكنيك جراحي تم وصفه من قبل هنديريز Ulrich Hinderer¹⁴ وتمت دراسته عام 1971م من قبل كاردوسو ويعتبر التكنيك الأكثر شيوعا ويعتمد على اجراء استئصال جراحي عند مستوى أعلى الشفة العلوية واسفل فتحتي الأنف مشابه لقرن الثور كما هو موضح في الشكل المجاور .

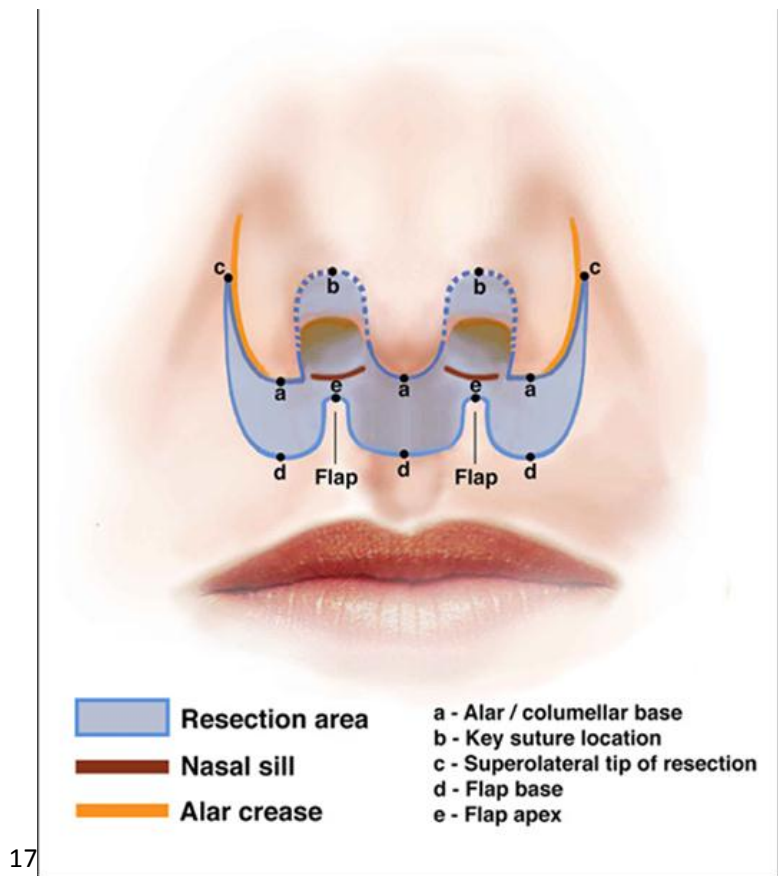


14

بعد اجراء التعقيم يتم حقن المنطقة بمحلول الليدوكاين مع الادرينالين ثم اجراء الاستئصال الجراحي حسب الشكل المرسوم عند مستوى تحت الجلد واجراء الخياطة على طبقتين . طبقة تحت جلد ب فايكريل 0-4 وطبقة الجلد ب خيط غير ممتص نايلون أو برونين 0-5 . ان مسافة الاستئصال تتراوح بين 4 الى 10 ملم .

17The Endonasal Lip Lift (Green Wald Incision)

وهي مشابهة للتقنية السابقة لكن يكون شق الاستئصال عند مستوى فوهتي الأنف في الجانب وضمن فتحتي الأنف في المركز ولذلك تسمى Endonasal Lip Lift
يتم رسم حواف الاستئصال الجراحي عند مستوى أعلى الشفة وقاعدة الأنف موضح في الشكل المجاور .



يتم تحديد النقاط a-b-c ان هذه النقاط عند حواف الشق العلوية سوف تقابل النقاط c-d-e عند حواف الاستئصال السفلية .

من الملاحظ وجود شريحتين عشوائيتين عند مستوى الشفة غالبا ما يكون عرض كل شريحة حوالي 2-3 مل . وطول كل شريحة حوالي 4-8 ملم .

باعتبار أن النقطة a تعتبر نقطة ثابتة عند قاعدة عمود الأنف فإن المسافة بين النقطتين سوف تحدد مقدار رفع الشفة. وتتراوح هذه المسافة غالبا بين 4 الى 12 ملم . النقطة b تكون ضمن مخاطية الأنف وعلى بعد 5-9 ملم من قاعدة فتحة الأنف . النقطة e والتي تكون عند ذروة الشريحتين يجب ان تصل ل النقطة b .

عمليا يتم رفع الشفة العلوية باستخدام الابهامين نحو الأعلى بحيث يكون مقدار ظهور الأسنان dental show 2 ملم ويتم تحديد النقاط عند مستوى جلد الشفة العلوية التي تحدد مقدار ظهور الأسنان ب 2ملم .

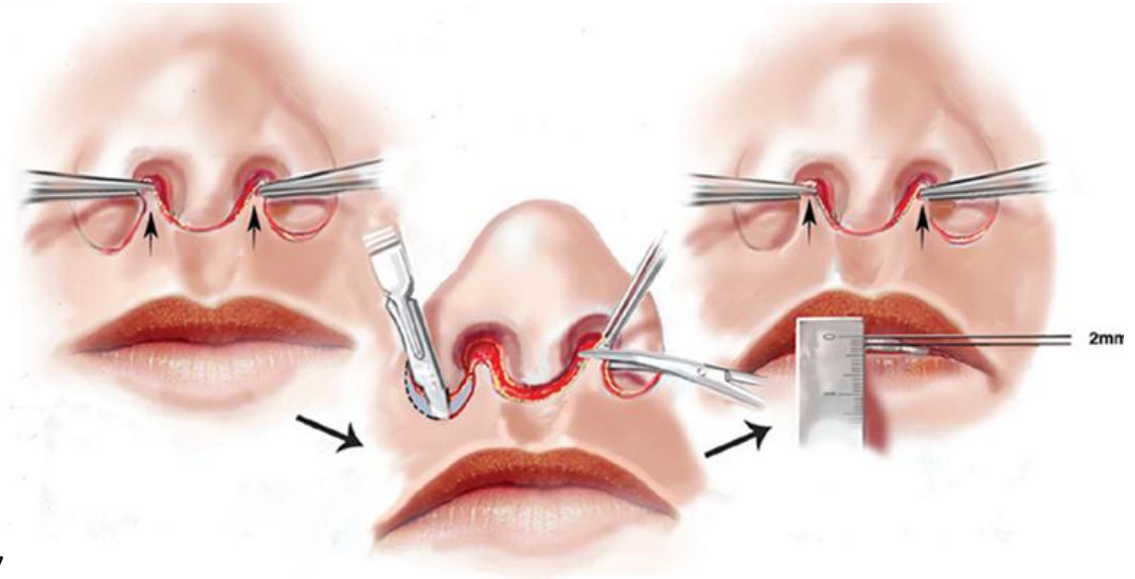
ويتم رسم مقدار الاستئصال المناسب



بعد الرسم يتم تعقيم المنطقة بشكل جيد . يتم حقن المنطقة بسائل ليدوكاين أدرينالين يتم اجراء الاستئصال الجراحي عند مستوى تحت الجلد



و يتم اجراء ارقاء جيد يتم اجراء تسليخ أسفل الشرائح ومن ثم تقديم الشريحتين باتجاه الأعلى الى داخل مخاطية الأنف .

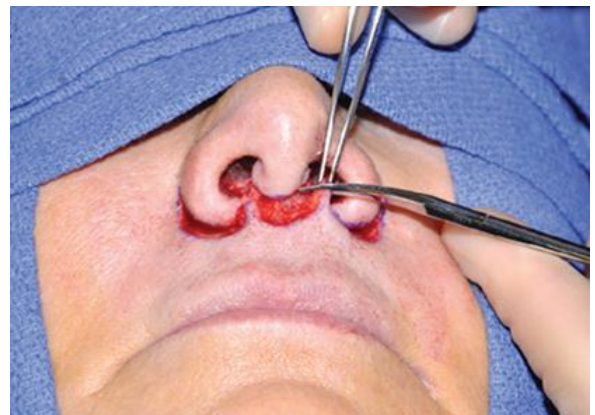


17

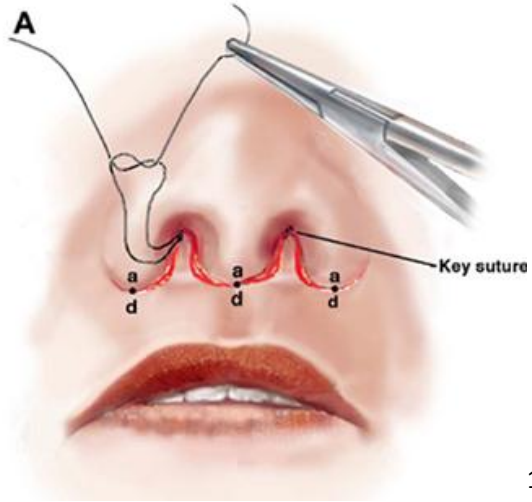


17

من الممكن اجراء استئصال جزء عند مستوى ذروة الشريحة .



يتم خياطة ذروة الشريحة بعد سحبها نحو الأعلى الى مخاطية الأنف بقطب anchoring
ممتصة 0-4 Key Suture



17



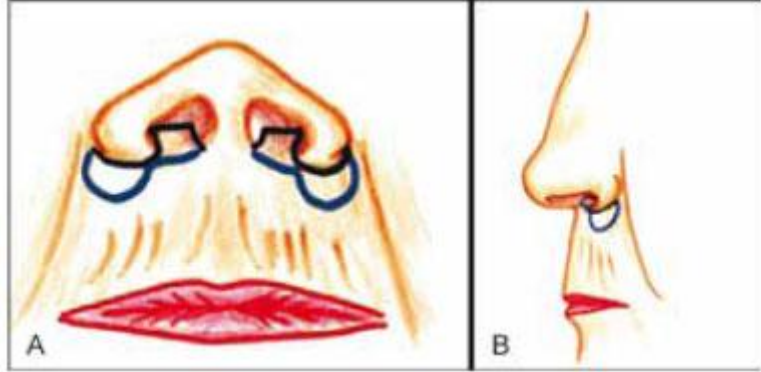
و استكمال الخياطة على طبقتين بقطب متفرقة 0-5 ممتصة وخياطة الجاد بقطب 0-6 برولين
. يتم وضع مرهم صاد حيوي .



