الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية الطب البشري

الطرائق الجراحية لترميم الضياعات المادية المكتسبة في الشفتين

Surgical methods for reconstruction of acquired defects of lips

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير) في الجراحة التجميلية والتصنيعية

بإشراف
الأستاذ المساعد الدكتور
وفيق عيد

برئاسة
الأستاذ الدكتور
محمد الأحمد

إعداد طالبة الدراسات العليا
د. راما عاطف مرشد

العام الدراسي

2020-2021

كلمة شكر وتقدير

بعد أن اقترب المشوار من نهايته لا أملك سوى أن أتقدم بفائق الشكر والاحترام إلى كل أساتذتي الذين كانوا نبراساً أنار الدرب لنا والذين أغنوا فكرنا بعلمهم ومعرفتهم.

وللأستاذ الدكتور وفيق عيد الذي أشرف على رسالتي وكان عوناً لي رغم المرض تحية شكر وتقدير على كل ما قدمه وبذله.

مخطط البحث

- **الفصل الأول : المراجعة النظرية:**
  - **المقدمة**
  - **لمحة تشريحية**
  - **لمحة تاريخية**
  - **الضياعات المادية الشفوية:**

١- أسباب الضياعات المادية الشفوية المكتسبة :

٢- تقييم الضياعات المادية للشفتين وتصنيفها :

٣- طرائق معالجة الضياعات المادية للشفة:

أ. الطرائق المحافظة في المعالجة.

ب. الطرائق الجراحية في ترميم الضياعات المادية المكتسبة للشفتين.

٤- التوصيات بعد العمل الجراحي

٥- الاختلاطات

- **الفصل الثاني : القسم العملي**

*** المادة المدروسة وطرائق البحث:**

١- مبررات وهدف البحث:

٢- الميزات العامة للمشاهدات السريرية:

٣- طرائق البحث:

٤- تحليل البيانات:

٥-الاعتبارات الأخلاقية:

*** طرائق ونتائج المعالجة الجراحية للضياعات المادية المكتسبة للشفتين :**

*** المقارنة مع الدراسات العالمية :**

*** المناقشة:**

- **الاستنتاجات:**
- **التوصيات:**
- **ملحق استمارة البحث:**
- **المراجع:**

الفصل الأول
المراجعة النظرية

المقدمة :

تلعب الشفتان دوراً هاماً في كفاءة وظيفة المعصرة الفموية وبالتالي أهميتها في كل من عمليات الهضم والبلع والنطق والتعبير إضافة لدورها الجمالي الهام، لذا كان أي اضطراب فيها قد يؤثر سلباً على هذه النواحي . ومن هنا برزت أهمية ترميم الضياعات المادية على حساب الشفتين .[1]

هناك عدة أسباب للضياعات المادية المكتسبة بالشفة أهمها الأورام وتأتي في مقدمتها سرطانة الخلايا الشائكة (٩٦%) ، يليها الرضوض خاصة الحروق بأنواعها والرضوض الميكانيكية كحوادث السير وعضات الحيوان ، والانتانات (Noma) .[1,2]

بالنسبة للإصابات الورمية توجد هيمنة واضحة جداً للذكور (ذكور/ إناث : ١/٢٠) والمسنين (٩٠% من المرضى بأعمار أكبر من ٤٥ سنة) .[3]

وفي حالات حروق الشفة تقسم الضياعات المادية الناتجة إلى ضياعات جزئية السماكة تالية لحروق اللهب وضياعات كاملة السماكة كما في الحروق الكهربائية . حيث تحدث تشوهات وانكماشات الشفة التالية للحروق نتيجة التندب الزائد كما في حالات الحروق العميقة التي تندمل تلقائياً ، وحالات زرع الطعوم الجلدية على النسيج الحبيبي كما يحدث في التطعيم الباكر نتيجة انكماش الطعم والتنمي الندبي فيه ، كذلك قد تنمو الندبات الضخامية على حواف الطعم المزروع.[4]

هذه التشوهات الندبية تؤثر وظيفياً على الشفة من حيث تسببها بالشتر وما يرافقه لاحقاً من تعري مخاطية الفم والأسنان وسيلان اللعاب أو تسببها بانكماش الصوارين وصغر الفم وبالتالي التأثير على وظيفتي تناول الطعام والهضم .[4]

كما ويسبب التشوه الندبي عيباً جمالياً وهذا بدوره يشكل سبباً للاضطرابات النفسية لدى المرضى خاصة الأطفال ، فقد يبدي الأشخاص المستعدون تبدلات مرضية في الشخصية. وذلك خاصة مع تحسن الظروف الحياتية للسكان حيث ازدادت المتطلبات الجمالية للمظهر الخارجي . لذلك فإن الجراحين حالياً يسعون للحصول على نتائج وظيفية وجمالية مقبولة قدر الإمكان في ترميم الشفتين.[4]

وتجدر الإشارة بالنسبة لحروق الشفة إلى أهمية المعالجة المحافظة (المراهم المطرية والستروئيدية ، تطبيق الأقنعة الضاغطة ولصاقات السيلكون ، الموسعات الفموية ، المعالجة الفيزيائية والليزر) نظراً لدورها الكبير في آلية شفاء وتندب الجروح وقدراتها المميزة على إعادة قولبة الندبات ، وبالتالي التقليل من الضياعات المادية التالية لاستئصال ندبات الحروق التي تتطلب الترميم .ولكن هذه الطرق لا تمكن من الوقاية من حدوث التشوه الندبي بشكل تام .[4]

وسواء كانت هذه الضياعات المادية ناجمة عن الرضوض التي يمكن أن تأخذ أشكالاً متعددةً كما ذكرنا ، أو ناجمة عن الجراحة بسبب آفات ورمية ، فإن هذه الضياعات تتميز باختلاف شكلها

وبإصابة مستويات مختلفة في العمق . وأهمية هذه الضياعات المادية هي التي تطرح استطباب استخدام هذه التقنية أو تلك للترميم . [3]

عادة تكون الشفة السفلية أشيع إصابة بالضياعات المادية المكتسبة مقارنة مع الشفة العلوية (٩٠% :١٠%) .[5]

ويعتبر التمييز الكلاسيكي بين الشفة العلوية (المرسومة والمتحركة) والشفة السفلية (المسطحة والعاطلة) توصيف مبالغ فيه . بالمقابل فإن احترام النثرة للشفة العلوية يبقى إلزاماً مطلقاً. لكن لا تعتبر وظيفة الشفة السفلية ثانوية بسيطة كما يظهر في التوصيف السابق ، فهي تلعب دوراً راجحاً في الشد العامودي والبروز الأمامي للشفة مع إحكام إغلاق الفم ،بسبب تداخلات الألياف العضلية على مستوى الشفة السفلية.[6]

ونظرا لوجود توازن دقيق بين شكل الشفة ووظيفتها ، فإن أي ضياع مادي فيها سيعرض هذا التوازن للخطر ويصبح من المتعذر إصلاحه في الضياعات المادية الأكثر اتساعاً. فالترميم المخطط له جيداً يجب أن يخلق شكلًا ومعاوضةً وظيفيةً مقبولين للشفة.[7]

ولتحقيق ذلك ، يجب معرفة كيف نفحص الشفتين ، وملاحظة علاقات الشفة مع التشكلات التشريحية المجاورة ، ومعرفة ماهية هذه التشكلات وعملها . ويجب أيضاً أن نكون قادرين على تأويل المشكلة بالأبعاد الثلاثة، وتقدير الحاجة من النسيج وكفاءة النسج المتبقية.[7]

فالضياع المادي كامل السماكة يقطع الطبقات النسيجية الثلاث للشفة: الجلد ، العضلة ، والغشاء المخاطي . وتعتبر العضلة الدويرية الفموية هي الهيكل الحقيقي للشفة والعنصر المفتاحي الذي يرتكز عليه كل من الجلد والغشاء المخاطي .[6,7]

والمسلمة الأساسية في ترميم الضياعات المادية للشفة هي ترميم الشفة بالشفة والاستفادة من نسيج الشفة المقابلة .[7]

لذا وجب تحليل آليات النقل النسيجي لاختيار الوسيلة الأكثر ملاءمة لمعاوضة الدور الفيزيولوجي واقتراح تسوية مقبولة ، وبعد ذلك تخضع كل حالة للتقييم السكوني والديناميكي.[7]

وبالرغم من وصف مايزيد عن ٢٠٠ طريقة لترميم ضياعات الشفة منذ ١٠٠٠ سنة قبل الميلاد واعتماد العديد منها حتى الآن ، لكن لا يوجد طريقة واحدة تعد الأمثل والأنسب لترميم كل أشكال هذه الضياعات .[8,9]

فلكل تقنية ميزاتها ونقاطها السلبية التي تؤثر حتماً في نتيجة الترميم، لذلك يمكن تدبير الضياع المادي المكتسب للشفة بعدة طرق جراحية حيث يعتمد الخيار الجراحي الأنسب على ثلاث معايير رئيسية هي حجم وموقع الضياع المادي إضافة للعجز الوظيفي والجمالي الناتجين .[10,11]

بالتالي يعتبر ترميم الشفة من التحديات الهامة في الجراحة الترميمية والتجميلية، نظراً لأهمية هذه البنية التشريحية ، شيوع أسباب ضياعاتها المادية المكتسبة وتعدد طرائق الترميم الجراحية الممكن اعتمادها . مما يؤكد على أهمية الدراسات التي تجرى بهذا الصدد.

لذلك فقد وضعنا نصب أعيننا دراسة وتحليل ومقارنة نتائج الترميم الجراحي للضياعات المادية المكتسبة للشفتين ووضع الاستطبابات المناسبة وإيجاد الطريقة المثلى للتصحيح الجراحي لكل حالة محددة وتم استخلاص النتائج ووضع التوصيات العملية التي تساعد في حل مشكلة تأهيل المرضى المصابين بضياعات مادية مكتسبة في الشفتين على اختلاف أسبابها .

لمحة تشريحية :

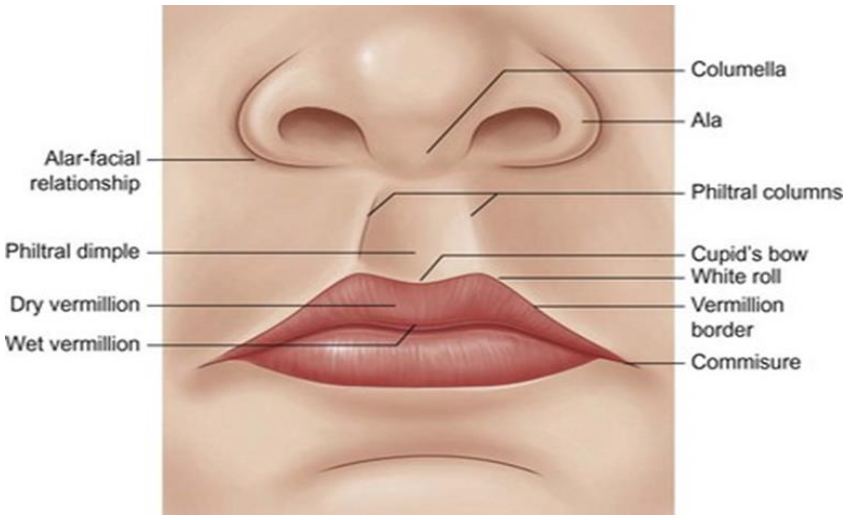
تعد الشفة بنية مميزة عن البنى المحيطة بها في الوجه ، حيث تمتد الشفة العلوية من فتحتي الأنف وقاعدتي جناحي الأنف في الأعلى في الجانبين وتنتهي وحشياً بمستوى الثلم الأنفي الشفوي ، لتشكل في الأسفل الحافة العلوية لفتحة الفم .[1]

أما الشفة السفلية فتمتد وحشياً من الثلم الأنفي الشفوي إلى الثلم الشفوي الذقني بالأسفل. وتلتقي الشفتان العلوية والسفلية عبر الصوارين .[1]

تقسم الشفة إلى تحت وحدات تشريحية هي (أعمدة النثرة philtrum columns، تجويف النثرة philtrum dimple ، قوس Cupid) المميزة للشفة العلوية ، إضافة للحافة البيضاء ، المخاطية vermillion ، الحدبة Tubercle، والصوارين . [1]

تتميز الشفة العلوية عن السفلية بعدة نقاط أهمها وجود تحت وحدات تشريحية مميزة للشفة العلوية أهمها النثرة Philtrum والشارب عند الذكور.[1]

لكن بالمقابل فإن أذيات الشفة السفلية أكثر تواتراً، وأشد أهمية من حيث تأثيرها على كفاءة وظيفة المعصرة الفموية حيث تحتاج لمقوية أكبر لمنع حدوث الإلعاب وهروب الطعام من الفم .[1,5]



الشكل (1) المعالم التشريحية للشفتين

يتشكل عمودا النثرة من عبور ألياف العضلة الدويرية الفموية المقابلة للخط المتوسط لترتكز مباشرة على الأدمة المغطية ، أما الانخفاض المحصور بينهما يدعى النثرة.[1,12]

قوس كيوبيد هو منطقة الوصل المخاطي الجلدي المحصورة بين عمودي النثرة.[1]

تتشكل الحافة البيضاء المميزة من حيث لونها وارتفاعها من الألياف الهامشية للدويرية الفموية وتعد الفاصل بين الجلد والمخاطية الجافة للشفة .[1]

تشريحياً تتألف الشفة من ٣ طبقات : المخاطية الجافة والجلد ، الطبقة العضلية ، المخاطية الرطبة.[1]

القسم المخاطي Vermilion هو عبارة عن سطح مخاطي معدل ويعد القسم الأكثر ظهوراً من الشفة. يعتبر وحدة حسية لدوره في حس اللمس والألم والحرارة ويتميز بإمكانية تمويه الندبات مع ضرورة الانتباه لمنطقة الوصل الجلدي المخاطي لأهميتها من الناحية الجمالية حيث أن عدم تناظر بمقدار ١مم على مستوى الحافة البيضاء يمكن تمييزه من على مسافة ٣ أقدام فقط.[1,13]

أما عضلات الشفة فتقسم لمجموعات حسب وظيفتها :

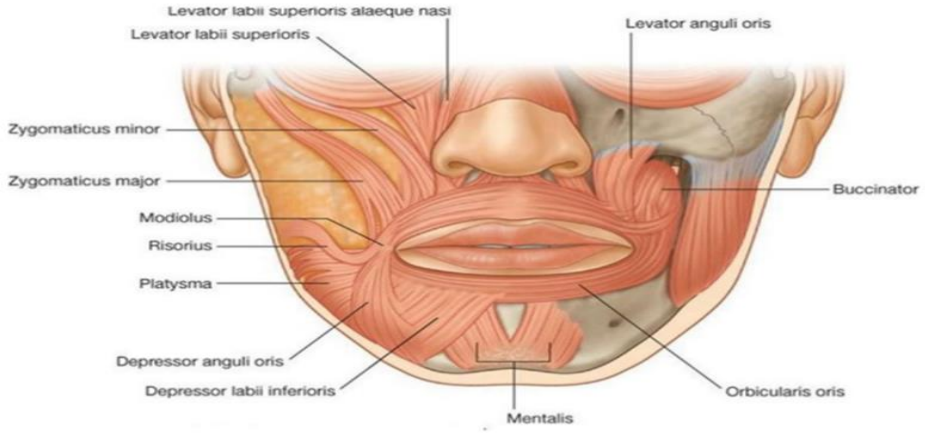
1. رفع الشفة العلوية : العضلات الوجنية الكبيرة والصغيرة ، رافعة الشفة العلوية ، رافعة الشفة العلوية وجناح الأنف، رافعة زاوية الفم . وتساهم كل من العضلات رافعة الشفة العلوية ورافعة زاوية الفم و الوجنية الصغيرة بتشكيل الثلم الأنفي الشفوي.[1]

2. خفض الشفة السفلية وشدها : العضلة المبطحة platysma ، خافضة الشفة السفلية ، خافضة زاوية الفم .[1]

3. عضلات الفك الداخلية : الدويرية الفموية ، المبوقة ، العضلة الضحكية. [1] وتعد العضلة الدويرية هي العضلة الأهم في تأمين وظيفة المعصرة الفموية وتتألف من قسمين قسم هامشي سطحي محدود تقريبا بالمنطقة تحت المخاطية الجافة وقسم محيطي عميق له امتداد للمنطقة تحت الجلد.[1]

4. الرفع غير المباشر للشفة السفلية وبروزها عبر العضلة الذقنية. [1]

بنية الملتقى modiolus تشير لتداخل معقد للعضلات حول الفم مما يساهم في شد زاوية الفم. [1]

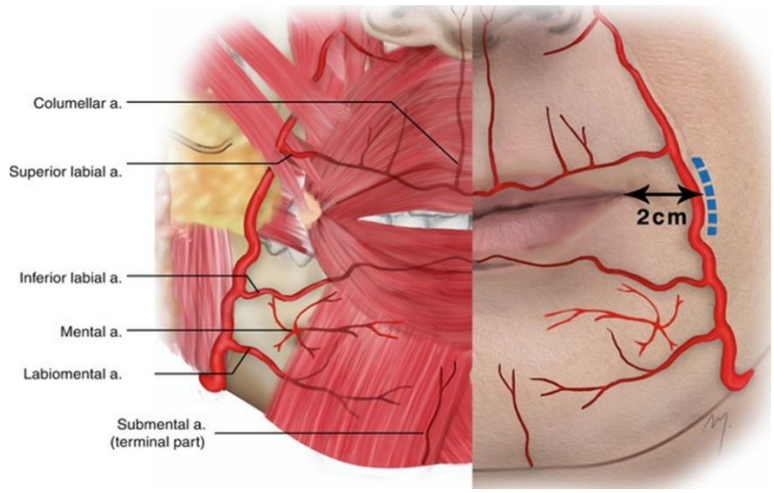


الشكل (2) عضلات الشفة

تروية الشفة :

التروية الشريانية :

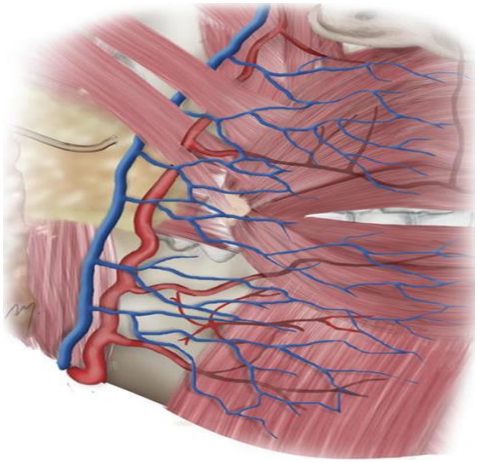
تأتي التروية الشريانية للشفة من الشريان السباتي الظاهر عبر الشريان الوجهي ، حيث يمر الشريان الوجهي على بعد ١,٥-٢ سم وحشي الصوار ليعطي بدوره الشريانين الشفويين العلوي والسفلي اللذين يمران على تماس الوجه الخلفي لألياف العضلة الدويرية الفموية. [1]



الشكل (3) التروية الشريانية للشفتين

النزح الوريدي :

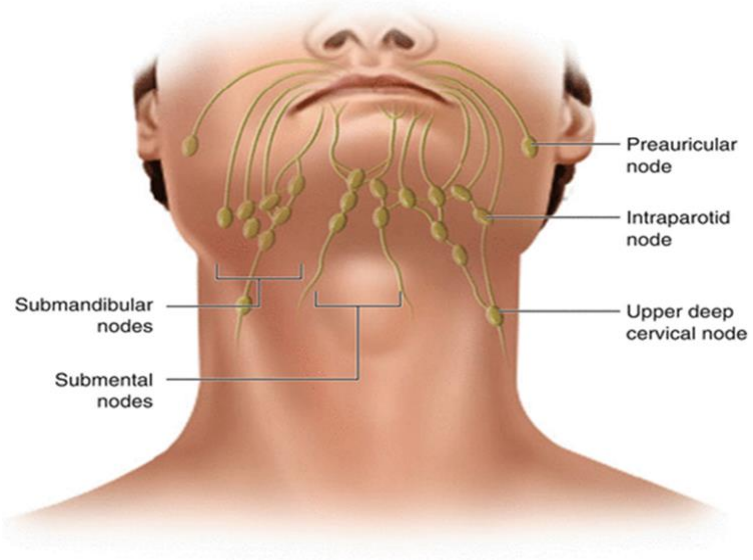
لا يعتبرالوريد الوجهي بنية تشريحية مميزة بحد ذاته بل هو أقرب مايكون لضفيرة وريدية تؤمن العود الوريدي للشفتين. [1]



الشكل (4) النزح الوريدي للشفتين

التصريف اللمفي :

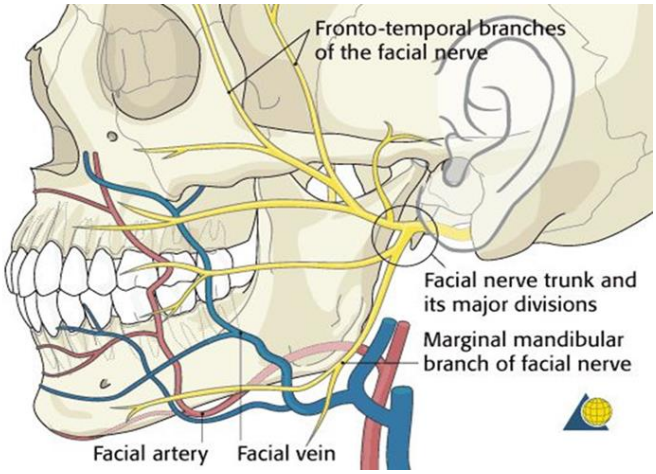
يتم النزح اللمفي الرئيسي للشفتين إلى العقد اللمفية تحت الفك والعقد تحت الذقن . حيث ينزح اللمف في الشفة العلوية والجزء الوحشي للشفة السفلية إلى العقد تحت الفك السفلي. بينما ينزح اللمف للجزء المركزي للشفة السفلية إلى العقد تحت الذقن. [1]



الشكل (5) التصريف اللمفي للشفتين

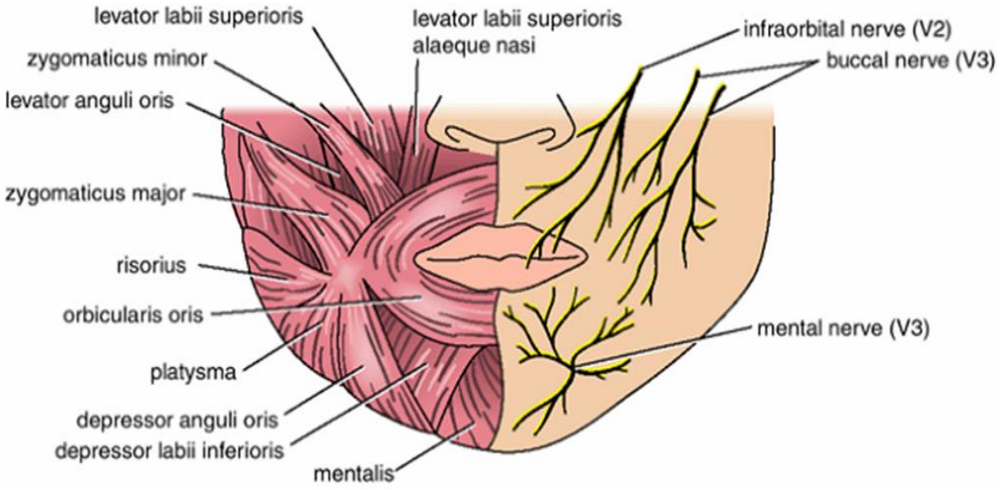
تعصيب الشفة :

- **التعصيب الحركي** : عبر العصب القحفي السابع (الوجهي) بفرعيه الشدقي المسؤول عن رفع الصوار وتعصيب الدويرية الفموية ، والهامشي المسؤول عن تعصيب خافضة الشفة السفلية.[1]



الشكل (6) التعصيب الحركي للشفتين

- **التعصيب الحسي** : عبر العصب القحفي الخامس (مثلث التوائم) بفرعيه الذقني وهو الفرع الانتهائي للعصب السنخي السفلي الذي يعصب حسياً الشفة السفلية. أما الفرع تحت الحجاج فهو المسؤول عن التعصيب الحسي للشفة العلوية .[1]



الشكل (7) التعصيب الحسي للشفتين

طرائق ترميم الضياعات المادية المكتسبة للشفتين:

- لمحة تاريخية :

