

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم جراحة الفم و الفكين

استخدام الشرائح اللسانية ذات القاعدة الامامية في إغلاق

النواسير الأنفية الفموية في منطقة الثقبه القاطعة التالية

للإصلاح الأولي لثقبه الحناك

The use of anterior-based tongue flaps in the closure of the oro-nasal fistula in the incisive foramen region secondary to the primary repair of palatal cleft

أطروحة قدمت إلى جامعة دمشق لنيل درجة الماجستير

إعداد

محمد وسام الحلبي

إشراف

أ . م . عمر حشمة

2011

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مخطط البحث

المقدمة Introduction

هدف البحث The aim of study

الباب الأول : المراجعة النظرية Literature review

1- لمحة تشريحية Anatomy

Palatal anatomy

1-1 قبة الحنك

Tongue anatomy

1-2 اللسان

2- نواسير قبة الحنك Oro-nasal fistula

Incidence

2-1-1 نسبة حدوث

Etiology

2-2 أسباب الحدوث

Classification

2-3 تصنيف النواسير

Closure timing

2-4 التوقيت المناسب لإغلاق النواسير

Closure benefits

2-5 فوائد إغلاق النواسير

Closure way

2-6 الطرق المتبعة في إغلاق النواسير

3- الشرائح اللسانية Lingual flap

History of tongue flaps

3-1 تاريخ استخدام الشرائح اللسانية

Types of tongue flaps

3-2 أنواع الشرائح اللسانية

Using of tongue flaps 3-3- استخدام الشرائح اللسانية

Material and methods الباب الثاني : المواد والطرق

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| | 1- العينة Sample |
| Preoperation preparation | 2- تحضير المريض |
| Materials | 3- الأدوات المستخدمة |
| Operation technique | 4- التكتيك الجراحي |
| Postoperation care | 5- العناية ما بعد العمل الجراحي |
| Complications | 6- اختلاطات العمل الجراحي |
| Observation | 7- المراقبة |
| Statistical analysis | 8- الدراسة الاحصائية |

Results الباب الثالث : النتائج

Discussion الباب الرابع : المناقشة

Conclusion الباب الخامس : الاستنتاجات

Recommendation and Suggestion الباب السادس : المقترحات و التوصيات

References الباب السابع : المراجع

Abstract الملخص

المقدمة و هدف البحث

Introduction and the aim of study

المقدمة

Introduction

يعاني مرضى شقوق الشفة وقبة الحنك وذويهم على حد سواء من مشاكل فيزيولوجية ونفسية ترافق المريض من الولادة وحتى فترة متأخرة وهؤلاء المرضى بحاجة إلى فريق متكامل من اختصاصات عدة لمتابعة حالتهم وتقديم المعالجة المناسبة بالوقت المناسب وبالشكل الأفضل وسنتعرض في بحثنا إلى إحدى المشاكل التي قد يعاني منها هؤلاء المرضى ألا وهي وجود نواسير في قبة الحنك خاصة في المنطقة الأمامية عند اتصال الحنك الأولي (الفقم) بالحنك الثانوي (قبة الحنك الصلب عدا الفقم) .

ولعل البحث عن الحل الأنسب لهذه المشكلة التي قد تكون معقدة في بعض الأحيان وعصية على المعالجة أحيانا أخرى بسبب نسبة النكس العالية قد دفعنا إلى الإقدام على هذا البحث علنا نؤكد على أفضلية طريقة جراحية معينة في حل مشكلة النواسير أملاً منا بتقديم الخدمة الفضلى والناجعة لهؤلاء المرضى مساهمين في الحد من معاناتهم والله الموفق .

هدف البحث

The aim of study

إن الهدف الأساسي لهذا البحث هو بيان مدى نجاح استخدام الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية في إغلاق نواسير قبة الحنك في منطقة اتصال الحنك الأولي بالحنك الثانوي و يتم تحقيق هذا الهدف عن طريق معيارين هما :

1- الإغلاق التام لناسور قبة الحنك بالفحص العياني .

2- توقف خروج السوائل و الطعام من الأنف عبر الناسور و يتم التحقق من ذلك

باختبار النفخ مع إغلاق الأنف .

الباب الأول

المراجعة النظرية

Literature review

1-لمحة تشريحية

Anatomy

1-1- قبة الحنك Palatal anatomy

يشكل قبة الحنك سقف الفم و أرضية الحفرتين الأنفيتين و هو ينقسم إلى جزئين

الحنك الصلب في الأمام و الحنك الرخو في الخلف

الحنك الصلب : Hard palat :

و هو يتشكل من بنية عظمية مغطاة بغشاء مخاطي فموي و آخر أنفي و يحده القوسين

السنخيين من الأمام و الجانبين و من الخلف يحده الحنك الرخو .

تتكون البنية العظمية من الناتئين الحنكيين للفك العلوي (Palatine processes

of maxilla) و الصفيحتين الأفقيتين للعظمين الحنكيين (Horizontal lamina

of palatine bone) بالإضافة إلى الفقم (Premaxilla) حيث يدعى الفقم بالحنك

الأولي و يدعى ما تبقى بالحنك الثانوي

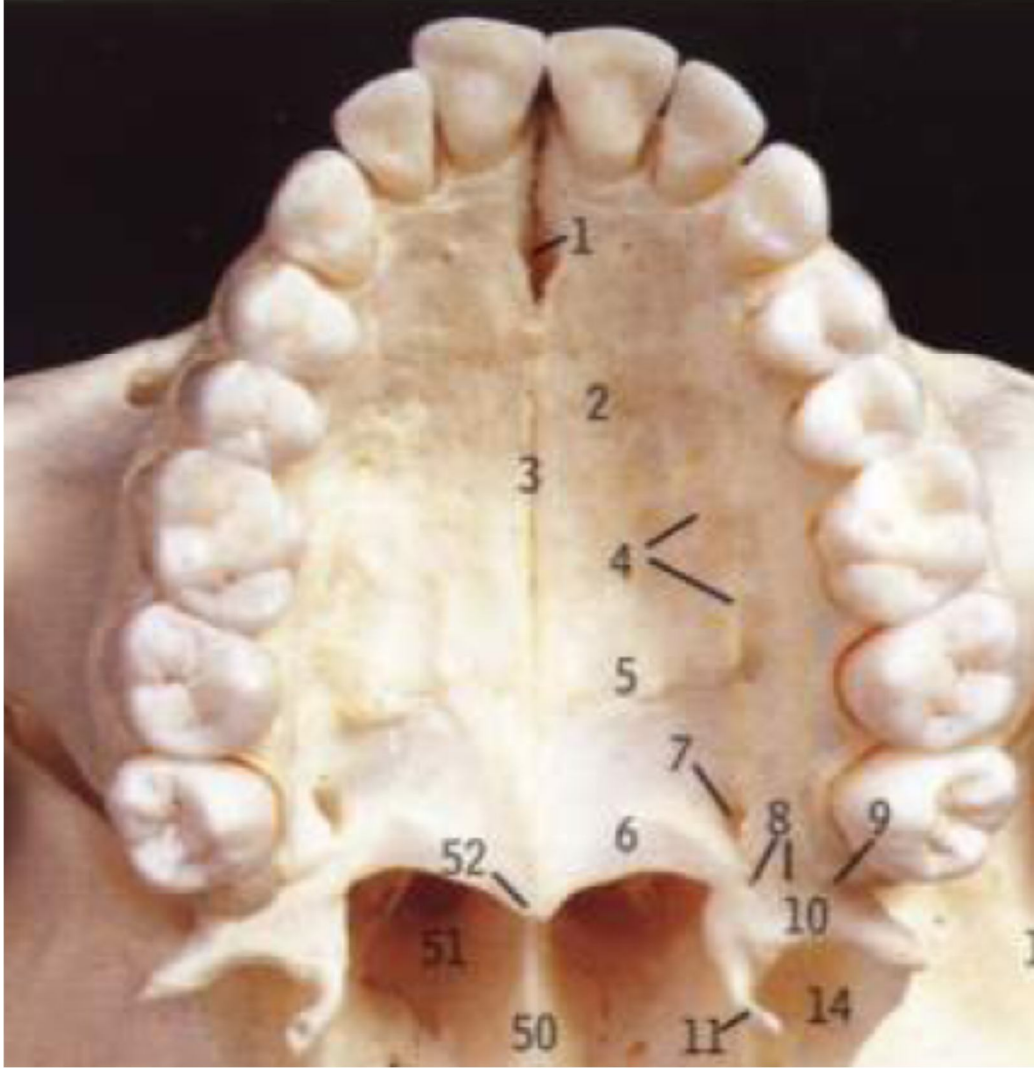
عند اتصال الحنك الأولي بالثانوي على الخط المتوسط تقع الثقبة القاطعة التي يخرج منها

العصب الأنفي الحنكي كما هو موضح في الشكل رقم 1

و كما ذكرنا يتغذى السطح السفلي للحنك الصلب بسمحاق مخاطي قليل المرونة و يملك

في المنطقة الأمامية طيات مجمدة على جانبيه تدعى الأعراف الحنكية كما يحتوي هذا

الغشاء المخاطي على عدد لعابية في المنطقة الخلفية لقبة الحنك (39)



تظهر الصورة البنى التالية (قبة الحنك الصلب) عن McMinn's atlas (37)

- 1-الثقبة القاطعة 2- الناتئ الحنكي للعظم الفكى 3- الدرز المتوسط
- 4- انطباع الشريان الحنكي النازل 5- الدرز الحنكي المعترض
- 6-الصفيحة الافقية للعظم الحنكي 7- الثقبة الحنكية الكبرى 8- الثقب الحنكية الصغرى
- 9-الحدبة الفكية 10- الناتئ الجناحي للعظم الحنكي 11-الشص الجناحي
- 14-الجناح الوحشى للناتئ الجناحي للعظم الحنكي 50- الحاجز الانفي 51- الحفرة الأنفية
- 52-شوك الأنف الخلفي

الشكل رقم 1

الحنك الرخو Soft palat

وهو الجزء المتحرك من قبة الحنك و الذي يرتكز على الحافة الخلفية للحنك الصلب بينما

تبدي الحافة الخلفية الحرة وعلى الخط الناصف بروزا مخروطيا يدعى اللهاة (Uvula)

في حين يتمادى الحنك الرخو في الجانبين مع الجدارين الجانبيين للبلعوم

ويتألف الحنك الرخو من الغشاء المخاطي المغطي له من الناحية الأنفية و الفموية و من

الصفاق الحنكي و العضلات ، أما الصفاق الحنكي فهو عبارة عن صفيحة ليفية ترتكز

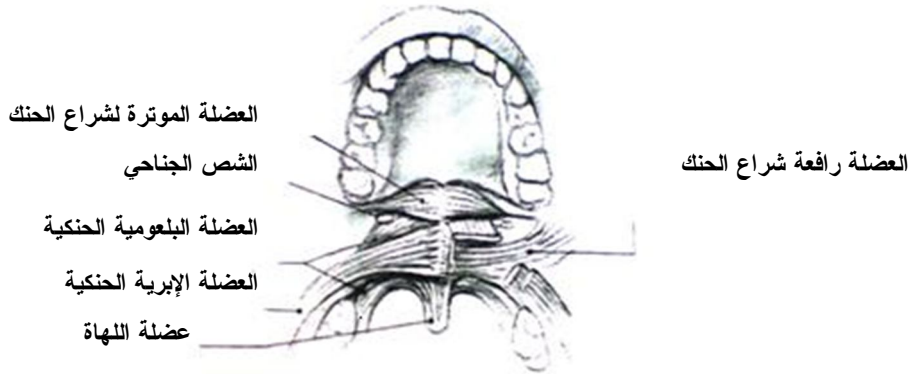
على الحافة الخلفية للحنك الصلب و هذا الصفاق الليفي هو الوتر المتسع للعضلة الموترة

للحنك

عضلات الحنك الرخو

و هي الموترة للحنك و الرافعة للحنك و الحنكية اللسانية و الحنكية البلعومية و عضلة

اللهاة (39) كما هو موضح في الشكل رقم 2



البنية العضلية لشراع الحنك عن lore (36)

الشكل رقم 2

تتقارب الالياف العضلية للعضلة الموترة للحنك عندما تنزل من مكان منشأها ليتشكل وتر ضيق و هذا الوتر يدور نحو الأنسي حول الشص الجناحي ثم يتسع هذا الوتر مشتركا مع الوتر الموجود في الطرف المقابل ليشكلان معا الصفاق الحنكي و عند تقلص العضلتين في الجانبين فهذا يؤدي إلى توتر الحنك الرخو مما يسبب تحركه نحو الأعلى أو نحو الأسفل

تعصيب قبة الحنك

يدخل العصبان الحنكيان الأمامي و الخلفي اللذان هما فرعان للعصب الفكي فرع العصب مثلث التوائم إلى الحنك عبر الصفيحة الأفقية للعظم الحنكي و هما يعصبان الثلثين الخلفيين للحنك الصلب كما يدخل العصب الأنفي الحنكي من النقبة القاطعة ليعصب الثلث الأمامي لقبة الحنك الصلب

بينما يعصب العصب اللساني البلعومي الحنك الرخو

التروية الدموية

من الشريان الحنكي الكبير فرع الشريان الفكي العلوي و من الشريان الحنكي الصاعد فرع الشريان الوجهي و من الشريان البلعومي الصاعد

التصريف اللمفي

و يكون باتجاه العقد اللمفاوية الرقبية العميقة (39)

اسم العضلة	المنشأ	الارتكاز	التعصيب	العمل
العضلة الموترة للحنك	شوكة العظم الوتدي والأنبوب السمعي	تشكل مع العضلة المقابلة الصفاق الحنكي	عصب الجناحية الأنسية فرع العصب الفكي السفلي	تشد وتوتر الحنك الرخو
العضلة الرافعة للحنك	الجزء الصخري للعظم الصدغي والأنبوب السمعي	الصفاق الحنكي	الضفيرة البلعومية	ترفع الحنك الرخو
الحنكية اللسانية	الصفاق الحنكي	على جانب اللسان	الضفيرة البلعومية	تدفع جذر اللسان نحو الأعلى والخلف وتضيق البرزخ الفموي البلعومي
الحنكية البلعومية	الصفاق الحنكي	الحافة الخلفية للغضروف الدرقي	الضفيرة البلعومية	ترفع جدار البلعوم وتدفع الطيات الحنكية البلعومية نحو الأنسي
عضلة اللهاة	الحافة الخلفية للحنك الصلب	الغشاء المخاطي للهاة	الضفيرة البلعومية	ترفع اللهاة

جدول بعضلات الحنك الرخو عن سنل علم التشريح السريري للرأس و العنق (39)

الجدول رقم A

1-2- تشريح اللسان anatomy of Tongue

اللسان هو كتلة من العضلات المخططة يغطيها غشاء مخاطي و يتوضع ثلثاه الأماميان في الفم و ثلثه الخلفي في البلعوم و تربط العضلات اللسان بالناثئ الإبري (Steloid process) و الحنك الرخو في الأعلى و الفك السفلي و العظم اللامي (Hyoid bone) في الأسفل و يقسمه حاجز ليفي ناصف إلى نصفين أيمن و أيسر.

الغشاء المخاطي للسان

يمكن تقسيم الغشاء المخاطي للسطح العلوي للسان إلى جزئين أمامي و خلفي و ذلك لوجود ثلم على شكل حرف V يدعى بالثلم الإنتهائي (Sulcus terminalis) و تكون ذروته للخلف و يميزها وجود وهدة صغيرة تسمى الثقبه العوراء (Foramen cecum) و يقسم هذا الثلم اللسان إلى ثلثين أماميين أو الجزء الفموي و ثلث خلفي أو الجزء البلعومي

و الثقبه العوراء هي بقايا جنينية تدل على مكان النهاية العلوية للقناة الدرقيه اللسانية

(Thyroglossal duct) (39)

و يوجد ثلاث أنماط من الحليمات على سطح العلوي للثلاثين الأماميين من اللسان

1-الحليمات الخيطية (الورقية) 2-الحليمات الكمأية 3-الحليمات الكأسية

أما الغشاء المخاطي المغطي للثالث الخلفي من اللسان فهو خالي من الحليمات لكنه ذو سطح عقدي غير منتظم و ذلك بسبب وجود عقيدات لمفية تحته هي اللوزة اللسانية كما يوضح ذلك الشكل رقم 3 .

أما الغشاء المخاطي للسطح السفلي للسان فهو أملس و يتمادى اللسان مع أرضية الفم بواسطة طية من غشاء مخاطي تدعى لجام اللسان (Frenulum of the tongue).