17

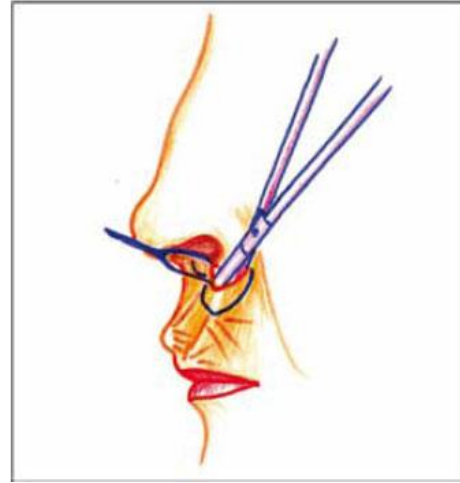
Double duck incision (تقنية رفع الشفة مع تصغير فوهات الأنف)

يتم تصميم الشق الجراحي كما هو موضح في الشكل المجاور بحيث يشمل قاعدة فتحة الأنف من حافة عمود الأنف وحتى الأخدود الأنفي (alar groove) ويتم تحديد مسافة الاستئصال ورسم الحافة السفلية للاستئصال كما هو موضح في الشكل 15 .



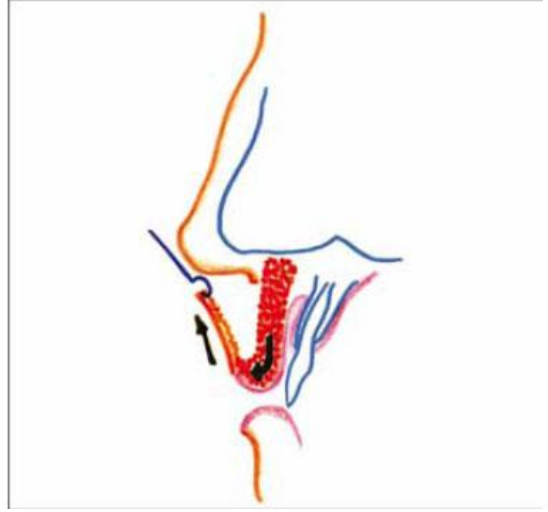
15

يتم إجراء استئصال عند مستوى تحت الجلد وبعد ذلك يتم إجراء تسليخ الأدمة العميقة للشفة العلوية عن العضلة الدويرية الفموية حتى مستوى حافة الفيرميليون كحد تسليخ سفلي كما هو ملاحظ في الشكل 15 .



15

سوف يتم إجراء تقصير لطول الشفة البيضاء مع زيادة حجم الشفة الحمراء مع وجود دوران للعضلة الدويرية الفموية نحو الأمام 15 .



يتم اجراء تحرير للكولوميليا عن جلد عمود الأنف الشكل المجاور¹⁵ .



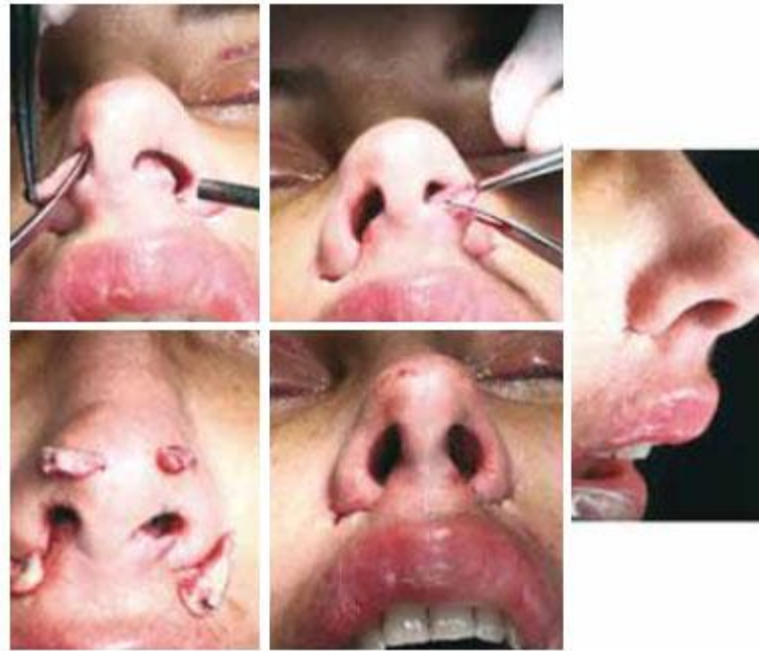
15

يتم أخذ قطبة محددة لعرض الأنف بخيط غير ممتص 0-3 من الحافة السفلية لغضروف alar وخلف جلد الكولوميليا وعلى طول سماكة الشفة نحو الجهة المقابلة الشكل المجاور .



15

بعد احداث ارقاء جيد يتم سحب جلد الفة العلوية نحو الأعلى ويتم تحديد المقدار النهائي للاستئصال الجلدي ويتم اجراء الخياطة بواسطة قطب halsted بخيط ممتص مونوكريل 0-5 ثم خياطة الجلد بقطب غير ممتصة 0-6¹⁵.



15

رفع الشفة بالخياط الجراحية الطريقة الكلاسيكية¹⁶ :

وتتم عن طريق القيام بشقين عموديين حوالي 2-3 ملم عند مستوى حذبتى الشفة العلوية وكذلك شقين حوالي 2-3 ملم مناظرين للشقين الأولين عند مستوى فتحتى الأنف كما هو موضح فى الشكل التالى¹⁴.



14

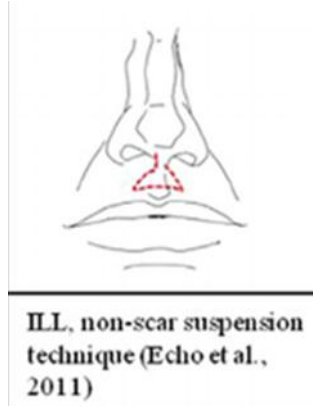
يتم ادخال كانيولا مجوفة ذات قطر صغير مع خيط 0-4 غير ممتص نايلون أو بربولن من كل شق أنفي نحو الشق المناظر عند مستوى الشفة العلوية .

يتم سحب الخيط نحو الشق الشفة العليا الثاني ومن ثم ادخال الكانيولا مع الخيط من الشق الشفة السفلية نحو الشق الأنفي الثاني المناظر ثم يتم أخذ قطبة عبر الكولومبلا تحت شد مناسب .
بهذه الطريقة من الممكن شد ورفع الشفة العلوية بمقدار حوالي 2 ملم¹⁴.

رفع الشفة بالخياط الجراحية تقنية Echo¹⁶

Non-scar suspension technique (echo et al.2011)

وهي مشابهة للطريقة الكلاسيكية من حيث وجود شقين عموديين عند مستوى مخاطية الأنف لكن دون وجود شقين عند مستوى الشفة الحمراء وتتم باستخدام خيط غير ممتص 0-3 وعبر سماكة الشفة العلوية¹⁶. كما هو موضح في الشكل المجاور¹⁶.



16

أما عند وجود ضحكة لثوية (teeth show)-(dental show) حيث يكون الجزء الظاهر من اللثة العلوية عند الابتسام أكبر من 2 ملم فالتقنيات الجراحية المتبعة هي :

Simple z-plasty or multiple z-plasty¹⁶

عند وجود لجام شفة علوية قصير مع ترافقه بحالة ضحكة لثوية يتم اجراء زيادة طول الجام الشفوي ب شريحتين تبادليتين simple z plasty كما هو موضح في الرسم المجاور¹⁶.



أو من الممكن اجراء عدة شرائح تبادلية multiple z-plasty

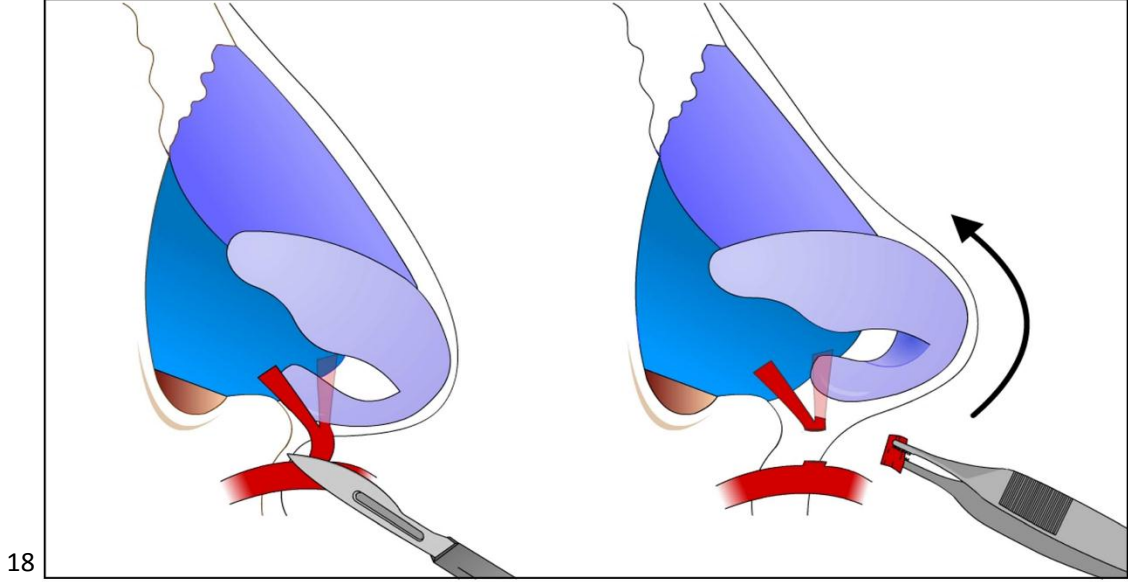
استئصال العضلة الخافضة للحاجز الأنفي

¹⁸Depressor Septi Nasi Muscle Resection

في عام 1992 وصف Cachay Velazquez المتلازمة الأنفية الشفوية اللثوية للضحك
rhino-gingivolabial syndrome of the smile (انخفاض ذروة الأنف – رفع وقصر الشفة
 العلوية – زيادة الجزء البارز من الأسنان العلوية واللثة)¹⁸ . واعتبر أن هذه المتلازمة تنجم
 عن قصر أو زيادة فعالية التقلص للعضلة الخافضة للحاجز الأنفي¹⁸ .