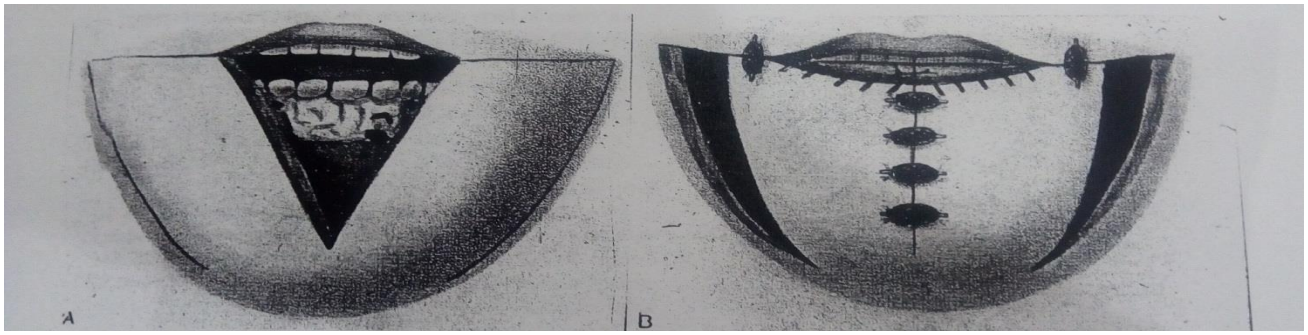
نظراً للدور الجوهري للشفتين في كل من وظائف النطق ،الهضم ،الحس ، التعبير والتواصل الاجتماعي ، إضافة لدورها الجمالي الهام ، فقد سعى الجراحون عبر العصور إلى إيجاد الطرق الجراحية الأمثل لترميم أي ضياع مادي على حساب الشفتين لتحقيق نتائج وظيفية وجمالية مقبولة قدر الإمكان.[1]

لا يعد ترميم الشفة مفهوماً جديداً في الجراحة الترميمية ، وقد أشارت بردية Edwin Smith عالم المصريات الأمريكي التي عثر عليها في طيبة عام 1862 إلى أن جراحة الشفتين معروفة منذ الحضارات الأولى للأزمنة القديمة. كشفت هذه الوثيقة الجوهرية لتاريخ الفكر الطبي أن جراحة الشفة موجودة منذ 3000 سنة قبل الميلاد .[14]

تعود الطرائق المستخدمة اليوم ل ١٠٠٠ سنة قبل الميلاد وهي مذكورة في النصوص المقدسة السنسكريتية لسوسراتا .[14]

وقد اعتمدت طريقة الإغلاق المباشر بالنسبة للضياعات الصغيرة ، أما الضياعات جزئية السماكة الأكبر حجماً فكانت طريقة ترميمها المعتمدة هي استخدام الطعوم الجلدية التي تعود إلى منتصف وأواخر القرن التاسع عشر، حيث وصفت عدة طرق لتطعيم الجلد بما فيها استخدام Reverdin للطعم القرصي 1869 ، استخدام الطعوم الجلدية جزئية السماكة الذي وصف من قبل كل من Ollier (1872) و Thiersch (1886) ، ثم تطبيق الطعوم الجلدية كاملة السماكة من قبل كل من Wolfe (1875) وKrause (1893).[15]

في الغرب ، يعود الوصف الأول لإغلاق الضياعات المادية للشفتين إلى Celse في القرن الأول بعد الميلاد . هذا التصنيع المتضمن تقديم حافتي الضياع المادي بفضل شقين متوازيين على مستوى الخدين كان قد سقط في غياهب النسيان ولم يعد للظهور إلا في القرن السادس عشر.[14] [الشكل (8)]

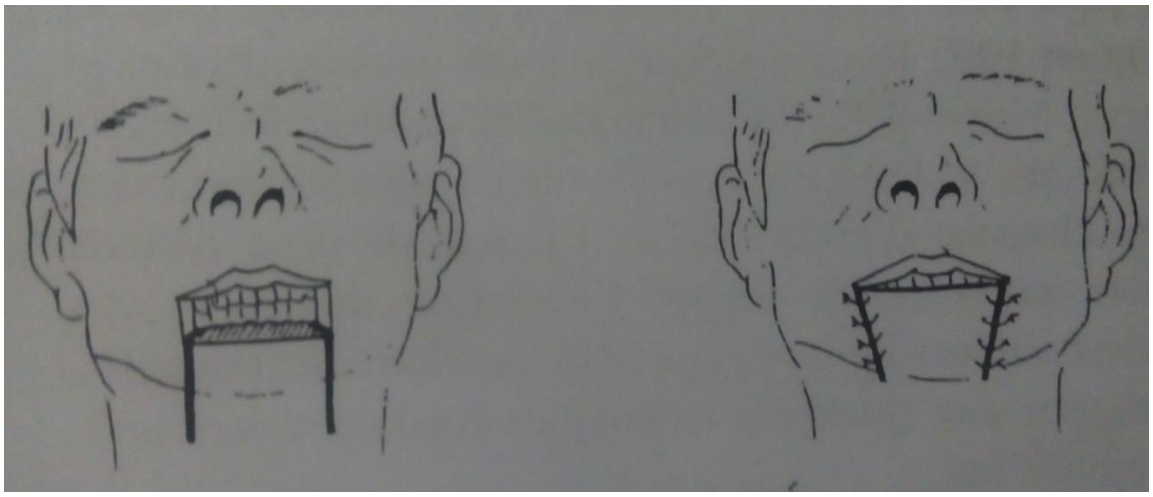


الشكل (8) تقنية Celse

في عام ١٥٦١ وصف Pierre Franco عملية قريبة جداً من مداخلة Celse. وبشكل معاصر في أواخر القرن السادس عشر أوصى Tagliacozzi الذي تعود شهرته لترميم الأنف بشريحة من العضد ، بتطبيق الطريقة الإيطالية في ترميم الشفتين، ولكن لم تحصل هذه الطريقة على شهرة ترميم الأنف وأهملت من قبل أغلبية الجراحين .[14]

ومن أبرز الاهتمامات لهذا العصر كانت تكييف مخطط ترميم الشفتين حسب شكل وقياسات الضياع المادي ، حيث وجد أن الضياع بشكل V هو الأبسط للترميم ويعزى هذا الشكل إلى Van Horne (١٦٦٣) وإلى Von Roohyusen (١٦٧٤) فأصبح الخطوة الأساسية لوصل حافتي الجرح بدون تسليخ جانبي بالتقريب المباشر، وهو يناسب ضياعاً مادياً مساوياً لثلث الشفة السفلية أو ربع الشفة العلوية . أما في الضياعات الأكبر حجماً يأخذ الاستئصال شكل W لدى Bouisson أو إشارة الجذر التربيعي √ لدى Serre .[14]

في عام ١٧٩١ أجرى Chopart عمليته بشكل الدرج لمعالجة ضياع مادي تالي لاستئصال سرطان في الشفة السفلية.[الشكل (9)]



الشكل (9) تقنية Chopart

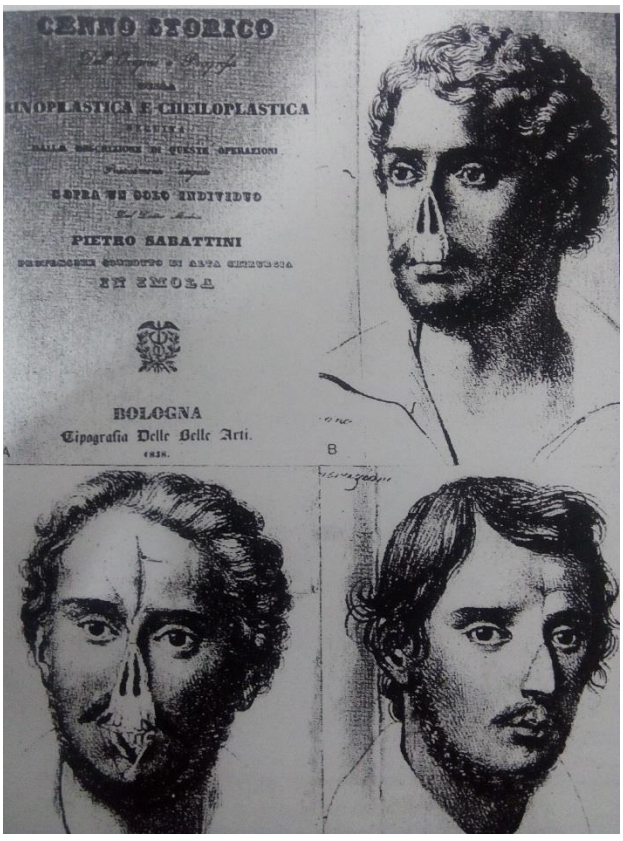
وبعد ذلك بوقت قصير ، في عام ١٨٣٤ وصف Dieffenbach أول شريحة تبادلية لترميم الشفة السفلية بواسطة شريحتين أنفيتين خديتين كاملتين، وقد ترك المكان المعطي للتندب وسمح بسيلان اللعاب .[1,14]

في عام ١٨٣٨ وصف Sabattini لأول مرة نقل شريحة من الشفة المقابلة ، إذ جمع بينها وبين شريحة جبهية لترميم عقابيل بتر بالسيف لجزء من الأنف وجزء من الشفة العلوية.[14] [الشكل (10)]

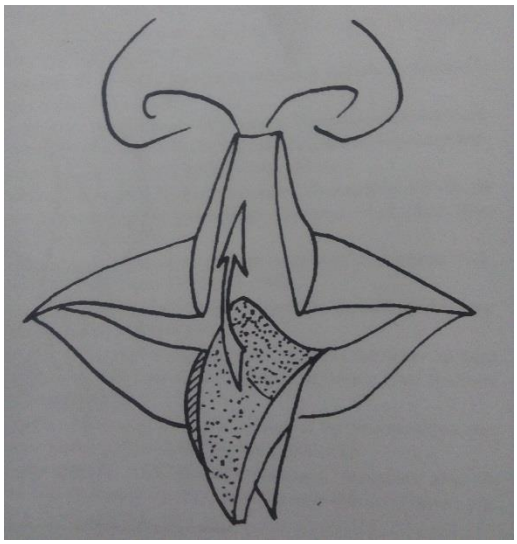
و في الدانمارك ، أجرى Stein عام ١٨٤٧ المداخلة المعاكسة ، ورمم ضياعاً مادياً على الشفة السفلية بمساعدة شريحتين شفويتين جانبيتين مرفوعتين على مستوى النثرة Philtrum للشفة العلوية.[1,14]

في عام ١٨٦٤ استخدم buck شريحة من الشفة السفلية لترميم الشفة العلوية المخربة بسبب التهاب الفم الغنغري (noma).[14]

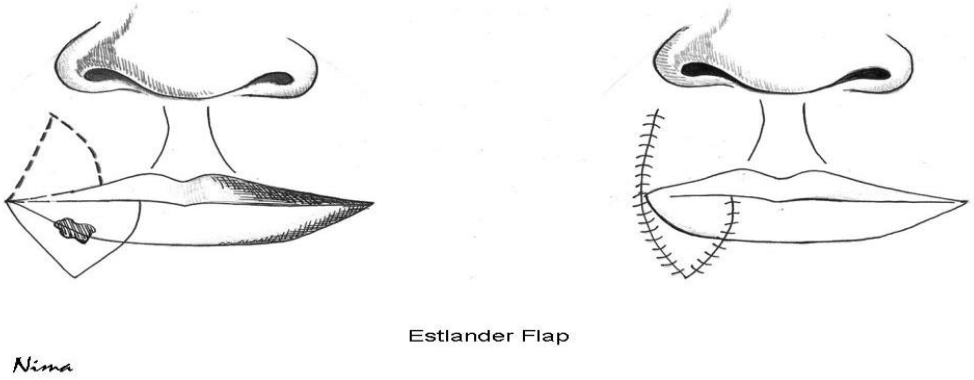
ثم قام كل من Abbe [الشكل (11)] و Estlander [الشكل (12)] بتعديل هذه الطريقة في أواخر القرن التاسع عشر . وكانت أهم النقاط السلبية لشريحة Abbe هي أنها تجرى على مرحلتين بفارق ٢-٣ أسابيع حيث يتم فصلها لكنها بالمقابل تحافظ على التعصيب الوحشي للعضلة الدويرية الفموية . أما شريحة Estlander فهي تعتمد نفس المبدأ لكن لترميم الضياعات الوحشية الشاملة للصوار وغالباً ما تتطلب إعادة تصنيع للصوار كمرحلة لاحقة .[1,14,16]



الشكل (10) تقنية Sabattini

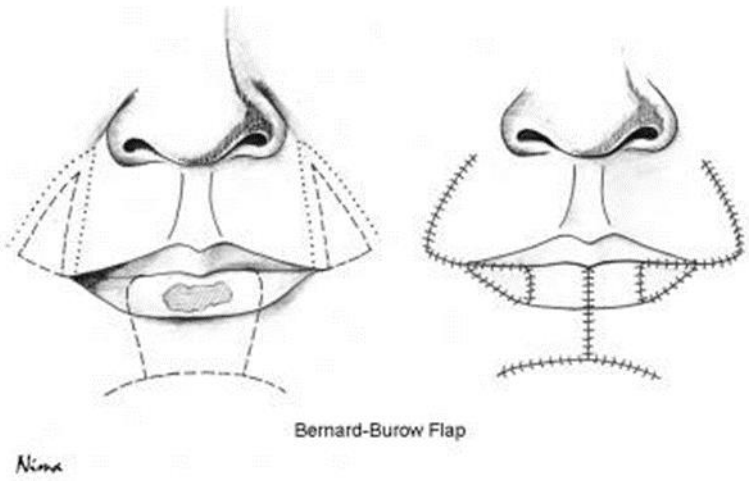


الشكل (11) تقنية Abbe



الشكل (12) تقنية Estlander

لاحقاً في عام ١٨٥٣ وصف Bernard شريحة الخد التقدمية كاملة السماكة ثنائية الجانب لترميم الضياعات المادية الواسعة للشفة. لكن الفضل الأول يعود ل Burrow الذي حقق في عام ١٨٣٨ تحريك الملتقى الشفوي بمساعدة استئصال مثلثات من الجلد السليم، مما سمح بإعادة توزيع الشد وتسهيل آلية التقديم . [14,17]

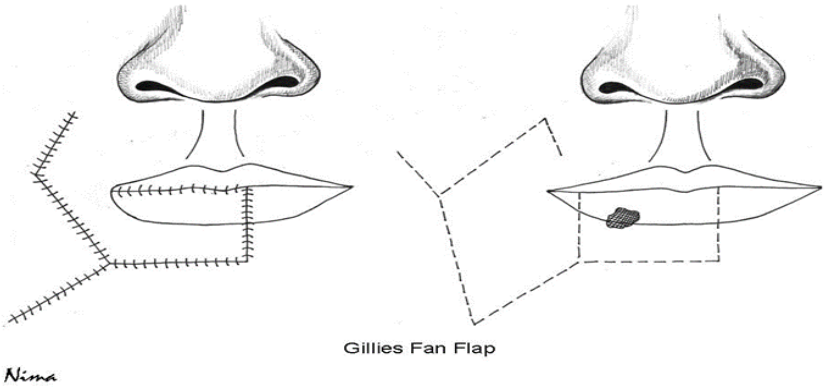


الشكل (13) تقنية Bernard-Burow

وكان Von Bruns هو الذي وصف عام ١٨٥٧ التقنية الأولى لإعادة توزيع النسج حول فتحة الفم بمساعدة الشقوق الدائرية . وبذلك تصدى الترميم أيضاً لترميم المعصرة الفموية .[14]

عند فجر القرن العشرين ، نشر Nelaton و Ombredanne عام ١٩٠٧ بحثاً ملموساً عن تصنيع الشفة وأحصيا حتى ذلك التاريخ ٩٤ تقنية لتصنيع الشفة.[14]

وفي عام ١٩٢٠ وصف Gillies الشريحة المروحية بسويقة كاملة السماكة على الرغم من كونها شريحة غير حسية ولا تسمح باستعادة وظيفة الشفة.[14,18]

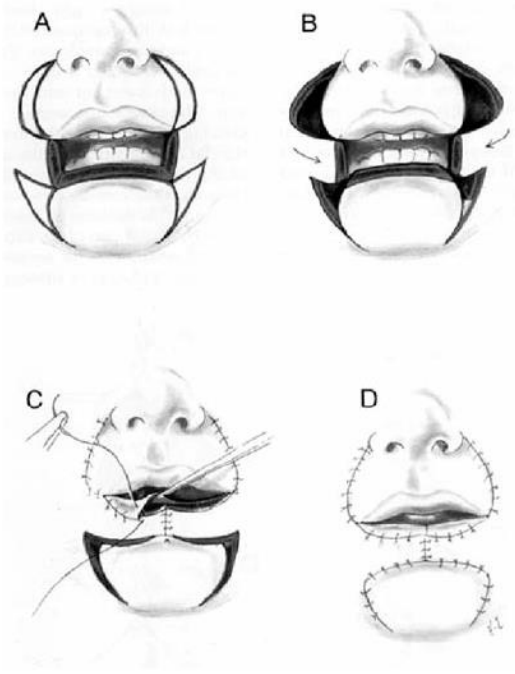


الشكل (14) تقنية Gillies

أما Leon Dufourmentel فقد كان أول من أجرى عام ١٩٣٩ ترميماً شفوياً ذقنياً بشريحة ثنائية السويقة من الفروة المشعرة.[14]

في حين قام Ferris Smith عام ١٩٤٥، ومن بعده Gillies في عام ١٩٥١، باستخدام جلد العنق على سويقة مضاعفة من ناحية الخشاء لترميم الشفتين.[14]

وفي عام ١٩٦٠ طور Webster طريقة Bernard مما سمح بتصحيح فائض النسج في مركز الذقن. [14,19]



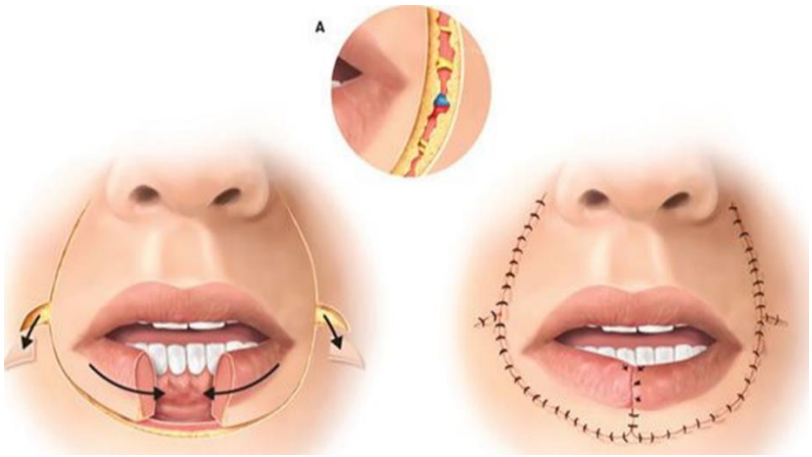
الشكل (15) تقنية Webster

واغتنى الترميم الرقبي الوجهي في عام ١٩٦٧ بشريحة Bakamjian الدالية الصدرية المفيدة جدا.[14,20]

ومنذ عام ١٩٧٠، حل عصر الشرائح العضلية الجلدية وصولاً إلى الشريحة العضلية الجلدية للعضلة القصية الترقوية من قبل O'Brien ، الشريحة الصدرية الكبيرة من قبل Wilson ، حتى العضلة الظهرية الكبيرة التي أصبحت تستخدم كلها بالتناوب.[14,21]

أما خلال القرن الماضي فقد تمت مراجعة هذه الأساليب القديمة للترميم وصقلها من جديد . لتبرز طرائق كل من Karapandzic ، Harii و Ohmori.

حيث قدم Karapandzic في عام ١٩٧٤ طريقة لتدوير الشرائح حول فتحة الفم بعد تقديم الجزء المتبقي من الشفة ، مع المحافظة على المعصرة العضلية الوظيفية لكن أبرز سلبياتها كانت صغر الفم الناتج .[14,22]

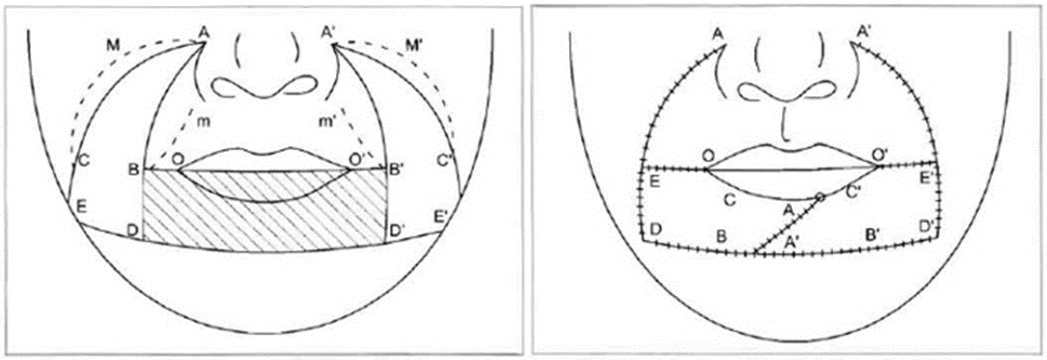


الشكل (16) تقنية Karapandzic

وقام Harii وOhmori باستخدام الشرائح الحرة لترميم الشفة في عام ١٩٧٤ أيضاً.[1]

وأهم المآخذ على هذه الشرائح الحرة والشرائح الناحية المستخدمة هي كتلة هذه الشرائح وثقلها الذي قد يؤدي إلى شتر الشفة ،إضافة إلى حاجة هذه الشرائح إلى تبطين لترميم مخاطية الشفة .

أما في عام ١٩٨٠ قدم Fujimore طريقة Gate flap باستخدام الشرائح الأنفية الشفوية لترميم الشفة السفلية .[23]



الشكل (17) تقنية Fujimore's Gate flap

ثم عدل Ian McGregor شريحة Gillies المروحية في عام ١٩٨٣ باستخدام شريحة مربعة الشكل كاملة السماكة دورانية من الخد مع الحفاظ على الجزء المتبقي من الشفة الحمراء الذي يمكن استخدامه لترميم المخاطية الجافة.[1]

وفي عام ١٩٩٠ وصف Barron وSaad استخدام شريحة المبطحة Platysma Flap العضلية الجلدية لترميم ضياع بكامل الشفة السفلية.[24]

عام ١٩٩٧ نشر Tellioglu استخدام العضلة خافضة الشفة السفلية مع الشريحة الكعبرية الحرة لترميم كامل الشفة السفلية لتحل مكان العضلة الدويرية الشفوية مما يدعم وظيفة المعصرة الفموية إضافة لدعم إحساس الشريحة الكعبرية باستخدام العصب الذقني .[25]

وفي عام ٢٠٠٠ اقترح Miguel Sabino Neto استخدام شريحة مكونة من العضلة خافضة الشفة السفلية وجزيرة جلدية لترميم الشفة السفلية .[26]

كما قدم زرع مركز الوجه كشريحة حرة ترميماً لكامل الشفة العلوية والسفلية حسب طريقة Bernard Devauchelle عام ٢٠٠٥ .[1]

ويشير تعدد التقنيات هذا إلى عدم الرضا عن كل هذه العمليات ، وكانت فائدة ذلك تسجيل تطور أفكار العديد من المؤلفين الذين وبدون توقف طوروا طرق الجراحة للتوصل إلى بعض التقنيات الأساسية المعتمدة حالياً.

الضياعات المادية الشفوية :

هي خسارة لجزء أو كامل سماكة النسج المركبة للشفة وتحدث لأسباب خلقية أو مكتسبة. [27] وستقتصر دراستنا على الضياعات المادية المكتسبة في الشفتين.

١- أسباب الضياعات المادية الشفوية المكتسبة :

تنتج الضياعات المادية المكتسبة في الشفة عن عدة أسباب أهمها الأورام وفي مقدمتها سرطانة الخلايا الشائكة SCC ٩٦% ، الرضوض و أهمها الحروق وعقابيلها والرضوض الميكانيكية ، والانتانات . [1,2]

- في حالة **الأورام** :

يتعلق الضياع المادي بالطبع بحجم الورم ، بالطبيعة التشريحية المرضية و بحجم الاستئصال الجراحي للورم للوصول إلى حواف سليمة. يجب أن نأخذ بعين الاعتبار حواف الاستئصال المدروسة نسيجياً. إضافة إلى أن عدد من الأورام الخبيثة قد يتطلب تجريف عنق في حال وجود نقائل عقدية.[3]

تصاب الشفة الحمراء بشكل تفضيلي بالسرطانة شائكة الخلايا SCC التي تأخذ شكل تقرحي تنبتي ، وأكثر من ٩٠% من الحالات تتوضع على الشفة السفلية.[3,5]

أكثر العوامل المساعدة هي التعرض لأشعة الشمس ، التدخين ، الحالة العامة للمريض ووجود تثبيط مناعي ، وجود الآفات قبل السرطانية وأخيراً وغالباً العناية الفموية السنية السيئة.[3]

أما السرطانة قاعدية الخلايا فهي تصيب بشكل أكبر الشفة البيضاء وتتوضع أساساً على الشفة العليا بشكل آفة حطاطية عقدية أو تآكل بهامش ثؤلولي.[3]

كما يمكن أن تصاب الشفتان بأورام خبيثة أخرى ولكن بشكل أكثر ندرة .