يمكن مشاهدة الوريد اللساني العميق على الوجه الجانبي لهذا اللجام و ذلك من خلال الغشاء المخاطي و يشكل الغشاء المخاطي وحشي الوريد اللساني طية هديبية أو إصبعية تسمى الطية الخملية (Plica fimbriata) .

عضلات اللسان

تقسم عضلات اللسان إلى مجموعتين 1-داخلية 2-خارجية

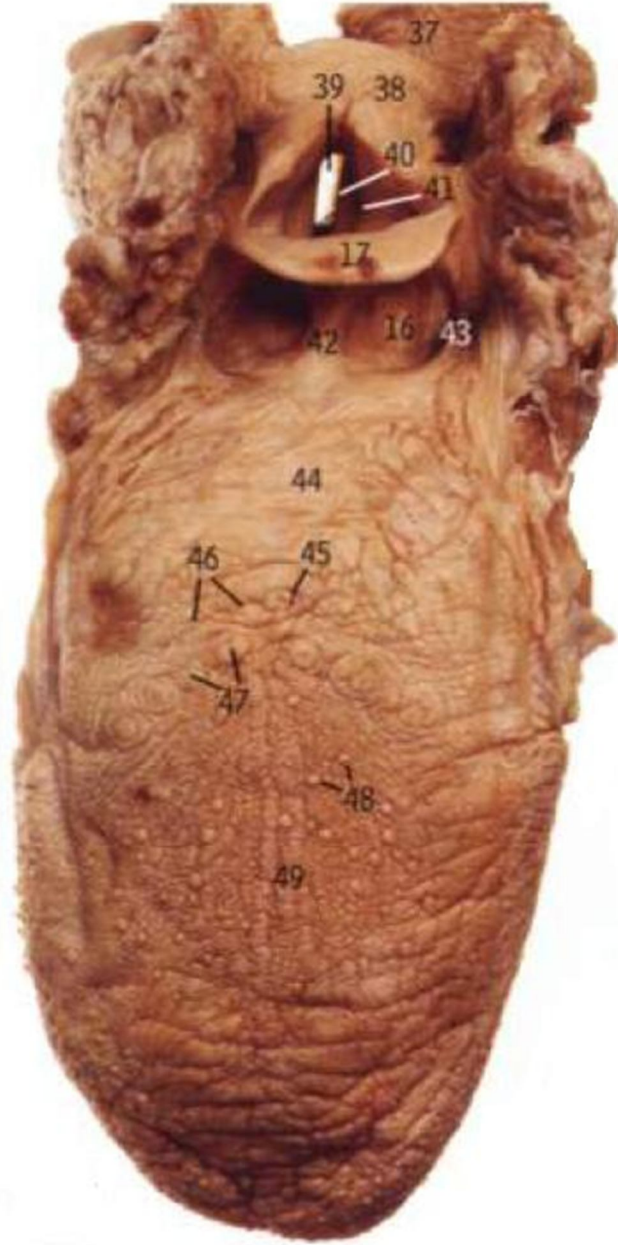
العضلات الداخلية :

و هي مقتصرة على اللسان و لا ترتكز على العظم و تتألف من ألياف طولانية و مستعرضة و عمودية

العضلات الخارجية :

و هي الذقنية اللسانية و اللامية اللسانية و الإبرية اللسانية و العضلة الحنكية اللسانية المرتبطة بالحنك الرخو إن منشأ و ارتكاز و تعصيب و عمل عضلات اللسان موجودة

بالجدول رقم b . (39)



السطح العلوي للسان عن McMinn's atlas (37)

- 44 الثث الخلفي للسان 45 الثقبه العوراء 46 الميزاب الانتهائي
47 الحليمات الكاسية 48 الحليمات الكمنية 49 الخط الناصف للسان

الشكل رقم 3

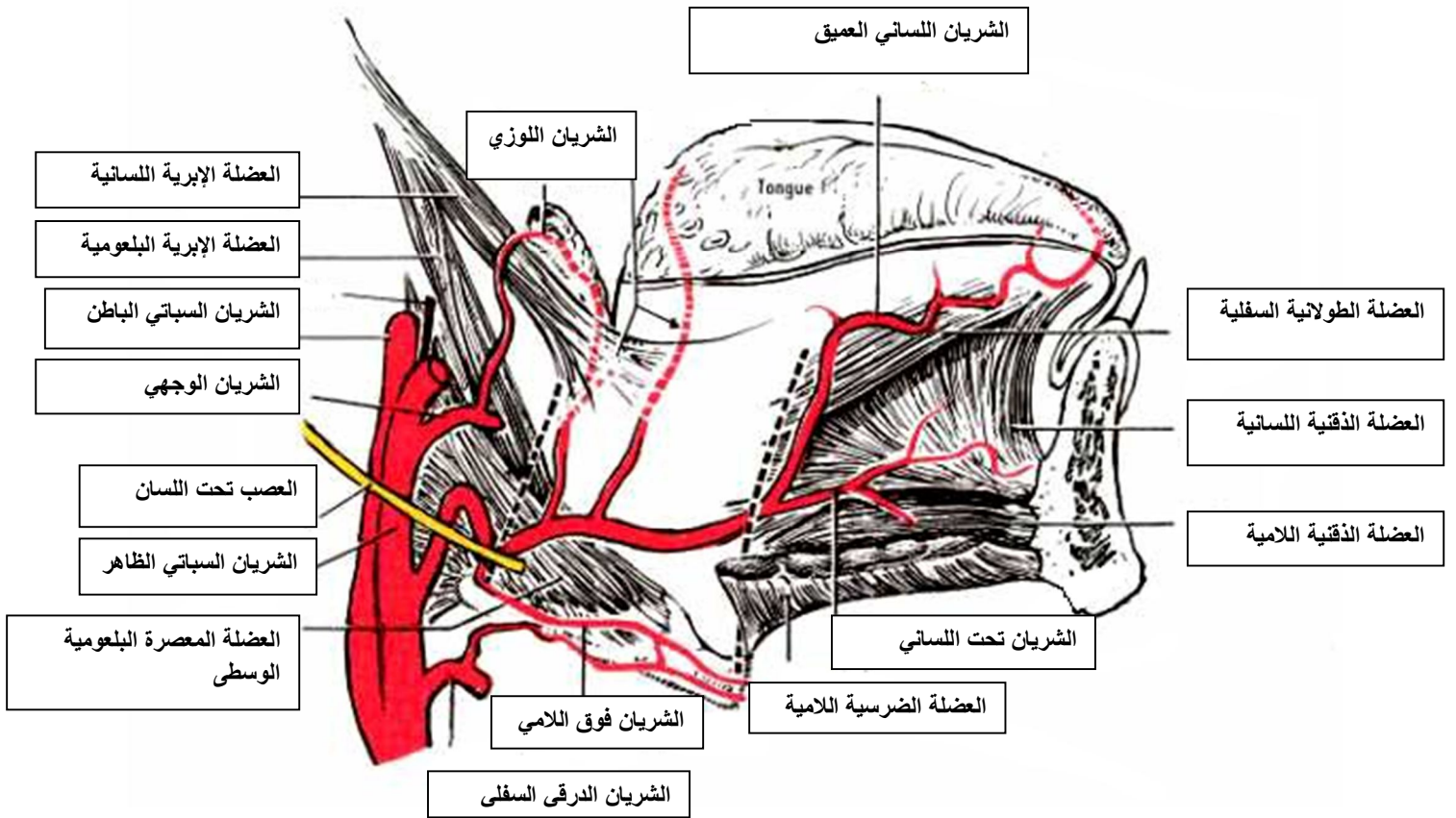
التروية الدموية

يتلقى اللسان ترويته الدموية من الشريان اللساني فرع الشريان السباتي الظاهر و الفرع

اللوزي للشريان الوجهي و الشريان البلعومي الصاعد كما يظهر في الشكلين 4 و 5

أما العود الوريدي فيتم عن طريق أوردة اللسان التي تصب في الوريد الوداجي

الباطن.(39)



تظهر الصورة التروية الدموية للسان عن McMinn's atlas (37)

الشكل رقم 4



تظهر الصورة منشأ الشريان اللساني من الشريان السباتي الظاهر عن Acland's atlas (38)

الشكل رقم 5

التصريف اللمفي للسان

إن ذروة اللسان تنزح إلى العقد اللمفية تحت الذقنية أما باقي الثلثين الأماميين للسان فينزح

إلى العقد اللمفية تحت الفك السفلي و الرقبية العميقة في كلا الجانبين .

و ينزح لمف الثلث الخلفي للسان إلى العقد اللمفية الرقبية في كلا الجانبين .

التعصيب الحسي للسان

يتلقى الغشاء المخاطي المغطي للثلثين الأماميين للسان تعصيبه الحسي العام من العصب

اللساني أما الألياف الذوقية القادمة من الثلثين الاماميين للسان باستثناء الحليمات الكأسية

فنتسير عبر عصب حبل الطبل فرع العصب الوجهي

حركة اللسان

إخراج اللسان (إبرازه)

يتم بواسطة العضلات الذقنية اللسانية في الجانبين عندما تعمل معا

إرجاع اللسان (سحبه)

يتم بواسطة العضلات الإبرية اللسانية و اللامية اللسانية في الجانبين عندما تعمل جميعها
معاً

خفض اللسان

يتم بواسطة العضلات اللامية اللسانية و الذقنية اللسانية في الجانبين عندما تعمل جميعاً
معاً

إرجاع و رفع الثلث الخلفي للسان

تقوم بهذه الحركة العضلتين الإبريتين اللسانيتين و الحنكيتين اللسانيتين في الجانبين عندما
تعمل جميعها معاً (39)

اسم العضلة	المنشأ	الإرتكاز	التعصيب	العمل
– العضلات الداخلية :				
الطولانية والمستعرضة والعمودية	الحاجز الناصف والطبقة تحت المخاطية	الغشاء المخاطي	العصب تحت اللسان	تغير من شكل اللسان
– العضلات الخارجية :				
الذقنية اللسانية	الشوكة الذقنية العلوية لل الفك السفلي	تتدمج مع عضلات اللسان الأخرى	العصب تحت اللسان	تبرز ذروة اللسان نحو خارج الفم
اللامية اللسانية	الجسم والقرن الكبير للعظم اللامي	تتدمج مع عضلات اللسان الأخرى	العصب تحت اللسان	تخفض اللسان
الإبرية اللسانية	الناتئ الإبري للعظم الصدغي	تتدمج مع عضلات اللسان الأخرى	العصب تحت اللسان	تسحب اللسان للأعلى والخلف
الحنكية اللسانية	الصفاق الحنكي	جانب اللسان	الصفيرة البلعومية	تسحب جذر اللسان للأعلى والخلف وتضييق البرزج الفموي البلعومي

جدول بعضلات اللسان عن سنل علم التشريح السريري الرأس و العنق (39)

الجدول رقم B

2-نواسير قبة الحناك

Oro-nasal fistula

Onf

إن من الشائع تشكل النواسير (fistula) بعد إغلاق شقوق قبة الحنك لأسباب عديدة سنأتي على ذكرها لاحقاً و لكن لا ريب من أن وجود نواسير قبة الحنك يشكل معضلة قد تكون صعبة الحل و مزعجة أحياناً للمريض و للجراح على حد سواء .

إن معظم النواسير تظهر فوراً بعيد الإغلاق الأولي نتيجة انهيار حواف الجرح بينما يظهر الجزء الآخر من هذه النواسير بعد المرحلة التقويمية الأولى (ما قبل التطعيم) أي في مرحلة توسيع الفك. (1)

وهناك عدم اتفاق على كون التقويم قد يسبب نكس نواسير قبة الحنك ويطورها أو انه يكشف وجودها فقط وعلى كل حال إن معظم الجراحين يعتقدون أن معظم هذه النواسير موجود مسبقاً وأن التقويم قد قام بكشفها . (1)



تبدي الصورة اليمنى الحالة قبل توسيع الفك العلوي

و تبدي الصورة اليسرى الحالة بعد التوسيع و ظهور الحجم الحقيقي للناسور

عن Indian journal of plastic surgery (7)

الشكل رقم 6

Incidence : 1-2-نسبة الحدوث

تختلفت نسبة حدوث النواسير اختلافا كبيرا وفقا لطبيعة العمل الجراحي المتبع لإغلاق شقوق قبة الحنك أو المتبعة لإغلاق النواسير المتبقية كما يلعب اتساع الشق الأساسي في نسبة حدوث الناسور فيزداد احتمال تكونها كلما ازداد اتساع الشق الأساسي (2) و قد تصل نسبة حدوث النواسير حتى 50 % وفق بعض الدراسات . (3)

(4) هي 3.4 % (Baradach)

Wardill 43%

Furlow 10%

van langenbeck 22% (5)

بتحليل بيانات 129 مريض وجد أن النواسير التالية للإغلاق الأولي تشكلت لدى 30

مريض أي نسبة 23% في نصفهم كان الناسور بقطر من 1 إلى 2 مم لم يؤثر عمر

المريض على حدوث النواسير . (5)

وعلى كل حال إن الإغلاق الأولي قد يؤثر على أي عملية لاحقة حيث كان النكس

نتيجة الإصلاح الثانوي لدى النواسير هي 25% (5) ، و من ثم قد تتراوح هذه النسبة من

36 إلى 69% وفق المحاولات التالية (الثانية والثالثة وأكثر) . (6)

2-2- أسباب حدوث النواسير : Etiology

أما أسباب حدوث النواسير فترجع لعدة أسباب أهمها وجود توتر بالشرائح وإلى وجود خلل بالتروية الدموية كما يعتبر الإنتان أحد الأسباب المعتمدة. (1-7)

وقد ذكر Kilner أن الإنتان المتعلق بفشل الالتحام يتعلق بإنتان خط الجرح وليس بإنتان الشريحة فهو أمر نادر (8).

على كل حال فبعض شقوق قبة الحنك كبيرة جداً و قد لا توجد نسج كافية لإغلاقها وبالتالي نسبة حدوث النواسير تصبح أعلى بكثير حتى مع الأيدي الخبيثة . (1-7)

وقد تحدث بعض الإصابات الوعائية خلال إصلاح قبة الحنك مما قد يسبب فقدان الشريحة كلياً أو جزئياً وهو سبب غير شائع لتطور النواسير .

و من ذلك الاستخدام غير المناسب للمخثر الوعائي خاصة قرب سويقة الشريان الحنكي

الكبير مما قد يؤثر على التوعية الدموية للشرائح المخاطية السمحاقية وبالتالي تشكل

النواسير . (7)

Classification : 3-2 تصنيف النواسير

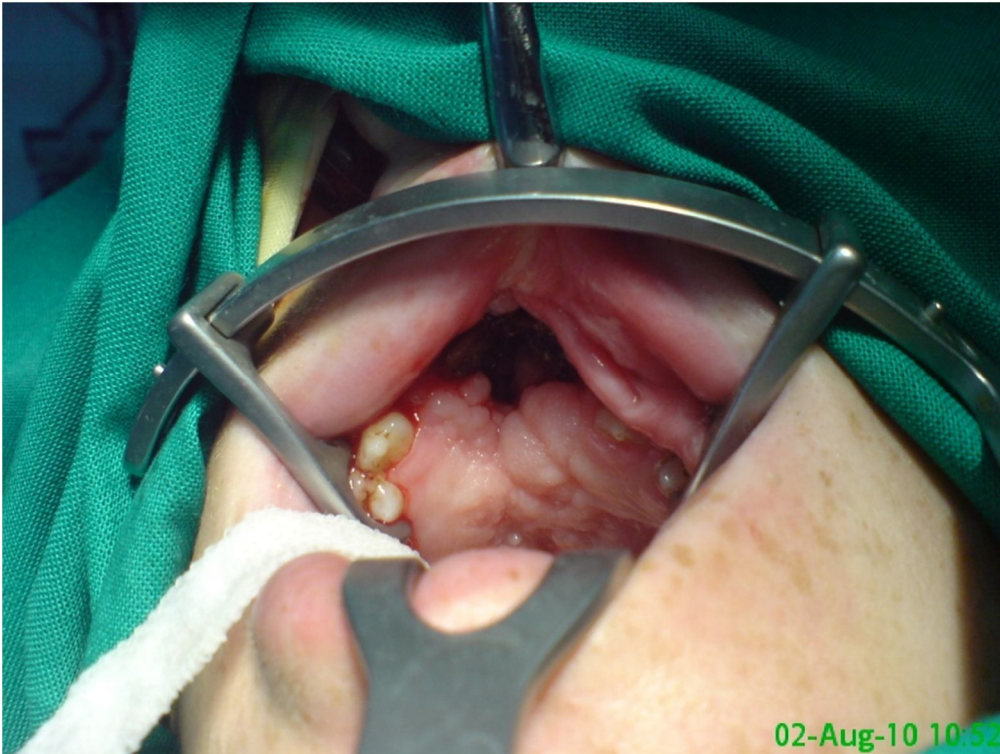
تصنيف النواسير وفق لمكانها ولاتساعها .