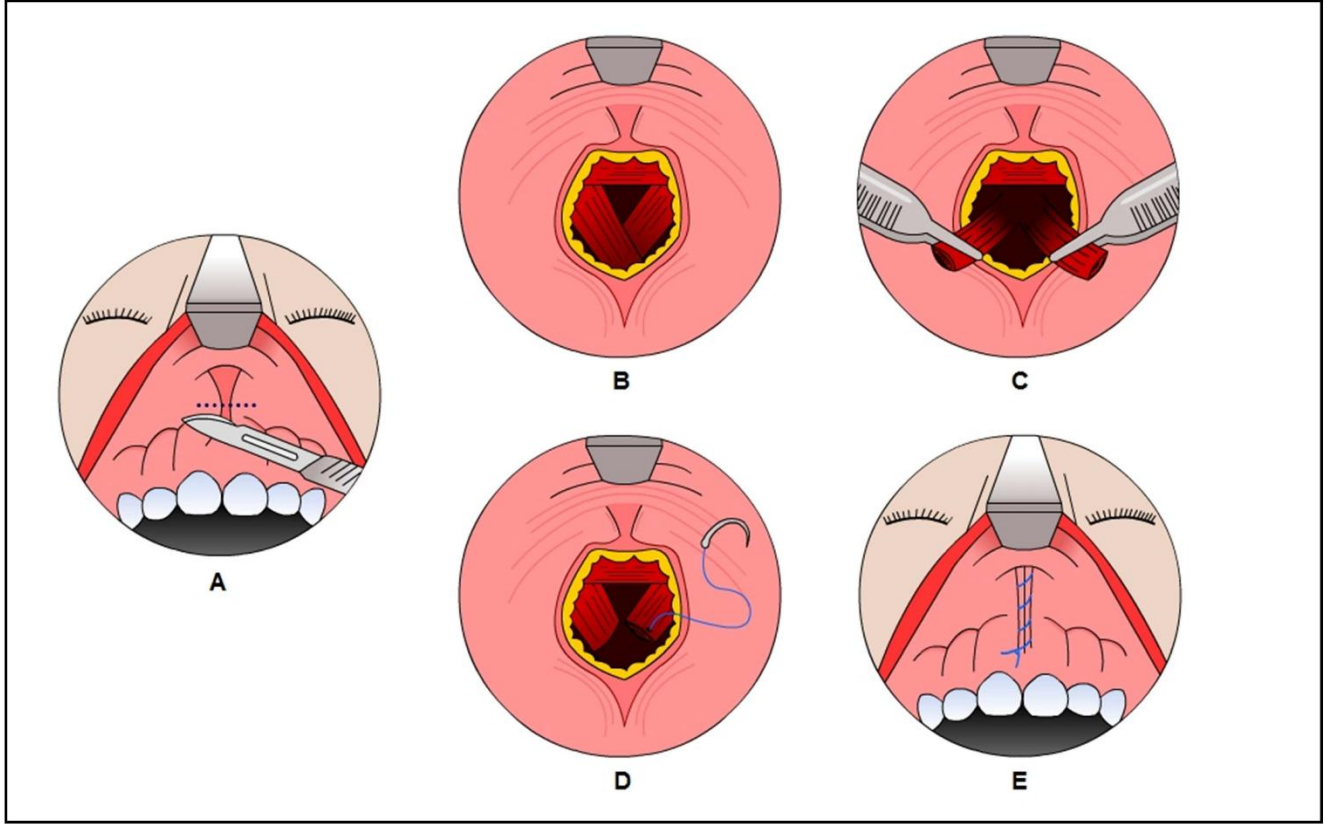
يكون هدف الجراحة اجراء قطع ارتكاز العضلة ومن الممكن قطع ارتكازها عند مستوى الشوك الأنفي 17 أو قطه ارتكازها عن العضلة الدويرية الفموية وفي كلا التقنيتين من الممكن اجراء قطع بسيط او مشاركة القطع مع استئصال جزء من العضلة (5مم) 18 .



يتم هذا الاجراء اما من خلال مدخل أنفي أو عبر الفم .

المدخل الفموي :

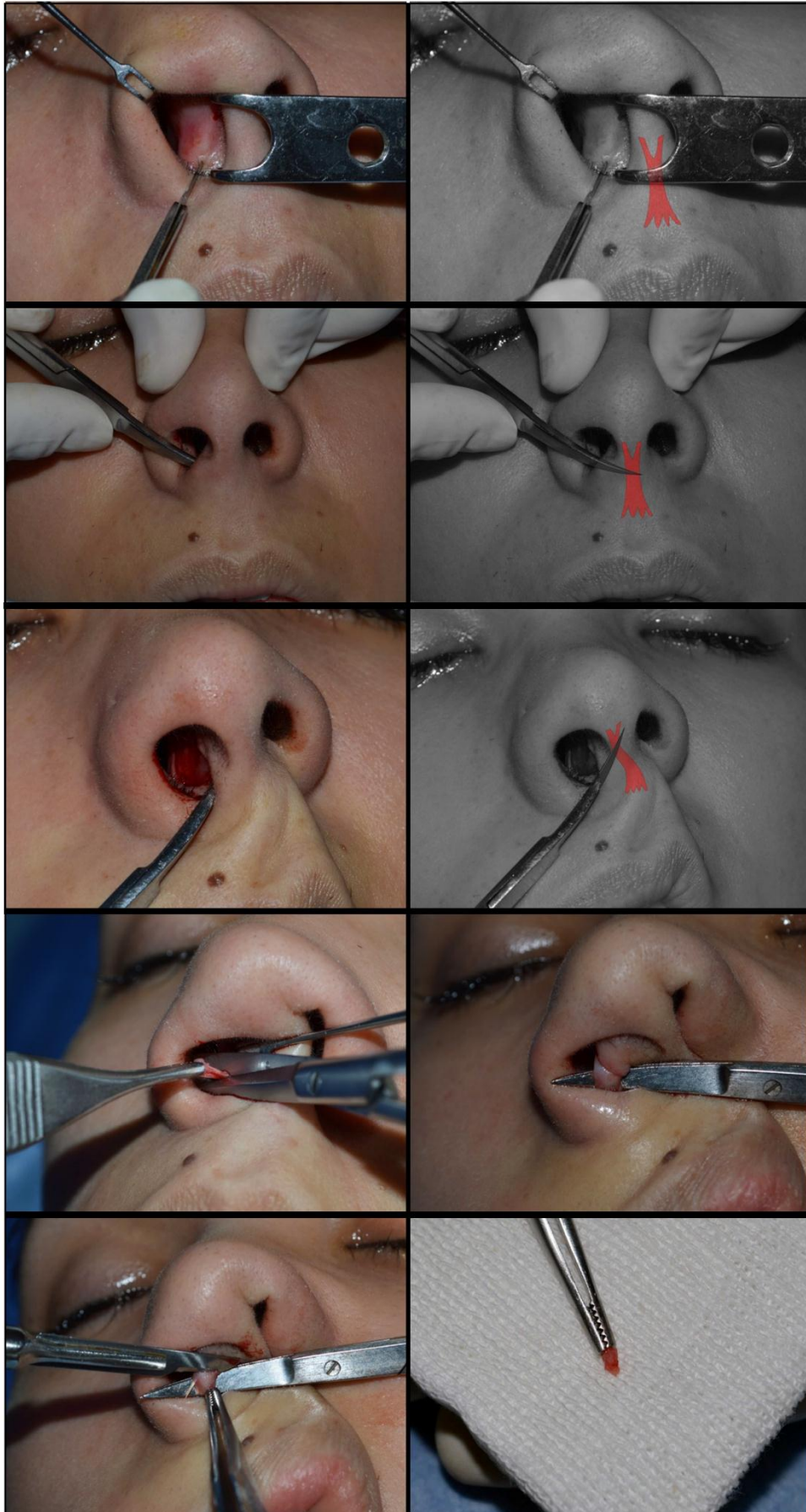
يتم حقن المخاطية الفموية بمحلول ليدوكاين أدرينالين . باستخدام شفرة 15 يتم اجراء شق أفقي حولي 10 مم يتم خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند ارتكازها على العضلة الدويرية الفموية أو السمحاق أو عن ارتكازها عند مستوى شوك الأنف ومن الممكن مشاركتها مع استئصال جزء من العضلة (5مم). يتم من ثم خياطة حزمتي العضلتين على الخط الناصف ب خيط نايلون 0-4 واغلاق المخاطية بخيط ممتص 0-4 .



18

المدخل عبر الأنف :

يتم حقن الحاجز الأنفي الغشائي بمحلول ليدوكاين أدرينالين وباستخدام شفرة 15 يتم إجراء شق بمقدار 5 مم أسفل الحاجز الغشائي يتم عزل ارتكاز العضلة الخافضة للحاجز الأنفي وقطع الارتكاز عن شوك الأنف أو قطع ارتكازها عن العضلة الدويرية الفموية ومن الممكن إجراء استئصال 5 مم من العضلة¹⁸.