هذا ويمكن أن يظهر عدد من الأورام السليمة على مستوى الشفتين، ومن الواضح أن معظمها لا تحتاج للترميم لكن حجم بعضها إضافة للمظهر الجمالي قد يفرض ذلك .[3]

- أما بالنسبة **للرضوض** :

١. تعد من أهمها **الحروق وعقابيلها** :

ويتعلق غالباً الأمر **بالحروق الحرارية** من الدرجتين الثانية العميقة والثالثة التي تؤدي لنخر نسيجي جلدي كامل السماكة وارتكاس التهابي شديد يسبب بدوره تورم الشفة وحدوث الشتر الخارجي فيها . إضافة لتفاقم خطر الخمج الموضعي بجراثيم الفلورا الفموية.[3,4]

وتليها شيوعاً **الحروق الكهربائية** التي تصيب غالباً الشفة الحمراء السفلية وزاويتي الفم مع ذروة حدوث بعمر بين ٢-٣ سنوات كما في الحروق التالية لوضع المأخذ الكهربائي في الفم . تتعلق

سعة الإصابة بمدة التماس ، الفولتاج، مقاومة النسج الكهربائية ومسار التيار الكهربائي ونمطه. وتجدر الإشارة إلى أن التيار الكهربائي ذو الفولتاج الضعيف مؤذٍ أكثر لأنه يسبب تقلصاً عضلياً يزيد مدة التماس. وتسبب هذه الحروق غالباً ضياعات كاملة السماكة (جلدية، عضلية ، مخاطية) و حدوث التصاق للوجه الداخلي للشفة مع اللثة وتطور الشتر الداخلي نتيجة لذلك. [3,4]

وبشكل أقل تواتراً **الحروق الكيماوية** خاصة بالمواد القلوية منها التي تتطلب معالجة مباشرة بالغسل المديد ومعالجة موضعية حسب طبيعة المادة الكيماوية حيث تكون هنا الإصابة الأشد على حساب مخاطية الشفة . وتتطلب حالة المريض المعالجة في أقسام متخصصة حيث تتوافر إمكانية إجراء غسيل للمعدة وغيرها من الإسعافات الخاصة لهذه الحالات . أما التصرف المتوجب اتباعه بالنسبة للضياع المادي فإنه يقترب من معالجة الحروق الحرارية وعقابيلها .[3]

٢. **الرضوض الميكانيكية** :

أشيعها **حوادث الطرق** فعلى الرغم من كونها تميل للتناقص بفضل قوانين السلامة واستخدام حزام الأمان إلا أنها تبقى مهمة جداً . يمكن أن تكون رضوض الشفة معزولة ، ولكن غالباً تترافق مع آفات في النسج الرخوة وعظام الوجه.[3]

تليها من حيث التواتر **عضات الحيوانات** خاصة الكلاب التي تتميز بالخطورة المرتفعة نظراً للعقابيل الجمالية والوظيفية بسبب تلوث اللعاب الشديد وطبيعة الضياعات المادية التي تكون متهتكة بشدة . لذا يتطلب تدبيرها الغسيل الجيد وتنضير النسج المتموتة وتطبيق ضمادات الماء الأوكسجيني أو كلور الهيكسيدين ويفضل دائماً إجراء الخياطة المؤجلة حسب الآفات إضافة للمعالجة العامة بالصادات الحيوية وإعطاء اللقاحات اللازمة .[3]

وفي زمن الحروب تشيع **رضوض المرامي النارية و الأذيات الانفجارية** وغالباً ما تترافق هذه الأذيات بضياع مادي عظمي حيث تكون إصابة الشفتين جزءاً من مركب أكبر للضياعات المادية للوجه . وهنا تطبق المبادئ المشتركة لكل الجروح الملوثة بشدة من الغسيل و التنضير الدقيق في غرفة العمليات وإجراء التبديل اليومي للضماد حتى انطراح النسيج الميت ، ومن ثم يتم تقرير الترميم النهائي حسب الضياع الحاصل.[3]

- **الانتانات** :

ويأتي في مقدمتها النوما Noma وهو التهاب الفم الغنغري الذي قد يمتد إلى بنى الوجه الأخرى مسبباً ضياعاً واسعاً على مستوى النسج الرخوة والعظم ، وبالتالي الحاجة إلى خطة ترميم تشمل عظم الفك والشفتين وأحياناً الأنف .غالباً ما يتطلب هذا الترميم استخدام الشرائح الحرة .[28]

٢- تقييم الضياعات المادية للشفتين وتصنيفها :

يتم تقييم المريض حسب سبب الأذية وموقع وحجم الضياع المادي إضافة إلى عمر المريض ،جنسه ووجود أو غياب الأسنان لدى المريض.[1,7,27]

يصنف الضياع المادي بالشفة حسب سماكته إلى جزئي وكامل السماكة ، كما وتصنف الضياعات كاملة السماكة حسب حجمها إلى :

- ضياعات صغيرة < ٣٠% من حجم الشفة السفلية (وفي بعض المراجع تصل حتى ٤٠% من الشفة السفلية) و< ٢٥% من حجم الشفة العلوية نظراً لوجود وحدات تحت تشريحية هامة فيها كأعمدة النثرة وقوس كيوبيد . [1]
- ضياعات متوسطة ٣٠-٥٠% من حجم الشفة وضياعات كبيرة الحجم٥٠-٨٠% من حجم الشفة : والتي تقسم بدورها حسب موقعها إلى ضياعات مركزية ، وحشية تشمل الصوار ، وضياعات وحشية دون الصوار. [1]
- ضياعات كامل الشفة وهي الضياعات الأكبر من ٨٠% .[1]

٣- طرائق معالجة الضياعات المادية للشفتين:

اقتصرت دراستنا على طرائق ترميم الضياعات المادية المكتسبة بالشفة.

أ- الطرائق المحافظة في المعالجة :

تبرز أهميتها في الضياعات المادية التالية للحروق السطحية بتطبيق الضمادات و الصادات الموضعية في المرحلة الحادة وتركها تتندب بالمقصد الثاني (التندب الموجه).[4]

كذلك يتجلى دور المعالجة المحافظة في آلية تندب الجروح و إعادة قولبة هذه الندبات ، وبالتالي التقليل من الضياعات المادية التالية لاستئصالها والتي تحتاج الترميم الجراحي لاحقاً.

أهم هذه الطرائق هو استخدام المراهم المطرية والستروئيدات ، تطبيق الأُقنعة الضاغطة ولصاقات السيلكون ،الموسعات الفموية ،التحريك الباكر والمعالجة الفيزيائية إضافة إلى تقنية الليزر.[4]

كما تطبق بعض الطرائق العلاجية المحافظة في تدبير أورام الشفة ،كاستخدام (مراهم Imiquimod 5% أو مراهم 5-fluorouracil في حالات الأورام السطحية والموضعة ، المعالجة الشعاعية للحالات غير الجراحية (الأعمار> ٦٠ سنة) ، التخثيرالكهربائي ، التبريد ، والمعالجة الضوئية) لكن أهم سلبياتها أنها لا تسمح بدراسة الحواف والتأكد من سلامة الاستئصال.[1]

ب- الطرائق الجراحية :

تتلخص أهداف التدبير الجراحي للضياعات المادية المكتسبة للشفتين في ثلاث نقاط نابعة من احترام التوازن السكوني والديناميكي للشفة ، وهي :

١- الحفاظ على كفاءة وظيفة المعصرة الفموية باحترام اتجاه الألياف العضلية وتحقيق الاستمرارية العصبية العضلية وبالتالي تحقيق إحكام إطباق الشفتين ومنع حدوث الإلعاب.[1,7]

٢- الحصول على أبعاد مناسبة كافية لفتحة الفم وترميم المخاطية بشكل يحترم الدهليزين وارتفاعهما ، والحرص على منطقة زاوية الفم .[1,7]

٣- ضمان نتائج تجميلية مقبولة واحترام تحت الوحدات التجميلية خاصة في الشفة العلوية ، والسعي لإعادة التناظر والتوازن للشفة .[1,7]

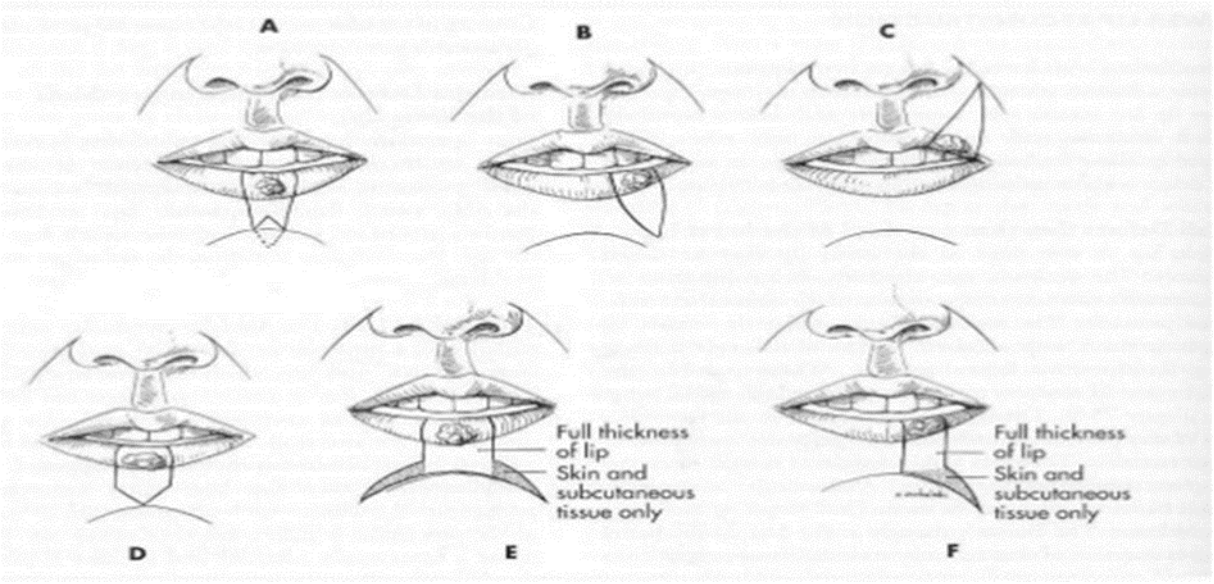
بالتالي المعيار الرئيسي لاختيار الطريقة الجراحية الأكثر ملائمة للترميم هو حجم وموقع الضياع المادي ،إضافة إلى العيب الوظيفي والجمالي المرافقين للضياع .[27]

مراحل العمل الجراحي :

المرحلة الأولى :

- **في حالة أورام الشفة** : إذا كانت الآفة صغيرة الحجم فإنها تستأصل كاملة كخزعة استئصالية تحت التخدير الموضعي مع هامش أمان ٦ مم على الأقل . فإذا كانت الآفة محصورة التوضع على جلد الشفة وصغيرة الحجم يمكن استئصالها مع إجراء خياطة مباشرة . أما بحال كانت هذه الآفة الجلدية أكبر حجماً فإن استئصالها سيترك ضياع مادي جزئي السماكة يحتاج لإجراء تطعيم جلدي في مرحلة لاحقة. مع الإشارة لأهمية نماذج الاستئصال بشكل الإسفين (V أوW) للآفات المتوضعة على الشفة الحمراء والجلد مما يساعد على الإغلاق المباشر عند الإمكان. [1,27] [الشكل(18)]
أما في حالة الآفات الكبيرة الحجم التي يطرح استئصالها مشكلة من الناحية الترميمية يفضل بالبدء وضع التشخيص بأخذ خزعة منها قبل الجراحة وإرسالها للتشريح المرضي .

وهنا لابد من ذكر طريقة جراحة **MOH'S** التي أصبحت معتمدة عالمياً لكنها غير متاحة في مشفانا والتي تعتمد الاستئصال الدقيق للآفة اعتماداً على موجودات التشريح المرضي المجرى على حدود وعمق الافة أثناء الجراحة. وتستطب في حالات السرطانات التي تحمل معدل نكس عالي وفي حال إصابة مناطق هامة جمالياً كالوجه والتي تتطلب الحفاظ قدر الإمكان على الأنسجة.[1]

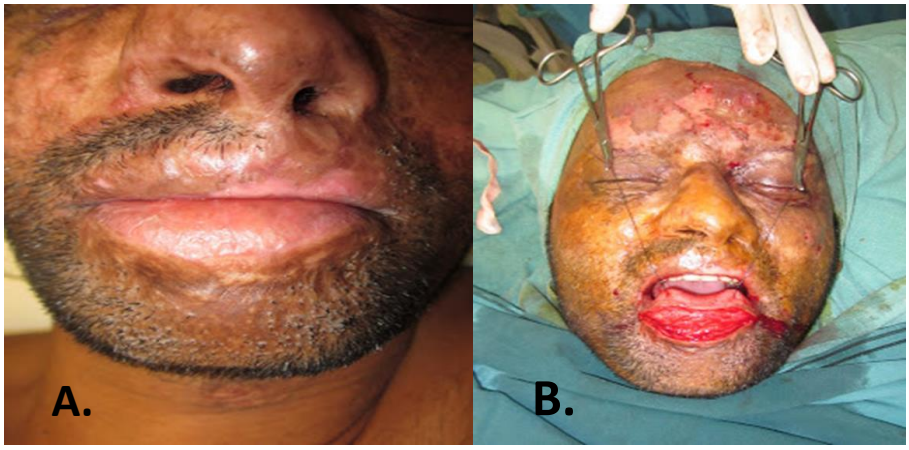


الشكل (18) نماذج استئصال الآفات الورمية للشفة

- **في حالة الحروق** لدينا **:**

١- **الحروق الحادة :** وهي الحروق من الدرجة الثانية العميقة والدرجة الثالثة التي تترافق مع ضياع مادي في الجلد ووجود نسيج حبيبي يتطلب التطعيم الجلدي بعد التنضير الجراحي للنسج المتنخرة .وغالباً ما تستخدم الطعوم الجلدية جزئية السماكة في هذه الحالات .

٢- **الشتر الخارجي والانكماشات التالية للاندمال العفوي أو لإغلاق الضياعات المادية بطعوم جلدية جزئية السماكة منكمشة :** ففي هذه الحالات على الرغم من عدم وجود ضياع مادي ظاهر إلا أن شتر الشفة أو تضيق الصوار يعكس وجود ضياع مادي أدى لحدوث التشوه عند اندماله.
ويتم تدبيرها باستئصال النسج الندبية المسببة للانكماش وتحرير محاور الشد بشكل كامل.
ليترك استئصال هذا النسيج الندبي أو النسيج الحبيبي ضياعاً مادياً غالباً ما يكون محدوداً وسطحياً .
وهنا تجدر الإشارة إلى شتر الشفة السفلية الخارجي التالي لحروق الناحية الوجهية الرقبية ، ففي هذه الحالات يجب أن تصحح الانكماشات الرقبية أولاً سواء بالخزع والتطعيم الجلدي أو اعتماد الشرائح الموضعية التبادلية أو التقدمية لأنها تؤدي لتحسن جزئي في الشتر وقد تزيل في بعض الحالات ضرورة المداخلة على الشفة بهدف تصحيح الشتر .[4,29]



الشكل (19) A. ندبة حرق بالشفة السفلية B. الضياع المادي التالي لاستئصال ندبات الحروق بالشفة السفلية

٣- **الشتر الداخلي** : نتيجة تندب والتصاق الوجه الداخلي للشفة مع اللثة وفي هذه الحالات يتم تحرير الالتصاق واستئصال أصغري للنسج الندبية على السطح الباطن للشفة وعلى لثة الفك لينتج بعدها ضياع مادي سطحي غالباً.

غالباً ما تكون الضياعات المادية التالية للحروق جزئية السماكة. ماعدا حالات الحروق الكهربائية حيث تنتج ضياعات كاملة السماكة. وتكون خطة المعالجة فيها محافظة في المرحلة الحادة حتى يحصل التندب التام ، وفي مرحلة لاحقة تتخذ الإجراءات الترميمية المناسبة. [28]

بالتالي لا تجرى الجراحة في المرحلة الحادة لحروق الشفة الكهربائية إلا في حالات محددة لاستئصال الخشارة المتشكلة أو في حالة النزف .

المرحلة الثانية :

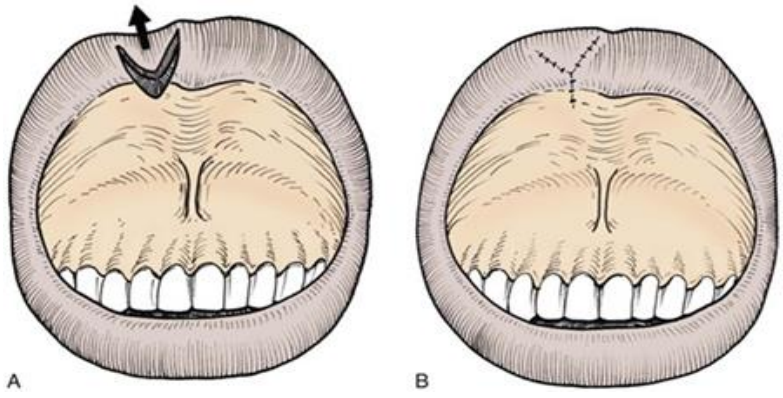
وتبدأ هذه المرحلة بعد استئصال الآفة الورمية أو ندبات الحروق حيث يتم تقييم الضياع المادي الناتج من حيث الناحية التشريحية المصابة ، قياس الضياع المادي ، والمستويات المصابة (جلد،عضلات،مخاطية) .

<u>ترميم الضياعات المادية جزئية السماكة :</u>

- **الضياعات جزئية السماكة على حساب المخاطية الجافة (The vermilion) :**

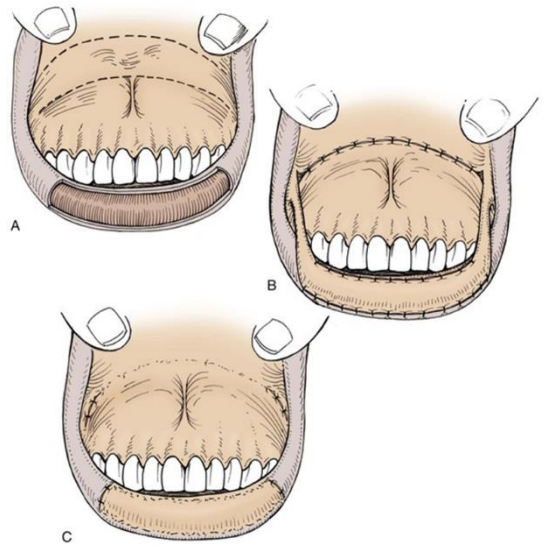
بحال كانت صغيرة إما أن تترك لتشفى بالمقصد الثاني أو تتم خياطة الحواف بشكل مباشر وذلك فقط خلال زمن قصير من حصول الرض والضياع المادي لأن الخياطة بعد عدة أيام وخاصة بعد تطور الوذمة ستؤدي إلى تفرق اتصال القطب ونكس الجرح والضياع المادي .

عند الخياطة المباشرة يجب تجنب تجاوز الخط الأبيض قدر الإمكان للحفاظ على التناظر. أو تستخدم شرائح موضعية صغيرة من ذات الشفة مثل شرائح V-Y أو Z-plasty . [1]

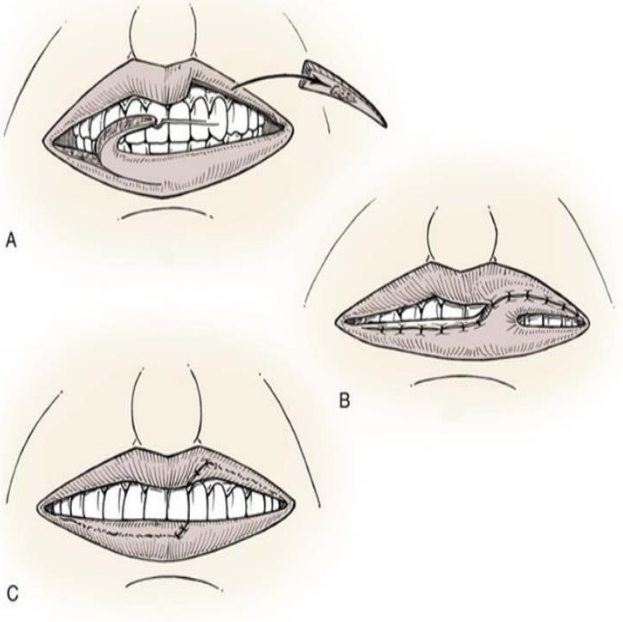


الشكل (20) A. ضياع مادي جزئي السماكة على حساب المخاطية الجافة B. ترميم المخاطية الجافة بشريحة تقدمية V-Y

أما في حالة الضياعات المادية الأكبر حجماً فيتم ترميمها باستخدام شرائح موضعية تقدمية من المخاطية الفموية لذات الشفة ، شريحة مخاطية ثنائية السويقة من عمق الثلم اللثوي الشفوي [الشكل (21)] ، أو شريحة ظهارية وحيدة السويقة من الشفة المقابلة (Kawamoto). يتم فصل السويقة بعد ١٠-١٤ يوم [الشكل (22)].[1,13,30,31,32]



الشكل (21) شريحة مخاطية ثنائية السويقة من الثلم اللثوي الشفوي



الشكل (22) شريحة Kawamoto

- **الضياعات جزئية السماكة على حساب الشفة البيضاء الجلدية :**

- في الضياعات الصغيرة الحادة تتم الخياطة المباشرة مع التركيز على موازاة خطوط الجلد المميزة لهذه المنطقة التشريحية (كأعمدة النثرة philtral columns ،أخدود جناح الأنف alar groove ، الثلم الأنفي الشفوي nasolabial crease ، الأخدود الشفوي الذقني labiomental groove). [1]

مع أهمية التمييز بين الضياعات العامودية والأفقية حيث أن الخياطة المباشرة للضياعات الأفقية قد تسبب شتر للشفة عند تندبها. [8،13,31]

الشكل (23) الإغلاق المباشر للضياع المادي جزئي السماكة على حساب الجلد حول الشفة

- استخدام الشرائح الموضعية التقدمية V-Y أوالتبادلية من البنى المجاورة كالخد. [1,13]

ولا يفضل استخدام تقنية الموسعات الجلدية للحصول على جلد زائد لترميم الشفة وخاصة في الشفة السفلية لأن وزن الشريحة ذاتها يؤدي إلى شتر في الشفة وخاصة كون الضياعات المادية غالباً ما تكون جزئية السماكة كما في تدبير ندبات الشفة التالية للحروق .

الشكل (24) شريحة V-Y تقدمية لترميم ضياع مادي جزئي السماكة بالجلد حول الشفة

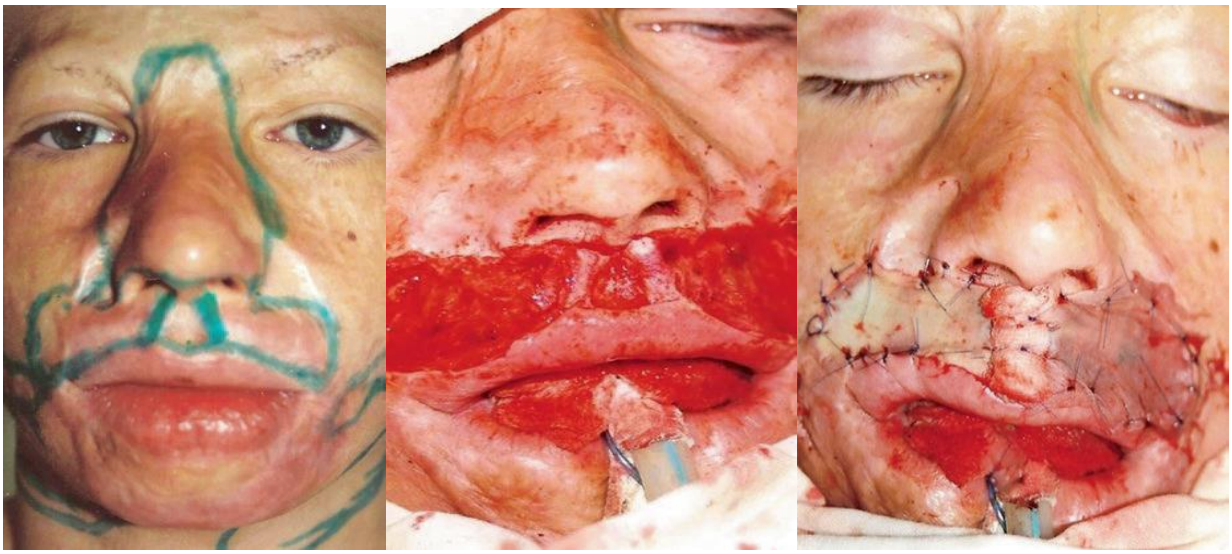
- الطعوم الجلدية مع تفضيل استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة لخصائصها الجمالية من حيث كونها أقل عرضة للانكماش الثانوي ، والتطابق اللوني الأفضل خاصة بحال تم أخذها من جلد العنق أو الجلد خلف أو أمام الصيوان أو أعلى الظهر. [1,4,29,33]

وهنا يجب التأكيد على حصاد الطعوم الجلدية من مناطق غير مشعرة عند الإناث والأطفال .[4]

الشكل (25) ترميم الضياع المادي جزئي السماكة باستخدام الطعم الجلدي كامل السماكة

وتجدر الإشارة هنا إلى خصوصية الشفة العلوية لوجود تحت الوحدات التشريحية المميزة لها (أعمدة النثرة وقوس كيوبيد) .أدى احترام هذه الخصوصية إلى تطور طرائق تدبير الضياعات المادية لهذه المنطقة لأن تطعيم هذه الضياعات وفق الطريقة التقليدية المذكورة سابقاً لن يساعد على استعادة بنية تجويف النثرة مما يشوه المعالم المميزة للشفة العلوية ، لذا برز استخدام الطعوم المركبة الجلدية الغضروفية المأخوذة من الصيوان مع الإشارة إلى صعوبة عيوشية هذه الطعوم

لاسيما على أرضية ندبية . ومن هنا كان التوجه إلى الاستفادة من هذه الأرضية الندبية لتصنيع عمودي النثرة وذلك حصراً على الندبات الناضجة . حيث تتم في مرحلة استئصال النسيج الندبي الحفاظ على شريطين ندبيين على مستوى عمودي النثرة والاقتصار هنا على تقشير البشرة ، ثم تتم تغطية كامل الضياع المادي بطعم جلدي جزئي أو كامل السماكة غير مشبك . وبعد تثبيت الطعم يطبق ضماد ضاغط Tie-over بين عمودي النثرة بشكل منفصل عن الضماد الضاغط على بقية الطعم الذي غطى الجزء المتبقي من الشفة مما يؤمن تماس صميمي للطعم مع تجويف النثرة Philtrum .وقد ساهمت هذه الطريقة باستعادة المعالم التشريحية المميزة للشفة العلوية بشكل مقبول .[34]



الشكل(26) ترميم الشفة العلوية مع الحفاظ على عمودي النثرة

- **الضياعات جزئية السماكة على حساب السطح المخاطي الداخلي للشفة:**

وذلك في الحالات التالية لإصلاح الشتر الداخلي بسبب ندبي كالندبات التالية للحروق كما ذكرنا.