وفقاً لانتساعها تعد النواسير

صغيرة أصغر من 2 مم متوسطة 3 إلى 5 مم كبيرة أكبر من 5 مم (9)

أما استناداً للمكان فتصنف إلى نواسير أمامية أو في متوسط قبة الحنك الصلب.

أو عند اتصال الحنك الصلب بالرخو أو في الحنك الرخو . (7)



صورة توضح وجود ناسور أمامي كبير

الشكل رقم 7

2-4- توقيت إغلاق النواسير : Time of closure

يجب أن تكون محاولة إغلاق الناسور على الأقل بعد 6 أشهر من الإصلاح الأساسي

ولكن يبقى التوقيت المناسب لإغلاق النواسير أمر جدلي . (7)

فبعضهم ينصح بإغلاق الناسور فور ظهوره بينما ينصح آخرون بالانتظار عدة سنوات إن

كان ممكناً خاصة لما بعد المرحلة التقويمية الأولى (توسيع الفك العلوي) .

فإن كان الناسور صغيراً لحد 4 مم وغير وظيفي فلا بأس بتركه حتى مرحلة الطفولة أما

إن كان 5 مم فما فوق وذو أثر وظيفي كهروب الهواء من الأنف (تأثر التصويت) ونفاذ

السوائل والطعام من الأنف والمشاكل الصحية المتعلقة بذلك فعندها يفضل إغلاقه مبكراً

لحل هذه المشاكل.

إن على الجراح أن يوازن بين فوائد ومشاكل الإغلاق ليحدد التوقيت المناسب فرغم

وجود فوائد وظيفية لإغلاق النواسير فهناك مشاكل إعاقة النمو وتشكل الندب التي يجب

أن تؤخذ بالحسبان .

كما أن نوع العملية قد يلعب دوراً في تحديد الوقت المناسب في إغلاق النواسير فعلى

سبيل المثال : الشرائح الناحية (كالشرائح اللسانية) تحتاج لمرحلة عمرية أكبر لكي

يتعاون المريض .(1-7)

2-5- ضرورات إغلاق النواسير :

- i. عزل الجوف الفموي عن الأنفي .
- ii. المساعدة على التصويت .
- iii. تشكيل صمامة جيدة لشراع الحنك مع البلعوم (النواسير الخلفية) .
- iv. مساندة النمو الطبيعي للوجه والأسنان (مناطق الشق السنخي) . (10)

2-6- تعددت الطرق المستخدمة في إغلاق النواسير حيث يتأثر اختيار الطريقة المناسبة

ب عوامل عدة كمكان الناسور والتاريخ الطبي للمريض و عمر المريض . (1)

أما هذه الطرق فهي كالتالي :

2-6-1- استخدام الطرق المتبعة في الإغلاق الأولي لشقوق قبة الحنك Redo palat

(1- 7)

كطريقة الشريحتين (Baradach) و التي تعد أحد الطرق الأساسية في إغلاق شقوق

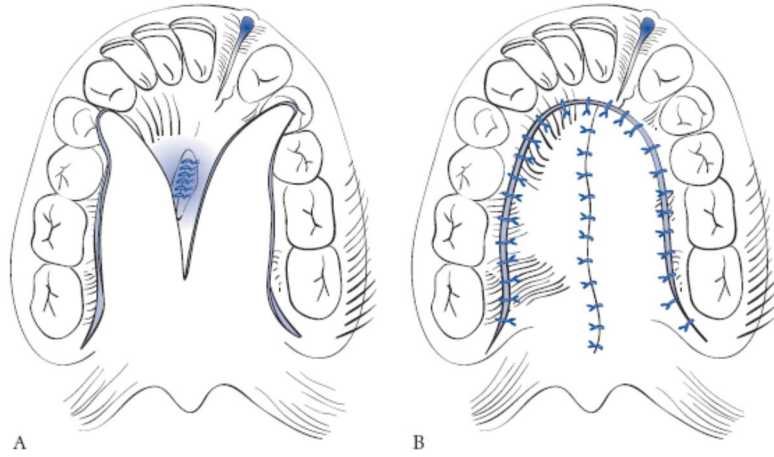
قبة الحنك و تتم هذه الطريقة برفع شريحتين كبيرتين من قبة الحنك بحيث تكون الشرائح

حرة من الأمام و قاعدتها في الخلف

ومن ثم يتم قلب حواف الناسور لتشكل المخاطية الأنفية بينما تقرب الشريحتين

المرفوعتين من قبة الحنك لتخاطان إلى بعضهما على الخط المتوسط لتشكل بذلك

المخاطية الفموية . (1) و يوضح الشكل 8 هذه الطريقة و إجراءاتها .

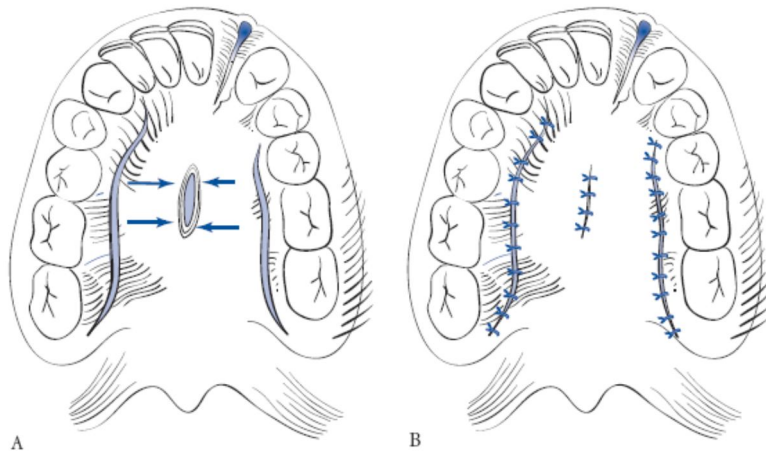


طريقة الشريحتين في إغلاق النواسير (1)

الشكل رقم 8

وطريقة (Van Langenbeck) :

و هي تماما كطريقة الشريحتين سابقة الذكر إلا أن الشرائح المأخوذة من قبة الحنك لا تكون حرة من الأمام و هي مناسبة أكثر في حال كانت النواسير في المنطقة المتوسطة لقبة الحنك (1). و يبين الشكل 9 هذه الطريقة

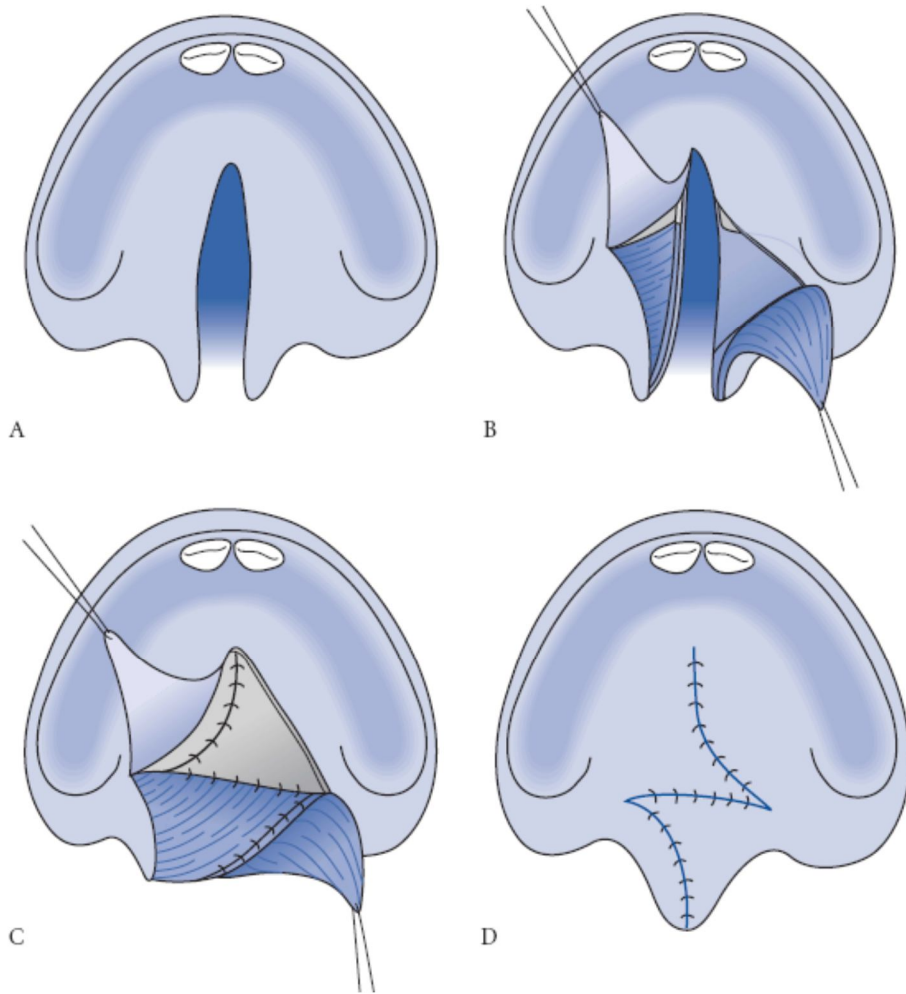


طريقة van langenbeck في لإغلاق النواسير (1)

الشكل رقم 9

وطريقة (Z-plasty)

و هي أكثر استخداما في حال النواسير الخلفية و تتم هذه الطريقة بأخذ شريحتين كبيرتين مثلثتي الشكل من كلا الطرفين و من ثم خياطتهما على بعضهما بحيث يكون رأس كل شريحة عند قاعدة الشريحة المقابلة (1) ، و هي موضحة في الشكل 10

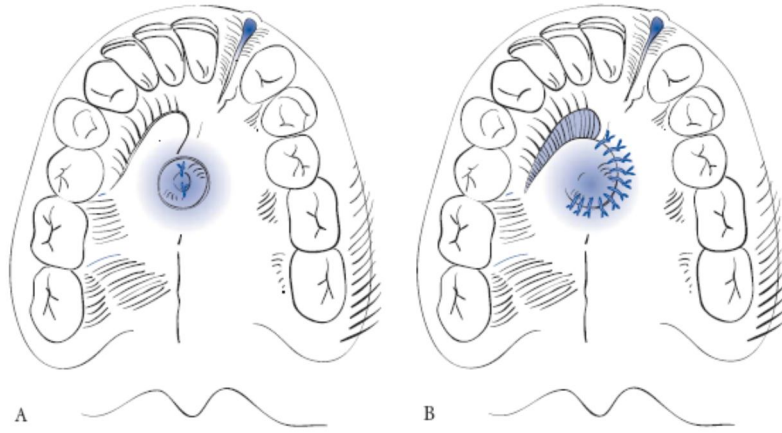


توضح الصور استخدام طريقة z plasty في إغلاق شقوق المنطقية الخلفية لقبه الحنك و بنفس الأسلوب يمكن إغلاق النواسير ذات الموقع الخلفي (1)

الشكل رقم 10

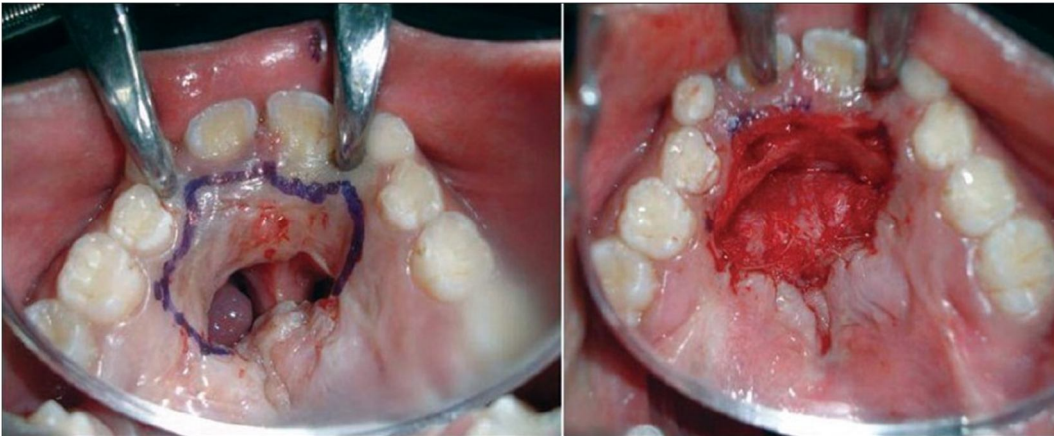
2-6-2- استخدام الشرائح المزاحة من قبة الحنك : Local flap

وهي شائعة الاستخدام غلا انها محدودة النتائج لكون النسيج المجاورة للناصور نديبية و قليلة التروية الدموية وقليلة المرونة كما أنها لا تكون كافية للنواسير الكبيرة و هذه الطريقة تعطي أكبر نسبة نكس من بين الطرق المختلفة . (7-14)



رسم تخطيطي لاستخدام الشرائح المزاحة (1)

الشكل رقم 11



استخدام الشرائح المزاحة في إغلاق نواسير قبة الحنك عن Indian journal of plastic surgery (7)

الشكل رقم 12

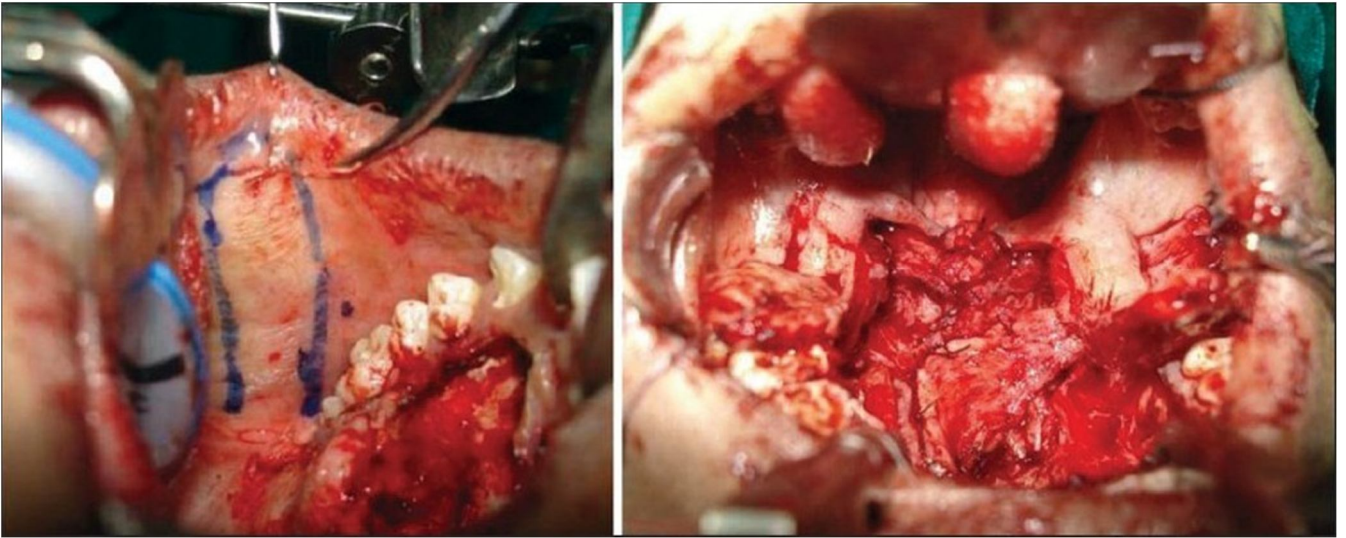
تم الإغلاق هنا بطبقة واحدة

2-6-3- شريحة مخاطية شدقية : Buccul mucosal flap

وصفت هذه الطريقة من قبل Mukherji (11) الذي استخدمها للإصلاح الأولي لقبة الحنك عندما تكون قبة الحنك قصيرة .

وتكون هذه الطريقة مفيدة حين تكون النواسير عند اتصال قبة الحنك الصلب بالرخو مع كون الشق الأصلي عريضا حيث تكون هذه الشريحة ذات قاعدة خلفية ويمكن أن تمتد قاعدتها لقرب المثالث خلف الرحوي مع إمكانية امتداد الحدود الأمامية لهذه الشريحة حتى قرب الصوار الفموي مع الانتباه إلى حليلة فوهة قناة الغدة النكفية .