17 Zeptaplasty

بسبب زيادة الاهتمام بالتشريح الوظيفي لعضلات الأنف وتأثيرها على ذروة الأنف والشفة العلوية أي البحث في التوازن بين ذروة الأنف والشفة العلوية برز دور العضلة الخافضة للحاجز الأنفي المسؤولة عن الانخفاض الحركي لذروة الأنف عند الضحك والابتسام¹⁷ . العضلة تتألف من ثلاثة حزم (أنسية – متوسطة- وحشية)تمتد من جانبي الجزء المركزي للشفة العلوية وحتى الحاجز الأنفي

الحزمة الأنسية تركز على الشوك الأنفي ولها دور مباشر في خفض ذروة الأنف

الحزمة الوحشية لها دور في زيادة عرض فتحتي الأنف

الحزمة المتوسطة الموجودة بين الحزمتين لها دور في إعطاء حجم للشفة العلوية في حال تم اجراء طبي لها plication على الخط المتوسط

أي ان اجراء خزع للحزمة الأنسية عن شوك الأنف سوف يؤدي لزيادة طول الشفة أما طبي الحزمة المتوسطة على الخط الناصف سوف يسبب زادة في حجم الشفة وخزع الحزمة الوحشية عن مرتكزها وطبها على الخط الناصف سوف ينقص حجم فتحتي الأنف¹⁷ .

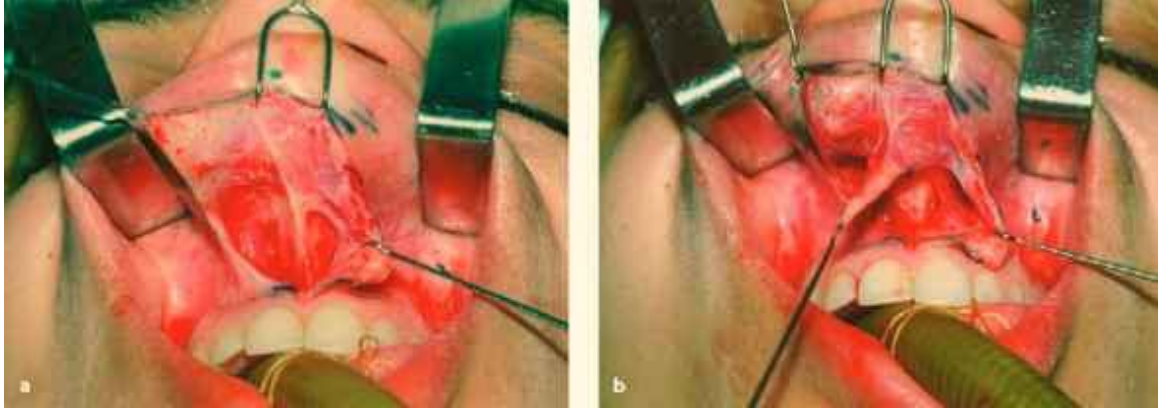
الخطوات الجراحية :

يتم رسم z-plasty بزاوية 45-60 عند مستوى الجزء المتوسط من مخاطية الشفة العلوية كما في الشكل المجاور .



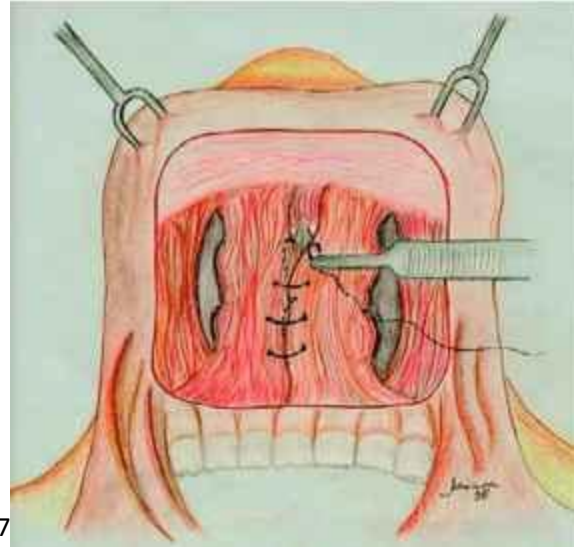
يتم حقن سائل ليدوكاين مع أدرينالين ضمن مخاطية الشفة . ثم اجراء شق للمخاطية مع الوصل للعضلة خافضة الحاجز الأنفي .

يتم تسليخ وتحديد العضلة الخافضة للحاجز الأنفي بالجهتين تعتبر هذه الخطوة الأهم
وبعدها يتم عزل الحزمة المتوسطة كلياً عن شوك الأنف كما في الشكل



17

يتم عزل الحزم المتوسطة للعضلة مع اجراء واجراء طي مع خياطتهم على الخط المتوسط
كما في الشكل ان هذه الخياطة على الخط المتوسط تسبب إزالة جهد خفض ذروة الأنف
عن الشفة



17

بعد الارقاء يتم تبديل الشرائح العشوائية لل z-plasty وخطاتها بخوط ممتصة 0-4 كما في الشكل المجاور .



هذه التقنية تسبب إطالة الشفة ب 1-2 ملم¹⁷ .

الاختلاطات : Complication

وتقسم الى اختلاطات طبية واختلاطات تجميلية :

أولا الاختلاطات الطبية :

الورم الدموي Hematoma

ان سطح التسليخ الصغير وعدم وجود شرايين كبيرة يجعل نسبة حدوث الورم الدموي تقترب من 0% حسب دراسة echo عام 2011 حسب دراسة cardim عام 2011 .

الانتان Infection

ان نسبة حدوث الانتان تعبير قليلة جدا حيث تعادل تقريبا 1.6% حسب دراسة Santache & Bonarrigo عام 2004 في حين تعادل 0% في دراسة Haworth عام 2004 وكذلك

تعاذل 0% في دراسة Mutaf عام 2006 ويعود ذلك الى ارتباط الانتان بوجود الورم المصلي او الدموي غالبا وهو نادرا ما يحدث في حالة التداخل ع الشفة في حين لم يذكر echo وجود انتان في دراسته عام 2011 .

تطاول الودمة Long lasting Oedema

ان زمن الودمة المتوقع هو بين 5-10 أيام ان تطاول الودمة لأكثر من ذلك يعتبر متوقع حيث تبلغ نسبته حوالي 8.3% لمدة ثلاثة أشهر حسب دراسة marques & brenda وحوالي 10% لمدة شهر واحد حسب دراسة cardim et al 2011 في حين لم يدرس echo الودمة كأحد الاخلاطات الناتجة عن الجراحة .

inflammatory miliaria

ذكرت فقط في دراسة Guerrissi and Sánchez, 1993 وكانت نسبتها 5% ولم يتم ذكرها في بقية الدراسات .

الاختلاطات التجميلية :

عدم التناظر Asymmetry

في شكل الشفة وهو غالبا ما يكون بسبب سوء التخطيط او بسبب مشاكل التندب وتبلغ نسبته حوالي حوالي 5 % حسب دراسة Guerrissi, 2000 ; و 13% حسب دراسة Holden et (al., 2011

الندبة الضخامية hypertrophic Scar

تكون الندبة المثالية عادة مخفية بسهولة عند مستوى أعلى الشفة وبالتالي تكون غير ملاحظة أو تكون غير موجود عند استعمال تكنيك رفع الشفة بالخيطان echo 2011 او عند التداخل

عبر طريق المخاطية مثل simple z- plasty أو zeptaplasty أو عند إجراء قطع للعضلة الخافضة للحاجز الأنفي وتبلغ نسبتها 5.3% حسب دراسة Austin, 1986;

نقص التصحيح Under Correction

وتكون غالبا بسبب سوء التقنية الجراحية المتبعة وتبلغ النسبة 5% حسب Guerrissi and Sánchez وحوالي 6% حسب دراسة Fanous 1986 .

شتر زاوية الأنف Alar Distortion

أول من تطرق الى هذا الاختلاط هم Peter Raphael, MD; Ryan Harris, BA; and Scott W. Harris, MD, FACS في دراستهم عام 2013 ولم تتطرق أي دراسة سابقة لشتر زاوية الأنف كأحد الاختلاطات وبلغت نسبته 12% في دراستهم التي شملت 311 مريض .

الباب الثاني

الدراسة العملية

هدف البحث:

تهدف الدراسة إلى مقارنة نتائج الطرق الجراحية المتبعة في تجميل الشفة العليا في سياق تجميل الأنف التي أجريت شعبة الجراحة التجميلية والتصنيعية والحروق في مشفى المواساة الجامعي بدمشق على طول الشفة البيضاء-طول الشفة الشفة الحمراء - نسبة طول الشفة البيضاء إلى الشفة الحمراء ومدى نجاحها في إعادة النسبة الى النسبة الطبيعية ودراسة الاختلاطات الحاصلة .

- تصميم الدراسة:

سيشمل البحث دراسة الحالات المراجعة لشعبة الجراحة التجميلية والتصنيعية والحروق بمشفى المواساة الجامعي خلال الفترة بين 1-8-2015 وحتى 1-11-2016 والذين خضعوا لتدبير جراحي للتدخل الشفة العليا في سياق تجميل الأنف ومتابعة النتائج من حيث طول الشفة البيضاء - طول الشفة الحمراء- نسبة طول الشفة البيضاء الى الشفة الحمراء- ومدى نجاح الطرق المتبعة في إعادة النسبة الى النسبة الطبيعية حسب تصنيف هاريس ومتابعة الاختلاطات الوارد حدوثها .

سوف تتم متابعة المرضى من خلال وجودهم في المشفى وبعد تخرجهم من خلال مراجعتهم للعيادات كل أسبوع في الشهر الأول وبعدها شهريا لمدة 6 أشهر .

العدد الإجمالي للمرضى المدروس هو 56 مريضة . جميع المرضى اناث في دراستنا .

1- مكان وزمان الدراسة:

شعبة الجراحة التجميلية والتصنيعية والحروق بمشفى المواساة الجامعي بدمشق بين 1-8-2015 وحتى 1-11-2016 مع متابعة المرضى خلال اقامتهم في المشفى ومن خلال زيارتهم للعيادات أسبوعيا أول شهر بعد الجراحة وبعد ذلك شهريا لمدة 6 اشهر من تاريخ العمل الجراحي .

✓ حجم العينة:

جميع مرضى الذين خضعوا لتدخل جراحي على الشفة العليا في سياق تجميل الانف بين 1-2015-8 حتى 1-11-2016 والذين يعانون من خلل النسبة PLS أو من وجود ضحكة لثوية أي زيادة الجزء الظاهر من اللثة العلوية أثناء الابتسام أكثر من 2 ملم .