حيث يتم تحرير الالتصاق واستئصال أصغري للنسج الندبية بشكل يحترم الدهليزين وارتفاعهما لينتج بعدها ضياع مادي سطحي مزدوج (على السطح الباطن للشفة والسطح اللثوي الأمامي) . ونلجأ لتغطية هذه الضياعات إلى استخدام الطعوم الجلدية جزئية السماكة عادة كونها أرق وأكثر قابلية للأخذ . [4]

ترميم الضياعات المادية كاملة السماكة :

- **الضياعات المادية كاملة السماكة (جلدية ، عضلية ، مخاطية) صغيرة الحجم :**

- الإغلاق المباشر على طبقات : للضياعات المادية الأقل من ٣٠% في الشفة السفلية (وفي بعض المراجع الأقل من ٤٠%) والأقل من ٢٥% في الشفة العلوية (نظراً لخصوصية وجود تحت وحدات تشريحية في الشفة العلوية). وذلك بالاستفادة من خاصية مرونة الشفة التي تزداد مع تقدم العمر.[1,6]

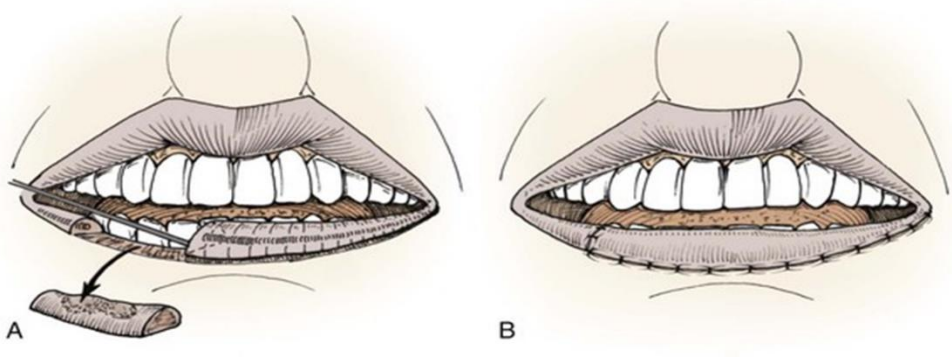
الشكل (27) الإغلاق المباشر لضياع مادي كامل السماكة

- في حالات خاصة مثل الضياعات المادية على حساب الجزء المركزي للشفة العلوية المتضمنة للنثرة philtrum يفضل استخدام شريحة Abbe من الشفة المقابلة لكونها تحقق الحصول على ندبات مطابقة لأعمدة النثرة philtral columns خاصة عند النساء.[1]

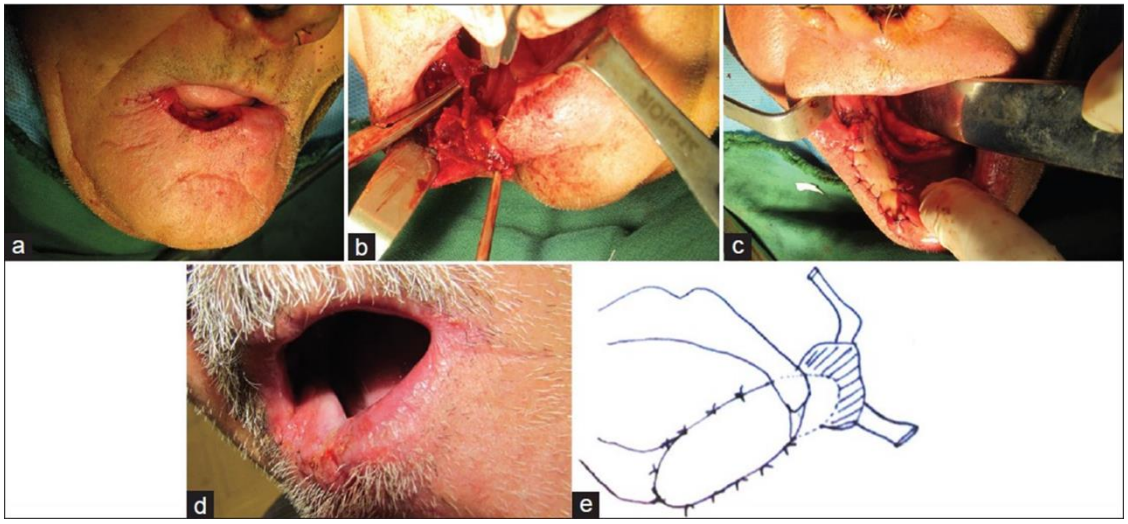
الشكل (28) شريحة Abbe

- **الضياعات المادية كاملة السماكة (جلدية ، عضلية ، مخاطية) متوسطة الحجم (٣٠-٥٠ %) مع سلامة الشفة البيضاء :**

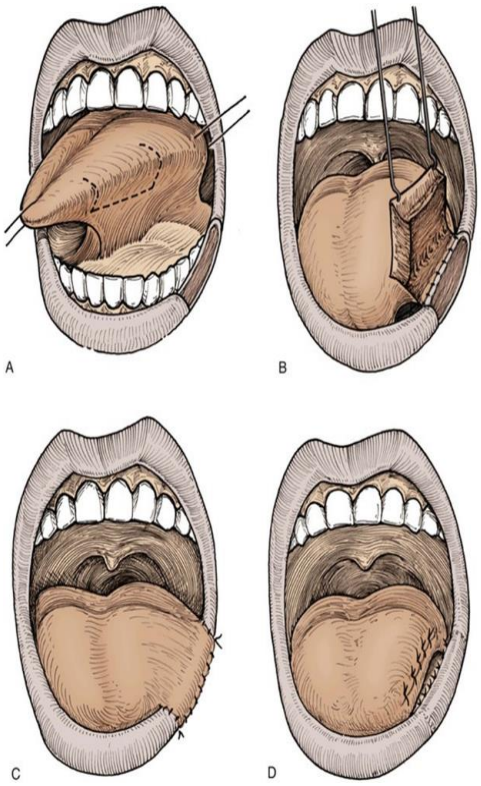
يمكن ترميم الضياعات كاملة السماكة متوسطة الحجم مع سلامة الجزء المتبقي من الشفة وسلامة الشفة البيضاء باستخدام شرائح موضعية ظهارية عضلية مخاطية تقدمية من الجزء المتبقي السليم لذات الشفة [الشكل (29)]، أو شرائح مخاطية عضلية عشوائية من الوجه الباطن للخد قاعدتها بمستوى الصوار [الشكل (30)] ، أو شرائح محورية مخاطية عضلية تتضمن فرع الشريان الوجهي FAMM Flap [الشكل (31)] ، أو باستخدام شريحة من اللسان (الوجه السفلي او الجانبي)على مرحلتين [الشكل (32)].[1,13,35]



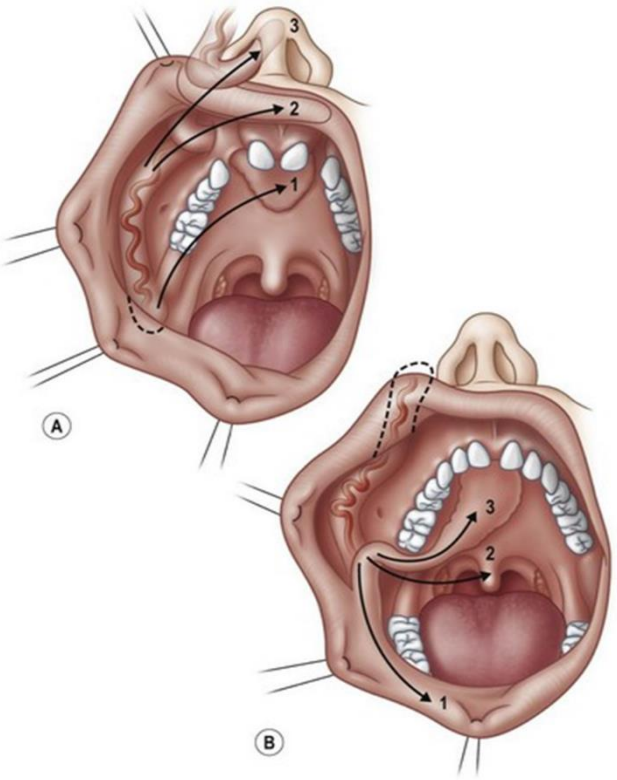
الشكل (29) الشريحة التقدمية كاملة السماكة



الشكل (30) الشريحة العضلية المخاطية المبوقة



الشكل (32) الشريحة اللسانية



الشكل (31) شريحة FAMM

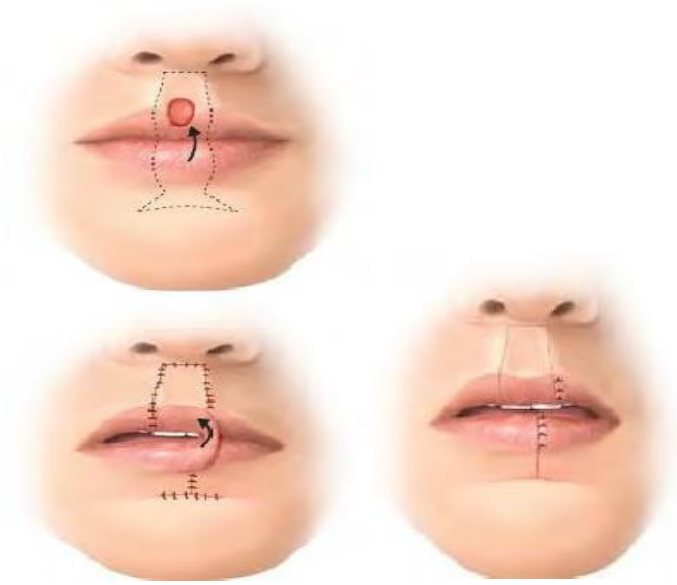
- **الضياعات المادية كاملة السماكة (جلدية ، عضلية ، مخاطية) متوسطة وكبيرة الحجم (٣٠-٨٠%) مع ضياع على مستوى الشفة البيضاء :**

يتم ترميمها باستخدام شرائح من الشفة المقابلة مع شرائح أخرى: وهي أفضل من الناحيتين الجمالية والوظيفية لتماثل الطبقات التشريحية بين الشفتين. المشكلة الملازمة لهذه الطريقة هي حصول صغر الفم Microstomia عند استخدامها لترميم ضياعات مادية كبيرة في الشفة المقابلة. [1]

والطريقة الأخرى لترميم هذه الضياعات الكبيرة هي استخدام شرائح من الخد. على الرغم من أنها أقل جودة من الناحية الجمالية. لكنها تمكن من تغطية الضياعات الواسعة بشكل أكثر مرونة. [1]

* في حالة الضياعات المادية على حساب **الجزء المركزي للشفة العليا** : الشريحة المفضلة هي **شريحة Abbe** من الشفة المقابلة المعتمدة بترويتها على الشريان الشفوي السفلي . ويحدد عرض الشريحة بنصف عرض الضياع المادي لنحصل على تساوٍ في قياس الشفتين ودون تجاوز الثلم الشفوي الذقني .

يتم تدوير الشريحة حوالي ١٨٠ درجة وخياطتها مكان الضياع المادي وإغلاق الضياع الثانوي على الشفة السفلية بشكل مباشر، ثم يتم فصل الشريحة بعد حوالي (٢-٣) أسابيع .[1,6,13,27,36]



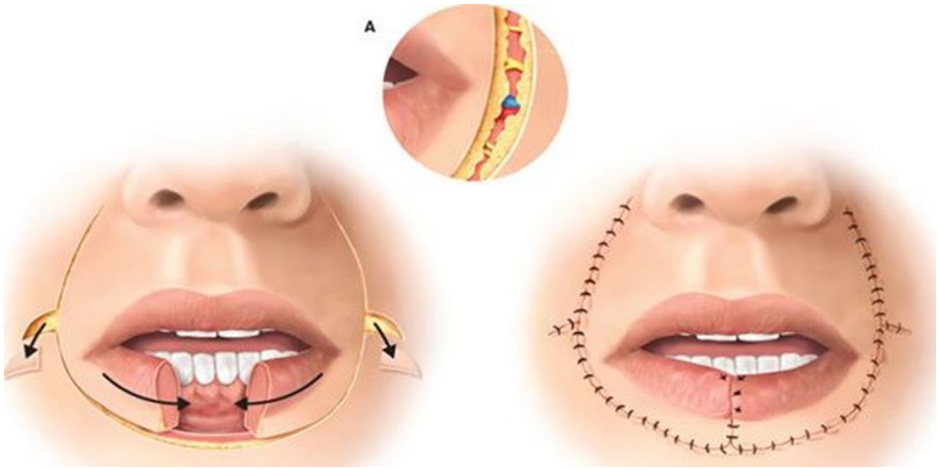
الشكل (33) شريحة Abbe

يمكن أيضاً استخدام شريحة Abbe بالمشاركة مع شرائح أخرى من الخد، استخدام شريحة Karapandzic ، شريحة Bernard المعدلة ، أو الشرائح الأنفية الشفوية.[1]

الشكل (34) شريحة Abbe بالمشاركة مع شريحة شفة علوية تقدمية ثنائية الجانب

* في حالة الضياعات المادية على حساب **الجزء المركزي للشفة السفلية** : يمكن ترميمها باستخدام

- شريحة Karapandzic أحادية أو ثنائية الجانب وهي شريحة عضلية جلدية دورانية تقدمية ، يتم رفعها باجراء شق نصف دائري يمتد من حافة الضياع المادي إلى جناح الأنف بالجانبين مروراً بالحافة الوحشية للعضلة الدويرية الفموية. وتتميز بكونها شريحة حسية محافظ على تعصيبها ، حيث يتم إجراء شق كامل السماكة حتى مسافة ١ سم من حدود الضياع ، لكن بعدها نحافظ على الطبقة المخاطية ليقتصر الشق على الجلد والعضلات . ويعد الاختلاط الأشيع لها هو صغر الفم Microstomia. [1,13,36,38]

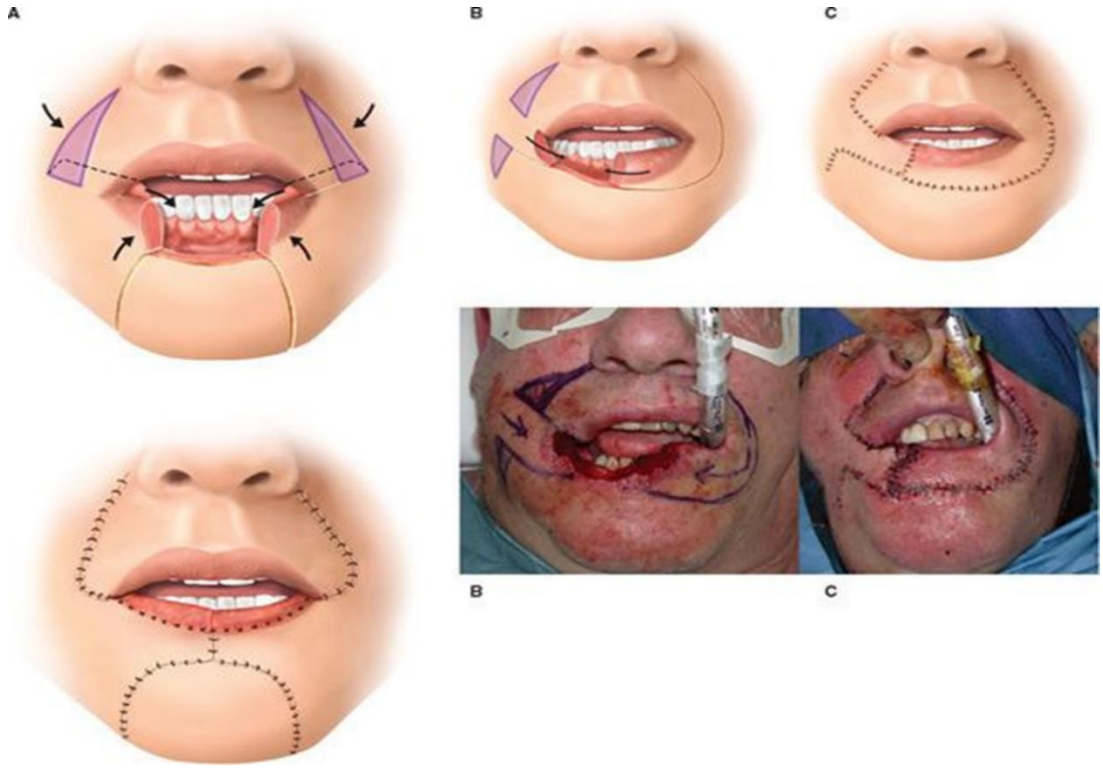


الشكل (35) شريحة Karapandzic ثنائية الجانب

- **شريحة درجات السلم step / wave method** : يمكن استخدامها لترميم الضياعات التي تصل حتى ثلثي طول الشفة ، بحيث يمكن أن يتراوح عدد الدرجات بين ٢-٤ درجات بشكل أحادي أو ثنائي الجانب ويجرى الشق على مستوى الجلد والنسيج تحت الجلد مما يسمح بتحرير و تقديم هذه الشرائح . هذا ويكون عرض كل درجة بمقدار نصف عرض الضياع المادي .(13,18,27,38)

الشكل (36) شريحة درجات السلم

- **شريحة Bernard المعدلة** : وهي شريحة جلدية عضلية تقدمية من الخد. ترفع الشريحة بإجراء شق عبر صوار الفم وشق آخر موازٍ له على مستوى حافة الضياع المادي . حيث يشمل الشق كل طبقات الشفة على مسافة ١سم من حدود الضياع . أما في القسم المتبقي من الشريحة فيقتصر الشق على الجلد من الخارج وعلى مخاطية باطن الفم من الداخل . [1,13]



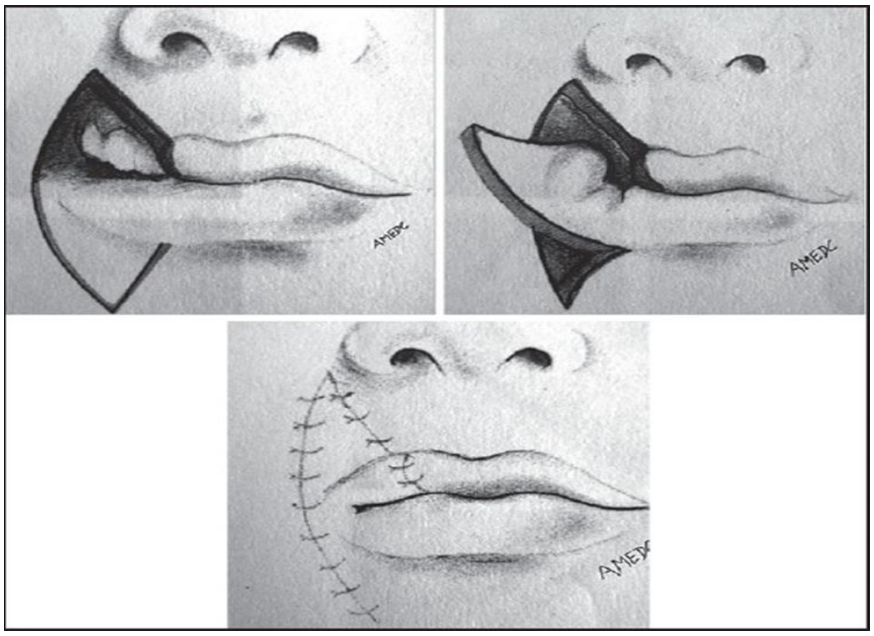
الشكل (37) شريحة Bernard

-**الشريحة الأنفية الشفوية أحادية أو ثنائية الجانب** : وهي شريحة جلدية عضلية تعتمد بترويتها على الشريان الوجهي . ترفع من ناحية الثلم الأنفي الشفوي بسويقة سفلية وبشكل مغزلي بدءاً من القطب العلوي ثم يتم إغلاق المكان المعطي بشكل مباشر مع المحافظة على المخاطية . وتجدر الإشارة عندما تكون هذه الشرائح كاملة السماكة فهي ستؤدي لإزالة تعصيب الشفة العلوية وبالتالي التأثير على وظيفتها. [1]

الشكل (38) الشريحة الأنفية الشفوية

* الضياعات المادية على حساب **الصوارين والجزء الوحشي للشفة** : يمكن ترميمها بعدة طرق أهمها :

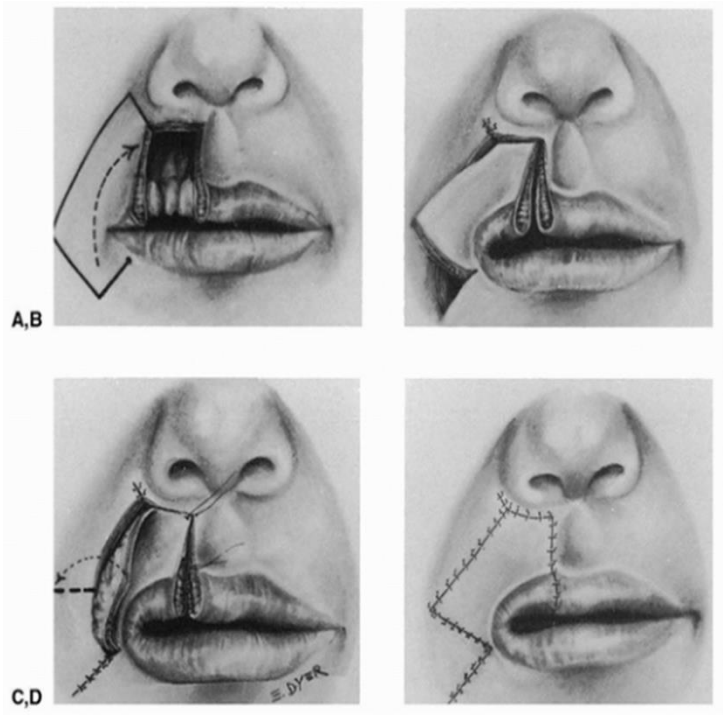
-شريحة Estlander الدورانية التقدمية : وهي شريحة مثلثية كاملة السماكة بسويقة أنسية من الشفة المقابلة ، حيث يمتد الشق حتى الحافة البيضاء للشفة السليمة ويحدد عرض الشريحة بنصف عرض الضياع المادي لتصحيح التناسب بين حجم الشفتين ثم يتم تدويرها . وقد نحتاج لتداخل جراحي لاحق لتصحيح مظهر الصوار المستحدث. [1,13,27]



الشكل (39) شريحة Estlander

-الشريحة المروحية ل Gillis (Gillis Fan flap) : هي شريحة دورانية تقدمية تعتمد بترويتها على الشريان الشفوي العلوي . الشريحة مربعة الشكل تمتد وحشي الضياع المادي باتجاه الثلم الأنفي الشفوي .

هذه الشريحة تشوه معالم صوار الفم وتبدل من اتجاه ألياف العضلة الدويرية الفموية ، كما أنها تسبب زوال تعصيب الجلد والعضلات والمخاطية إضافة لصغر حجم الفم.[1,13,18,37]



الشكل (40) شريحة Gillis

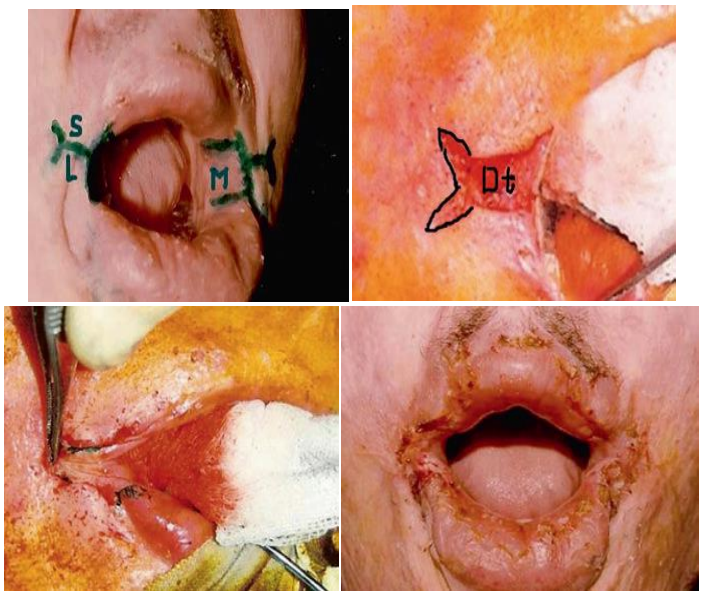
إضافةً لإمكانية استخدام شريحة Bernard ، أو شريحة Karapandzic ، أو الشرائح الأنفية الشفوية.