كما يمكن أخذ جزء من العضلة الشدقية حيث يشار عندها للشريحة باسم (الشريحية العضلية المخاطية الشدقية) . (11)



توضح الصورة اليسرى تخطيط الشريحة المخاطية العضلية الشدقية بينما تبين الصورة اليمنى تمرير الشريحة تحت مخاطية قبة الحنك المقابلة للأرجاء الخلفية لإيصال الشريحة إلى مكان الناسور و خياطتها مكانها

عن Indian journal of plastic surgery (7)

الشكل رقم 13

2-6-4- شريحة مخاطية عضلية / مخاطية من باطن الشفة :

Mucosal/myomucosal flap from the under-surface of the lip

وهي مفيدة للنواسير الأمامية بشكل أساسي و يمكن أن تمتد حتى 3—4 سم في قبة الحنك

وتمرر هذه الشريحة عبر الشق السنخي وصولاً إلى الناسور كما يمكن أخذها ثنائية

الجانب لإغلاق الناسور والشقوق السنخية في حال كونها ثنائية الجانب.

وقد تكون هذه الطريقة مميزة في حال فقد الأسنان الأمامية مع كون الناسور أمامي

التوضع مما يسهل العمل الجراحي و يقلل توتر الشريحة.

و هذه الشريحة ذات تروية دموية جيدة كما تعتبر رقة هذه الشريحة ميزة كبيرة بالمقارنة

مع الشرائح الناحية الأخرى كالشريحة اللسانية و الشدقية .

وتبقى هذه الشريحة على اتصال بقاعدتها من جهة الشفة حتى تأخذ ترويتها الدموية من

قبة الحنك (ثلاثة أسابيع) و من ثم يتم فصلها عن قاعدتها .

كما تمتاز هذه الطريقة بعدم حاجتها لطرق تثبيت أخرى غير خياطتها في مكانها كبقية

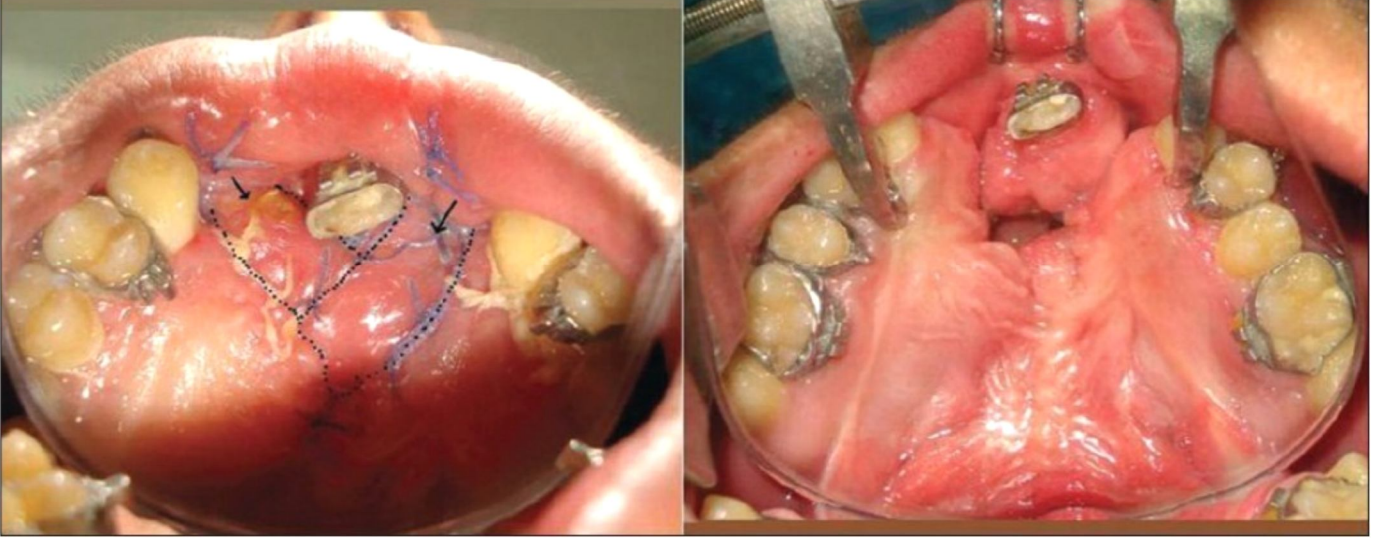
الشرائح الناحية ذلك لكونها لا تتعلق بحركة الفك السفلي كالشريحة اللسانية أو بالإطباق

كالشريحة الشدقية .

يمكن استخدام هذه الشرائح لإغلاق الشقوق السنخية مع التطعيم العظمي لهذه الشقوق في

نفس الوقت . (7)

السيئة الاساسية لهذه الشريحة هي كونها تسبب غياب الميزاب الدهليزي بالإضافة لكون باطن الشفة في بعض الأحيان ذو نسيج ندبية شديدة لدى مرضى شقوق الشفة خاصة ثنائية الجانب مما يصعب التعامل مع هذه النسيج و قلة مرونتها في هذه الحالات . (7)



تظهر الصورة اليمنى الناسور الأمامي مع الشقوق السنخية و تظهر الصورة اليسرى الشريحة المأخوذة من باطن الشفة العلوي عن Indian journal of plastic surgery (7)

الشكل رقم 14

2-6-5- الشريحة اللسانية: Tongue flap

حيث ذكرت هذه الطريقة منذ 50 سنة تقريباً من قبل Gerrero-Santos 1966

وهي جيدة التحمل من قبل المريض ولا تحتاج إلى أنبوب تغذية . (12)

الشرائح اللسانية متعددة الأشكال فهي ذات قاعدة أمامية أو جانبية أو خلفية. (1)

ولعل الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية هي الأكثر تحملاً لدى المريض فهي تسمح

بحركة أكبر للسان مما يخفف خطر تمزق الشريحة و انفصالها عن مكانها . (7)

و الميزة الأخرى لكون الشريحة ذات قاعدة أمامية هي التروية الدموية الأفضل التي تتمتع بها هذه الشرائح مما يحسن فرص نجاتها حيث يدخل الشريان اللساني - مارا بالسطح السفلي للسان - من ذروة اللسان ليتوزع تحت مخاطية اللسان لتزويد الثلثين الأماميين لسطح اللسان بالتروية الدموية الكافية عبر شبكة من الأوعية الدموية تكون تحت المخاطية و فوق العضلات اللسانية مباشرة . (13)

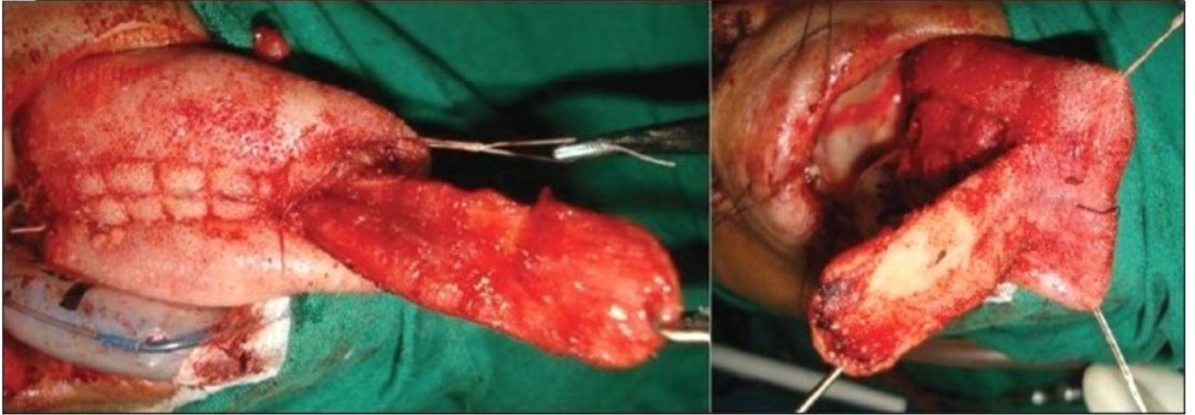
و يجدر بالذكر أن الميزة الكبرى لهذه الشريحة هي توفيرها كمية معتبرة من النسج لتغطية الناسور مهما كان الضياع المادي كبيرا مما يعطي الجراح راحة في تحضير حواف الناسور لتجنب النسج الندبية ذات المرونة و التروية الدموية الضعيفة . (1)

كما يسهل هذا الأمر قدرة الجراح على استئصال أورام قبة الحنك بهامش أمان جيد مع علمه بإمكانية ترميم مكان الاستئصال مباشرة و بكفاءة عالية. (15)

و يجدر الذكر أنه بالإمكان استخدام الشرائح اللسانية في بناء النسج الفموية كالخد و قبة الحنك و غيرها لدى المرضى المعالجين كيميائيا . (13 - 15)

لا تسبب الشرائح اللسانية أي عقابيل تؤثر بشكل سلبي على النطق أو الذوق أو حركة اللسان . (6-15-21-22)

ذلك أن حركة اللسان بحرية و كفاءة أهم مما تبقى من كتلة اللسان كما أن تجنب ذروة اللسان أمر أساسي في إبقاء سلامة النطق و الذوق . (15-21)



الصورة السفلية اليمنى تبدي أخذ الشريحة من اللسان

الصورة السفلية اليسرى تبدي إغلاق مكان الشريحة من اللسان

الصورة العلوية تبدي الإغلاق التام للناسور بالشريحة اللسانية عن (7) Indian journal of plastic surgery

الشكل رقم 15

2-1-6- شرائح من العضلة الصدغية (19) Temporoparietal galeal flap

باستخدام شرائح من العضلة و اللفافة الصدغية لإغلاق نواسير قبة الحنك الخلفية .

2-1-7- الشريحة العضلية المخاطية مع الشريان الوجهي:

Facial artery myomucosal flap

وصفت هذه الطريقة من قبل (Pribaz et al. 1992) وهي مفيدة بشكل أساسي

بالنواسير الأمامية التي تمتد حتى المنطقة الوسطى لقبة الحنك بحيث تكون قاعدة الشريحة

عند جناح الأنف و عرضها من 2.5 إلى 3 سم . (16)

2-1-8- النسيج الحرة المنقولة: Free tissue transfer

(Eufinger H, Machtens E. 2002) كالشرائح الحرة المأخوذة من فروة الرأس (17)

بالإضافة إلى هذه الطرق الجراحية فقد ذكرت الشرائح المعتمدة على القرينات الأنفية

turbinate flap من قبل (Penna et al.) (18) .

وأيضاً ذكرت القوالب الجلدية اللاخلوية acellular dermal matrix من قبل

(Losee et al.) (20) .

كما ذكر استخدام مواد صناعية كالذهب و التيتانيوم و بولميرات الاكريليت

و أيضا استخدام مواد حيوية كالكولاجين و الفيبرين . (23)

ولا بد من الإشارة لاستخدام السدادات الإكربيلية كحل غير جراحي مؤقت أو دائم .

وتترافق هذه السدادات الإكريلية إما مع الأجهزة التعويضية المتحركة أو الأجهزة
التقويمية. (7)



الصورة العلوية اليمنى تظهر حجم الناسور

الصورة العلوية اليسرى تظهر فقد الأسنان الامامية المرتبطة بالناسور

الصورة السفلية اليسرى تظهر شكل الجهاز المتحرك المغلق للناسور

الصورة السفلية اليمنى تظهر الجهاز المتحرك سريريا

عن Indian journal of plastic surgery (7)

الشكل رقم 16

3- الشريحة اللسانية

Tongue flap

3-1-تاريخ استخدامها :

عرفت هذه الطريقة منذ 50 سنة على يد Guerrero-Santos (10) 1966 ثم تتالى الباحثون بعدها لاستخدام هذه الشريحة والتعديل عليها كالتالي:

Guerrero-Santos, J., and Altamirano J. T. 1966.

و هو أول من استخدم هذه الطريقة لإغلاق نواسير قبة الحنك و قد استخدمت هذه التقنية لديهم لمدة عشر سنوات حيث كانت نسبة النجاح لديه 84% و قد أكد على أن دعم الشريحة عنصر أساسي للشفاء (12)

Ian T. Jackson 1972 .

و قد ذكر أن هذه الطريقة جيدة في حال النواسير الكبيرة بينما فضل الشرائح الموضعية و الخدية في حال النواسير الصغيرة (24)

و الذي علق الشريحة من نروتها بقاعدة الأنف (25) , Hansen et. al. 1975 ,

حيث استخدم الشريحة اللسانية بقاعدة خلفية (25) , Guerrero-Santos, J. 1979 ,

حيث اعتبر أن هذه الطريقة هي الأفضل لتصحيح , Carreirão S, Lessa S. 1980 ,
نواسير قبة الحنك فقد استخدم هذه الطريقة لدى ثلاثة عشر مريضا (26)

و ذلك بنسبة نجاح 84% و قد ذكر تحسن النطق في تسع من , Pigott et. al. 1984
عشرين حالة تمت معالجتهم بهذه الطريقة بينما كان النجاح لدى سبعة عشر مريضا (27)
حيث ذكر جودة هذه الطريقة في إغلاق نواسير قبة الحنك , Kurt-W. Bütow 1986
خاصة الناكسة منها . (28)

قد ذكر أن سيئة هذه الشريحة الأساسية هي ضخامتها (25) , Posnic et. al. 1987
و قد استخدم هذه الشريحة بسماكة 3ملم و هي أقل سماكة , Antorio Guedes 1993
ممكنة في استخدام الشرائح اللسانية مع ضمان أخذ طبقة عضلية بالشريحة (25)

حيث استخدم شرائح لسانية كبيرة لإغلاق عيوب قبة , Hopckins et. al. 1999
الحنك بغض النظر عن أسبابها و كانت نسبة النجاح لديه 90% (29)

حيث استخدم الشريحة اللسانية مع التطعيم الحرقفي للشقوق , Myung –Jin 2000
السنخية بمرحلة واحدة و كانت النتيجة لديهم 100 % . (30)

وقد اعتبرا هذه الطريقة آمنة و فعالة خاصة , Guzel M Z, Altinats F. 2000
للنواسير الامامية لقبة الحنك فقد كانت نسبة النجاح لديهما 100% (31)

حيث كانت نسبة النجاح لديه 87% و قد استخدم , S Abdullahi et. al. 2007
الشرائح اللسانية بسماكة 3-5 ملم و لم يلاحظ في حالاته أي تأثير على الذوق . (10)

استخدم هذه الطريقة مع التطعيم الحرقفي لدى 5 مرضى وقد , Sa'ndor Gk. 2010
ذكر بأن هذه الطريقة جيدة في حال النواسير الكبيرة و قلة النسيج الرخوة حول الناسور و
لكنها موثرة جدا للمريض . (33)

كما ذكرنا فقد استخدمت الشرائح اللسانية منذ أكثر من خمسين سنة و ذلك لتقديم هذه
الشرائح كما جيدا من النسيج ذات التروية الدموية الجيدة (7)

3-2- محاسنها (13) :

- عدم استخدام النسيج المجاورة للعيب المراد تصحيحه
- توفير كمية كبيرة من النسيج
- تروية دموية ممتازة
- الخطورة الإمرضية بالحد الأدنى
- يمكن استخدامها لدى المرضى المعالجين بالأشعة
- إمكانية استخدامها لتغطية عيوب عدة أماكن في الفم

3-3- مساوئها (13) :

- كونها ذات سماكة و كتلة كبيرة
- ضرورة تقييد حركة اللسان حتى يتم الشفاء
- بحاجة لتعاون المريض و بالتالي فهي غير مناسبة للفئات العمرية الصغيرة

3-4- تصميم الشريحة (1) :

جانبيه القاعده

خلفيه القاعده

أماميه القاعده

من السطح الباطن

و يجب الأخذ بعين الاعتبار :

- موقع و حجم العيب المراد إصلاحه
- موقع و اتجاه التروية الدموية للسان
- منع إحداث شد أو توتر في الشريحة منعا لانفصالها أو تمزقها (10-13)

إن الأساس في نجاح هذه الشرائح هو التخطيط الجيد لها بحيث تغطي مكان العيب دون شد أو انطواءات أو تمزق و يجب أن يكون حجم الشريحة أكبر من المطلوب خاصة في الطول . (15)

و على كل فهناك بعض الأساسيات لا بد من ذكرها عند تخطيط الشرائح اللسانية :

- قاعدة الشريحة من 2-3 سم (13) و هناك من ذكر بكونها قد تشمل ثلثي عرض اللسان . (30)
- طولها بما يكفي لإغلاق العيب مع وجود سويقة تسمح بحركة اللسان لا تقل عن 1 سم (10-13-30)
- قد يصل طول الشريحة إلى 5-6 سم (حتى الحليمات الكأسية) (10-30)