عينة الاستبعاد (المرضى المستبعدين من الدراسة) :

يستثنى من الدراسة مرضى المتلازمات المسببة لعدم تناظر الوجه (مثل متلازمة رومبيرغ ومتلازمة ضمور نصف الوجه المترقي ومتلازمات الشقوق الوجهية المختلفة حسب tesseir) والحالات المرافقة لمرضى انشقاق الشفة والحنك .

بالعودة الى تصنيف هاريس أو معيار pls لم يتم ادخال الحالات من النمط 0 والنمط 1 في الدراسة لتركيز الدراسة على التدخل الجراحي وعم ادخال حالات حقن المواد المالئة بالشفة العلوية بدراستنا .

بالنسبة لمرضى الضحكة اللثوية تم استبعاد حالات حقن البوتكس في العضلة الخافضة للحاجز الأنفي أو في العضلة الرافعة لزاوية الشفة العلوية وذلك لتركيز الدراسة على حالات التدخل الجراحي فقط على الشفة العلوية عند عمليات تجميل الأنف .

العدد الأجمالي للمرضى في دراستنا هو 56 مريضة . جميع المرضى اناث في دراستنا .

التقنيات الجراحية المتبعة :

الجدول التالي يوضح التقنيات الجراحية التي تم اتباعها في شعبة الجراحية التجميلية والتصنيعية وتوزعها حسب المرضى وعددهم وبما يتوافق مع شرح التقنيات الجراحية السابقة في الباب السابق .

الطريقة	عدد المرضى
رفع الشفة بالخياط الجراحية الطريقة الكلاسيكية	5
رفع الشفة بالخياط الجراحية تقنية echo	4
Green wald incision	1
Bull horn incision	1
Double duck incision	5
Simple z-plasty	12
Depressor septi nasi resection الخزع عند مستوى الشوك الأنفي	16
Depressor septi nasi resection الخزع عند مستوى العضلة الدويرية الفموية	6
Zeptaplasty	6
المجموع	56

الجداول ونتائج الدراسة :

جدول رقم (1) توزع المرضى حسب العمر:

الفئة العمرية	العدد	النسبة
30-18	28	50
45-31	22	39.2
60-45	6	10.71
المجموع	56	

جدول رقم(2) توزع المرضى حسب الجنس :

الجنس	العدد	النسبة
الذكور	0	0
الاناث	56	%100
المجموع	56	

جدول رقم (5) يظهر توزيع المرضى حسب النتائج:

نمط	عدد المرضى	عدد مرضى المستفيدين	نسبة النجاح
نمط 1	0	0	—
نمط 2	10	9	90
نمط 3	6	6	100
ضحكة لثوية	40	30	75
المجموع	56	45	80.35

جدول رقم [4] يبين توزيع المرضى حسب التدبير الجراحي :

الطريقة	عدد المرضى	النسبة المئوية
رفع الشفة بالخياط الجراحية الطريقة الكلاسيكية	5	8.9
رفع الشفة بالخياط الجراحية تقنية echo	4	7.1
Green wald incision	1	1.78
Bull horn incision	1	1.78
Double duck incision	5	8.9
Simple z-plasty	12	21.4
Depressor septi nasi resection الخزاع عند مستوى الشوك الأنفي	16	28.57
Depressor septi nasi resection الخزاع عند مستوى العضلة الدويرية الفموية	6	10,71
Zeptaplasty	6	1.71
المجموع	56	

جدول يبين توزع المرضى حسب الاختلاطات :

الاختلاط	العدد	النسبة المئوية
الورم الدموي	0	0
انتان	0	0
تطاول زمن الوذمة	6	10.71
inflammatory miliaria	0	0
ندبة ضخامية	0	0
نقص تصحيح	11	19.64
شتر زاوية الأنف	0	0

أجريت لجميع المرضى استقصاءات سريرية عامة . أجريت الفحوص المخبرية حسب الطرق العامة المتبعة في أقسام الجراحة قبل التحضير للعمل الجراحي .

تمت مشاهدة المرضى عند مراجعة عيادة الجراحة التجميلية والتصنيعية حسب المواعيد المعطاة لهم . درست النتائج القريبة من حيث تحسن نسبة **pls** و وجود اختلاطات بعد العمل الجراحي عند اقامتهم بالمشفى وعند مراجعة العيادة في الفترة التالية للجراحة وتمت متابعة المرضى لمدة 6 أشهر من تاريخ اجراء العمل الجراحي في حين لم نتمكن من متابعة بعض المرضى لأكثر من شهرين وذلك بسبب صعوبات السفر وعدم ابداء الالتزام والاهتمام الكافي من قبل بعض المرضى .

عند تقييم النتائج تم اتباع معيار هاريس (نسبة **pls**) لمرضى اضطراب نسبة طول الشفة البيضاء الى الحمراء وتقيم تحسن الضحكة اللثوية بحيث يتم ارجاع الجزء الظاهر من اللثة الى أقل من 2 ملم عند مرضى الضحكة اللثوية .

النمط	الشفة البيضاء	الشفة الحمراء	نسبة pls	العلاج
0	طبيعي	طبيعي	أقل من 3	لا شيء
1	طبيعي	قصيرة	3-5	مواد مالئة
2	طويلة	طبيعية	3-5	رفع شفة جراحي
3	طويلة	قصيرة	أكبر من 5	مشاركة عدة تقنيات

لم يتم ادخال المرضى من النمط 0 و المرضى من النمط 1 في الدراسة لعدم ادخال حالات حقن الشفة بالمواد المالئة وتركيز الدراسة على حالات التداخل الجراحي للشفة المترافق مع تجميل الانف .

في الدراسة تم ادخال الحالات من النمط 2 والنمط 3 وهي الحالات التي تطلبت تداخلا جراحيا من اجل إعادة نسبة الشفة البيضاء الى الشفة الحمراء الى الطبيعي إضافة للحالات التي تم فيها التداخل من اجل محاولة اصلاح الضحكة اللثوية وتم استبعاد حالات حقن ال botox في العضلة الخافضة للحاجز الأنفي وتم التركيز على حالات التداخل الجراحي فقط .

بهدف التوثيق ومتابعة المرضى تم تصوير المرضى قبل التداخل الجراحي وأحيانا عند الجراحة بسبب عدم التزام كامل المرضى بالمتابعة لم نتمكن من متابعة كافة الحالات لمدة ستة أشهر وبسبب صعوبة السفر في أحيان أخرى.

الباب الثالث

النتائج

تم في شعبة الجراحة التجميلية والتصنيعية والحروق في الفترة بين 1-8-2015 وحتى 1-11-2016م 56 حالة للتدخل الجراحي على الشفة العلوية في سياق عملية تجميل الأنف

وكان معظم المرضى ما بين عمر ال 18 -30 سنة وكان متوسط الأعمار في دراستنا 29 سنة وكان جميع المرضى من النساء ولم يتم التدخل على طول الشفة العلوية عند أي من المرضى الذكور الذين تم اجراء عملية تجميل أنف في نفس الفترة الزمنية .

جميع المرضى من الأعمار فوق ال 45 سنة تم التدخل الجراحي لديهم عن طريق الاستئصال الجلدي المباشر بسبب زيادة طول الشفة البيضاء بسبب التقدم بالعمر في حين تم اجراء رفع الشفة بالخيوط الجراحية او إجراءات خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي وغيرها من التقنيات الجراحية بشكل متفاوت عند بقية الفئات العمرية .

بالنسبة لمرضى الضحكة اللثوية (الجزء الظاهر من اللثة العلوية أكثر من 2 ملم) وقصر طول الشفة العلوية البيضاء مقارنة بالشفة الحمراء تم التدخل على 40 مريض كالتالي :

تم اجراء خزع للعضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند 22 مريض ولم يشارك استئصال جزع من العضلة (5ملم) عند أي مريض . تم اجراء الخزع عند 16 مريض عند مستوى شوك الأنف ويم اجراء الخزع عند 6 مريض عند مستوى ارتكاز العضلة الخافضة للحاجز الأنفي على العضلة الدويرية الفموية .

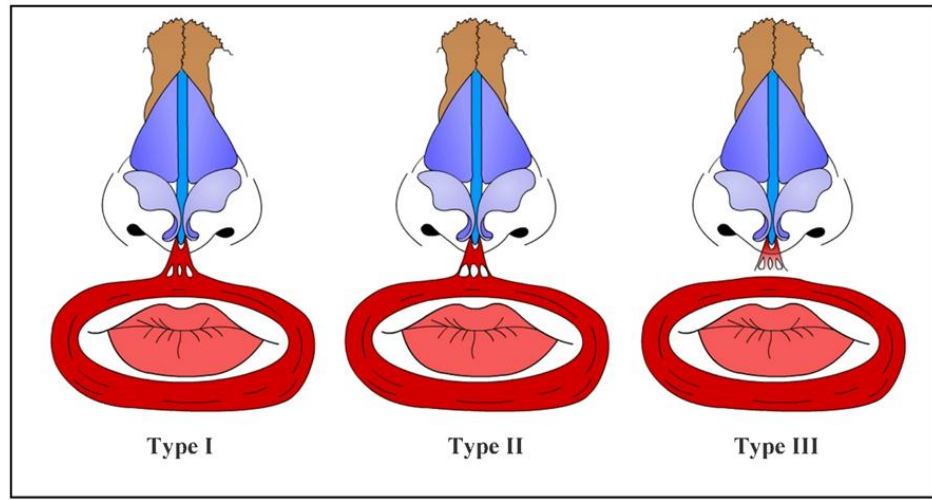
تم اجراء 16 عمليات جراحية لقطع ارتكاز العضلة الخافضة للحاجز الأنفي وكانت جميعها عبر مدخل الوتيرة الغشائية للأنف لم تشارك أي عملية باستئصال جزء من العضلة ولم يجرى أي قطع للعضلة الخافضة للحاجز الأنفي عبر مدخل مخاطية الفم .تمت مشاركة نحت الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية عند 6 مريض من المرضى ال 16 .