***أما تدبير **<u>انكماشات الصوار الندبية التالية للحروق</u>** : فيتم بتقديم شريحة مثلثية V-Y من مخاطية الفم بعد خزع محور الشد واستئصال النسيج الندبي ، مع الانتباه للعضلة الدويرية الفموية للحفاظ على استمساك المعصرة الفموية . [33]

وفي حال وجود ندبات خدين مرافقة لانكماش الصوارين تعيق فتح الفم فمن الأفضل عدم خزعها وتدبيرها بشكل محافظ ريثما يتم نضجها إذ تصبح معالجتها لاحقاً أسهل . وتستخدم في فترة الانتظار البينية هذه موسعات الفم .

الشكل (41) شريحة V-Y التقدمية المخاطية

أيضاً نذكر من الطرائق المميزة لتدبير انكماشات الصوارين الندبية الشريحة المخاطية معينية الشكل Trapezoid mucosal flap التي تستفيد من الشكل المعيني للجروح التالية للخزع بشكل Y لزاوية الفم ليتم بعدها تغطية هذه الضياعات بتقديم هذه الشريحة من مخاطية الفم . وهي شريحة ذات تروية اكثر موثوقية من الشريحة المثلثية المذكورة سابقاً وقد ترافقت إحصائياً مع معدل نكس أقل لحدوث الانكماشات وصغر الفم .[34]



الشكل(42) الشريحة المخاطية معينية الشكل لترميم الصوار

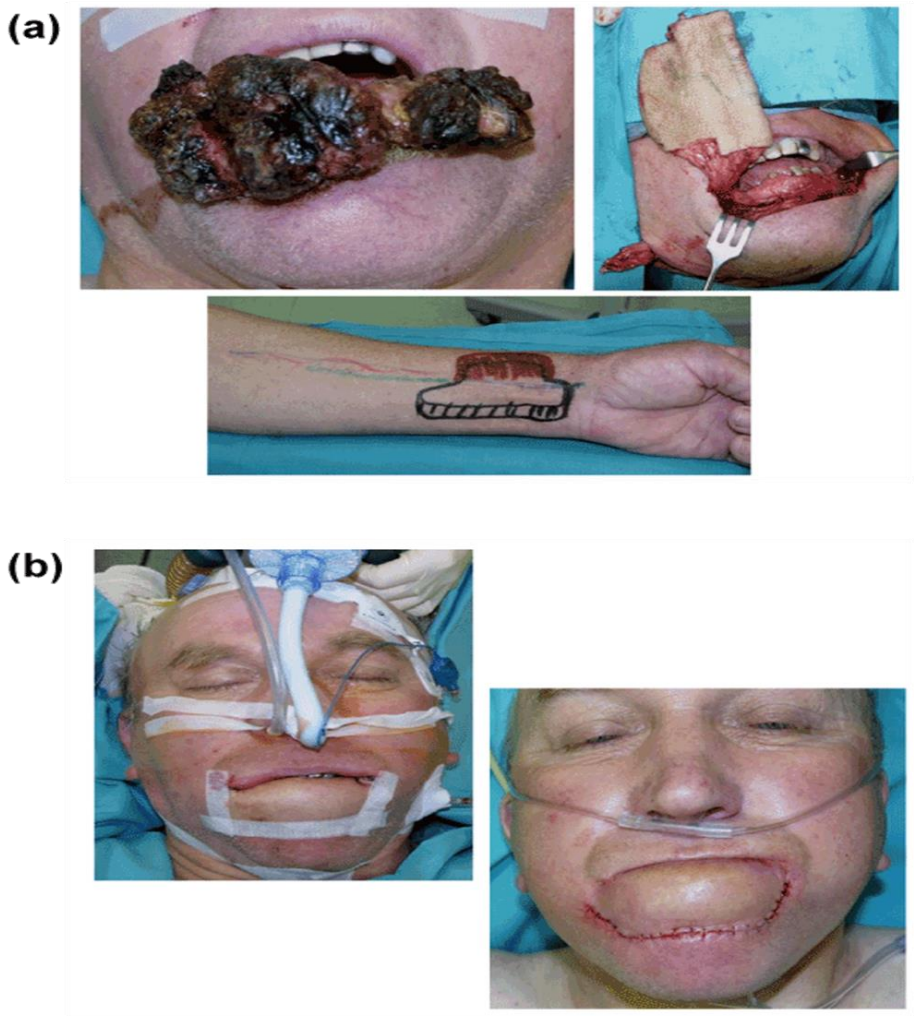
- **الضياعات المادية كاملة السماكة (جلدية ، عضلية ، مخاطية) كبيرة الحجم :**

وهي الضياعات الأكبر من ٨٠% من حجم الشفة وتدبر هذه الضياعات باستخدام :

١- **شريحة Bernard ثنائية الجانب** أو **الشريحة الأنفية الشفوية ثنائية الجانب**.[1,13]

٢- **الشريحة تحت الذقنية** : وهي شريحة تعتمد بترويتها على الفرع تحت الذقني للشريان الوجهي .ثم يتم رفعها كجزيرة عبر نفق إلى الشفة المراد ترميمها .[1]

٣- **الشرائح الحرة** وأهمها شريحة الساعد الكعبرية مع أو دون استخدام وتر العضلة الراحية الطويلة كطعم وتري لدعم الملتقى The modiolus.[1,13,39]



الشكل (43) شريحة كعبرية حرة

٤- **إعادة زرع الشفة** : وذلك في حالات بتر الشفة الرضي التي تحدث عادة بسبب عضات الحيوان .

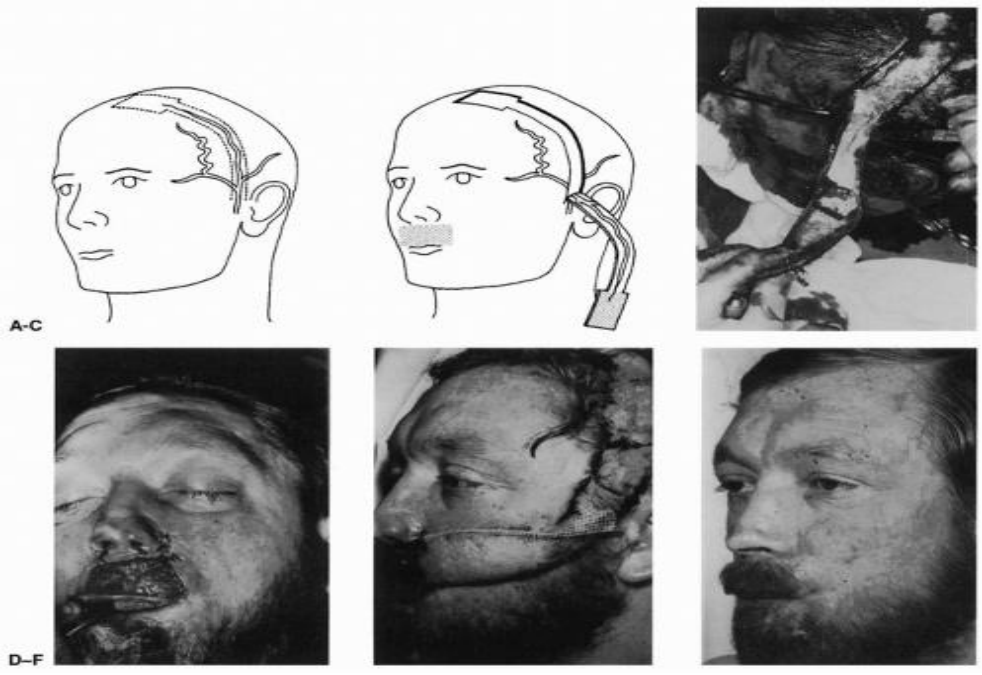
إذا كان الجزء المبتور من الشفة كبير الحجم نسبياً ، يجب أن يتم فحصه بشكل دقيق باستخدام المجهر لتقييم جودة الشريان الشفوي وملاءمته لإعادة خياطته مجهرياً .

تكون الخياطة الجراحية المجهرية شريانية فقط ، نظراً لعدم وجود أوردة مرافقة للشرايين الوجهية بشكل صريح بل إنها أقرب للضفيرة الوريدية .[1,6]

وتعاني القطعة المعاد زرعها عادةً من الاحتقان بسبب غياب العود الوريدي. لذا فإن القاعدة هنا استخدام العلق الطبي الذي يسمح بتفريغ الدم وتجاوز المرحلة الخطرة للأيام الأولى بعد المفاغرة .

وتبدي الخبرة أن النتيجة تكون من نوعية جيدة ، سواء على المستوى الجمالي أو الوظيفي.[1,6]

* وأخيراً تجدر الإشارة إلى أحد أهم خصائص ترميم الضياعات المادية على مستوى الشفة العلوية عند الذكور بشكل خاص وهي ترميم الشارب، والذي يمكن تحقيقه باستخدام شرائح الفروة المرواة بالشريان الصدغي السطحي التي ترفع بشكل جزيرة ، الشرائح تحت الذقن أحادية أو ثنائية السويقة، أو استخدام تقنية زرع الشعر بعد تغطية الضياع بشرائح جلدية غير مشعرة .[4]



الشكل (44) شريحة الفروة المشعرة لترميم الشارب

٤- التوصيات بعد العمل الجراحي :

١- التغذية : اعتماد الحمية السائلة أو الطرية لمدة أسبوعين
٢- تنظيف الفم : باستخدام المضمضة الفموية المطهرة وتنظيف جوف الفم بفرشاة طرية او المسح بلطف.
٣- الضماد الذي يتم تبديله حسب حالة الجرح ويستمر حتى اندمال الجروح.
٤- إيقاف التدخين .
٥- في حال استخدام الترميم بالطعوم الجلدية ، سواء جزئية أو كاملة السماكة ، عادة يتم نزع الضماد الضاغط (tie-over) بعد خمسة أيام. قد يترك هذا الضماد الضاغط في الحالات النظيفة وعند التأكد من الإرقاء التام حتى اليوم العاشر حيث يتم نزعه متواقتاً مع نزع القطب. أما في الحالات التي يشك فيها بوجود النز تحت الطعم أو في حال الخشية من الانتان فيتم نزع هذا الضماد في اليوم الثالث للوقاية من تنخر الطعم الجلدي وانحلاله.
٦- فك القطب الجلدية بعد عشرة أيام .
٧- بحال استخدام المريض لأطقم الأسنان الصنعية يتم تأجيل استخدامها أول أسبوعين ثم التدريب على استخدامها تدريجياً.

٥- الاختلاطات Complications :

كما في كل عمل جراحي يترافق ترميم الشفتين بعدد من المشكلات والاختلاطات كذلك.

فلكل طريقة من الطرائق المذكورة (طعوم ،شرائح) اختلاطات خاصة بها تقسم إلى اختلاطات قريبة (تحدث خلال الأسابيع الستة الأولى من العمل الجراحي)، واختلاطات بعيدة تشاهد بعد مضي أكثر من ستة أسابيع من العمل الجراحي .

كذلك يعتمد تقييم النتائج جمالياًعلى الفحص بطريقة سكونية من حيث النسوجية والتناظر والشكل ثلاثي الأبعاد للشفة. وتقييماً ديناميكياً من حيث التناظر والتناسق دون محاور شد عند فتح وإغلاق الشفتين بشكل فاعل ، عودة القدرة على (البلع، المص، النفخ ، الصفير ، والنطق) ،عدم وجود قصة سيلان لعاب ، وعرض الفم الكافي للسماح بالعناية بالأسنان عند الشخص العادي أو وضع ونزع أطقم الأسنان بحال وجودها . إضافة إلى رضا المريض عن النتيجة النهائية.[7]

أولاً : الاختلاطات القريبة :

١- تفزر الجرح :

من الاختلاطات الشائعة للشرائح الموضعية المستخدمة لترميم الضياعات المادية كبيرة الحجم نتيجة للشد الحاصل عند إغلاق الجرح.

إذا اقتصر تفرق الاتصال على الطبقات السطحية يترك للشفاء بالمقصد الثاني، أما تباعد حواف الجرح الشامل لكل الطبقات فإنه يحتاج للتنضير وإعادة الخياطة بعد تراجع الوذمة مع تخفيف الشد الحاصل على الشرائح قدر الإمكان أو حتى اللجوء إلى خيارات ترميمية إضافية حسب الحالة.[1]

٢- الانتان :

شائع جداً لاسيما في الطعوم الجلدية وذلك نتيجة التلوث الحاصل بسبب عادات الطعام ويتم تدبيره غالباً بتطبيق الصادات والضمادات المتكررة .[29]

٣- انحلال الطعم الجلدي الجزئي والكامل :

يحدث بشكل ثانوي نتيجة الانتان والتلوث أو تطبيق الطعوم على نسيج ندبي ضعيف التروية خاصة الطعوم كاملة السماكة .

ويعتمد التدبير في حالات الانحلال الجزئي للطعوم على تركها تشفى بالمقصد الثاني. أما في الحالات التي يضيع فيها جزء كبير من الطعم فيجب أن يجرى تطعيم جلدي ثانوي في مرحلة لاحقة خشية من نكس الشتر. [29]

٤- تكدم الشرائح وتموتها:

لاسيما الشرائح المرفوعة على نسيج ندبي أو نتيجة الشد الحاصل عليها وترقيقها الجائر وعدم احترام قاعدة (الطول × العرض) بالنسبة للشرائح العشوائية. إضافة إلى العوامل الأخرى التي تؤثر على تروية الشرائح كانضغاط السويقة ، الخثار، ولدى المرضى المدخنين .[27]

٥- الناسور :

حيث يتطور نتيجة تفزر الخياطة ناسور جلدي مخاطي .

إذا كان الناسور صغيراً فإنه يشفى عفوياً بالضمادات المتكررة والعناية الموضعية بالجرح ، وإذا كان واسعاً فيفضل إجراء تنضير الحواف والخياطة الثانوية.[27]

الشكل (45) ناسور جلدي مخاطي

ثانياً: الاختلاطات البعيدة :

١- صغر الفم :

خاصة عند استخدام الشرائح الموضعية لترميم الضياعات الكبيرة > ٥٠% من الشفة مما يوثر على وظيفة الفم ويعيق العناية بالأسنان عند الشخص العادي أو وضع ونزع أطقم الأسنان بحال وجودها.[27]

٢- سيلان اللعاب:

نتيجة ضعف المعصرة الفموية وفقد تراصف ألياف العضلة الدويرية الفموية وبالتالي عدم القدرة على استمساك اللعاب ، أو حدوث الشتر الخارجي لاسيما في ترميم ندبات الحروق.[4,7,13]

٣- الندبات الضخامية :

كأي عمل جراحي فإن ترميم الضياعات المادية للشفة قد يترافق بتشكل ندبات غير مرضية من الناحية الجمالية .

إضافة لتسببها بحدوث انكماش أو شتر بالشفة مما يؤثر وظيفياً على الشفة وخاصة عند الإغلاق تحت شد أو على حواف الطعوم الجلدية عند استخدامها للترميم .[4,37]

٤- عدم التناظر وعيوب تراصف الحافة البيضاء :

لاسيما في ترميم الضياعات الوحشية بالشفة الشاملة للصوار وترميم النثرة أو بسبب سوء تخطيط العمل الجراحي .

وتملك عيوب تراصف الحافة البيضاء عواقب على التوازن الجمالي للشفة (فوجود انحراف بقياس أقل حتى من ١ مم سيكون مرئياً من مسافة التواصل الاجتماعي) . هذه العيوب متواترة وليس من النادر إجراء رتوشات تحت التخدير الموضعي وخاصة على مستوى الحافة البيضاء .[7,27]

٥- نكس الانكماش أو الشتر:

يحدث في ترميم الضياعات التالية للحروق نتيجة التندب الحاصل غالباً، أوعند استخدام الشرائح الناحية أو البعيدة .[1,4]

وهكذا نجد أن المبدأ المركزي في جراحة الشفة هو ترميم الشفة بالشفة . وفقط باتباع هذا المبدأ سيصبح ممكناً إعادة بناء الوظيفة المعصرية المقطوعة للعضلة الدويرية الفموية . وعندما تكون المادة النسيجية المتوفرة غير كافية ، فإن الشرائح الموضعية الخدية كاملة السماكة هي بديل مهم ، وأفضل بكثير من الشرائح البعيدة ، التي تخلق حاجزاً سكونياً وغير جمالي .[7]

يجب أن يبقى في الذهن هدف هذه الجراحة وهوترميم بنية حساسة ،متحركة ، مع وظيفة ديناميكية متوازنة . لذلك من الأفضل تحمل تضيق خفيف في المعصرة بدلاً من ترميم جدارعاطل وغير متماسك . [7]

الخلاصة : إن الطرائق الموجودة في المعالجة الجراحية لضياعات الشفة المادية المكتسبة لا يمكن أن تعتبر كاملة ومتقنة ترضي الجراح والمريض على حد سواء. وإن وجود عدد كبير من طرق المداخلة الجراحية لتدبير هذه الضياعات المادية ، إن دل على شيء فإنما يدل على عدم وجود طريقة واحدة يمكن اعتبارها مثالية . ولهذا فإن الطريقة المفضلة في حل مشكلات العلاج الجراحي للضياعات المادية المكتسبة على حساب الشفتين هو تقييم كل حالة منفردة على حدة ، والاختبار بين مجموعة الطرائق الموجودة الطريقة الأكثر ملاءمة لهذا المريض بالذات.

الفصل الثاني
القسم العملي

• المادة المدروسة وطرائق البحث :

١- مبررات وهدف البحث :

تناولت العديد من الكتب و الدراسات الطرائق الجراحية المعتمدة لتدبير الضياعات المادية المكتسبة للشفة. و كان هناك اختلاف بخصوص اختيار الطريقة المناسبة للترميم ووجد أيضاً تباين من حيث النتائج والاختلاطات المرافقة لكل تقنية جراحية معتمدة في الترميم.

وهذا ما دفعنا لدراسة الطرائق الجراحية المختلفة والمعتمدة لترميم الضياعات المادية المكتسبة في الشفتين وتقييم نتائجها واختلاطاتها، ومقارنة كل ذلك بالدراسات العالمية .

لما لذلك من أهمية كبرى في إضفاء مزيد من القدرة على تقييم الضياعات المادية المكتسبة بالشفة وإمكانية تدبيرها بشكل أمثل حسب حالة كل مريض، بوضع الاستطباب المناسب لكل طريقة وتقييمها من حيث النتائج والاختلاطات المرافقة وبالتالي تحديد الطريقة الأمثل التي يمكن اعتمادها.

٢- الميزات العامة للمشاهدات السريرية :

في أساس العمل درست نتائج الاستقصاء والعلاج الجراحي ل ٨٠ حالة من مرضى مصابين بضياعات مادية مكتسبة في الشفة باستخدام مختلف الطرق الجراحية التجميلية والترميمية في مشفى المواساة الجامعي في الفترة الواقعة بين ٢٠١٧/٨/١-٢٠١٩/٨/١.

العدد الإجمالي للمرضى المدروسين /٨٠/ مريضاً أجريت لهم ١٠٠ عملية . وكان عدد المرضى الذكور /٤٤/ والإناث /٣٦/ ، ويمثل الجدول (1) توزع المرضى حسب العمر والجنس .

الجدول (١) . توزع المرضى حسب العمر والجنس

الفئة العمرية	الذكور	الإناث	العدد الكلي	النسبة المئوية حسب العمر
<20 سنة	17	22	39	%48,75
21-50 سنة	12	8	20	%25
51 سنة ومافوق	15	6	21	%26,25
المجموع	44	36	80	%100
النسبة المئوية حسب الجنس	%55 ذكور	%45 إناث	%100	

يدل تحليل المعطيات عن توزع المرضى حسب العامل المسبب إلى أن العامل الرئيسي لهذه الضياعات المادية هو الحروق بأنواعها في /٤٦/ حالة (٥٧%) سواء كانت ضياعات مادية حادة تالية للحروق في /٧/ حالات منها أو ضياعات مادية تالية لاستئصال ندبات حرق سابق على

الشفتين والصوارين أو تالية لاستئصال ندبات تطعيم جلدي سابق تالي لحرق وهي ندبات مسببة لشتور أو تضيقات في الصوارين في /٣٩/ حالة من بينها /٣/ حالات تالية لحروق كهربائية.

تليها الضياعات المادية التالية لاستئصال آفات ورمية على الشفتين في /٣٠/ حالة (٣٨%) . وعدد قليل من المرضى /٤/ حالات (٥%) كانوا قد خضعوا لترميم ضياعات مادية تالية لإصلاح ندبات عمل جراحي سابق على الشفة أو رضوض ، بينما لم يراجع أي مريض لديه ضياع مادي على الشفة تالي لانتان.

ويمثل الجدول (٢) توزع المرضى حسب سبب الضياع المادي المكتسب على الشفة :

الجدول (٢) .توزع المرضى حسب سبب الضياع المادي

السبب	حروق حادة أو عقابيل حروق	بعد استئصال آفات ورمية	بعد الرضوض أو تالية لجراحات سابقة	بعد الانتان
عدد المرضى	46	30	4	0
النسبة المئوية	%57	%38	%5	-

مع الإشارة إلى أنه تم استبعاد الضياعات المادية التي تم تدبيرها بالمقصد الثاني أو الضياعات المادية الشاملة لبنى تشريحية أخرى مجاورة إضافة الشفة ، كذلك تم استبعاد ترميم تشوهات الشفة الولادية سواء كمرحلة أولية أو ثانوية .

تعلقت أسباب الضياعات المادية إلى حد كبير بعمر المريض ، حيث أن الضياعات المادية التالية للحروق والرضوض كانت أكثر شيوعاً عند الأعمار الأصغر من ٢٠ سنة ،على عكس الضياعات المادية التالية لاستئصال الآفات الورمية التي سيطرت بطبيعة الحال في الأعمار الأكبر من ٥٠ سنة.

دل تحليل المرضى المقبولين في المشفى لإجراء العلاج أن ٥٨ مريضاً (٧٢,٥%) يراجعون المشفى للمرة الأولى بسبب مشكلات تتعلق بالشفة وأن ٢٢منهم (٢٧,٥%) يراجعون المشفى ليس للمرة الأولى . وقد تم قبول عدد من المرضى لإجراء عمليات على الشفتين ذات طابع مرحلي (١٥ مريض) حيث كان مجموع العمليات الجراحية المرحلية المجراة لديهم هو/٣٥/ عمل جراحي بالتالي كان عدد العمليات الجراحية بالمجموع هو/١٠٠/ عمل جراحي خضع لها المرضى الثمانون. ولدى١٢مريض تبين أن العمليات التي أجريت سابقا كانت غير ناجحة ولم يتم التوصل لديهم إلى النتائج المرجوة جمالياً ووظيفياً.علماً أن المرضى عولجوا بطرق مختلفة وكانت لديهم ضياعات واسعة ،أو عولجوا بشكل حاد أو باكر جداً فيما يتعلق بحروق الشفة. الأمر الذي أدى إلى نتائج غير حميدة على المدى البعيد .

عند تحليل المشاهدات السريرية تبين أن الضياعات المادية لمجموع العمليات الجراحية المجراة يمكن أن تقسم حسب عمقها إلى ضياعات جزئية السماكة ومعظمها تالية للحروق سواء الحادة منها

في (٧ حالات) ، أو بعد استئصال ندبات الحروق أو ندبات تطعيم جلدي سابق تالي لحرق والتي تؤدي لشتور أو تشوه جمالي في /٢٨/ عمل جراحي من العمليات المجراة ، أو بعد استئصال بعض الآفات الورمية في (٥ حالات) ، أو بعد إصلاح ندبات عمل جراحي سابق على الشفة في (٣ حالات). وضياعات كاملة السماكة ومعظمها تالية لاستئصال الآفات الورمية في (٢٥حالة)، إصلاح تضيقات الصوارين في /٣١/ عمل جراحي من العمليات المجراة لاسيما في حالات الحروق الكهربائية الثلاث ، أو الرضوض في (حالة واحدة)، مما ينعكس على طريقة الترميم المعتمدة .

ويعكس الجدول (٣) عمق الضياع المادي في كل من العمليات الجراحية المجراة .