- يجب المحافظة على ذروة اللسان سليمة (الابتعاد عنها 1-2سم) (13-30)
- يجب الابتعاد عن الحليمات الكأسية في تصميم الشريحة
- سماكة الشريحة عادة حوالي 5 مم و تشمل المخاطية و طبقة عضلية تحتها (30)
- إلى انه قد ذكر أنه قد أخذ حتى ثلثي سماكة اللسان (12) بينما ذكرت إمكانية الحصول على هذه الشرائح بسماكة 3 ملم كحد أدنى دون تأثر التروية الدموية (25) مع التأكيد على أخذ طبقة عضلية ضمن الشريحة لحماية ترويتها الدموية .
- الانتباه لمنع تشكل ورم دموي من مكان أخذ الشريحة بالإرقاء الدقيق (13)
- فور رفع الشريحة يمكن جعلها معرض بعمل شق طولي في الطبقة العضلية لباطن الشريحة على الخط المتوسط . (13)
- يمكن عمل امتدادات إصبعية للشريحة بحيث نغلق من خلالها الشقوق السنخية إن وجدت تمهيدا للتطعيم السنخي لاحقا أو تزامنا مع التطعيم السنخي . (30)

3-5- التطبيقات السريرية للشريحة اللسانية (13) :

(a) البناء التالي لاستئصال الأورام من البنى الفموية

حيث تعطي هذه الطريقة في البناء راحة للجراح ليتمكن من استئصال الكتلة أو الآفة

المراد إزالتها بهامش أمان جيد

(b) إغلاق النواسير

خاصة في حالات النواسير الكبيرة و ذات النكس المتكرر

(c) بناء قاع الفم

و ذلك بشريحة لسانية من السطح الباطن للسان

(d) إغلاق الشقوق السنخية

و قد يترافق ذلك مع التطعيم السنخي أو كتضير لتطعيم سنخي لاحق

(e) بناء المخاطية الشدقية

إن كان التعويض عن المخاطية فقط أو بعض أو كل الطبقات التشريحية فيمكن ذلك

باستخدام شرائح لسانية

حيث يمكن لمخاطية اللسان التعويض عن المخاطية الشدقية و الطبقة العضلية المأخوذة

مع الشريحة يمكن أن تحل محل الطبقة العضلية الشدقية بينما يتم ترميم الخد من الخارج

بشريحة من الجبهة أو بشريحة كبيرة جلدية عضلية صدغية

(f) بناء الشفة العلوية و السفلية

خاصة استخدام الشرائح من السطح الباطن للسان لترميم الحافة القرمزية

(g) تصحيح عيوب الحنك الصلب أو الرخو

و ذلك لتشكيل الطبقة الفموية في إغلاق هذه العيوب و قد تشارك هذه الطريقة مع شرائح

بلعومية لتصحيح عيوب الحنك الرخو الكبيرة

(h) بناء السويقات اللوزية (13)

كما ذكرنا سابقا فإن الشرائح اللسانية قد استخدمت من أكثر من خمسين سنة لإغلاق نواسير قبة الحنك (12) و قد استخدمت الشريحة اللسانية أمامية القاعدة و خلفية القاعدة على حد سواء إلا أن الشرائح اللسانية خلفية القاعدة كانت أصعب من حيث التعامل معها و خياطتها مع قبة الحنك و الحفاظ عليها في مكانها فكانت أكثر عرضة للانفصال عن قبة الحنك أو التمزق بسبب حركة اللسان . (15)

كما ثبت أن الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية أفضل من حيث التروية الدموية كما فضلت الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية على الشرائح اللسانية ذات القاعدة الجانبية لنفس الأسباب . (13)

كما أنه يفضل أن تكون الشريحة اللسانية متناظرة بالنسبة للخط المتوسط للحصول على أكبر قدر ممكن من التروية الدموية للشريحة اللسانية . (30)

فبعد تحضير حواف الناسور و قلبها لتشكل المخاطية الأنفية نقوم بتخطيط الشريحة اللسانية بحسب الحاجة و فق المبادئ التي ذكرناها سابقا من حيث الأبعاد و السماكة و من ثم تخاط الشريحة إلى مكانها في قبة الحنك و تترك الحافة الخلفية للناسور بدون خياطة مع الشريحة لعدم إمكانية ذلك عمليا لذا تترك هذه المنطقة

لتنندب بالمقصد الثاني بينما ذكر استخدام إبرة ريفردان لخياطة الشريحة اللسانية مع المخاطية الأنفية للناصور و ذلك لتقليل الفراغ بين الشريحة و حواف الناصور (المسافة الميتة Dead space) . (30)

إن ثبات الشريحة أثناء فترة الشفاء أمر أساسي لضمان التحام الشريحة بحواف الناصور و بالتالي إغلاقه و تعود أسباب انفصال الشريحة عن مكانها إلى :

(a) حركة اللسان

(b) قوة الجاذبية

(c) تشكل ورم دموي بين الشريحة و سريرها

(d) و بشكل نادر الانتان (35)

وسنذكر بالتفاصيل الآن الطرق المستخدمة في تثبيت الشريحة مكانها :

1- الطريقة البسيطة بخياطة الشريحة اللسانية مع النسج حول الناصور (30)

2- الطريقة المزودة بخياطة الشفة العلوية مع ذروة اللسان بالإضافة لخياطة الشريحة بحواف الناصور (12) .

3- طريقة تثبيت ثلاثية فبالإضافة لما سبق تثبيت حواف اللسان مع زاوية الفك بأسلاك كيرشندر (15) .

4- طريقة Walzed tongue flap (15) حيث تؤخذ الشريحة اللسانية على ثلاثة مراحل:

أ- أخذ الشريحة اللسانية و وصلها بالخد بعد تشكيل سرير لها

ب- فصلها عن اللسان و وصلها بمكان الناصور

ت- فصلها عن الخد

5- و أخيرا فقد استخدمت جبيرة من الألمنيوم (34) و السيليكون (35) مع خياطة معلقة لها

لتنشيت الشريحة مكانها .

و في ما يلي الجدول رقم C الذي يوضح طرق التنشيت المتبعة وفقا للباحثين :

Guerrero-Santos and Altamirano,	1966	بالتنشيت بالعري السلكية بين السنينة + تنشيت ذروة اللسان إلى الشفة العلوية
Gerrero-Santos et. al.,	1969	أسلاك كيرشنر لتنشيت اللسان إلى زاوية الفك
Kruchinskyi,	1972	تنشيت جوانب اللسان مع الضواحك
Hochstein,	1977	جهاز كابح الذقن
Garreirao and Lessa,	1980	تكون الشريحة أكبر مع سويقة أطول
Steinhauser,	1982	تنشيت بالأقواس بين فكين
Argamaso,	1990	خياطة معلقة لسويقة الشريحة مع قبة الحنك
Thind et. al.,	1992	خياطة اللسان مع قاع الفم
Guzel and Altintas,	2000	خياطة مثبتة للشريحة بخيوط نايلون 3-0 مع اللثة وعبر أو حول الأسنان

جدول يبين الطرق المتبعة بتنشيت الشريحة اللسانية مكانها وفق الباحثين (35)

الجدول رقم C

كما اختلف في الفترة المناسبة لفصل الشريحة عن اللسان ، وعلى كل فغن معظم

الجراحين المستخدمين لهذه الطريقة اعتمدوا على ثلاثة أسابيع كفترة زمنية لفصل

الشريحة عن مكانها . (30)

يتم التأكد من كون الشريحة اللسانية قد أخذت ترويتها الدموية من قبة الحنك و ذلك
بالحفاظ على لونها الوردي عند الضغط على سويقة الشريحة و عندها نقوم بفصل
الشريحة عن اللسان و إعادة خياطة السويقة إلى اللسان .

وأخيراً ذكر بأن فصل الشريحة عن قاعدتها يتم تحت التخدير العام باستخدام التنبيب
الأنفي القصبي بواسطة الألياف الزجاجية . (30)

اختلاطات العمل الجراحي :

الورم الدموي- إعاقة مجرى التنفس - فشل الالتحم و بالتالي نكس الناسور - الرعاف -
الآلم أحيانا (10 - 30)

لم يسجل أي تأثير سلبي على الذوق أو النطق . (10-15-22-30)

إذا فهل تقدم الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية الغرض المطلوبة منها بإغلاق نواسير

قبة الحنك الأمامية وما مدى فعاليتها و ما حدود إمكانية استخدامها و هل محاسنها تفوق

سيئاتها

الباب الثاني

المواد و الطرائق

Material and methods

1- العينة : Sample

تتألف العينة لدينا من اثنا عشر مريضاً يعانون من نواسير أمامية - في منطقة الثقب القاطعة- في قبة الحنك و قد تم اختيارهم بحيث يكونوا أنهم المرحلة التقويمية الأولى (توسيع الفك العلوي) وأن تكون أعمارهم فوق 8 سنوات وذلك حرصاً على تعاون المريض يتوزع المرضى بين سبعة ذكور و خمس إناث و كانت أقطار النواسير لديهم من 13 ملم و حتى 45 ملم و ذلك من أ عرض منطقة من الناسور .

كما هو موضح في الجدول التالي

الحد الأعلى	الحد الأدنى	الحد الأعلى	الحد الأدنى	عدد المرضى	جنس المريض	المتغير المدروس
لقطر الناسور	لقطر الناسور	للعمر	للعمر			
45	13	19	9	7	ذكر	عمر المريض (بالسنوات)
34	17	20	14	5	أنثى	

- جميع هؤلاء المرضى كانت لديهم محاولات سابقة لإغلاق هذه النواسير تتراوح

من مرة واحدة إلى 4 مرات .

- جميع المرضى لا يعانون من مشاكل صحية تمنع من إجراء أي تدخل جراحي تحت التخدير العام أو تكون معيقة للشفاء .
 - وقد تم شرح الإجراء الجراحي المراد استخدامه بأسلوب بسيط لهؤلاء المرضى وذويهم مع إيضاح مخاطر و فوائد هذا الإجراء.
- لقد تم ملء استمارة خاصة لكل مريض لتسجيل بياناته الشخصية و المشاهدات و التطورات اللاحقة

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم جراحة الفم والوجه و الفكين

استمارة بحث

التاريخ

الرقم

الجنس

العمر

اسم المريض

مكان الإقامة

مكان وتاريخ الولادة

الأمراض العامة إن وجدت

الأدوية المتناولة حالياً

هل يعاني المريض من تناذر ما

هل توجد سابقة عائلية كمرضى شقوق

هل توجد صلة قرى بين الأبوين

ما الأعراض التي يعاني منها المريض حالياً

هل يوجد تعاطي للتدخين أو الكحول

قطر الناسور باللملم من أعرض مكان فيه

هل يوجد شقوق سنخية مرافقة (أحادية أم ثنائية الجانب)

هل أجريت عمليات سابقة لإغلاق الناسور (كم مرة مع ذكر التواريخ)

تاريخ إجراء عملنا الجراحي

المتابعة :

المشاهدة بعد يومين (عند تخريج المريض من المشفى)

المشاهدة بعد أسبوع من العمل الجراحي

المشاهدة بعد ثلاثة أسابيع من العمل الجراحي

المشاهدة بعد ثلاثة أشهر من فصل الشريحة عن اللسان

وجود ناسور ناكس - الفحص العياني - (قطره) اختبار النفخ و الأنف مغلق

اختلاطات العمل الجراحي خلال أول أسبوع بعد العمل الجراحي

هل شعر المريض بتغير بالنطق أو الكلام بعد ثلاثة أشهر من فصل الشريحة عن اللسان

هل المريض راض عن النتيجة و إن كان غير راض فلماذا

2- تحضير المريض للعمل الجراحي : Preoperative preparation

التحاليل المطلوبة قبل العمل الجراحي :

الزمرة الدموية و الهيموغلوبين و الهيماتوكريت و زمن البروترومبين و زمن النزف و

تعداد الصفائح وصور صدرية لمريض واحد مدخن

كما يطلب من كل مريض إحضار استشارة طبية لإمكانية العمل الجراحي تحت التخدير

العام

لم يطلب من أي مريض أخذ أي دواء قبل العمل الجراحي

3- الأدوات المستخدمة : Material

مخثر كهربائي – مشارط بشفرة 15 – رافعة سمحاق – حوامل إبر – بنسات – فانتح

الفم الخاص بالشقوق و روافع السمحاق الخاصة بشقوق قبة الحنك. خيوط 3-0 حرير –

خيوط 4-0 فيكريل – ماصة جراحية – مقص – مقص تسليخ – مبعد فارابوف .



تظهر الصورة الأدوات الجراحية المستخدمة و هي المقصات و روافع السمحاق و مبعدات و المبعد الخاص لشقوق قبة الحنك و المحقنة و بنسات و حوامل إبر و مشارط بشفرات 15 و 11 و رأس المختر الكهربائي

الشكل رقم 17

وصف الإجراء الجراحي

Operation technique

4- وصف الإجراء الجراحي : Operation technique

تم إجراء العمل الجراحي بشكل قريب من المستخدم من قبل

Myung- Jin Kim et al. 2000 (30) و ذلك كالتالي :

بعد قيام طبيب التخدير بالتنبيب الأنفي البلعومي نقوم بوضع الرفادات المعقمة لتغطية

المريض بحيث يظهر الفم مع جزء من الأنف .

نقوم بوضع دكة بلعومية لمنع السوائل من الدخول إلى المنطقة البلعومية ثم نقوم بغسل

الجوف الفموي ومسح الشفاه بالبوفيدون بالإضافة إلى غسل الفم الكثيف بالبوفيدون و من

ثم بالسيروم الملحي .

يتم وضع فاتح الفم المخصص للشقوق للمساعدة على فتح الفم وإبعاد اللسان والشفاه .

الآن و قد أصبح الناسور جلياً للعيان نقوم بحقن حواف الناسور بالمخدر الموضعي

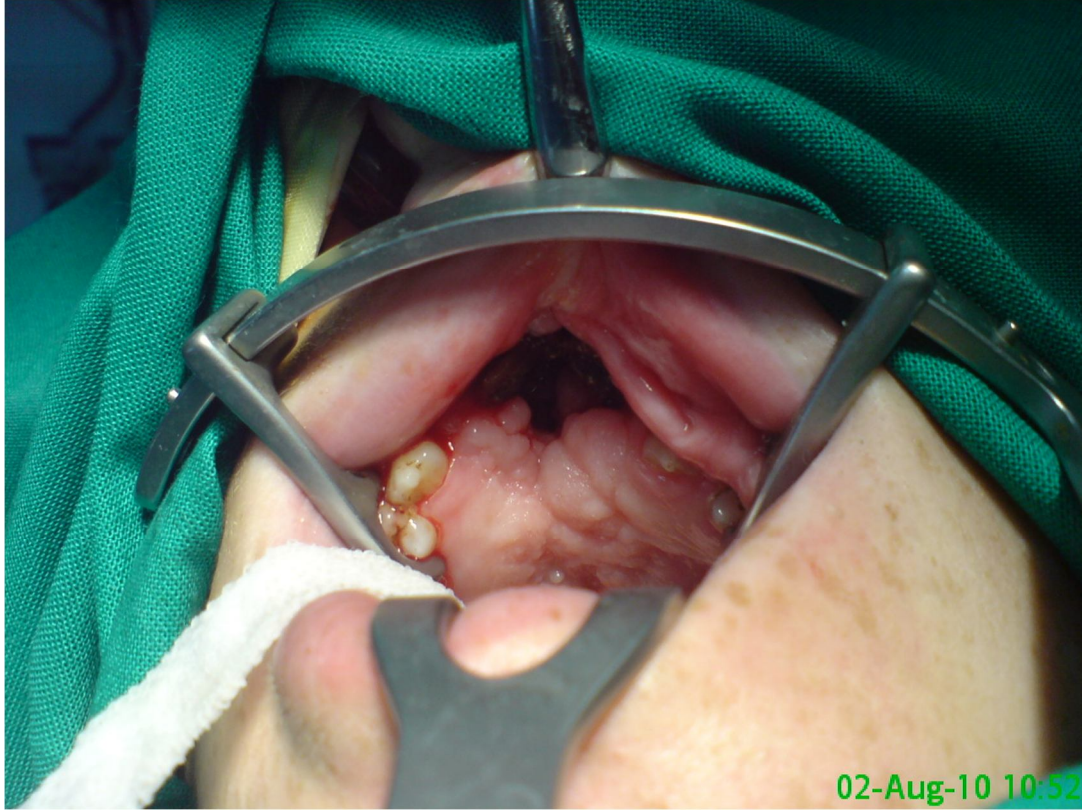
الحاوي على الأدرينالين مع تعارضه مع التخدير (حيث ينبه الطبيب المخدر) وذلك

لتقليل النزف وتسهيل التسليخ .