تم ملاحظة وجود تطاول زمن الوذمة لأكثر من شهر عند مريضة واحدة (لم يشارك شفت الشحم لديها)في حين لوحظ نقص تصحيح عند مريضة واحدة قد يعود السبب لعدم اجراء خزع كامل لمرتکز العضلة

لقد تطور عند 2 مريضى نكس للحالة خلال 3 -6 أي عودة الضحكة اللثوية مع قصر الشفة وربما يعود ذلك الى حدوث تندب بين جزء العضلة المخزوع وشوك الأنف وعدم مشاركة استئصال جزء من العضلة أثناء خزعها وهو ما يتوافق مع الدراسات التي تؤكد على أهمية اجراء استئصال حوالي 5 مم من العضلة الخافضة للحاجز لتقليل نسبة النكس .

وبشكل عام تطور لدى 3 مرضى من أصل 16 مريض نقص تصحيح أي بنسبة 18.75 % ولوحظ تطور تطاول زمن الوذمة عند مريضة واحدة .

تم اجراء خزع للعضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند مستوى العضلة الدويرية الفموية عند 6 مرضى . تمت مشاركة شفط الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية عند 3 مرضى تطور لدى مريضة واحدة تطاول زمن الوذمة لأكثر من شهر (تمت مشاركة نحت الشحم لديها) وتطور عند مريض نقص تصحيح عند المتابعة خلال أول شهر (لم يشارك لديها شفط الشحم) ربما يعود ذلك كون ارتكاز العضلة من النمط 2 أو 3 لوجود ارتكاز للعضلة الخافضة للحاجز على السمحاق بدل من الدويرية الفموية (نسبة 22%)



أو ربما يعود لعدم اجراء خزع كامل (خلل في التقنية الجراحية) .وتطور لدى مريض ثاني نقص تصحيح خلال 6 أشهر وربما بسبب التندب .

أي بشكل عام تطور تطاول زمن وذمة عند مريضة واحدة من المرضى الستة في حين لوحظ وجود نقص تصحيح عند 2 مريض أي أن نسبة المرضى الذين تطور لديهم نقص تصحيح هي 33%.

تم اجراء Zeptaplasty عند 6 مرضى فقط لم يشارك شفط الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية عند أي مريض منهم عانت مريضة واحدة منهم من تطاول زمن الوذمة لأكثر من شهر ولم نتمكن من متابعة 3 مرضى من المرضى الستة لأكثر من 3 أشهر ولم يعاني أي مريض منهم من نقص تصحيح أي بنسبة 0%.

تم اجراء simple z-plasty عند 12 مرضى ولم يشارك نحت الشحم عند أي مريض من المرضى ال 12 . تم ملاحظة وجود تطاول في زمن الوذمة عند مريضة واحدة لأكثر من

شهر وتم ملاحظة وجود نقص تصحيح مع نكس المشكلة خلال 6 أشهر عند 5 مرضى أي بنسبة 41%.

المریضة م.م 20 سنة ضحكة لثوية أجري لديها simple z-plasty دون وجود أي تحسن



صورة بعد الجراحة ب 30 يوم .



لم يعاني أي مريض من المرضی ال 40 من حدوث انتان او تندب معين أو شتر وعدم تناظر في زاوية الأنف .

جدول يوضح نتائج التداخل على قصر الشفة العلوية :

الطريقة	عدد المرضى	تطاول زمن الوذمة	نقص التصحيح	نسبة النجاح
Simple z-plasty	12	1	5	58.33
خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عن شوك الأنف	16	1	3	81.25
خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عن العضلة الدويرية الفموية	6	1	2	66.66
zeptaplasty	6	1	0	100
الطرق المختلفة	40	4	10	75

تم التداخل على 15 مريض يعانون من زيادة طول الشفة البيضاء مقارنة بالحمراء أي زيادة معيار pls :

5 مرضى تم التداخل بطريقة رفع الشفة بالخياط الجراحية بالطريقة الكلاسيكية وتم مشاركة نحت الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية عند 3 مرضى منهم حصل تطاول زمن الوذمة لأكثر من شهر عند مريضة واحدة (لم يتم إجراء نحت الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية لديها) ولم نتمكن من متابعة مريضة واحدة لأكثر من 2 شهر. في لم يعاني أي مريض من نقص تصحيح بنسبة 0%.

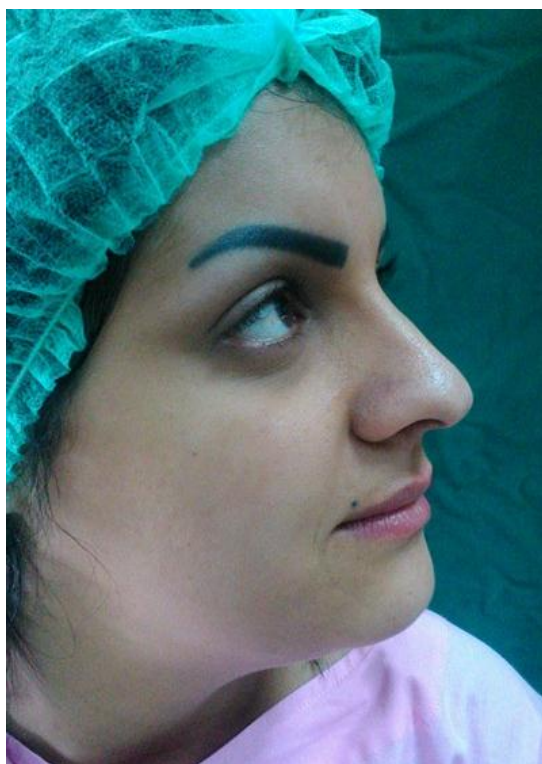
تم اجراء رفع للشفة العلوية بالخياط الجراحية بطريقة Echo عند 4 مرضى تم مشاركة نحت الشحم عند 2 منهم تم ملاحظة وجود نقص تصحيح ل معيار PLS عند مريضة واحدة ولم يلاحظ تطاول زمن الوذمة عند أي مريضة وتطور لدى مريضة واحدة نقص تصحيح أي بنسبة 25% وتمت متابعة المرضى الأربعة لمدة 6 شهر.

المريضة ف-ع 27 سنة أجري لديها رفع شفة بالخياط الجراحية تقنية Echo pls =4 قبل الجراحية pls=2.8 بعد الجراحة .



المريضة ع . م 28 سنة Pls=3.9 أجري لديها رفع شفة بالخياط الجراحية تقنية Echo مع مشاركة نحت الشحم عند مستوى ما بين الأعمدة الشفوية .

Pls=2.6 بعد الجراحة مع ملاحظة بروز الأعمدة الشفوية وزيادة الناحية الجمالية للشفة العلوية عند المريضة .





المريضة ج. س 44 سنة أجري لديها رفع شفة بالخياط الجراحية تقنية Echo لوحظ وجود نقص تصحيح جزئي $pls=4.6$ قبل الجراحة وتحسن ل 3.9 بعد الجراحة .



وتم اجراء 7 عمليات رفع شفة بطرق الشق الجراحي المختلفة لمرضى زيادة طول الشفة
البيضاء الى الشفة الحمراء حسب تصنيف هاريس معيار pls

1 مريضة تم اتباع تقنية green wald incision

و 1 مريضة تم اتباع تقنية bull horn incision

و 5 مريضى ب طريقة double duck incision

المريضة س. م 47 سنة pls = 5.2 قبل الجراحة أجري لديها استئصال جلدي مباشر بطريقة
قرن الثور (Bull horn incision) . وأصبحت النسبة 2,8 بعد الجراحة .

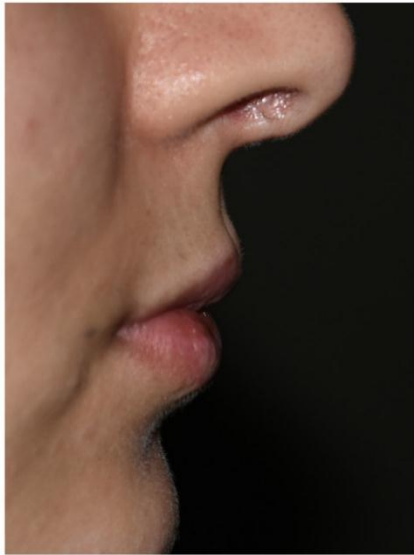


المریضة ف . ا . 53 سنة pls =5.9 أجري لديها استئصال جلدي مباشر بطريقة green wald
pls incision . بعد الجراحة 2.7





المريضة أ.أ. 34 سنة أجري لها تصغير فوهات مع رفع شفة بتقنية double duck incision
pls=3.9 قبل الجراحة وتحسن الى 2 بعد الجراحة



جدول يوضح نتائج التداخل عند مرضى زيادة نسبة pls :

الطريقة الجراحية	العدد	تطاول زمن الوذمة	نقص التصحيح	نسبة النجاح
رفع الشفة بالخيوط الجراحية الطريقة الكلاسيكية	5	1	0	100
رفع الشفة بالخيوط الجراحية طريقة echo	4	0	1	75
طرق الاستئصال الجراحي المباشر	7	1	0	100
الطرق المختلفة	16	2	1	93.75

للمقارنة ما بين مشاركة شفت الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية وعلاقتها بتطاول زمن
الوذمة :

تم مشاركة شفت الشحم عند 14 مريضة من مجموع المرضى وتطاول زمن الوذمة عند 2
مريضة ولم يشارك نحت الشحم عند 42 مريضة وتطاول زمن الوذمة عند 4 مرضى .
لقد لوحظ زيادة الناحية الجمالية لتفسيقات الشفة العلوية عند مشاركة شفت الشحم في منطقة
ما بين الأعمدة الشفوية .

جدول يبين نسبة تطاول زمن الوذمة مقارنة ما بين مشاركة نحت الشحم وعدم مشاركته:

النسبة	تطاول زمن الوذمة لأكثر من شهر	عدد المرضى	
14.28	2	14	مشاركة نحت الشحم
9.52	4	42	عدم مشاركة نحت الشحم

الباب الرابع

المنافسة

الإجراءات التجميلية للتدخل على طول الشفة العلوية على نسبة الشفة البيضاء الى الحمراء تطورت من بداية 1950 . في الفترة ما بين ال 1950 و 1980 كانت تقنية ال subnasal bull horn قد نشرت وبدأت بالاستخدام وبسبب ملاحظة بعض الجراحين لوجود ندبة تمت انخفاض نسبة اجراءها . بينما استمر بعض الجراحين في استعمالها كحل وحيد عند مرضى تطاول الشفة والمتقدمين بالعمر .