عمق الضياع المادي	جزئي السماكة	كامل السماكة
عدد العمليات الجراحية	43	57
النسبة المئوية	%43	%57

كذلك قمنا بتصنيف الضياعات المادية التالية لاستئصال الآفات الورمية والرضوض حسب امتداد الضياع المادي بالنسبة لطول الشفة ، أما لدى مرضى الحروق ففي معظم الحالات تم الاستئصال الكامل للندبات على كامل امتداد الشفة باعتبارها وحدة تجميلية واحدة :

الجدول (٤) توزع مرضى الأورام والرضوض حسب امتداد الضياع المادي

امتداد الضياع المادي	أقل من ٣٠%	٣٠-٥٠%	٥٠-٨٠%	أكثر من ٨٠%
عدد المرضى	7	16	8	3
النسبة المئوية	%20,5	%47	%23,5	%9

وقمنا أيضا بتصنيف الضياعات المادية حسب موقعها كما يبين الجدول (٥):

موقع الضياع المادي	الشفة العلوية دون الصوار	الشفة السفلية دون الصوار	أحد الصواران أو كلاهما بشكل معزول	الشفة العلوية مع أحد الصوارين أو كليهما	الشفة السفلية مع أحد الصوارين أو كليهما	الشفتان العلوية والسفلية دون الصوارين	الشفتان العلوية والسفلية مع أحد الصوارين أو كليهما
عدد المرضى	16	39	12	2	8	2	1
النسبة المئوية	%20	%49	%15	%2,5	%10	%2,5	%1

أما بالنسبة للطرائق المتبعة في المعالجة فقد تم تقسيم المرضى حسب هذه الطرائق التي اتبعت في ترميم الضياعات المادية المكتسبة على الشفتين :

الجدول (٦) الطريقة الجراحية المستخدمة للترميم في كل من العمليات الجراحية المجراة

الطريقة المستخدمة	الإغلاق المباشر	الطعوم الجلدية		الشرائح الموضعية					الشرائح الحرة
		طعم كامل السماكة	طعم جزئي السماكة	شريحة مخاطية V-Y للصوار	شريحة مخاطية من الثلم اللثوي الشفوي	شريحة Abbe	شريحة Karapandzic	شريحة Estlander	شريحة أنفية شفوية	
عدد العمليات الجراحية	15	25	14	32	1	0	8	4	1	0
النسبة المئوية	%15	%25	%14	%32	%1	-	%8	%4	% 1	-

اقتصرت الشرائح الموضعية المستخدمة في دراستنا على الشرائح المخاطية التقدمية V-Y لإصلاح انكماش الصوار الندبي التالي للحروق ،و شرائح Karapandzic و Estlander ، وفي حالة واحدة تم فيها استخدام الشرائح الأنفية الشفوية ، وفي حالة واحدة أيضاً تم استخدام الشريحة المخاطية التقدمية من الثلم الشفوي اللثوي لترميم ضياع مادي جزئي السماكة على حساب Vermilion. وذلك نظراً لكون حالات الأورام المراجعة كانت بمعظمها حالات متقدمة ومتأخرة التشخيص وبالتالي ترك استئصالها ضياعاً مادياً واسعاً فكانت هذه الشرائح (Karapandzic ، Estlander ، والشرائح الأنفية الشفوية) أكثر خدمة لنوعية المرضى المراجعين من حيث صفات الضياع المادي لديهم وموقعه ، كونها تؤمن تغطية واسعة. هذا ولم يراجعنا خلال فترة هذه الدراسة مرضى يقتصر الضياع المادي لديهم على حساب النثرة Philtrum وهوالاستطباب الأهم لشريحة Abbe لذا لم يتم استخدام هذه الشريحة في دراستنا.

علماً أن هناك عدة طرائق تم تطبيقها على ذات المريض حسب استطباب كل منها (كتطبيق الطعوم الجلدية لتدبير ضياع مادي تالي لاستئصال ندبة حرق ومشاركتها مع استخدام شرائح V-Y لتدبير انكماش الصوار الندبي عند المريض ذاته).

٣- طرائق البحث :

أجرينا لهؤلاء المرضى استقصاءات سريرية عامة حيث أجري لهم فحص سريري ومخبري حسب الطرق العامة المتبعة في أقسام الجراحة لتوضيح إمكانية العلاج الجراحي وتحضيرهم للعملية والحصول على الموافقة المستنيرة لإجراء الجراحة الملائمة حسب الحالة . بعد أن تتم المناقشة مع المريض حول طبيعة المرض وضرورة إجراء العمل الجراحي وطبيعة هذا العمل ومخاطره إضافة للاختلاطات والمشاكل التي قد ترافق العمل الجراحي المقترح .

وعند التخطيط لإجراء العمل الجراحي أعطي دور مهم للقصة السريرية والفحص السريري الذي يكشف عيانياً وجود الانكماش والشتر الخارجي وتضيق فتحة الفم . أما بالنسبة لأورام الشفة فقد تكون شكوى المريض آفة بالشفة وتبدل صفاتها من حيث (الحجم ،اللون، التقرح ، النزف ، أو الألم) وما تسببه من صعوبة في المضغ والنطق.

ثم القيام بالفحص السريري : ففي حالة الانكماش يتم تحديد مستوى الانكماش سواء كان على مستوى الصوارين ،أو شتر خارجي أو داخلي بالشفة العلوية أو السفلية . مع تحديد شدته وامتداده، وتقييم وجود محاور شد معينة، او وجود الشتر مع تضيق الصوارين .

أما بالنسبة للآفات الورمية فقد تم تحديد حجم الورم وامتداده وتحديد هامش الأمان المقرر وعند الحاجة أخذ خزعات للتشريح المرضي وتحديد نوع الآفة الورمية ، وتم تحري وجود نقائل ورمية. وبناء عليه تقرير كون الآفة قابلة للجراحة ، الحاجة لإجراء تجريف عنق ، أو المتابعة مع أطباء الأورام في حالات وجود نقائل بعيدة للورم.

كما تم فحص المناطق المجاورة للضياع المادي على الوجه والعنق ووجود النسيج الطبيعي فيها .

بعد موافقة المريض تم اجراء العمل الجراحي المقرر حسب كل حالة وتقرير طريقة ترميم الضياع المادي الناتج بعد استئصال الآفة الورمية أو فك الانكماش اعتماداً على حالة المريض و رأي الجراح بحال وجود عدة خيارات ترميمية لذات الضياع المادي .

وعند إجراء هذه العمليات الترميمية استخدمنا في معظم الحالات التنبيب الرغامي ولدى ٥ مرضى وجدت صعوبات كبيرة عند التنبيب. وصودف ذلك في حالة انكماشات الصوارين الشديدة . لذلك لجأنا في هذه الحالات إلى مساعدة المخدرين بإجرء الخزع بعد تخدير المريض البدئي بالكاتلار أو بعد بدء التخدير وذلك كي يتمكنوا من إجراء التنبيب الرغامي . وفي ١٠ حالات أجريت العملية تحت التخدير الموضعي بحقن محلول الليدوكائين المضاف إليه الأدرينالين بنسبة ١/٢٠٠ ألف

وذلك كون الضياعات المادية في هذه الحالات كانت صغيرة موضعة وحسب عمر وحالة المريض العامة.

درست النتائج القريبة لترميم الضياعات المادية المكتسبة على الشفتين لدى كل المرضى تقريباً بعد تخرجهم من المشفى عند مراجعاتهم في الفترات التالية للجراحة لإجراء الضمادات أو للبحث عن أجوبة لاستفسارات معينة تهمهم . أما النتائج البعيدة فقد درست ، للأسف ،عند عدد قليل من هؤلاء

المرضى ، وهم بالأساس المرضى الذين يرغبون بالاستشفاء لحل مشكلات طبية أخرى أو أولئك المرضى الذين أجريت لهم في السابق عمليات مرحلية ، حيث كان عدد المرضى المراجعين بعد ٣ أشهر /٥٠/ مريض ، وبعد ٦أشهر تقلص عدد المرضى المراجعين إلى /٣٥/ مريض . وقد أخذنا عند تقييم النتائج بعين الاعتبار التأثيرين الجمالي والوظيفي في آنٍ معاً.

تم تقييم النتائج من قبل المشرفين في الشعبة كما أعطي اهتمام كبير لرضا المرضى عن العمليات المجراة من الناحيتين الوظيفية والجمالية . واعتبرنا النتائج جيدة في الحالات التي لم يوجد فيها تحدد في حركات الفم وتم ترميم غلاف جلدي ومخاطي طبيعي للشفتين و أصبح فيها محيط وشكل الشفتين صحيحاً . واعتبرنا النتائج مقبولة عندما وجد تحدد جزئي في حركات الفم ووجود تشوه مقبول ناجم عن الندبات المتبقية أو الندبات التي تتشكل عادة على محيط الطعوم الجلدية المزروعة. وكانت النتائج غير مرضية عندما لم نحصل على تأثير ملحوظ أو كافٍ من الناحية الوظيفية أو الجمالية . وبهدف التوثيق ومتابعة المرضى قمنا بتصوير عدد مهم من المرضى قبل و أثناء وبعد العمليات وأثناء الضمادات وعند تخرجهم وفي فترات متباعدة إذا سمحت الظروف بذلك .

كذلك قمنا بدراسة الاختلاطات القريبة والبعيدة الناجمة عن العمليات الجراحية والمميزة لكل طريقة منها ودرسنا سبل الوقاية من هذه الاختلاطات أو طرائق التقليل منها .

٤- تحليل البيانات :

اعتمدت الدراسة على جمع البيانات ووضعها في جداول ومخططات بيانية وتحليلها لاستخلاص النتائج المطلوبة .

٥- الاعتبارات الأخلاقية :

يعتمد البحث أخلاقياً على الموافقة المستنيرة وضرورة سرية البيانات.

حيث تم مراعاة جميع مبادئ بوتوكول هلسنكي من حيث توخي استفادة المرضى من البحث، وعدم التسبب بضرر صحي نتيجة الإهمال أو عدم المعرفة ،إضافة لاحترام المرضى من خلال الحصول على الموافقة المستنيرة قبل إدخالهم في الدراسة بعد أن يوضح لهم :

- الغرض من البحث.
- التأكيد على سرية البيانات.
- الفائدة التي ستقدمها الدراسة مستقبلاً .

• طرائق ونتائج المعالجة الجراحية المتبعة للضياعات المادية المكتسبة للشفتين :

في هذا الفصل نتناول بالتفصيل الإجراءات الجراحية التي اتبعت في معالجة المرضى المصابين بالضياعات المادية المكتسبة للشفتين وذلك حسب سبب هذه الضياعات المادية وصفاتها من حيث العمق والحجم والموقع . مع دراسة نتائج العمليات الجراحية المتبعة القريبة والبعيدة منها (عندما كان ذلك ممكناً) و الاختلاطات الملازمة لكل طريقة من طرائق المعالجة الجراحية مع تقييمنا للنتائج التي تم التوصل إليها.

في الفترة من ٢٠١٧/٨/١ حتى ٢٠١٩/٨/١ خضع ٨٠ مريضاً (مصابين بحروق حادة أو عقابيل حروق على مستوى الشفتين أو مصابين بأورام أو رضوض ميكانيكية على حساب إحدى الشفتين) للعلاج الجراحي في شعبة الحروق والجراحة التجميلية في مشفى المواساة الجامعي وقد تمت معالجتهم على الشكل التالي :

<u>حروق الشفة الحادة :</u>

ضمت هذه المجموعة /٧/ مرضى حروق لهب حادة على الشفتين (٩%) تم تدبيرها جراحياً . حيث كانت الضياعات المادية لديهم جزئية السماكة (جلدية فقط) على حساب الشفة البيضاء (لدى ٥ مرضى منهم كان الضياع المادي المعالج جراحياً على حساب الشفة السفلية فقط ، ولدى مريضين كان الضياع المادي على حساب الشفتين العلوية والسفلية معاً).

اعتمدنا في هذه المجموعة من المرضى على استخدام الطعوم الجلدية جزئية السماكة (السميكة إجمالاً) كون هؤلاء المرضى كانوا مصابين بحروق واسعة المساحة نسبياً وكان تطعيم الشفتين لديهم مشارك مع تطعيم مناطق أخرى من الجسم فكانت الطعوم الجلدية جزئية السماكة هي المعتمدة لقدرتها على تغطية هذه المساحات الواسعة من الجسم .

بعد التنبيب تم إجراء تنضير للنسج المتموتة بشكل محافظ باستخدام الشفرة وبطريقة الحف وصولاً لنسيج حبيبي مدمى على كامل امتداد الشفة كونها وحدة تجميلية واحدة. قمنا بعدها وبهدف الإرقاء بوضع قطع من الشاش المبلل بمحلول فيزيولوجي مضاف إليه أمبولة من الأدرينالين ١٠٠/١ ألف مباشرة على الجرح مع الضغط الخفيف لعدة دقائق ريثما يتم حصاد الطعم الجلدي لتخفيف النز من السطح المعرى . ولم نستخدم المخثر الكهربائي Bipolar إلا في الحالات التي كان الوعاء النازف فيها كبيراً نسبياً ولم يمكن السيطرة عليه بالمناورات السابقة.

وعند حصاد الطعوم الجلدية حاولنا بقدر الإمكان أن يكون الطعم قطعة واحدة متجانسة السماكة (لذلك يفضل استخدام الدرماتوم الكهربائي خاصة عند الأطفال) ودون أي تشبيك أو تثقيب للطعم حتى نتجنب تشكل ندبات مستقبلية مكان الشقوق المجراة على الطعم قد تسهم في حدوث الشتر لاحقاً.

وبعد أن يخاط الطعم الجلدي إلى حواف الضياع المادي بقطب متفرقة تترك خيوطها بطول مناسب نوعاً ما ، ثم نقوم بغسل الطعم الجلدي المزروع بالمصل الفيزيولوجي. وفي المناطق التي يلاحظ وجود ظل قاتم تحت الطعم قمنا بضغطها بشكل خفيف لإخراج العلقات الدموية التي يتوقع وجودها تحت الطعم في المناطق المشار إليها ، أو قمنا بحقن لطيف لهذا المحلول الفيزيولوجي تحت الطعم مباشرةً. بعد ذلك توضع قطع من السوفراتول فوق الطعم (ضماد رطب) ، وتغطى هذه القطع بدورها بشاش مبلل بحلول فيزيولوجي وتوضع فوقها قطع من الشاش الجاف ثم يجرى ربط الخيوط التي تركت طويلة كما أشرنا وبشكل متناظر فوق هذا الضماد الضاغط (Tie over) وبعد ذلك يوضع ضماد عادي .

إن أهمية هذا الضماد الضاغط هي أنه يؤمن التماس الصميمي الضروري لتغذية الطعم بالتشرب إضافة لدوره في منع النز الدموي ما أمكن وتشكل العلقات تحت الطعم.

ينصح المريض في المرحلة بعد العملية بتناول الأطعمة السائلة ما أمكن و عدم التدخين وأن يقلل من حركات الشفتين. كما ينصح بالعناية بنظافة الضماد وتجنب تلوثه بالطعام أو اللعاب قدر الإمكان . ويعطى المريض في المرحلة التالية للعملية المسكنات والصادات المناسبة.

يجرى الضماد الأول بعد خمسة أيام حيث تقص خيوط الضماد الضاغط ويكشف الطعم الجلدي ، أما في الحالات التي يشك فيها بوجود الانتان أو الورم الدموي فإنه ينزع بشكل أبكر ، وبعد ذلك يضمد المريض . لكن في الحالات النظيفة غير النازة يمكن تأخير نزع الضماد حتى ١٠ أيام حيث يتم نزعه مع القطب .

تنزع القطب في اليوم العاشر ويستخدم في هذه الفترة المراهم المطرية التي توضع على الطعم كما يمكن أن تدهن حواف الطعم بمراهم الكورتيزون تفادياً لنمو الندبات الضخامية.

أما المنطقة المعطية للطعوم الجلدية (وهي غالباً الناحية الوحشية من الفخذ) فتضمد بوضع قطع من السوفراتول عليها يوضع فوقها قطع من الشاش المبلل بالمحلول الفيزيولوجي والقطن الجاف العقيم وتغطى بعد ذلك برباط عقيم لا يبدل الضماد إلا بعد مضي ١٠-١٥ يوماً. تشفى المنطقة المعطية عموماً خلال هذه الفترة وينزع الضماد نهائياً وتدهن بالمراهم المطرية لفترة من الزمن. أما إذا شكا المريض من الآلام الشديدة في المنطقة المعطية أو أن الضماد أصبح ملوناً بمفرزات قيحية فمعنى ذلك أن المنطقة المعطية قد أصيبت بالانتان. عندها يتوجب نزع الضماد ومعالجة المنطقة موضعياً بالضمادات المتكررة.

بمتابعة مرضى هذه المجموعة وجدنا أن أبرز الاختلاطات القريبة لديهم هي حدوث الانتان (غالباً ماكان يعزى لتلوث الضماد باللعاب والطعام) خاصة عند الأطفال منهم حيث حدث انتان موضعي في الطعم الجلدي في ٤ حالات تم تدبيرها بشكل محافظ بالضمادات المتكررة والتغطية الانتانية المناسبة . وقد حدث في حالتين تنخر جزئي في الطعم تم تدبيره بالضمادات المتكررة وتركه للشفاء بالمقصد الثاني ، وفي حالة واحدة حدث انحلال تام للطعم تتطلب إعادة التطعيم في مرحلة لاحقة بعد تراجع علامات الانتان وتشكل نسيج حبيبي جيد الحيوية .

وبالنسبة للاختلاطات المتأخرة المسجلة في هذه المجموعة فقد حدث في ٣ حالات انكماش في الطعم مما خفض الأثر الجمالي والوظيفي للمعالجة الجراحية . وفي٣ حالات لاسيما عند المرضى الأطفال حدث تنمي ندبي ضخامي على حواف الطعم الجلدي وعدم تناظر للشفة وقد أمكن إنقاصه باستخدام مراهم الكورتيزون لفترات طويلة أو تطبيق أقنعة السيلكون والتدليك.

عقابيل حروق الشفة :

شملت هذه المجموعة المرضى المراجعين بشكوى ندبات وانكماشات على مستوى الشفتين تالية للاندمال العفوي للحروق بما فيها الحروق الكهربائية أو نتيجة لإغلاق ضياعات الشفة المادية بطعوم جلدية جزئية السماكة منكمشة ، ففي هذه الحالات على الرغم من عدم وجود ضياع مادي ظاهر إلا أن شتر الشفة أو تضيق الصوار يعكس وجود ضياع مادي أدى لحدوث التشوه.

بلغ عدد المرضى في هذه المجموعة /٣٩/ مريض (٤٩%) من بينهم /٣/ مرضى حروق كهربائية . توضعت الندبات لدى /١٩/ مريض على الشفة السفلية بشكل معزول ، ولدى مريضين على الشفة العلوية بشكل معزول ، ولدى /١١/ مرضى على أحد الصوارين أو كليهما بشكل معزول من بينها حالة حرق كهربائي ، ولدى /٥/ مرضى على الشفة السفلية وأحد الصوارين أو كليهما من بينهم مريضين حرق كهربائي أحدهما شكا من شتر داخلي إضافة لتضيق الصوار ، ولدى مريض واحد كانت الندبات على الشفة العلوية مع أحد الصوارين أو كليهما ، وفي حالة واحدة شملت الإصابة الشفتين والصوارين معاً.

تم معالجة هذه التشوهات على عدة مراحل لدى ١٥ مريض من مرضى هذه المجموعة. ولدى خمسة مرضى كان انكماش الصوارين شديداً فلم يتمكن المخدرون من إجراء التنبيب الرغامي ، الأمر الذي اضطرنا إلى إجراء خزع للصوارين بعد تخدير المريض البدئي بالكاتلار أو بعد بدء التخدير كما أشرنا.

- بالنسبة إلى حالات الشتر الخارجي فقد تم تدبيرها وفق المراحل التالية بعد إجراء التنبيب :

١- بداية نقوم بحقن الندبة بكمية بسيطة من المحلول الفيزيولوجي المضاف إليه أدرينالين بتركيز ١/١٠٠ ألف بهدف الإرقاء وتخفيف النزف.

٢- تعليق الشفة بقطبتين من خيط حرير ١/صفر توضعان على نهايتي الشفة الوحشيتين لتسهيل توتير الشفة والتأكد من التحرير الكامل للانكماش إضافة لدورها في الإرقاء.

٣- ثم يتم استئصال النسج الندبية المسببة للانكماش وتحرير محاور الشد بشكل كامل مع احترام حدود الشفة كوحدة تجميلية (الثنية الشفوية الذقنية من الأسفل ، الثلمين الأنفيين الشفويين من الناحيتين الوحشيتين ، وفتحتي الأنف وقاعدتي الجناحين الأنفين من الأعلى). حيث أن الخزع لوحده دون الاستئصال سيؤدي لتطور ندبات جديدة تزيد من سوء الحالة ، ولن يقدم لوحده النتائج التجميلية المرجوة لوجود النسيج الندبي على طرفي الخزع .ولقد حاولنا من حيث العمق أن نجري

استئصالاً كاملاً للندبات قدر الإمكان حتى الوصول إلى نسيج سليم غير ندبي . بعد استئصال النسيج الندبي تشكل ضياع مادي جزئي السماكة على حساب الشفة البيضاء الجلدية.

أما مرضى الشتر الداخلي [مريض واحد وهو طفل راجع بعقابيل حرق كهربائي (وضع المأخذ الكهربائي في الفم) أدى إلى التصاق ندبي للسطح الداخلي للشفة السفلية مع اللثة إضافة إلى تضيق في الصوار] فقد عولج بذات الطريقة فبعد حقن ندبة المخاطية وتعليق الشفة تم استئصال أصغري للنسج الندبية على مخاطية الشفة بشكل يحترم الدهليز وارتفاعه ويحرر الالتصاق لينتج ضياع مادي جزئي السماكة على كل من السطح الباطن للشفة والسطح اللثوي الأمامي.

تمت تغطية الضياعات المادية المتشكلة باستخدام طعوم جلدية جزئية السماكة في /٦/ مرضى ومن بينهم مريض الشتر الداخلي . وباستخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة في /٢٢/ مريض. وهنا لا تختلف تقنية العملية عن تلك المذكورة في حالة تطعيم الضياعات المادية التالية للحروق الحادة.

إلا أن أخذ الطعم الجلدي كامل السماكة يتم باستخدام المشرط الجراحي . وهنا راعينا عند أخذ الطعوم الجلدية أن تكون من منطقة غير مشعرة وخاصة لدى النساء. إذ أن نمو الأشعار ، الذي يميز الطعوم كاملة السماكة ، وخاصة لدى السيدات ينقص من الأثر الجمالي للعملية ويعتبر مدعاة للقلق والانزعاج لديهن. وكذلك أخذنا بعين الاعتبار إمكانية تقريب الحواف في المنطقة المعطية إجراء الخياطة المباشرة للجرح المعطي.

أخذت الطعوم كاملة السماكة عادة من المنطقة المغبنية خاصة عند الأطفال ، وفي حالة واحدة من الناحية خلف الصيوان وفي /٣/ مرضى بالغين من السطح الداخلي للعضد نظراً لرخاوة الجلد لديهم . تمت خياطة الجروح المعطية في كل الحالات بتقريب حوافها وخياطتها دون أن يجري أي تسليخ إضافي لهذه الحواف. وضعت قطب متفرقة عميقة من الفايكريل (خيوط قابلة للامتصاص) بعد الإرقاء الجيد وتمت خياطة الجلد بقطب متفرقة من النايلون ٣-٤/صفر .

بعد أخذ الطعوم الجلدية كاملة السماكة يجرى وبمقص قاطع إزالة النسيج الخلوي تحت الجلد عن وجهها الباطن . وضعت الطعوم الجلدية كاملة السماكة قطعة واحدة على منطقة الضياع المادي .

إن الخطة الجراحية والتدابير المتخذة ومتابعة المرضى عند استخدام هذا الشكل من الطعوم هي ذاتها المتبعة مع الطعوم الجلدية جزئية السماكة.

هذا وقد تم في حالتين الاستفادة من الأرضية الندبية للندبات الناضجة على الشفة العلوية لتصنيع عمودي النثرة ،حيث تم في مرحلة استئصال النسيج الندبي الحفاظ على شريطين ندبيين على مستوى عمودي النثرة والاقتصار هنا على تقشير البشرة، ثم تمت تغطية الضياع المادي بطعم جلدي واحد كامل السماكة .

عند إصلاح الشتر الخارجي لدى هؤلاء المرضى كانت النتائج جيدة عموماً وخاصة عند استخدام الطعوم كاملة السماكة . تم التوصل إلى تصحيح الانكماش والشتر الخارجي. وقد حدث في /٥/

حالات انتان موضعي في الطعم نتيجة تلوث الضماد خاصة عند الأطفال تم تدبيرها باستخدام الضمادات والتغطية الانتانية المناسبة. وفي ٥ حالات تم فيها استخدام الطعوم كاملة السماكة و٣ حالات (من بينها حالة إصلاح الشترالداخلي) تم فيها استخدام طعم جزئي السماكة حدث تنخر جزئي بؤري في الطعم بسبب الانتان أو تشكل أورام دموية صغيرة تحته (الطعم كاملة السماكة يؤدي لصعوبة نسبية في كشف الأورام الدموية وخاصة الصغيرة بسبب قلة شفوفيته) . أما بالنسبة للاختلاطات المتأخرة المسجلة في هذه المجموعة فقد حدث في /٤/ حالات انكماش في الطعم مما سبب نكس الشتر الخارجي وخفض الأثر الجمالي والوظيفي للمعالجة الجراحية حيث شكى هؤلاء المرضى من سيلان اللعاب نتيجة الشتر . وفي ٦ حالات (خاصة المرضى الأطفال) تطورت ندبات ضخامية على حواف الطعم الجلدي أمكن إنقاصه باستخدام مراهم الكورتيزون وأقنعة السيلكون .

أما مريض الشتر الداخلي فقد شكا من انحلال جزئي للطعم ترك للشفاء بالمقصد الثاني ، وحدث لديه نتيجة التندب الحاصل نكس جزئي للانكماش والتصاق الشفة لكن النتيجة كانت مقبولة عموماً من الناحيتين الوظيفية والجمالية.