في حال وجود شقوق سنخية و من المقرر إغلاقها بالشريحة اللسانية فيمكن البدء بهذه

الشقوق قبل البدء بالعمل على الناسور ذلك أن فاتح الفم المخصص لشقوق قبة الحنك قد لا

يسمح بتباعد الشفة العلوية للوصول للشقوق السنخية .



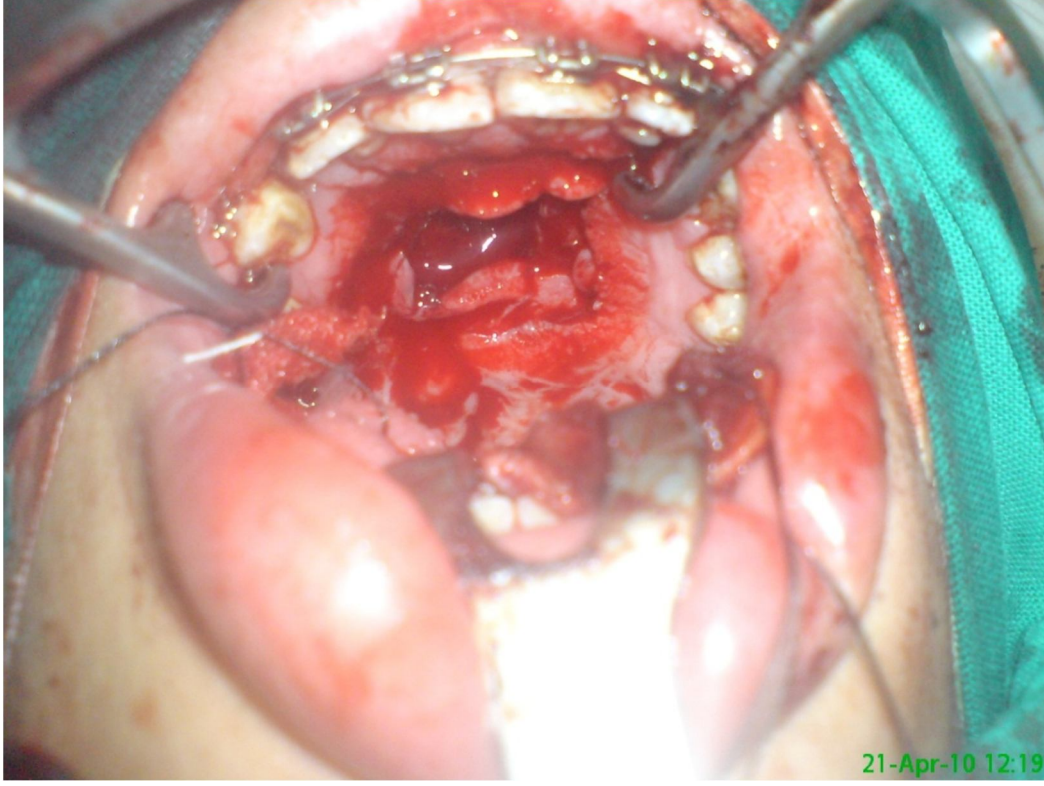
تحضير المريض بوضع الرفادات المعقمة و فاتح الفم المخصص لشقوق قبة الحنك مع دكة بلعومية

الشكل رقم 18

نقوم بجس حواف الناسور للتأكد من كون الشق سيكون على الحواف العظمية للناسور قدر الإمكان ثم نقوم بعمل شق يشمل كامل حواف الناسور مستنداً على الحواف العظمية قدر الإمكان كما ذكرنا ثم نقوم بالتسليخ الحاد لهذه الحواف ، بحيث نستطيع قلبها باتجاه جوف الأنف لكي تشكل بخياطتها مع بعضها خياطة مقلوبة البطانة الأنفية حيث يتم استخدام خيوط فيكريل 4-0 في هذه المرحلة .

في حال تمادي الناسور مع الشقوق السنخية ، تتم معاملة الشقوق السنخية بنفس الطريقة ، بحيث نجري شقوق على حوافها ونقلب هذه الشرائح لتشكيل البطانة الأنفية .

نقوم ببشر (إزالة البشرة) لحواف الناسور الجديدة وذلك بعرض لا يقل عن 1 سم .



قلب حواف الناسور لتشكيل بطانة الأنف مع تنضير البشرة لحواف الجديدة للناسور

الشكل رقم 19

ولذلك أهمية قصوى لالتحام الشريحة اللسانية مع السرير الذي قمنا بتهيئته ويجب إزالة البشرة تماماً وعدم إبقاء أي جزء منها يعيق الالتحام أو يسبب الفشل .

في حال كان الناسور عريضاً جداً ولم تكفي الشرائح المقلوبة عن حواف الناسور لتشكيل المخاطية الأنفية يمكن الاستعانة بشريحة الميكة وذلك بشق عامودي على حافتها السفلية وتخليها ولتشكل شريحتين يمينى ويسرى تساهمان مع الشرائح المقلوبة لقبه الحنك لتشكيل المخاطية الأنفية .

نقوم الآن بإزالة فاتح الفم بعد الغسل والتجفيف جيداً ثم نقوم بجر ذروة اللسان إلى الخارج قليلاً كي نقوم بإجراء قطبة مضاعفة على جانبي ذروة اللسان بحيث تبعدان حوالي 2 سم عن الخط المتوسط للسان تترك خيوط القطبتان طويلة ومرتبطة ببنيسين بحيث يتم شدّ هذه الخيوط للخارج والوحشي و بالتالي نستطيع جرّ اللسان للخارج وبسط ظهر اللسان بالطول والعرض الكامل .



جر اللسان للخارج من طرفي ذروة اللسان

الشكل رقم 20

يحضر المخثر الكهربائي ويوصل برأس قاطع و من ثم نقوم بتخطيط الشريحة الأمر الأساسي في نجاح هذه الشرائح هو التخطيط الجيد لها .

يتم تخطيط الشريحة على اللسان بمبادئ عامة وهي :

أن يكون عرض الشريحة لا يقل عن ثلث عرض اللسان ولا يتجاوز ثلثيه وذلك بحسب الحاجة وعرض الناسور .

يكون طول الشريحة مناسباً لامتداد الناسور بحيث تكون قاعدتها تقع بعيدة عن ذروة اللسان 1 إلى 2 سم و يمكن أن تمتد حتى قبيل الحليمات الكأسية مع مراعاة أنه في حال رفع الشريحة وخطاطتها في مكانها بقبة الحنك يجب أن تبقى سويقة الشريحة حرة الحركة دون توتر أو شد بمقدار 1 إلى 2 سم .

يجب أن تكون الشريحة متناظرة بالنسبة للخط المتوسط للسان .

يمكن أن نصنع امتدادات إصبعية لهذه الشريحة إما أحادية الجانب أو ثنائية الجانب بشكل حرف (Y) بحيث لا تتجاوز هذه الامتدادات الحليمات الكأسية حيث تستخدم هذه الامتدادات في إغلاق الشقوق السنخية إن اقتضت الحاجة .

إن بعض الجراحين مثل Myung-Jin Kim et. al. 2000 و غيره يفضلون إغلاق

النواسير مع الشقوق السنخية و إجراء التطعيم العظمي للشقوق السنخية بنفس المرحلة

فضلا عن تأجيل التطعيم لمرحلة لاحقة حيث تؤمن الشريحة اللسانية نسج كافية لتغطية

الطعم العظمي دون الخوف من انكشافه لاحقا .



تخطيط الشريحة مع إمتدادات إصبعية لتغطية الشقوق السنخية

الشكل رقم 21

نقوم الآن بالشق وفق الحدود المرسومة بواسطة أزرق الميثلين بحيث يكون عمق هذا الشق حوالي 5 مم .

المهم في هذه المرحلة هو ضمان أخذ طبقة عضلية مع هذه الشريحة ذلك أن التروية الدموية تكون في الشبكة الوعائية المتوضعة مباشرة تحت مخاطية اللسان وبالتالي أخذ الطبقة العضلية ستحمي التروية الدموية الجيدة لهذه الشريحة .

يتم تسليخ الشريحة عن سريرها وفق العمق المذكور بالتسليخ الحاد مع الانتباه الجيد للإرقاء حيث نقوم بتخثير الشريينات الصغيرة التي تكون نازفة جدا أثناء هذا الإجراء .



تسليخ الشريحة اللسانية عن مكانها كما تظهر الصورة الطبقة العضلية المأخوذة مع الشريحة

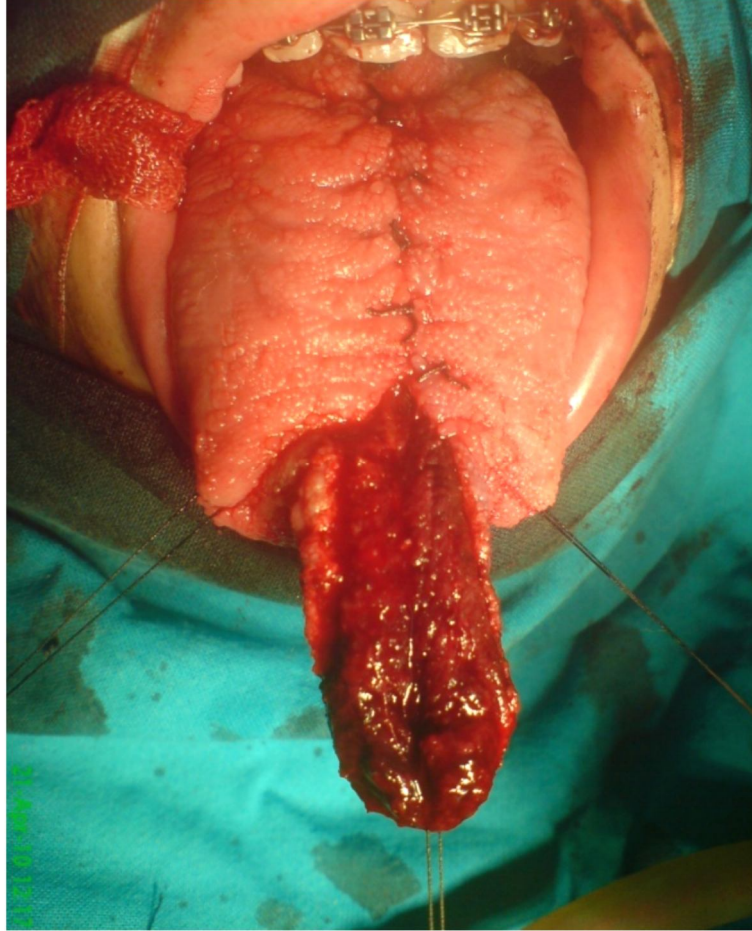
الشكل رقم 22

يجب الانتباه لعدم المبالغة في استخدام المخثر الكهربائي عند قاعدة الشريحة لعدم التسبب بأي ضرر للتروية الدموية لهذه الشريحة .

والآن و قد أصبحت الشريحة حرة إلا من قاعدتها الأمامية ، نقوم بالتأكد من الإرقاء الجيد وعدم وجود سطوح نازفة مكان الشريحة .

نقوم الآن بتحرر حواف الشق الذي أجريناه في اللسان ثم تقريب هذه الحواف وإجراء

خيطة متقطعة لها بخيوط حرير 3-0 .



خيطة سرير الشريحة في اللسان بعد الإرقاء الجيد

الشكل 23

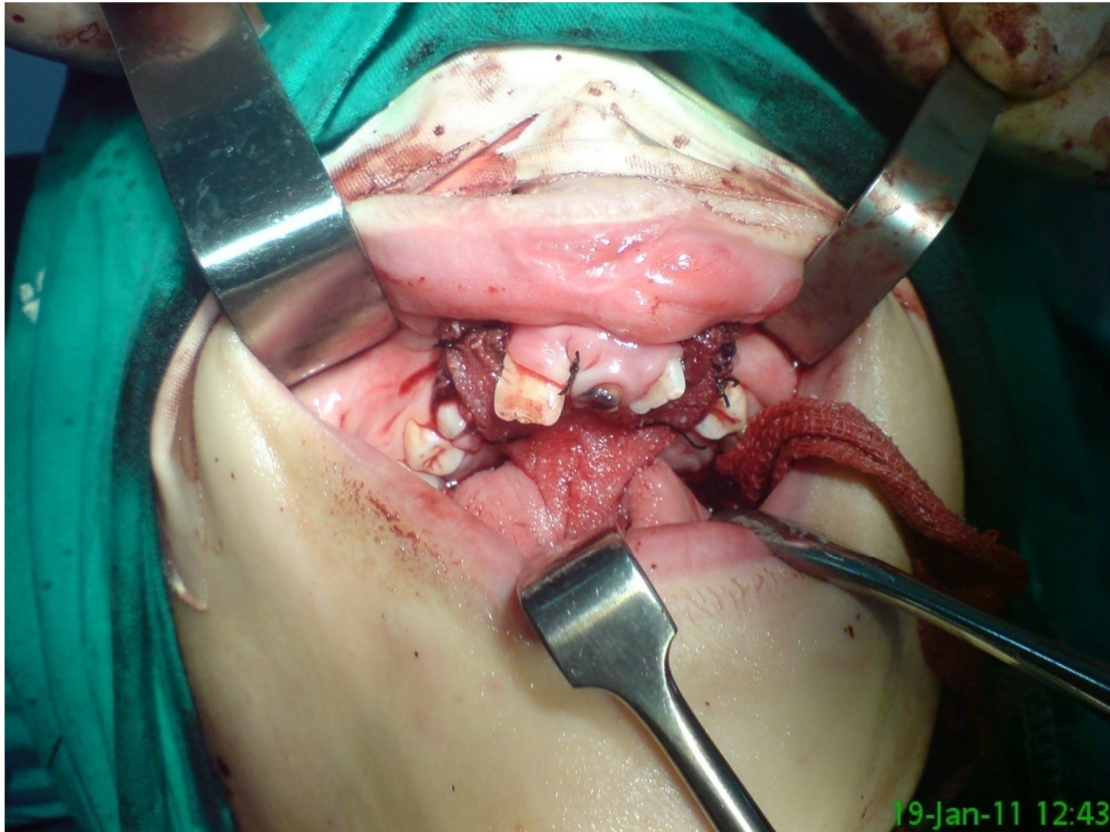
نقوم الآن بخياطة حواف الشريحة مع حواف الناسور حيث سوف تشكل هذه الشريحة

المخاطية الفموية لهذا الناسور .

يتم الأمر بخياطة تنجيدية أفقية إن أمكن الأمر وأحياناً خياطة متقطعة بخيوط حرير 3-0

و تتم الخياطة من الأمام للخلف.

يجب التأكد من وضع قطبتين تربطان حواف هذه الشريحة والزائيتين الوحشيتين للحافة الخلفية للناصور حيث يساعد هذا الإجراء البسيط على تقليل المسافة الميتة (dead space) في هذه المنطقة وبالتالي تعجيل حدوث الالتحام و تفاعل الأوعية الدموية مع قبة الحنك .

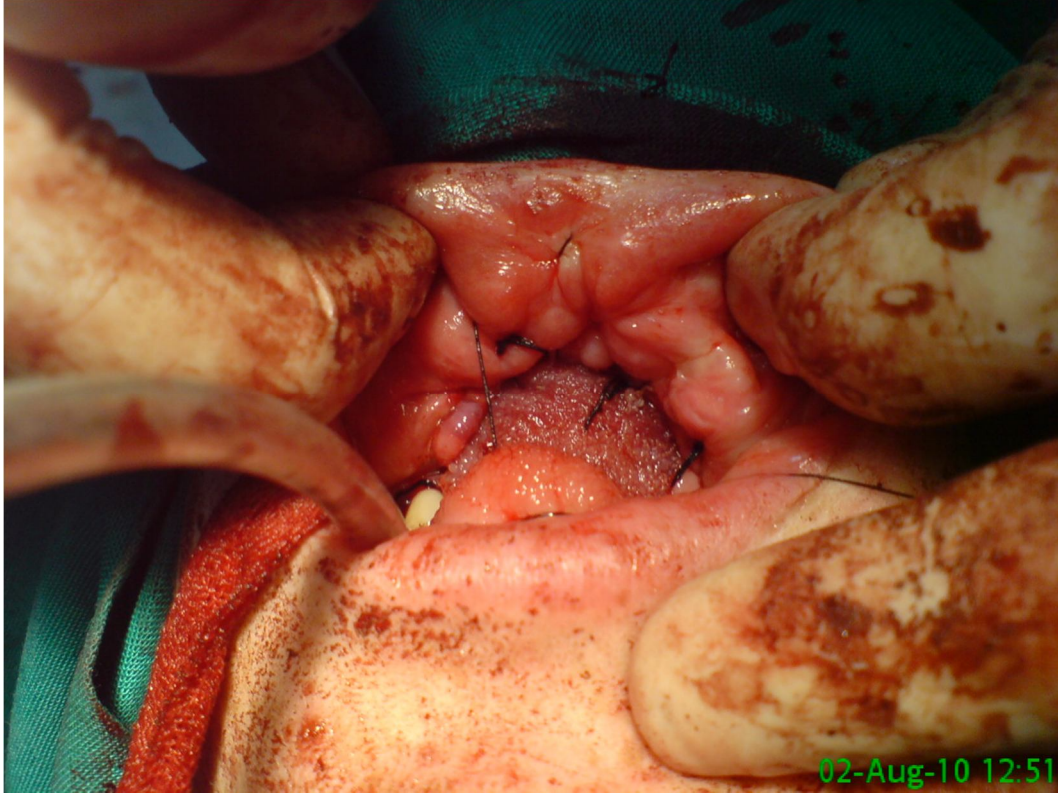


خياطة الشريحة اللسانية مع حواف الناسور (لاحظ القطب الوحشية الخلفية لتقليل المسافة الميتة بين الشريحة و الناسور)

الشكل رقم 24

بعد التأكد من عدم وجود أي نزوف أو مناطق بحاجة لإرقاء نقوم بإزالة الدكة ثم نقوم بخياطة ذروة اللسان مع باطن الشفة العلوية بخيط حرير 3-0 بحيث يترك حوالي 1 سم مسافة بين ذروة اللسان وباطن الشفة العلوية يساعد هذا الأمر على إغلاق الفم حتى مع وجود أسنان .