ان تطور تقنية double duck incision التي تتيح التدخل من أجل تضيق قفحتي الأنف, ورفع الشفة المتطاوله و تكون الندبة مخفية داخل الأنف جعلت من الممكن مشاركة تقصير الشفة العلوية مع عمليات تجميل الأنف و تضيق قفحتي الأنف وندبة مماثلة لندبة تضيق فوهات الأنف .

لقد كان متوسط الأعمار في دراستنا 29 سنة في حين كان متوسط أعمار التدخلات الجراحية على الشفة العلوية حسب الدراسات العالمية 45 وكان متوسط الأعمار في دراسة 34 echo عاما ربما يعود انخفاض متوسط الاعمار في دراستنا الى اقبال فئة الشباب على الإجراءات التجميلية في بلدنا وعدم اهتمام الأعمار المقدمة بالإجراءات التجميلية .

بالنسبة لدراسة echo ربما يعود انخفاض متوسط الاعمار في دراسة (34) عاما الى إدخاله طريقته المعدلة التي تعتمد على رفع الشفة بالخياط الجراحية .

بالنسبة لجنس المرضى معظم المرضى في الدراسات العالمية وفي دراسة echo ودراسة هاريس هم من الاناث حيث كانت نسبة المرضى الاناث في دراسة هاريس 89%.

في حين كان جميع المرضى في دراستنا من الاناث وربما يعود ذلك الى اقبال الاناث بشكل خاص ع الإجراءات التجميلية وبشكل خاص على عمليات تجميل الانف .

لم يجرى سوى 5 عمليات ل double duck incision في شعبة الجراحية التجميلية والترميمية والتصنيعية بالرغم من إمكانية تضيق فوهة الانف ورفع الشفة بشكل مشترك في حين تم اجراء تضيق لفوهات الأنف عند حوالي 34 مريض ولربما يعود ذلك الى اهمال تقييم الشفة عند تقييم مريض تجميل الأنف أو عدم الرغبة في التدخل على الشفة بسبب رفض المريض .

لم يتم اجراء الى عملية واحدة ب تقنية green wald incision و مريضة واحدة بتقنية bull horn incision في حين تم اجراء 9 عمليات لرفع الشفة بالخياط الجراحية ويعتبر

عدد المرضى قليل مقارنة بعدد عمليات تجميل الأنف التي أجريت في شعبة الجراحة التجميلية والتصنيعية والحروق .

إن التقنية الجراحية الأكثر استخداماً كانت خزعة العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند مستوى شوك الأنف وتقنية simple z plasty والجدول التالي يظهر توزيع التقنيات الجراحية المتبعة ونسبتها المئوية .

جدول رقم [4] يبين توزيع المرضى حسب التدبير الجراحي :

الطريقة	عدد المرضى	النسبة المئوية
رفع الشفة بالخيوط الجراحية الطريقة الكلاسيكية	5	8.9
رفع الشفة بالخيوط الجراحية تقنية echo	4	7.1
Green wald incision	1	1.78
Bull horn incision	1	1.78
Double duck incision	5	8.9
Simple z-plasty	12	21.4
Depressor septi nasi resection الخرز عند مستوى الشوك الأنفي	16	28.57

بالنسبة إلى نسبة النجاح في تحسين الضحكة اللثوية

عند مرضى قصر الشفة تم إجراء z plasty بسيطة عند 12 مريض مع نسبة نجاح حوالي 58% . وربما يعود انخفاض نسبة النجاح إلى إهمال التداخل على العضلة الخافضة للحاجز الأنفي في هذه العمليات أو بسبب حوادث التندب اللاحقة خلال ست أشهر .

في حين تم اجراء خزع لارتكاز العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند 16 مريضة عند مستوى الشوك الأنفي و 6 مرضى عند مستوى العضلة الدويرية الفموية بنسبة نجاح في التأثير على طول الشفة البيضاء 81% و 66.7% على التوالي .

ان دراسة تأثير العضلة الخافضة للحاجز الأنفي كانت قد شرحت أول مرة عام 1955 من قبل fred في كتابة **Role of Depressor Septi Nasi Muscle in Rhinoplasty**

معظم الدراسات اللاحقة كانت تدرس التأثير المعزول لهذه العضلة على التعابير الوجهية أو على ذروة الأنف والزوايا الانفية الشفوية ولم تتم دراسة تأثيرها ع طول الشفة العلوية حتى دراسة **Pinto** عام 2003²² التي وصف التداخل على هذه العضلة عبر مدخل مخاطية الفم عند مريضين فقط

بعد ذلك في دراسة²¹

Benlier E, Top H, Aygit AC. A new approach to smiling deformity: cutting of the superior part of the orbicularis oris

التي أجريت عام 2005 ودرست تأثير قطع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند مستوى العضلة الدويرية الفموية مع نسبة نجاح 100% حسب دراسته .

ان دراسة **robert deeb**¹⁹ التي نشرت 15 كانون الثاني عام 2014 في مجلة jama facial plastic surgery

تعتبر من أهم الدراسات التي ركزت على دور العضلة الخافضة للحاجز الأنفي وتأثيرها على طول الشفة العلوية . والتي درست 36 مريض وأظهرت أن خزع العضلة يؤدي الى زيادة طول الشفة العلوية عند 67% من المرضى خلال متابعة لمدة 7 أشهر .

في دراستنا تم اجراء تقنية خزع العضلة الخافضة للحاجز الانفي عند مستوى الشوك الانفي عند 16 مريض تم ملاحظة وجود نقص تصحيح عند 3 مرضى أي بنسبة نجاح 81% .

وتم اتباع تقنية خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند مستوى العضلة الدويرية الفموية عند 6 مرضى تم ملاحظة وجود نقص تصحيح عند 2 مريض بنسبة نجاح 66% .

في حين تم اتباع تقنية zeptaplasty وتمت عبر مدخل من المخاطية الفموية عند 5 مرضى لم يلاحظ وجود نقص تصحيح عند أي مريض أي بنسبة نجاح 100 % .

أي تم التداخل على العضلية الخافضة للحاجز الأنفي عند 27 مريض وتم ملاحظة وجود نقص التصحيح عند 5 مرضى أي بنسبة نجاح تعادل

في حين كانت نسبة النجاح حسب دراسة Deeb عام 2014 67 % وفي دراسة benlier 100% .

بالنسبة لمرضى زيادة طول الشفة العلوية كانت نسبة النجاح حسب الجدول التالي :

جدول يوضح نتائج التداخل عند مرضى زيادة نسبة pls :

الطريقة الجراحية	العدد	تطاول زمن الوذمة	نقص التصحيح	نسبة النجاح
رفع الشفة بالخيوط الجراحية الطريقة الكلاسيكية	5	1	0	100
رفع الشفة بالخيوط الجراحية طريقة echo	4	0	1	75
طرق الاستئصال الجراحي المباشر	7	1	0	100
الطرق المختلفة	16	2	1	93.75

لقد تم في دراستنا التداخل على 16 مريضة تعاني من زيادة طول الشفة العلوية وتم ملاحظة وجود نقص تصحيح عند مريضة واحدة أي بنسبة نجاح تعادل 93% .

لقد كانت نسبة النجاح عند مرضى زيادة نسبة pls حسب دراسة Austin عام 1986 والتي درست طرق التداخل الجراحي المباشر عند مرضى تطاول الشفة العلوية 93.75 % في حين كانت 92 % حسب دراسة Peter Harris .

بالنسبة لمتوسط زمن المتابعة :

في دراستنا تمت متابعة المرضى لمدة ستة أشهر في حين كان متوسط زمن المتابعة في دراسة persa عام 2010 مابين 2 شهر الى 12 شهر وفي دراسة echo عام 2011 كان متوسط زمن المتابعة 10 أشهر وفي دراسة cardim عام 2011 12 شهر وفي دراسة Robert deeb كان متوسط زمن المتابعة 7 أشهر في حين كان متوسط زمن المتابعة في دراسة هاريس 3 سنوات .

بالنسبة للاختلاطات بعد الجراحة :

وبشكل عام تم التداخل على 16 مريض يعانون من زيادة طول الشفة العلوية أي زيادة نسبة pls وتم التداخل عند 40 مريضة من قصر طول الشفة العلوية (وجود ضحكة لثوية أكثر من 2 ملم) .

تطور لدى المرضى اختلاطين اساسيين هما تطاول زمن الوذمة لأكثر من شهر و

حدوث نقص تصحيح كانت نسبة نقص التصحيح واضحة عند اتباع تقنية simple z-plasty بشكل معزول للتداخل عند مرضى الضحكة اللثوية في حين أبدى التداخل على مستوى العضلة الخافضة للحاجز الأنفي نسبة نجاح أكبر مع ملاحظة حدوث نكس خلال ستة أشهر ربما يعود ذلك لحدوث تندب وعودة التصاق مكان الخزع وعدم مشاركة استئصال جزء من العضلة .

لم يلاحظ تطور ندبة ضخامية عند أي مريض في دراستنا .

لم تتطور أي حالة انتان عند المرضى في دراستنا .

لم يلاحظ وجود أي حالة ل inflammatory milarie

لم يلاحظ تطور حالات لعدم التناظر ربما يعود ذلك جزئيا لقصر زمن المتابعة في دراستنا 6 أشهر .

بالنسبة للاختلاطات كانت حسب الدراسات العالمية المنشورة :

الندبة الضخامية بنسبة 5,3 Austin 1986 و بنسبة و 7% حسب Persa 2010

نقص تصحيح بنسبة 2,4 % Austin 1986 و بنسبة 4% حسب Persa 2010 في حين لم تتم دراسة نقص التصحيح في دراسة Cardim .