-ضمت هذه المجموعة أيضاً المرضى المصابين بندبات حروق على مستوى الصوارين ومن بينهم مرضى الحروق الكهربائية (بسبب وضع المأخذ الكهربائي في الفم عند الأطفال) ، حيث تم تدبير حالات تضيق الصوار الندبية هذه على النحو التالي:

١- حقن ندبة الصوار بكمية بسيطة من المحلول الفيزيولوجي المضاف إليه أدرينالين بتركيز ١/١٠٠ ألف بهدف الإرقاء وتخفيف النزف.

٢- تعليق الشفتين بقطبتين من خيط حرير ١/صفر لتسهيل التوتير والمساهمة في الإرقاء.

٣- خزع محور الشد بشكل كامل مع استئصال للنسج الندبية الجلدية .

٤- رفع شريحة مخاطية مثلثية الشكل بسويقة خلفية وتقديمها بطريقة V-Y لتغطية الضياع المادي المتشكل مع الانتباه لألياف العضلة الدويرية الفموية للحفاظ على استمساك المعصرة الفموية.

٥- خياطة الشريحة في مكانها الجديد باستخدام خيوط فايكريل ٤/صفر (خيوط قابلة للامتصاص) بعد الإرقاء الجيد باستخدام المخثر الكهربائي Bipolar عند الضرورة.

يوضع المريض بعد الجراحة على مرهم مضاد للانتان ، وينصح بتناول الأطعمة السائلة واستخدام المضامض المطهرة وأن يقلل من حركات فتح الفم قدر الإمكان حتى التئام الجرح . تنزع القطب بعد ١٠ أيام بحال عدم انحلالها ويستخدم المريض في هذه الفترة المراهم المطرية مع التدليك .

عند استخدام شريحة V-Y المخاطية لإصلاح انكماش الصوار لدى مرضى عقابيل الحروق كانت النتائج بشكل عام جيدة من حيث إصلاح التضيق واستعادة الأبعاد الطبيعية لفتحة الفم. وقد حدث في ٦ شرائح منها تكدم وتموت في رأس الشريحة ونكس نسبي للانكماش نتيجة الاندمال بالمقصد الثاني للجرح وتشكل الندبات. وفي حالتين حدث تفزر للجرح تم تركهما على ضمادات متكررة

حتى الشفاء. وفي ٥ حالات حدث عدم تناظر للشفة كاختلاط متأخر خاصة عند توضع الإصابة على مستوى أحد الصوارين فقط .

أورام الشفة :

وتتضمن هذه المجموعة المرضى المراجعين بتطور آفات ورمية على حساب الشفتين (سواء كانت سليمة أم خبيثة) .

بلغ عدد مرضى أورام الشفة المراجعين خلال فترة الدراسة ٣٠ مريض (٣٨%) [١٩ حالة SCC ، و٦حالات BCC ، و حالة واحدة ميلانوما لمريض جفاف جلد مصطبغ ، و حالتين آفة شفة التهابية سليمة (بدت سريرياً بشكل آفة متقرحة تشبه ال SCC لكن نتيجة التشريح المرضي كانت آفة التهابية)، و حالة واحدة ورم وعائي سليم ، وحالة واحدة تقران سفعي].

توضعت الأورام على الشفة العلوية دون الصوار في /١١/ حالة ، وعلى الشفة السفلية دون الصوار في /١٥/ حالة ، وعلى الشفة العلوية مع أحد الصوارين في حالة واحدة ، وعلى الشفة السفلية مع أحد الصوارين في /٣/ حالات .

في ١٠ حالات أجريت العملية تحت التخدير الموضعي بحقن محلول الليدوكائين المضاف إليه الأدرينالين بنسبة ١/٢٠٠ ألف وذلك كون الضياعات المادية في هذه الحالات كانت صغيرة موضعة.

تم تدبيرهذه الحالات وفق المراحل التالية :

١-حقن كمية مناسبة من الليدوكائين ٢% المضاف إليه أدرينالين بتركيز ١/٢٠٠،٠٠٠ بهدف الإرقاء وتخفيف النزف.

٢-تعليق الشفة بقطبتين من خيط حرير ١/صفر توضعان على نهايتي الشفة الوحشيتين لتسهيل توتير الشفة وتسهيل الاستئصال إضافة لدورها في الإرقاء عبر ضغط الشريان الشفوي .

٣-وبعدها أجري استئصال الآفة مع هامش أمان ٦ مم على الأقل وإرسالها للتشريح المرضي مع الإشارة لأهمية نماذج الاستئصال بشكل الإسفين (W أوV) أو بشكل الدرع مما يساعد على الإغلاق المباشر عند الإمكان .

بعدها تم تقييم الضياع المادي الناتج من حيث العمق والموقع والحجم :

- في حالة واحدة تمت تغطية الضياع المادي جزئي السماكة على حساب المخاطية الجافة The Vermilion على كامل امتداد الشفة السفلية بتقديم شريحة مخاطية من الثلم اللثوي الشفوي لذات الشفة وخياطتها باستخدام خيوط فايكريل ٥/صفر خياطة شلالية مع تجنب تجاوز الخط الأبيض للحفاظ على التناظر. وكانت النتائج جيدة بشكل عام دون اختلاطات تذكرحيث أمنت هذه الشريحة تغطية جيدة للشفة الحمراء (The Vermilion) مع تناظر جيد لمظهر الشفة.

- في حالة واحدة أيضاً تمت تغطية ضياع مادي جزئي السماكة بقياس ٤*٣سم على حساب الشفة البيضاء الجلدية على الشفة السفلية باستخدام طعم جلدي جزئي السماكة من الناحية الوحشية للفخذ. وهنا لا تختلف تقنية العملية عن تلك المذكورة لدى مرضى الحروق . وحدث في هذه الحالة تنخر جزئي بؤري للطعم مع تطور علامات انتان موضعي تم تدبيرها بتركها على ضمادات متكررة مع تطبيق التغطية الانتانية المناسبة .
- لدى ثلاثة مرضى استخدمت الطعوم الجلدية كاملة السماكة المأخوذة من السطح الداخلي للعضد لتغطية ضياع مادي جزئي السماكة على حساب الشفة البيضاء الجلدية على الشفة العلوية. حيث كانت الخطة الجراحية والتدابير المتخذة هي ذاتها المتبعة مع مرضى عقابيل الحروق المعالجين باستخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة. وكانت النتائج مقبولة عموماً دون اختلاطات تذكر .
- في ١٢ حالة تم تدبير الضياع المادي كامل السماكة (جلد+عضلية+مخاطية) صغير الحجم (<٤٠% في الشفة السفلية و<٢٥% في الشفة العلوية) باعتماد تقنية الإغلاق المباشر على طبقات مع احترام الخط الأبيض وذلك بالاستفادة من خاصية مرونة الشفة التي تزداد مع تقدم العمر.تم بالبداية أخذ قطبة نايلون ٥/صفر على مستوى الخط الأبيض لضمان التناظر ثم البدء بخياطة طبقة المخاطية بقطب فايكريل ٤/صفر ثم العضلية أيضاً بذات الخيط وأخيراً خياطة الجلد بقطب نايلون ٥/ صفر متفرقة والشفة الحمراء (The Vermilion) بقطب فايكريل ٥/صفر متفرقة . وضع المرضى في المرحلة بعد العملية على مرهم مضاد للانتان وأعطي المسكنات والصادات الفموية المناسبة .كما نصحوا بعدم التدخين وتناول الأطعمة السائلة وتنظيف الفم بالمضامض المناسبة وأن يقللوا من حركات الفم قدر الإمكان. وبحال استخدام المريض لأطقم الأسنان الصنعية يتم تأجيل استخدامها أول أسبوعين حتى التئام الجروح في حالة كان الضياع المادي قبل الإغلاق كبير نسبياً ثم يتم التدريب على استخدامها بشكل تدريجي لتجنب حدوث شد على حواف الجرح .
تم نزع قطب الجلد بعد ١٠ أيام وبعد ذلك يبدأ المريض باستخدام المراهم المطرية.
عند استخدام الإغلاق المباشر كانت النتائج عند القسم الأكبر من المرضى جيدة . تم التوصل إلى تناظر جيد للشفة مع عدم تحدد حركات الفم وترميم الغلافين الجلدي والمخاطي للشفتين. وقد طورت حالتان علامات انتان موضعي وتفزر للجرح عندما كانت أبعاد الضياع كبيرة نسبياً. وفي حالتين حدث ناسور مخاطي جلدي وقد تم تدبير هذه الحالات بشكل محافظ باستخدام الضماد المتكرر ومراهم الصادات . وفي حالة واحدة حدث تنمي ندبي ضخامي أمكن تدبيره بإجراء حقن كورتيزون ضمن الندبة . في حين لوحظ في ٤ حالات حصول عدم تناظر الشفة لاسيما في تدبير الضياعات الكبيرة نسبياً.
- في ٨ حالات كان الضياع المادي بعد استئصال الورم مركزي وأكبر من ٤٠% من طول الشفة السفلية حيث تم تدبير الضياع المادي باستخدام شريحة Karapandzic أحادية الجانب (في حالة واحدة) أو ثنائية الجانب (في ٧ حالات).

وهي شريحة مخاطية-عضلية-جلدية دورانية تقدمية يتم رفعها بإجراء شق نصف دائري من حافة الضياع إلى جناح الأنف مروراً بالحافة الوحشية للعضلة الدويرية الفموية ، حيث يكون الشق كامل السماكة حتى مسافة ١سم من حافة الضياع لنحافظ بعدها على الطبقة المخاطية فيقتصر الشق على الجلد والعضلات.
ثم يتم تقريب الحافتين الحرتين للشريحتين ويتم الإغلاق على طبقات بعد الإرقاء الجيد باستخدام المخثر الكهربائي Bipolar عند الحاجة . تؤخذ قطبة نايلون ٥/صفر على مستوى الخط الأبيض بداية لضمان التناظر كما ذكرنا سابقاً ، ثم تخاط المخاطية باستخدام خيوط فايكريل ٣-٤/صفر بقطب متفرقة ، و تخاط العضلات بذات الخيط ، وبالنهاية يخاط الجلد بقطب نايلون ٤-٥/صفر متفرقة. وتتميز هذه الشريحة بحفاظها على تعصيب الشفة.
يعطى المريض لاحقاً المسكنات والصادات المناسبة ويترك على ضمادات وعلى توصيات الحمية السائلة وعدم التدخين وتقليل حركات الفم قدر الإمكان مع تنظيف الفم بالمضامض المطهرة وبحال استخدام المريض لأطقم الأسنان الصنعية يتم تأجيل استخدامها أول أسبوعين حتى التئام الجروح ثم يتم التدريب على استخدامها بشكل تدريجي . تنزع القطب بعد ١٠ أيام ويطبق المريض بعد نزع القطب المراهم المطرية .
عند استخدام شريحة Karapanzdic خاصة في الحالات ثنائية الجانب كانت المشكلة الملازمة لهذه الشريحة هي صغر الفم Microstomia وقد حدث ذلك في ٤حالات . وفي حالة واحدة حدث تفزر للجرح مع نز قيحي نتيجة تطور الانتان تم تدبيره بشكل محافظ . وفي حالة واحدة حدث تموت وتنخر جزئي لحافة الشريحة البعيدة كذلك تم تدبيره بتركه على ضمادات. في حالة واحدة حدث ناسور مخاطي جلدي شفي بتركه على ضمادات أيضاً.

- في ٤ حالات لمرضى مصابين بضياعات كاملة السماكة أكبر من ثلث الشفة شاملة لأحد الصوارين تم التصنيع باعتماد شريحة Estlander وهي شريحة مخاطية عضلية جلدية مثلثية دورانية تقدمية بسويقة أنسية من الشفة المقابلة ، حيث يمتد الشق حتى الخط الأبيض للشفة السليمة المقابلة ويحدد عرض الشريحة بنصف عرض الضياع المادي ثم يتم تدويرها وخياطتها على طبقات بعد الإرقاء الجيد.

بنفس الطريقة السابقة يتم خياطة كامل الطبقات ولا تختلف التدابير المتخذة لاحقاً عن تلك المعتمدة في شريحة Karapandzic.
المشكلة الملازمة لاستخدام شريحة Estlander هي تشوه مظهر الصوار وصغر فتحة الفم إضافة إلى عدم التناظر الحاصل ، لذا كان الصوار غالباً مايحتاج إلى تصحيح لاحق. وقد حدث ذلك في الحالات الأربعة .

- في حالة واحدة تم تدبير الضياع المادي الأكبر من ٨٠% من حجم الشفة العلوية التالي لاستئصال آفة SCC باستخدام الشرائح الأنفية الشفوية ثنائية الجانب . وهي شريحة جلدية عضلية تعتمد بترويتها على الشريان الوجهي ،حيث ترفع من ناحية الثلم الأنفي الشفوي بدءاً من القطب العلوي وعلى سويقة سفلية مع الحفاظ على المخاطية ، ثم يتم تدويرها

وخياطتها على طبقات بالطريقة الذكورة في الشرائح السابقة. يتم إغلاق المكان المعطي بشكل مباشر بتقريب حوافها دون تسليخ و خياطة العضلات بقطب فايكريل ٣/صفر ثم يخاط الجلد بقطب متفرقة من النايلون ٤/صفر.
حدث في هذه الحالة تموت وتنخر النهاية البعيدة للشريحة مع تفزر الخياطة وترك المريض على عناية موضعية بالجرح حتى تراجع علامات الانتان وتحضيره لتنضير الحواف وإعادة تقديم الشرائح المجراة سابقاً وخياطتها على طبقات بمرحلة لاحقة .

رضوض الشفة واستئصال ندبات عمل جراحي سابق على الشفة :

ضمت هذه المجموعة ٤ مرضى (٥%) :

- في حالة واحدة كان سبب الضياع حادث سقوط أدى لجرح متهتك على مستوى الشفة العلوية تم تدبيره بإجراء تنضير محافظ للحواف والإغلاق المباشر على طبقات بنفس التقنية المذكورة سابقاً. كانت النتيجة جيدة بشكل عام مع وجود تشوه مقبول ناجم عن الندبة.
- في حالة واحدة منها راجع المريض بانكماش صوار تالي لعمل جراحي سابق لتدبير أذية طلق ناري سابق في الوجه وقد تم تدبيرها بنفس تقنية إصلاح تضيق الصوار في عقابيل الحروق باستخدام شريحة مخاطية ٧-٧ وكانت النتيجة جيدة عموماً.
- في حالتين تم استئصال ندبات عمل جراحي سابق على الشفة العلوية البيضاء وإعادة خياطتها بشكل مباشر بنفس التقنية السابقة وكانت النتائج مقبولة بشكل عام مع حدوث تنمي ندبي ضخامي بحالة واحدة أمكن إنقاصه باستخدام مراهم الكورتيزون.

• المقارنة مع الدراسات العالمية :

1. Surgical Treatment of post burn deformities of oral commissure and lower lip:

Ahmed Sabry Ahmed . Reconstructive and Plastic surgery Division, General Surgery Department, Faculty of Medicine, Al-Azhar University Hospital, Damietta, Egypt. 2015 . [33]

دراسة مصرية تراجعية على مدى ٥ سنوات تابعت ٢٤ حالة تشوهات شفة سفلية وانكماش صوار تالية للحروق بين عامي (٢٠٠٧-٢٠١٢) في مشفى الأزهر الجامعي بمصر . في ٩ حالات تم الترميم باستخدام الطعم الجلدي كامل السماكة ، وفي ١٣ حالة تم اعتماد طريقة التوسيع الجلدي ، وفي حالة واحدة استخدمت شريحة موضعية وفي حالة واحدة تم تعديل الندبة . وجد أن العمل الجراحي كان ناجحاً لدى ١٩ مريض من أصل ٢٤. وأن هناك ثلاثة عناصر رئيسية تحدد الطريقة الجراحية الأمثل لإصلاح التشوه الحاصل وهي حالة الجلد المحيط ، امتداد التشوه وشكله.

حسب الدراسة ، وجد أن الطعوم كاملة السماكة تملك إمراضية بنسبة مئوية محددة فيما يتعلق بخسارة جزئية للطعوم وذلك لأن احتمالية التلوث حتمية لدى بعض المرضى ذوي العادات السيئة عند تناول الطعام . حصل انحلال الطعم الجلدي بنسبة ٢٢% بينما حدث بنسبة ٢٣% في دراستنا حيث حصل في ٥ حالات من أصل ٢٢ عملية تطعيم بطعم جلدي كامل السماكة لدى مرضى الحروق .

في دراسة Ahmad Sabry تم اجراء إصلاح انكماش الصوار التالي للحرق بطريقة الشريحة التقدمية المخاطية V-Y في ١٣ حالة دون اختلاطات تذكر أما في دراستنا فقد حدث نكس للانكماش ولو بشكل جزئي بنسبة ١٩% نتيجة لتشكل ندبات ضخامية أوعدم التحرير الكامل للصوار .

2. **Lip reconstructive after tumor resection**:

PEDRO LEONARDO SANCHES FAVERET . Instituição: Hospitais Universitários Clementino Fraga Filho e Antonio Pedro , Mario Kroeff e na clínica privada. Trabalho apresentado no exame para Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica . em 2014, Niterói, RJ, Brasil. [37]

دراسة برازيلية تراجعية بين عامي (٢٠٠٠-٢٠١٤) شملت ٥٠ حالة خضعت لترميم بدئي للشفة العلوية أو السفلية بعد استئصال ورمي باستخدام شرائح موضعية .في ٢٣ حالة كان الضياع المادي لايتجاوز ثلث الشفة وتم الترميم بالاغلاق المباشر . أما في الحالات ٢٧ المتبقية فقد شمل الضياع أكثرمن ثلث الشفة مما تتطلب إجراءات أكثر تعقيداً . حيث استخدمت شرائح Karapandzic و Gillies في١٣ حالة ، و شريحة Abbe في حالتين ، وشرائح أنفية شفوية في ٦ حالات ، وشرائح من مخاطية الفم في ٣ حالات وشرائح تقدمية في ٣ حالات أيضاً . وكانت النتيجة أن الإغلاق المباشر هو الخيار الأفضل لضياعات الشفة السفلية التي تمتد حتى ثلث الشفة كأقصى حد بعد اجراء استئصال الآفة الورمية بشكل إسفين wedge V ، وعندما تطلب الأمر الاستئصال الأكبر فقد أجري بشكل W .

أما بالنسبة للضياعات الأكبر حجماً فقد اعتبرت شريحتا Gillies و Karapandzic الخيار الأول كونهما تمكنان من استعادة الوظيفة وتترافقان بندبات مقبولة .

أما في حالة الضياعات التي تجاوزت ٥٠% من الشفة فلم يتم استخدام هاتين الشريحتين لتجنب صغر الفم المرافق لتطبيقهما .

أما بالنسبة لترميم الشفة العليا فقد كانت الشرائح التقدمية الخيار الأول عند إمكان استخدامها كونها تترافق بنتائج جمالية جيدة مع الحفاظ قدر الإمكان على تشريح الشفة .

مع الإشارة لأهمية إيجاد بديل للشرائح الأنفية الشفوية كونها تسبب تخرب هام للثلم الانفي الشفوي وتعطي نتائج ضعيفة من الناحية الجمالية.

وفي دراستنا كانت النتائج مشابهة حيث كان الإغلاق المباشر هو الخيار الجراحي الأقل اختلاطاً للضياعات الأقل من ٤٠% بالنسبة للشفة السفلية والضياعات الأقل من ٢٥% بالنسبة للشفة العلوية . أما بالنسبة للضياعات الأكبر فقد كانت شريحتا Karapandzic و Estlander هما الخيار الأول نظراً لنتائجهما على الوظيفة والشكل . ولكن تجدر الإشارة إلى أن شريحة Karapandzic ترافقت بحدوث صغر الفم بنسبة مهمة عند استخدامها لترميم ضياعات أكبر من ٥٠%.

كذلك تتفق دراستنا مع دراسة Pedro من حيث اختلاطات الشريحة الأنفية الشفوية .

3. Prospective Comparative Study of Lower Lip Defects Reconstruction With Different Local Flaps:

Ali Ebrahimi, MD, Gholam Reza Maghsoudnia, MD, and A. A. Arshadi. J Craniofac surg 2011;22: 2255-2259, Razi Hospital of Tehran University of Medical Sciences. [27]

دراسة إيرانية أجريت بمشفى الرازي بطهران بين عامي (٢٠٠٧-٢٠٠٨) حيث تابعت ٤١ حالة سرطانة شائكة الخلايا تم فيها إجراء ترميم ضياع مادي بالشفة السفلية . في ٩ حالات تم الترميم بشريحة Karapandzic . وفي ٦ حالات تم إجراء شريحة Abbe المعكوسة المزدوجة ، في ٨ حالات تم إجراء شرائح Abbe-Estlander ، وفي ٨ حالات تم استخدام شرائح درجات السلم ، وفي ال ١٠ حالات المتبقية تم إجراء شريحة Abbe المعكوسة المفردة .

استنتج المؤلفون أن شريحة Abbe المعكوسة هي الخيار الأفضل لترميم الجزء المركزي من الشفة العلوية والسفلية . من سيئات هذه الشريحة أنها تتم على مرحلتين ، كما أن الحس يتأثر فيها قليلا مقارنة بشريحة درجات السلم.

كذلك استنتجوا أن شريحة Estlander هي الخيار الجراحي لترميم الضياعات الوحشية التي تحصل على حساب الصوار ومساوئها هي عدم التناظر.

أما المرضى الذين يتراوح لديهم الضياع بين ٥٠-٨٠% فقد كان الخيار الجراحي المناسب لديهم هو شريحة Abbe المعكوسة المزدوجة ومن سيئات هذه الشريحة أنها تتم على مرحلتين لكن بالمقابل لا شكوى وظيفية أو جمالية عند هؤلاء المرضى مع تناظر مقبول وغياب مشكلات الحس . أما المرضى الذين خضعوا لشريحة Karapandzic ثنائية الجانب فلم تكن لديهم مشكلات حسية لكن بعضهم شكا من صغر الفم.

بالمقارنة مع دراستنا التي لم نستخدم فيها شريحة Abbe أو شريحة درجات السلم ، فقد كانت النتائج متشابهة.بخصوص شريحة Estlander كونها الخيار الجراحي الأنسب لترميم الضياعات الوحشية الشاملة للصوار وأهم اختلاطاتها كان عدم التناظرالشكلي . و بالنسبة لشرائح Karapandzic فكان أهم مشاكلها صغر الفم أما من ناحية المشاكل الحسية لم تسجل دراستنا حدوث ذلك .

4. AESTHTIC RESTORATION IN POST-BURN DEFORMED LIPS:

MOHAMMAD MUGHESE AMIN, JAVARIA FARASAT,MOHAMMAD SAJID. Department Plastic and Reconstructive Surgery, Bahawal Victoria Hospital, Bahawalpur , Pakistan. 2010. [29]

دراسة باكستانية أجريت بين عامي (٢٠٠٥-٢٠١٠) في مشفى باهوال- فيكتوريا. تابعت ٥٦ حالة تشوهات شفة تالية للحروق ، تم تدبيرها بطريقة استئصال النسيج الندبي و إعادة تصنيع قوس كيوبيد بالشفة العليا عبر تقديم شريحة من vermilion وتغطية بقية الضياع المادي بطعم جلدي كامل السماكة من السطح الداخلي للعضد مع أو دون ترميم الشارب عند المرضى الذكور باستخدام شريحة الشريان الصدغي السطحي أو طريقة زرع الشعر. وبالنسبة للشفة السفلية تم استئصال النسيج الندبي وتطعيم الضياع المادي بطعم كامل السماكة من السطح الداخلي للعضد . وجد أن هذا التكنيك ترافق مع نتائج جيدة ومعدل رضا عالي عند ٤٩ من المرضى وهو ما يعادل نسبة ٨٩,١%. والاختلاطات اقتصرت على خسارة جزئية للطعم في حالتين تم تدبيرهما بالمقصد الثاني. وفي حالة واحدة حدث تنخر سطحي بشريحة الشريان الصدغي ترك للتندب بالمقصد الثاني. واقتصرت الحاجة لعمل جراحي تالي لتحسين النتائج على حالتين.

أما في دراستنا فقد ترافقت طريقة الطعوم الجلدية كاملة السماكة مع نتائج جيدة بنسبة ٨٦% (عند ١٩ مريض من أصل ٢٢ مريض) ومعدل رضا جيد عند المرضى ، و كانت نسبة انحلال الطعم الجلدي الجزئي في دراستنا أكبر وصلت ل ٢٣% ومعظم هذه الحالات تعود إلى احتمالية التلوث الحتمي عند بعض المرضى من ذوي العادات السيئة عند تناول الطعام والمرضى الأطفال.

• المناقشة :

تلعب الشفتان دوراً رئيسياً في جمالية الوجه، إضافة لدورها الوظيفي الهام في المضغ والنطق والتعبير ، لذا كان السعي في ترميم الضياعات المادية المكتسبة للشفة لتحقيق أفضل النتائج الوظيفية والجمالية الممكنة وبالتالي وجب على الجراح اختيار الطريقة الجراحية الأنسب لتحقيق ذلك ، حيث لا يوجد طريقة واحدة تعد الأمثل والأنسب لترميم كل أشكال هذه الضياعات .