ستكون هذه الطريقة الطريقة الوحيدة المعتمدة في تثبيت اللسان حمايةً للشريحة من التمزق أو الانفصال عن قبة الحنك .



تبدى الصورة خياطة ذروة اللسان مع باطن الشفة العلوية

الشكل رقم 25

5-العناية ما بعد العمل الجراحي Postoperative care

يعطى المريض الأدوية التالية :

Dexamethazone 8 مغ أمبولة عدد (1) IV.

Amoxicillin + clavonic acid 1 غ إبرة كل 12 ساعة لمدة 3 أيام IV.

Sodium Diclofinac 75 ملغ إبرة كل 12 ساعة لمدة يومين IM.

تكون التغذية ما بعد العمل الجراحي حتى فصل الشريحة عن قبة الحنك معتمدة على السوائل الصرفة فقط مع وصف مضامض فموية للعناية بصحة الفم والأسنان خلال هذه الفترة .

فترة الانتظار هي 3 أسابيع وذلك للسماح للشريحة بأخذ التروية الدموية من قبة الحنك .
يراجع المريض خلال هذه الفترة مرتين للاطمئنان عليه وغسل الفم والتأكد من عدم تجمع بقايا طعام على الشريحة .

المرحلة الثانية : فصل الشريحة :

بعد مضي ثلاث أسابيع من العمل الجراحي ، نضغط على السويقة بواسطة الملقط أو بنس معوج ، فإن ابيضت الشريحة كاملة أو جزء واسع منها فهذا يعني عدم اكتمال أخذ التروية الدموية من قبة الحنك وبالتالي نؤجل فصلها لعدة أيام أخرى .

أما إن لم تبدي الشريحة أي أثر لإفقار دموي في الشريحة فعندها نقوم بإزالة القطبة المثبتة الواصلة بين الشفة العلوية وذروة اللسان ثم نقوم بالتخدير الموضعي لطرفي قاعدة الشريحة في اللسان إضافة للتخدير الموضعي لحواف الناسور إن احتاج لأي تصنيع ثانوي .

نقوم بفصل الشريحة عن اللسان بواسطة المشرط ونزيل القطب من اللسان ومن قبة الحنك و من ثم نقوم بإعادة ما تبقى من السويقة إلى اللسان وخطاطتها مكانها .

ولعل محاولة إعادة كامل السويقة قد لا تكون ذات فائدة عملية واضحة إذ أن ذلك لن يؤثر شيئاً في وظيفة اللسان فوظيفة اللسان محفوظة بسلامة حركته و سلامة ذروته كما أن إعادة كامل السويقة إلى اللسان سيعطيه منظراً مقبهاً بارزاً مع كون توسيع مكان كاف لها في اللسان و خطاطتها ليس بالأمر السهل .

لذلك يمكن الاستغناء عن قسم من السويقة في حال إعاقه بعض أجزاءها خطاطتها بمكانها في اللسان .



بعد مرور ثلاثة أسابيع على العمل الجراحي

الشكل 26

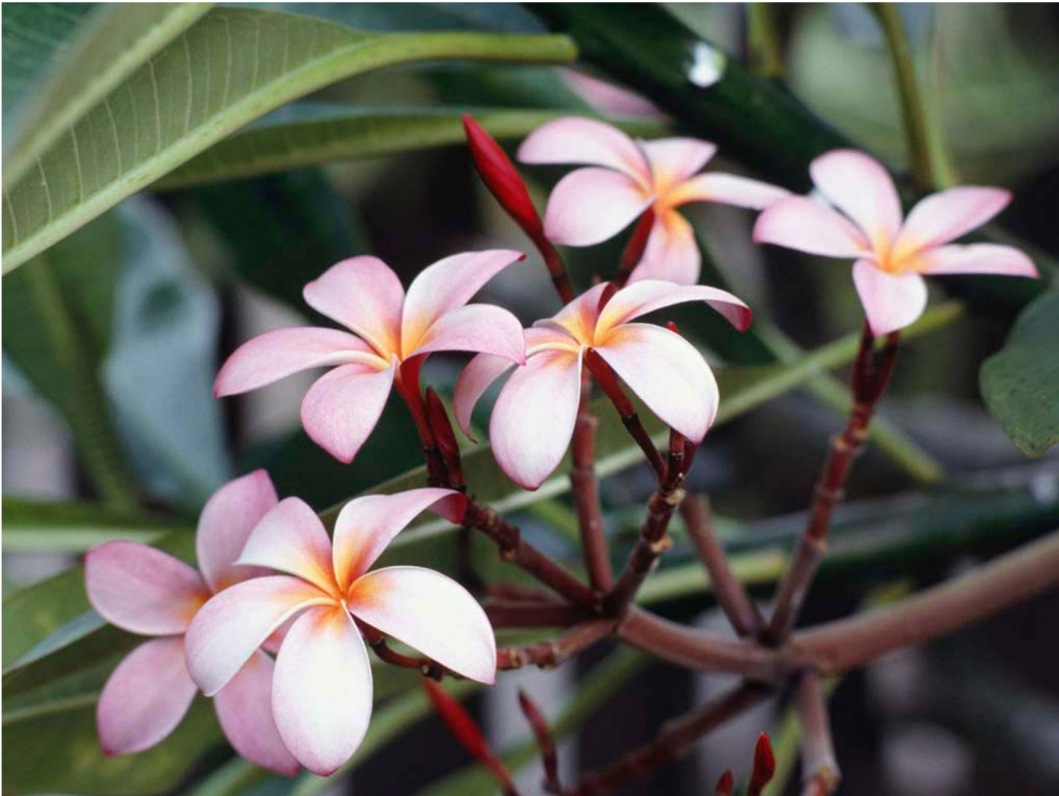


فصل الشريحة عن اللسان و إعادة ما تبقى من السويقة إلى مكانها في اللسان

الشكل 27

على الفور يصبح لون الشريحة التي أصبحت في مكانها تماماً في قبة الحنك ومفصولة عن اللسان مائلة للون البنفسجي وذلك بسبب نقص الإمداد الواضح للتروية الدموية لذلك قد لا يكون من المناسب عمل أي تصنيع ثانوي في هذه المرحلة بل يمكن تأجيله لمدة أسبوعين على الأقل ريثما تتحسن التروية الدموية فيها .

ينصح المريض في هذه المرحلة باستخدام الغسولات المطهرة الفموية مع الحمية الطرية خلال الأسبوع الأول بعد فصل الشريحة .



كان هذا شرحاً للطريقة المتبعة من قبلنا و سنذكر الآن بعض الخلافات التي ذكرت لدى
غيرنا على هذا الإجراء الجراحي :

يتفق الجميع على ضرورة إغلاق الناسور الأنفي الفموي على طبقتين والذي يحسن فرص
نجاح إغلاق الناسور . (7-1)

إلا أن الخلافات الأساسية تكمن في الشريحة اللسانية بحد ذاتها إضافة إلى طريقة تثبيت
هذه الشريحة في مكانها دون تعريضها لخطر التمزق أو الانفصال إثر حركة اللسان .
لقد استخدمت الشريحة اللسانية بعدة أشكال وأحجام لعدة أسباب وفقاً لاعتبارات تشريحية
ولضرورة العمل الجراحي ، فقد استخدمت الشريحة اللسانية ذات القاعدة الخلفية في
إغلاق النواسير والمتواجدة عن اتصال قبة الحنك الصلب بالرخو وحتى النواسير الأمامية
إلا أنها كانت أصعب في التعامل كما أنها كانت أكثر عرضة للانفصال أو التمزق بسبب
حركة اللسان . (15)

كما استخدمت الشرائح اللسانية بقاعدة جانبية لنفس الأسباب بالإضافة لحالات تعويض
نقص مادي للخد وعلى كل حال فلأسباب تتعلق بالعمل الجراحي بالإضافة إلى أخذ أكبر
قدر ممكن من التروية الدموية لهذه الشريحة وهو السبب الأهم فقد اعتمدت الشرائح
اللسانية ذات القاعدة الأمامية بشكل أكبر . (13)

كما أنه من الأفضل أخذ هذه الشريحة بحيث تكون متناظرة بالنسبة للخط المتوسط حتى
نحصل على أكبر كمية وأكبر قدر ممكن من التروية الدموية الآتية من طرفي الخط
المتوسط للسان . (30)

استخدم أيضاً سماكات مختلفة لهذه الشريحة تتراوح من 3 مم (25) حتى ثلثي سماكة اللسان. (15) وعلى كل حال المهم هو الحفاظ على التروية الدموية الآتية من شبكة الأوعية الدموية المتوضعة مباشرة تحت مخاطية اللسان وفوق الطبقة العضلية فلذلك أخذ طبقة عضلية مع الشريحة هو الضامن للحفاظ على التروية الدموية الجيدة للشريحة . (25)-

(30)

كما أن زيادة سماكة الشريحة غير مبررة إذا استطعنا ضمان وجود طبقة عضلية ولو بسماكة قليلة نسبياً للشريحة (30) ذلك أن زيادة سماكة الشريحة يجعل من الصعب التحكم بها وخطاؤها إلى قبة الحنك بالإضافة إلى أنها سوف تصبح بارزة جداً مما يزيد احتمال فشل الالتحام وأيضاً إحساس المريض الزائد بها بعد الشفاء .

أما بالنسبة إلى أسلوب تثبيت الشريحة مكانها فقد استخدمت طرق عديدة جداً كان أبسطها خياطة ذروة اللسان بالشفة العلوية ثم استخدام تثبيت بين فكي و أيضاً استخدام أسلاك كيرشنر لتثبيت قاعدة اللسان وهناك من استخدم جبيرة من المنيوم أو السيلكون مع خياطة معلقة لها لتثبيت الشريحة في مكانها .

وسنذكر بالتفاصيل الآن الطرق المستخدمة وهي كالتالي :

1-تثبيت بسيط بخياطة الشريحة اللسانية مع النسيج حول الناسور (30)

2-تثبيت مزدوج بخياطة الشفة العلوية مع ذروة اللسان بالإضافة لخياطة الشريحة بحواف

الناسور (12) .

3- تثبيت ثلاثي فبالإضافة لما سبق تثبيت حواف اللسان مع زاوية الفك بأسلاك كيرشنر

(15) .

5- طريقة Walzed tongue flap (15) حيث تؤخذ الشريحة اللسانية على ثلاثة

مراحل:

أ- أخذ الشريحة اللسانية و وصلها بالخد بعد تشكيل سرير لها

ب- فصلها عن اللسان و وصلها بمكان الناسور

ت- فصلها عن الخد

6- و أخيرا فقد استخدمت جبيرة من الألمنيوم (34) و السيليكون (35) مع خياطة معلقة لها

لتثبيت الشريحة مكانها .

و في ما يلي الجدول رقم C الذي يوضح طرق التثبيت المتبعة وفقا للباحثين :

Guerrero-Santos and Altamirano,	1966	بالتثبيت بالعرى السلكية بين السنية + تثبيت ذروة اللسان إلى الشفة العلوية
Gerrero-Santos et. al.,	1969	أسلاك كيرشنر لتثبيت اللسان إلى زاوية الفك
Kruchinskyi,	1972	تثبيت جوانب اللسان مع الضواحك
Hochstein,	1977	جهاز كابح الذقن
Garreirao and Lessa,	1980	تكون الشريحة أكبر مع سويقة أطول
Steinhauser,	1982	تثبيت بالأقواس بين فكين
Argamaso,	1990	خياطة معلقة لسويقة الشريحة مع قبة الحنك
Thind et. al.,	1992	خياطة اللسان مع قاع الفم
Guzel and Altintas,	2000	خياطة مثبتة للشريحة بخيوط نايلون 0-3 مع اللثة وعبر أو حول الأسنان

جدول يبين الطرق المتبعة بتثبيت الشريحة اللسانية مكانها وفق الباحثين (35)

الجدول رقم

وعلى كل حال فرغم بساطة تثبيت ذروة اللسان بالشفة العلوية كانت طريقة فعالية جداً ومفيدة ومن ضمن جميع الحالات فقد أبدى واحد فقط من المرضى انزعاجه الشديد وعدم قدرته على البلع مع إحساسه بالجفاف والازعاج في حلقه ووصفه له بالمجروح مما اضطررنا إثر عدم قدرته على تناول السوائل إعطائه محلول سكري وريديا ومن ثم بسبب عدم تعاونه بتناول الشراب قمنا بفك هذه الخياطة (بين الشفة و ذروة اللسان) وإبقاء اللسان حرا دون أي نوع من التثبيت مع المتابعة الوثيقة له يوميا لضمان تعاون المريض وعدم انفصال الشريحة عن قبة الحنك وقد تسبب ذلك بعدم الالتحام الجيد للشريحة في المنطقة الأمامية للناصور (حواف الناصور عند الفقم) مما اضطررنا إلى تصنيع ثانوي لهذه المنطقة بعد شهر من فصل الشريحة عن اللسان .

ما عدا ذلك فإن هذه الطريقة كانت ممتازة من ناحية تحمل المريض لها ومن ناحية تثبيت الشريحة في مكانها وعدم المخاطرة بتعريضها للتمزق أو الانفصال نتيجة حركة اللسان أو سوء التحام نتيجة حركة الفقم .

كما أن شد اللسان إلى الشفة العلوية ساهم في شد قاعدة اللسان إلى الأمام الأمر الذي ساهم في سهولة إنعاش المريض وفتح مجرى التنفس .

كما اختلف في الفترة المناسبة لفصل الشريحة ، وعلى كلٍّ معظم الجراحين المستخدمين لهذه الطريقة اعتمدوا على ثلاثة أسابيع كفترة زمنية لفصل الشريحة عن مكانها .

وأيضاً ذكر استخدام بعض الجراحين لإبرة ريفردان للمساعدة على إجراء خياطة بين الشريحة والمخاطية الأنفية المتشكلة من الشرائح المقلوبة (30) وهذا الإجراء يهدف إلى

تقليل المسافة الميتة و مع إجراء قطبتين عند الزاويتين الوحشيتين للحافة الخلفية للناسور
لا نجد بأن هذا الإجراء ذو قيمة .

وأخيراً ذكر بأن فصل الشريحة عن قاعدتها يتم تحت التخدير العام باستخدام التنبيب
الأنفي القصبي بواسطة الألياف الزجاجية (30) إلا أننا قمنا بفصل الشريحة لدى كل
المرضى بواسطة التخدير الموضعي الذي كان فعالاً و كاف و أقل خطراً .

6-اختلاطات العمل الجراحي : Complications

الورم الدموي (10) – خصوصاً في اللسان لذلك يجب التأكيد على أهمية الارقاء الجيد والخياطة الجيدة لسرير الشريحة في اللسان والتأكد من توقف النزف تماماً قبل خياطة الشريحة مع قبة الحنك و لم تصادفنا أي حالة ورم دموي .

الرعاف أو خروج بعض الدم من الأنف في اليومين الأوليين .

الألم أمر وارد في اليومين الأوليين .

في حالة واحدة كان هناك صعوبة في البلع مع إحساس تخريش في البلعوم وعدم القدرة على تناول السوائل مما اضطرنا لإعطاء محلول سكري وريديا، ومن ثم فصل الارتباط بين ذروة اللسان والشفة العلوية لتحرير اللسان وتمكين المريض من البلع .