انتان بنسبة 2,1% دراسة Echo و 4% حسب Persa 2010

تطاول الودمة لأكثر من شهر 10% لمدة شهر و 8,3% لمدة 3 أشهر حسب دراسة Echo 2011 و بنسبة 10 % حسب دراسة cardim .

وكانت نسبة نقص التصحيح حسب دراسة Robert deeb- Richard westreich عام 2014 التي درست خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي 33%

في دراستنا كان عدد المرضى 56 مريض وكانت الاختلاطات :

الاختلاط	العدد	النسبة المئوية
الورم الدموي	0	0
انتان	0	0
تطاول زمن الودمة	6	10.71
inflammatory miliaria	0	0
ندبة ضخامية	0	0
نقص تصحيح	11	19.64
شتر زاوية الأنف	0	0

بالنسبة لمشاركة شفط الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية لوحظ زيادة رضا المرضى مع زيادة الناحية الجمالية مع زيادة بروز الأعمدة الشفوية وتصنيع قوس كيوييد بشكل أكثر جمالية . بالنسبة لتطور او زيادة زمن الوذمة لأكثر من شهر وعلاقته مع شفط الشحم الجدول التالي يظر مقارنة بين المرضى الذين اجري لديهم شفط شحم والمرضى الذين لم يجرى لديهم شفط شحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية

جدول يبين نسبة تطاول زمن الوذمة مقارنة ما بين مشاركة نحت الشحم وعدم مشاركته:

النسبة	تطاول زمن الوذمة لأكثر من شهر	عدد المرضى	
14.28	2	14	مشاركة نحت الشحم
9.52	4	42	عدم مشاركة نحت الشحم

الدراسات بشكل ملخص :

_ في دراسة **Cardim 2011** التي درست 10 مرضى وتمت متابعة المرضى لمدة 12 شهر التي درست الاستئصال الجراحي كانت نسبة الاختلاطات 10% تطاول زمن الوذمة أكثر من شهر ولم يذكر اختلاطات أخرى ك الانتان أو نقص التصحيح .

_ في دراسة **Persa 2010** والتي درست 27 مريض وتمت متابعة المرضى ما بين 3-12 شهر كانت نسبة الندبة الضخامية 7% ونقص التصحيح 4% ولم يدرس تطاول زمن الوذمة .

_ في دراسة **Peter Raphael, MD; Ryan Harris, BA; and Scott W. Harris, MD, FACS** التي نشرت عام 2014 ودرست 311 مريض وشملت معظم الاختلاطات كانت الاختلاطات

0% انتان – ندبة ضخامية 1% - نقص تصحيح 8% - شتر زاوية الأنف 12% - زيادة عرض فتحتي الأنف 9% - عدم تناظر بنسبة 13% .

-في دراسة Yan Ho, MD; Robert Deeb, MD; Richard Westreich, MD

Effect of Depressor Septi Resection in Rhinoplasty on Upper lip¹⁹length.

التي نشرت عام 2014 والتي درست تأثير استئصال العضلة الخافضة للحاجز الأنفي على زيادة طول الشفة العليا عند 36 مريض وتمت متابعتهم لمدة 7 أشهر كانت نسبة النجاح 67%

الباب السادس

التوصيات والمقترحات

التوصيات العامة التي ركزت عليها المراجع والدراسات المنشورة المتعلقة بدراستنا :

- 1-التداخل على العضلة الخافضة للحاجز الأنفي هي تقنية موصوفة وتؤثر على طول الشفة العلوية وتحسن من مشكلة الضحكة اللثوية .
- 2- ان تطور نكس خلال 6 أشهر من خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي يشير لضرورة مشاركة استئصال جزء من العضلة 5 ملم .
- 3-ان زيادة طول الشفة البيضاء مقارنة بالحمراء لأكثر من 5 أضعاف يجب إصلاحه بالاستئصال الجلدي المباشر مع نسبة تتدب معيب منخفضة .
- 4-زيادة الاهتمام بدراسة التغيرات الحاصلة على الشفة العلوية في سياق التداخل على الأنف وعدم اهمال تقييم الشفة عند اجراء عملية لتجميل الأنف .
- 5-ضرورة دراسة تأثير خزع العضلة الخافضة للحاجز الأنفي لأكثر من 6 أشهر لدراسة حوادث النكس المتعلقة بالتندب بين جزئي العضلة المخزوعين .
- 6-ضرورة اجراء دراسات للمقارنة مابين تأثير حقن البوتكس على العضلة الخافضة للحاجز الأنفي ومابين خزعها المعزول بسبب زيادة نسبة النكس بعد مرور 6 أشهر .

التوصيات الخاصة بدراستنا :

- 1- ان التداخل لاصلاح الضحكة اللثوية ب simple z-plasty دون التداخل على العضلة الخافضة للحاجز الأنفي يترافق مع نسبة نكس عالية .
- 2- التداخل عند مرضى زيادة طول الشفة البيضاء مقارنة بطول الشفة الحمراء بالطرق الجراحية المختلفة ترافق مع نسبة تحسن واضحة ونسبة نكس و ندب ضخامية منخفضة .
- 3- مشاركة شفت الشحم في منطقة ما بين الأعمدة الشفوية زادت من رضى المرضى على النتيجة الجمالية وزادت من بروز الأعمدة الشفوية ومن وضوح قوس كيوييد ولم تترافق مع زيادة نسبة اختلاطات واضحة .
- 4- ضرورة زيادة تقييم الشفة العلوية قبل التداخل في عمليات تجميل الأنف وضرورة ادخال ودراسة تقنية استئصال جزء من العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند مرضى قصر الشفة العلوية .
- 5- ضرورة اجراء دراسة لتقييم ومقارنة الاستئصال الجراحي مع حقن المواد المألثة بمستوى الشفة الحمراء عند المرضى من النمط 1 و 2 حسب تصنيف هاريس للمقارنة .
- 6- إمكانية اجراء دراسة للمقارنة ما بين حقن البوتكس وخزغ العضلة الخافضة للحاجز الأنفي على طول الشفة العلوية .
- 7- إمكانية اجراء دراسة للمقارنة ما بين خزغ العضلة الخافضة للحاجز الأنفي بدون اجراء استئصال جزء مع استئصال جزء حوالي 5 ملم .
- 8- إمكانية اجراء دراسة للمقارنة ما بين خزغ العضلة الخافضة للحاجز الأنفي عند مستوى شوك الأنف وخزغها عند مستوى العضلة الدويرية الفموية .

الباب السادس

المراجع

1–Yarbus AL: Eye Movements during examination of complex objects. Biofizika 6: 207e227, 1961 [Russian]

2 – Wong WW, Davis DG, Camp MC, Gupta SC: Contribution of lip proportions to facial aesthetics in different ethnicities: a three–dimensional analysis. J Plastic Reconstruction Aesthetic Surgery 3: 2032e2039, 2010

3– blher N, Stark GB, Penna V: The aging perioral region: do we really know what is happening? J Nutr Health Aging 16: 581e585, 2012

4–Rozner L, Isaacs GW: Lip lifting. Br J Plastic Surgery 34: 481e484, 1981

5. Perenack J. Treatment options to optimize display of anterior dental esthetics in the patient with the aged lip. J Oral Maxillofac Surg. 2005;63:1634–1641.

6- Clinical Facial Analysis Elements, Principles, and Techniques 2005 : chapter 58 , p435

7- The No-Scar Lip-Lift: Upper Lip Suspension Technique

Anthony Echo , Adeyiza Olutoyin Momoh, Eser Yuksel-abstract p1

8- Clinical Facial Analysis Elements, Principles, and Techniques 2005 p117-118

9. Ramirez OM, Khan AS, Robertson KM. The upper lip lift using the ‘bull’s horn’ approach. J Drugs Dermatol. 2003;2:303–306.

10. Perkins SW, Sandel HD IV. Anatomic considerations, analysis, and the aging process of the perioral region. Facial Plast Surg Clin North Am. 2007;15:403–407, v.

.11 Analysis and Classification of the Upper Lip Aesthetic Unit

Article in Plastic and Reconstructive Surgery · September 2013

DOI: 10.1097/PRS.0b013e31829accb6 · Source: PubMed

12. Ponsky D, Guyuron B. Comprehensive surgical aesthetic enhancement and rejuvenation of the perioral region. Aesthet Surg J. 2011;31:382–391.

13. Aesthetic Surgery Journal 2014, Vol. 34(3) 457–468 © 2014 The American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Inc. Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1090820X14524769

.14 Aesthetic Surgery of the Facial Mosaic-lip correction p425.

15. Study conducted at Núcleo de Plástica Avançada (NPA), São Paulo, SP, Brazil. Submitted to SGP (Sistema de Gestão de Publicações/Manager Publications System) of RBCP (Revista Brasileira de Cirurgia Plástica/Brazilian Journal of Plastic Surgery). Received: April 3, 2011 Accepted: August 14, 2011

16. Non-filling” procedures for lip augmentation: A systematic review of contemporary techniques and their outcomes Joan San Miguel Moragas, Herman Junior Vercruysse, Maurice Y. Mommaerts* European Face Centre, University Hospital Brussels, Belgium

17. Search for Balance Between the Nose Tip and the Upper Lip Ewaldo Bolívar de Souza Pinto, Priscila C.S.P. Abdalla, Rodrigo P.M. de Souza, Eduardo Hentschel, Sergio Pita.

18. Depressor Septi Nasi Muscle Resection or Nerve Block By Daniel G. Moina and Gabriel M. Moina DOI: 10.5772/62073

19. JAMA Facial Plast Surg. 2014 Jul-Aug;16(4):272-6. doi: 10.1001/jamafacial.2014.80.

Effect of depressor septi resection in rhinoplasty on upper lip length.

20. Fred GB. Role of depressor septi nasi muscle in rhinoplasty. AMA Arch Otolaryngol. 1955;62(1):37-41.PubMedArticle

21.

Benlier E, Top H, Aygit AC. A new approach to smiling deformity: cutting of the superior part of the orbicularis oris. Aesthetic Plast Surg. 2005;29(5):373-378.