يعتمد الخيار الجراحي للترميم على مواصفات الضياع المادي وحالة الجلد المحيط بالضياع ومرونته ، إضافة لخبرة الجراح و معرفته بالطرق الجراحية المتاحة ومناقشة هذه الطرق مع المريض ليتم انتخاب الطريقة الأنسب الممكنة الإجراء حسب حالته.

و لذلك كان الهدف من هذا البحث توصيف واقع هذه الجراحات في مشفى المواساة الجامعي بدمشق بدراسة الطرق الجراحية المختلفة المعتمدة في شعبة الجراحة التجميلية لترميم الضياعات المادية المكتسبة في الشفة من حيث النتائج والاختلاطات المرافقة لكل منها .

أهم الصعوبات التي واجهت دراستنا هي عدم التزام نسبة مهمة من المرضى بالتوصيات بعد الجراحة من حيث إيقاف التدخين والعناية بنظافة الضمادات .

بالنسبة لترميم الضياعات المادية التالية للحروق أو استئصال ندبات الحروق وجد أن هذه الضياعات المادية كانت جزئية السماكة اعتمد ترميمها على استخدام الطعوم الجلدية بنوعيها مع تفضيل الطعوم الجلدية كاملة السماكة نظراً لنتائجها الجمالية الأفضل واختلاطاتها الأقل .أما بالنسبة لانكماش الصوار التالي للحروق فقد تم تدبير هذه الحالات باستخدام الشريحة المخاطية التقدمية V-Y وكانت أهم مشاكلها هي نكس الانكماش الذي كان جزئياً في معظم الحالات.

أما بالنسبة للضياعات المادية التالية لاستئصال الآفات الورمية فقد تم الترميم اعتماداً على حجم الضياع المادي .

١- في الضياعات المادية جزئية السماكة تم الترميم باستخدام الطعوم الجلدية مع تفضيل الطعوم كاملة السماكة منها .
٢- في الضياعات المادية كاملة السماكة تم الترميم على النحو التالي :

أ- في الضياعات المادية التي لم تتجاوز مقاييسها ثلث الشفة كانت الطريقة الأفضل التي اتبعت هي الخياطة المباشرة للضياع المادي على طبقات مع الانتباه الدقيق لخياطة الحافة البيضاء لتأمين استمراريتها.

ب- في الضياعات المادية الأكبر من ثلث الشفة فقد تم الترميم بشريحة Estlander إذا كان الضياع في القسم الوحشي من الشفة ويصل إلى منطقة الصوار. وكان عدم تناظر الشفة هو السيئة الأساسية التي رافقت هذه الشريحة. أما في الضياعات المادية المركزية فقد استخدمت شريحة Karapandzic وحيدة أو ثنائية الجانب (تبعاً لحجم الضياع المادي) . ومن أهم مساوئها كان صغر فتحة الفم .

أما الشرائح الأنفية الشفوية فقد تم تطبيقها في حالة واحدة لضياع مادي تام للشفة وترافقت بنسبة اختلاطات هامة من حيث تفزر الجرح والانتان وترشيح المريض لجراحة مستقبلية مع أهمية الإشارة لعدم التزام المريض في هذه الحالة بالتوصيات بعد الجراحة بشكل ملحوظ.

الاستنتاجات

إن العمليات المجراة بهدف ترميم الضياعات المادية المكتسبة للشفتين سواء التالية للحروق أو الناجمة عن استئصال آفات الشفة الورمية أو بسبب الرضوض والانتانات. تهدف وبشكل أساسي إلى إزالة التشوه الندبي وترميم الضياع المادي الشفوي للحصول على نتائج مقبولة من الناحيتين الوظيفية والتجميلية .

ففي حالة الحروق الحادة تستخدم طريقة التنضير والتطعيم المبكرين لمنع انكماش النسيج الحبيبي وتشكل الشتور أو التصاق الصوار. أما في حالة التشوه الندبي (عقابيل الحروق) يجب أن تجرى دراسة دقيقة للتشوه الندبي وتوضع الندبات الشادة وتحديد درجة الانكماش . وأن يجرى الاستئصال الكامل للنسيج الندبي حتى التوصل إلى الحركة الحرة للشفة. وبعدها تتم تغطية الضياع المادي بطعم جلدي ويفضل الطعم الجلدي كامل السماكة . وهنا يتم وضع الطعم على كامل الشفة باعتبارها وحدة تشريحية كاملة.

وفي حالة الضياعات المادية الرضية فيجب أن تجرى دراسة للضياع المادي و مقاييسه ، وكذلك مقاييس القسم المتبقي من الشفة في حال وجوده، ودراسة إمكانية الاستفادة من هذا القسم . وتحديد الطريقة الأمثل لتغطية الضياع المادي سواء بالخياطة المباشرة أو بالاستفادة من النسج المجاورة (شفة مقابلة ، خد).

أما في حالة الاستئصالات الورمية . فعند التخطيط لإجراء العملية أخذنا بعين الاعتبار هامش الأمان عند الاستئصال الورمي ، وحالة النسيج المتبقي من الشفة بعد الاستئصال ، وإمكانية الاستفادة من نسيج الشفة ذاتها أو استعارة نسيج من الشفة المقابلة او تحرير شرائح من النسج المجاورة كالخد لترميم الضياع المادي. ونظراً لكون الأورام تصيب الأعمار المتقدمة فإنه يمكن الاستفادة من رخاوة الجلد لديهم لتأمين الترميم المطلوب.

وأكدنا على متابعة المرضى بعد الجراحة لكشف الاختلاطات في وقت مبكرعند حدوثها وتدبيرها بشكل مناسب للتقليل من خطورة نكس الانكماش الندبي في حال ترميم الحروق أو عقابيلها ، أو نكس الضياع المادي عند استخدام الشرائح لترميم الضياعات المادية الرضية أو التالية للاستئصال الورمي.

وبعد دراستنا كانت النتائج التي توصلنا إليها ، أن استخدام الطعوم الجلدية ، سواء الجزئية السميكة نسبياً وحتى كاملة السماكة هو الحل الأمثل لترميم الحروق الحادة للشفتين أو عقابيل الحروق على الشفتين نظراً لأن الضياعات المادية تقتصر هنا ، في معظم الأحيان على الجلد فقط .

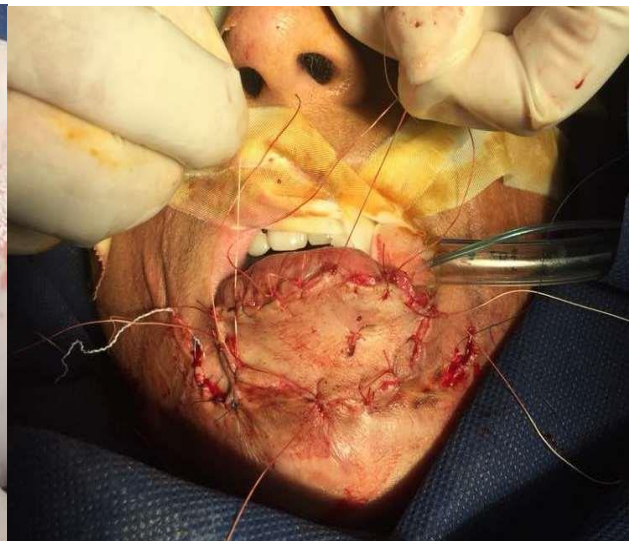
وأن النسج الموضعية سواء من الشفة ذاتها أو من الشفة المقابلة هي الطريقة الأمثل لترميم الضياعات المادية التالية للاستئصالات الورمية . ويليها من حيث الأهمية الشرائح المرفوعة من المناطق المجاورة كالخد . أما الشرائح البعيدة فإن نتائجها متواضعة سواء من الناحية الوظيفية أو

التجميلية ، ولا تستخدم إلا في حال عدم توفر النسج الموضعية والناحية وفي الضياعات المادية الواسعة والمركبة حيث لا تكفي النسج ،لا الموضعية ولا الناحية ، لترميم الضياع المادي .

التوصيات

١- التقييم الجيد للضياع المادي قبل إجراء الجراحة.
٢- التخطيط الجيد عند إجراء الجراحة واختيار الطريقة الأنسب.
٣- التوعية الجيدة للمرضى بضرورة الالتزام بالتوصيات بعد الجراحة.
٤- المتابعة المستمرة للمريض في الفترة بعد الجراحة والمراجعة بحال شك أي مظهر نكس بالنسبة للآفات الورمية أبكر مايمكن لإمكانية التدبير .
٥- الوقاية من الحروق وخاصةً لدى الأطفال والحرص على إبعاد مآخذ التيار الكهربائي عنهم .
٦- في حال حصول الحرق ، أهمية اللجوء إلى التنضير والتطعيم المبكرين وتطبيق وسائل العلاج الملطف للندبات.
٧- ضرورة الفحص المبكر في حال الشك بوجود ورم على مستوى الشفة، حيث أن التشخيص المبكر لأورام الشفة يجعل المعالجة أسهل ويقلل حاجة اللجوء إلى خيارات الترميم الأكثر تعقيداً .
٨- الامتناع عن التدخين لأنه من الأسباب الرئيسية لاورام الشفة.
٩- التأكيد على ضرورة إجراء Frozen section (اختبار الخزعة المجمدة) عند استئصال الآفة الورمية للتأكد من سلامة حواف الاستئصال قبل اتخاذ القرار بالإجراء الترميمي المناسب.
١٠- العمل على زيادة الخبرة في تطبيق طريقة Mohs لاستئصال الآفات الورمية مما يساعد ويسهل الترميم لاحقاً.

وفيما يلي نستعرض صور بعض الحالات المراجعة خلال فترة الدراسة :



الحالة -١-

مريض (١٣سنة) ندبة حرق لهب أدت لشتر بالشفة السفلية وتدبيرها بالاستئصال وتغطية الضياع المادي جزئي السماكة بطعم جلدي كامل السماكة من المغبن ووضع Tie-over .

المريض ذاته قبل وبعد سنة من تطعيم الضياع المادي نلاحظ حدوث التندب والنكس الجزئي للانكماش .

الحالة -٢-

مريضة (٣٥ سنة) قبل إجراء استئصال ندبة حرق على الشفة السفلية وتطعيم الضياع المادي بطعم جلدي كامل السماكة من المغبن وبعد سنة ونصف من العمل الجراحي .

الحالة -٣-

مريض (٧ سنوات) ندبة حرق لهب على الشفة السفلية قبل وبعد ٤ أشهر من استئصال الندبة والتطعيم بطعم جلدي كامل السماكة من المغبن

الحالة -٣-

ذات المريض قبل وبعد ٨ أشهر من استئصال ندبة حرق على الشفة العلوية والتطعيم بطعم جلدي كامل السماكة من المغبن ونلاحظ حدوث انحلال جزئي بالطعم تم تدبيره بالمقصد الثاني

الحالة -٤-

مريض (٥سنوات) قبل وبعد اصلاح انكماش صوار تالي لحرق لهب بإجراء شريحة مخاطية تقدمية ٧-٧

الحالة -٥-

مريض (٦٠ سنة) SCC شفة سفلية قبل وبعد استئصالها وإغلاق الضياع المادي بشكل مباشر

الحالة -٦-

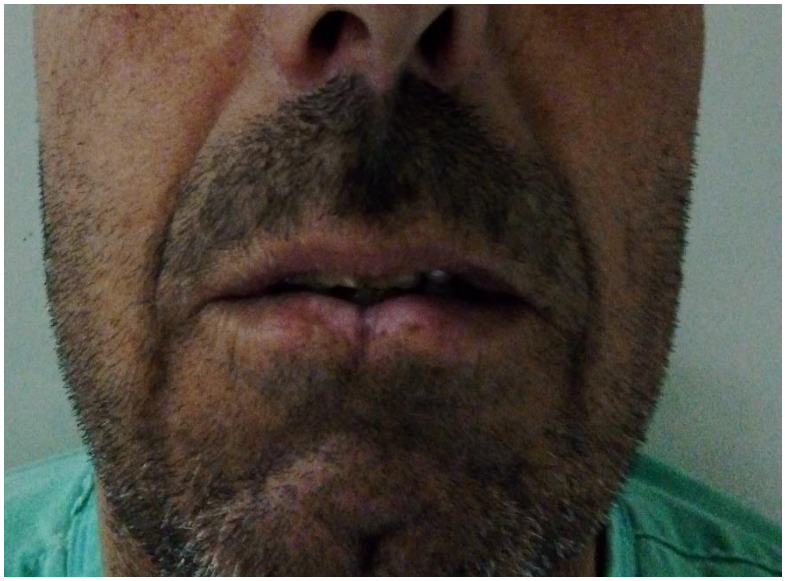
مريض (٦٠ سنة) BCC شفة علوية قبل وبعد استئصالها وتغطية الضياع المادي بطعم جلدي كامل السماكة من الوجه الأنسي للعضد.

الحالة -٧-

مريضة (٩٠سنة) SCC شفة سفلية قبل وبعد استئصالها وتغطية الضياع المادي باستخدام شريحة Karapandzic ثنائية الجانب

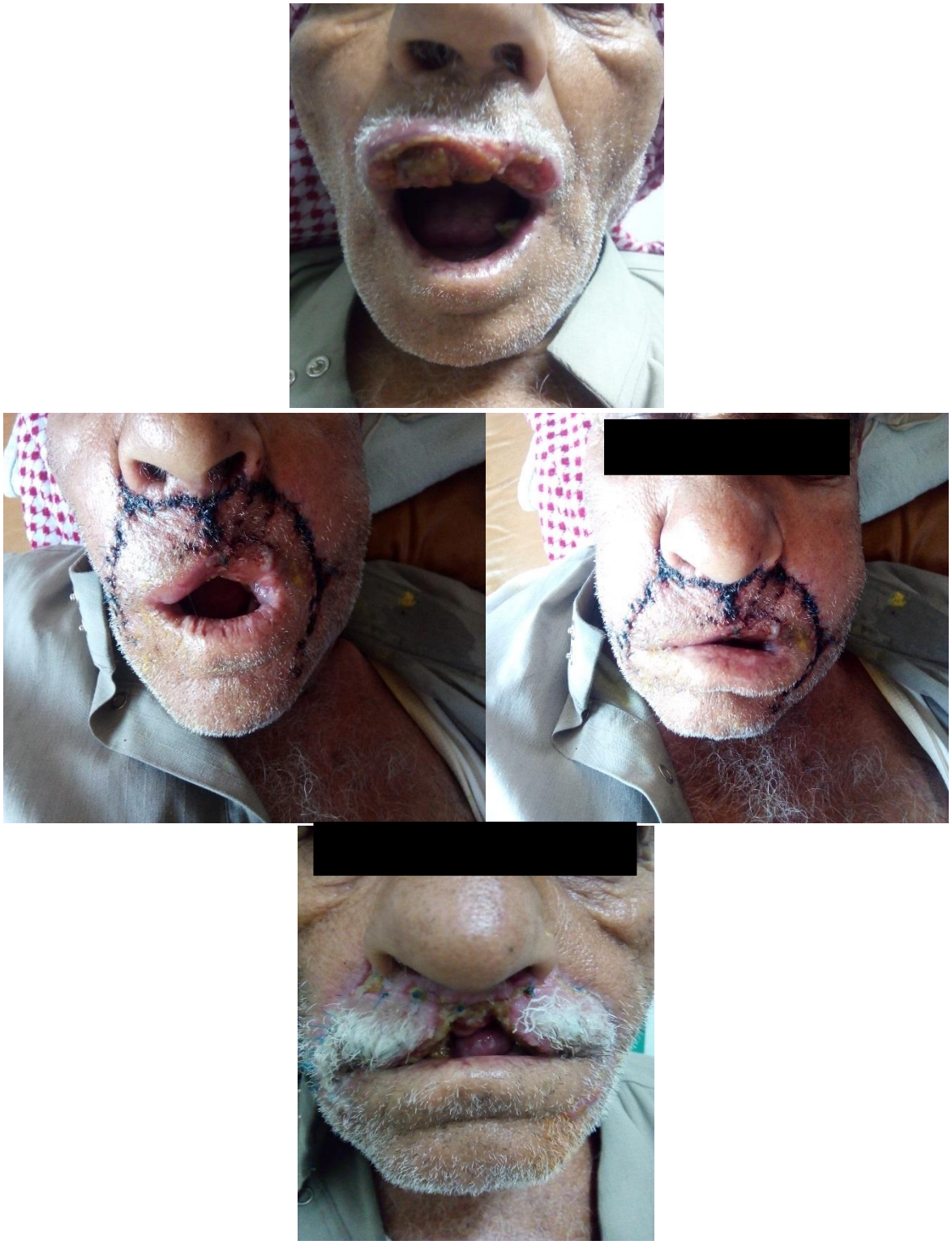
الحالة -٨-

مريض (٦٠ سنة) SCC شفة سفلية شاملة للصوار الأيمن قبل وبعد استئصال الآفة الورمية وترميم الضياع المادي بشريحة Estlander



الحالة -٩-

مريض (٤٤ سنة) Acanthosis hyperkeratosis على الشفة السفلية تم استئصالها وتغطية الضياع المادي بشريحة مخاطية تقدمية من الثلم اللثوي الشفوي



الحالة -١٠-

مريض (٧١سنة) SCC شفة علوية تم استئصالها وترميم الضياع المادي باستخدام شريحة أنفية شفوية ثنائية الجانب ونلاحظ حدوث تفزر بالجرح بعد أسبوع من العمل الجراحي

ملحق استبيان البحث

رقم الحالة: **تاريخ القبول :**

الاسم: **الجنس:** **العمر :** **الهاتف :** **العنوان:**

السوابق المرضية : **السوابق الدوائية :**

السوابق الجراحية : **العادات:**

القصة المرضية وسبب الضياع المادي الحاصل بالشفة:

الفحص السريري (صفات الضياع المادي) :

- **موقع الضياع المادي**
- **عمق الضياع المادي**
- **حجم الضياع المادي**

التقنية الجراحية المستخدمة :

اختلاطات قريبة مسجلة بعد العملية :

اختلاطات بعيدة:

التقييم النهائي:

المراجع :

1. Charls H. Thorne, MD, **GRABB AND SMITH'S PLASTIC SURGERY**, Seventh Edition, 2014.
2. Akbas H, Karacaoglan N. **Reconstruction of large lower lip defects: a new method**. Otolaryngol Head Neck Surg 2001;124:456Y458
3. Siberchicot F, Zwetyenga N, Majoufre-Lefebvre C, Ammar-Khodja M. **Étiologies des pertes de substance des lèvres**. Annales de chirurgie Plastique Esthétique 2002;47: 371-379.
4. David N. Herndon, **Total Burn Care**, FIFTH EDITION, 2018.
5. Williams EF, Hove C. **Lip reconstruction**. In: Papel ID, ed. Facial Plastic and Reconstructive Surgery. 2nd ed. New York: Thieme, 2002:634Y645
6. Stricker M, Simon E, Duroure F. **Les pertes de substances labiales tritissulaires. Techniques de reconstruction et indications**. Annales de chirurgie Plastique Esthétique 2002;47: 449-478.
7. Brix M. **Principes généraux de la chirurgie des lèvres**. Annales de chirurgie Plastique Esthétique 2002;47: 413-422.
8. Renner GJ, Zitsch RP, 3rd. **Reconstruction of the lip**. Otolaryngol Clin North Am 1990;23:975-90.
9. Haraji A, Motamedi MH, Rezvani F. **Can flap design influence the incidence of alveolar osteitis following removal of impacted mandibular third molars**. Gen Dent 2010;58:e187-9.
10. Papadopoulos O, Konofaos P, Tsantoulas Z, Chrisostomidis C, Frangoulis M, Karakitsos P. **Lip defects due to tumor excision: apropos of 899 cases.** Oral Oncol 2007;43:204-12.
11. Diaz FJ, Dean A, Alamillos FJ, et al. **Tongue flaps for reconstruction of the oral cavity.** Head Neck 1994;16:550Y554
12. Briedis J, Jackson IT. **The anatomy of the philtrum: observations made on dissections in the normal lip**. Br J Plast Surg. 1981;34: 128-132.

13. Ebrahimi A , Kalantar Motamedi MH , Ebrahimi A , Kazemi M , Shams A , Hashemzadeh H. **Lip Reconstruction after Tumor Ablation**. World J Plast Surg 2016; 5(1):15-25 .
14. Raphaël B. **Évolution des idées dans la reparation des lèvres**. Annales de chirurgie Plastique Esthétique 2002;47: 402-412.
15. Grande DJ , Mezebish DS , Butler DF , Albertini JG , Elston DM, Rather D. **Skin Grafting**. Medscape Reference. http://emedicine.medscape.com/article/1129479-overview. Updated April 16,2019.
16. Mazzola RF, Lupo G.**Evolving concepts in lip reconstruction**. Clin Plast Surg. 1984 Oct. 11(4):583-617.
17. Bernard C**. Cancer de la lèvre inférieure : Restauration à l'aide de deux lambeaux latéraux quadrilatères**. Guérison : Bull. Mém. Soc. Chir. Paris. 1853. 3:357.
18. Gillies HD, Millard DR. **The Principles and Art of Plastic Surgery**. London, UK: Butterworth, 1957
19. Webster RC, Coffey RJ, Kelleber RE**. Total and partial reconstruction of the lower lip with innervated muscle bearing flaps**. Plast Reconstr Surg. 1960; 25:360-71.
20. Bakamjian V, Clulf NK, Bales HW**. Versatility of the deltopectoral flap in reconstructions following head and neck cancer surgery**. In: Sanvenero-Rosselli G, Boggio-Robutti, editors. Trans. Fourth. Int. Congr. Plast. Surg. Rome 167. Amsterdam: Excerpt Medica; 1969.
21. O'Brien B, **A muscle-skin pedicle for total reconstruction of the lower lip**. Plast Reconstr Surg 1970;45:395.
22. Karapandzic M**. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps**.Br J Plast Surg.1974 Jan. 27(1):93-7 .
23. Fujimore R. **"Gate flap" for the total reconstruction of the lower lip**. Br J Plast Surg. 1980; 33:340-7.
24. Barron JN & Saad MN. **Platysma musculocutaneous flap to the lower lip**. In: B. strauch LO. Vasconez, and EJ. Hail-FindJay (Eds.),

Grabb's Encyclopedia of Flaps, Vol. 1. Boston: Little, Brown & CO; 1990. p. 989-93.

25. Tellioglu AT, Akyüz M. **Functional reconstruction of total lower lip defects with a radial forearm free flap combined with a depressor anguli muscle transfer.** Ann Plast Surg. 1998; 40(3) :310-1.
26. Sabino Neto M, Grasia EB, Castilho HT, Ferreira LM, Hochberg J, Toledo SR. **Utilization of Depressor Anguli Oris Musculocutaneous Flap for Lip Reconstruction**. Ann Plast Surg. 2000; 44(1): 23-8.
27. Ali Ebrahimi, MD, Gholam Reza Maghsoudnia, MD, and A. A. Arshadi. **Prospective Comparative Study of Lower Lip Defects Reconstruction With Different Local Flaps**. J Craniofac surg 2011;22: 2255-2259, Razi Hospital of Tehran University of Medical Sciences
28. Montandon D, Pittet**. Reconstruction labiale dans les séquelles de noma**. Annales de chirurgie Plastique Esthétique 2002;47: 520-535.
29. MOHAMMAD MUGHESE AMIN, JAVARIA FARASAT, MOHAMMAD SAJID. **AESTHTIC RESTORATION IN POST-BURN DEFORMED LIPS** . Department Plastic and Reconstructive Surgery, Bahawal Victoria Hospital, Bahawalpur , Pakistan. 2010.
30. Coppit GL, Lin DT, Burkey BB. **Current concepts in lip reconstruction**. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2004;12:281-7.
31. Harris L, Higgins K, Enepekides D. **Local flap reconstruction of acquired lip defects**. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2012;20:254-61.
32. Wil10n JS, Walker BP. **Reconstruction of the lower lip**. Hud Nd SM'f. 1981;"1:29~4.
33. Ahmed Sabry Ahmed. **Surgical Treatment of post burn deformities of oral commissure and lower lip** . Reconstructive and Plastic surgery Division, General Surgery Department, Faculty of Medicine, Al-Azhar University Hospital, Damietta, Egypt. 2015.

34. Viktor M Grishkevich , Max Grishkevich **. Plastic and reconstructive surgery of burns.** Springer international publishing,2018**.**

35. Zide B. **Deformities of the lips and cheeks**. In: McCarthy JG, editor. Plastic Surgery. Philadelphia: WB Saunders; 1990.

36. Neligan PC. **Strategies in lip reconstruction.** Clin Plast Surg. 2009;36(3):477-85. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2009.02.013.

37. PEDRO LEONARDO SANCHES FAVERET, **Lip reconstructive after tumor resection**. Instituição: Hospitais Universitários Clementino Fraga Filho e Antonio Pedro , Mario Kroeff e na clínica privada. Trabalho apresentado no exame para Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica . em 2014, Niterói, RJ, Brasil.

38. Estlander JA. **Eine methods ans der einen Lippe Substanzverluste der anderen zu ersetzen**. Arch Klin Chir 1872;14:622

39. Carroll CM, Pathak I, Irish J, Neligan PC, Gullane PJ. **Reconstruction of total lower lip and chin defects using the composite radial forearm--palmaris longus tendon free flap**. Arch Facial Plast Surg 2000;2:53-6.