لم يكن هناك أي أثر أو إعاقة لحركة اللسان و لم يذكر أي تأثير على قدرة الذوق عند

المرضى كما لم يذكر أي تأثير سلبي على النطق .

7- المراقبة : Observation

تتم المراقبة لغاية ثلاثة أشهر ، من فصل الشريحة عن اللسان . ويتم التأكد من الالتحام الكامل لحواف الناسور مع الشريحة وعدم وجود نواسير جانبية ، أو سوء التحام (بشرة إلى بشرة) وذلك يتم سريرياً بأدوات الفحص داخل الفموية الاعتيادية وتحري الحواف بواسطة الملقط السني كما يفحص المريض بإغلاق الأنف بالأصابع والطلب من المريض بالنفخ من الأنف مع وضع المرآة مقابل الناسور لبيان أي غيش عليها أي خروج هواء من حواف الناسور .

في حالتين ذكر المريض خروج كمية صغيرة من السوائل عن طريق الأنف وخاصة عند الشرب بسرعة وهاتين الحالتين كان لدى أحدهما نكس بمقدار 2 إلى 3 مم والآخر كان لديه سوء التحام الحواف الأمامية للشريحة من حواف الناسور عند الفقم ومع التصنيع الثانوي للحالة الثانية تم حل هذه المعضلة .



تظهر الصورة ظهور الناسور بعد ثلاثة اشهر من فصل الشريحة عن اللسان

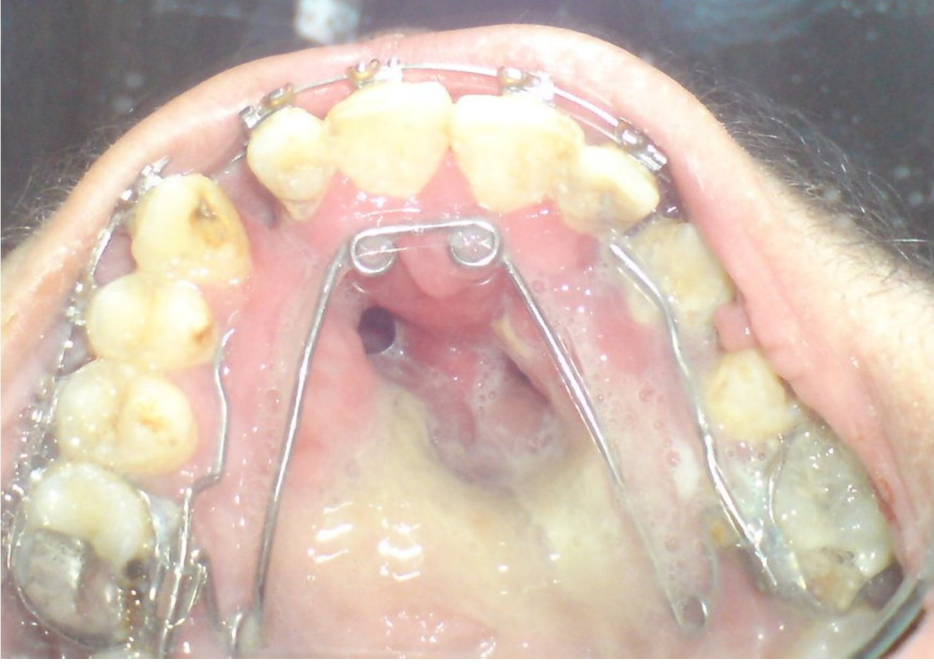
الشكل رقم 29



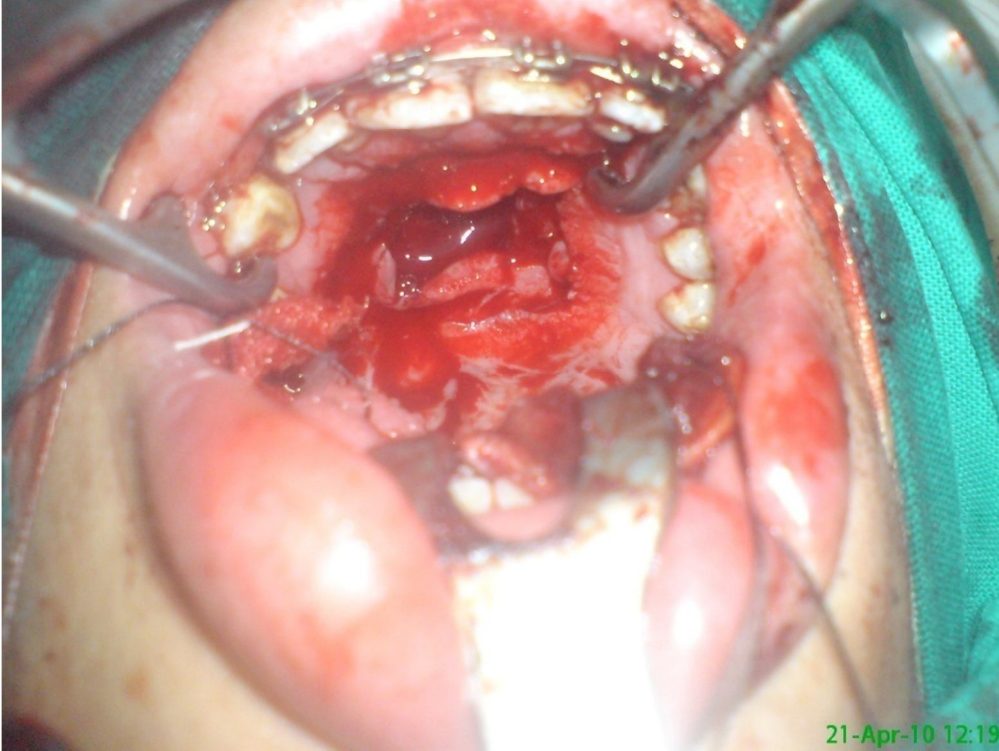
تظهر الصورة النتيجة بعد شهر من فصل الشريحة عن اللسان

الشكل رقم 28

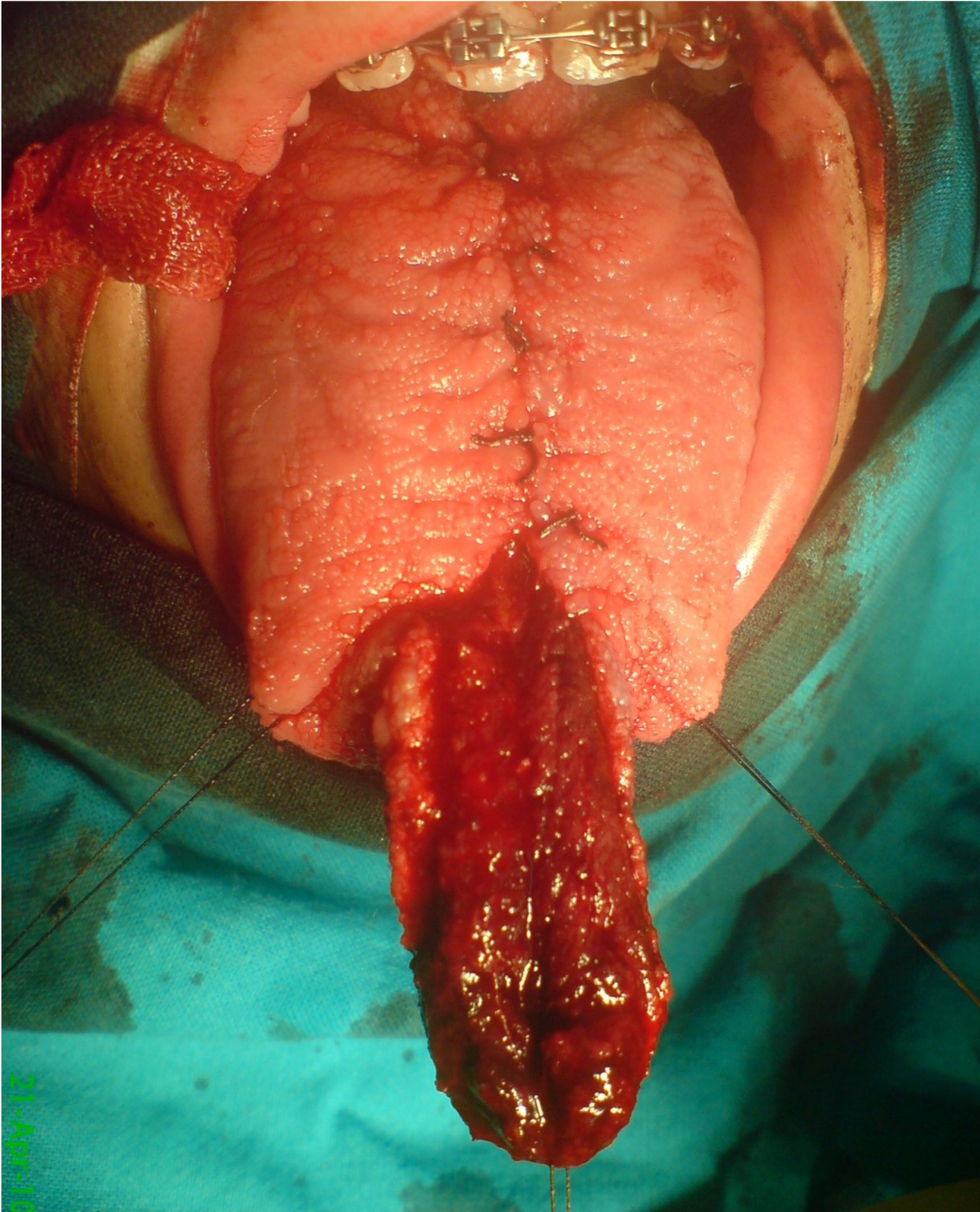
وهذا عرض لبعض الحالات الحالة رقم 1



الشكل رقم 30 صورة توضح حجم الناسور



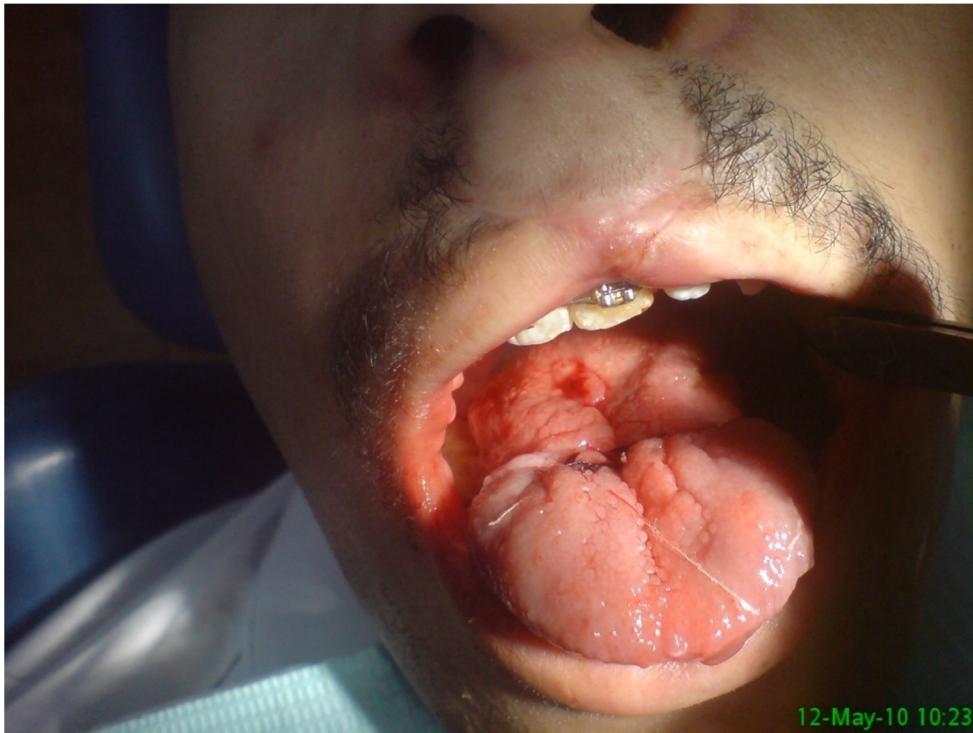
الشكل رقم 31 قلب حواف الناسور مع تنضير الحواف الجديدة للناسور



الشكل رقم 32 رفيع الشريحة اللسانية مع خياطة مكانها على ظهر اللسان



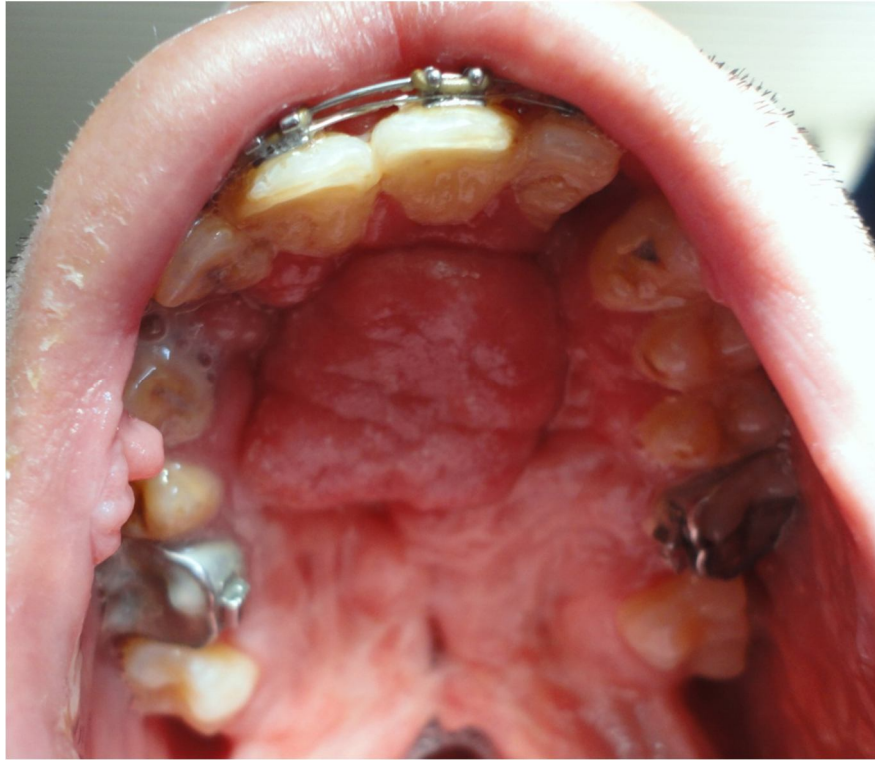
الشكل رقم 33 خياطة الشريحة مع حواف الناسور



الشكل رقم 34 فصل الشريحة عن اللسان بعد ثلاثة أشهر

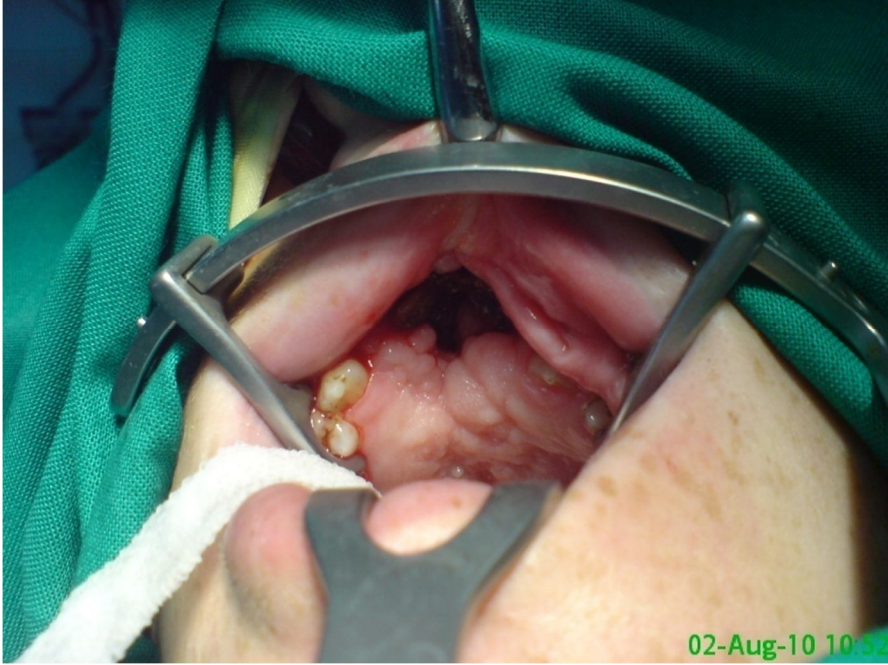


الشكل رقم 35 الشريحة اللسانية فور فصلها عن اللسان بعد ثلاثة أشهر

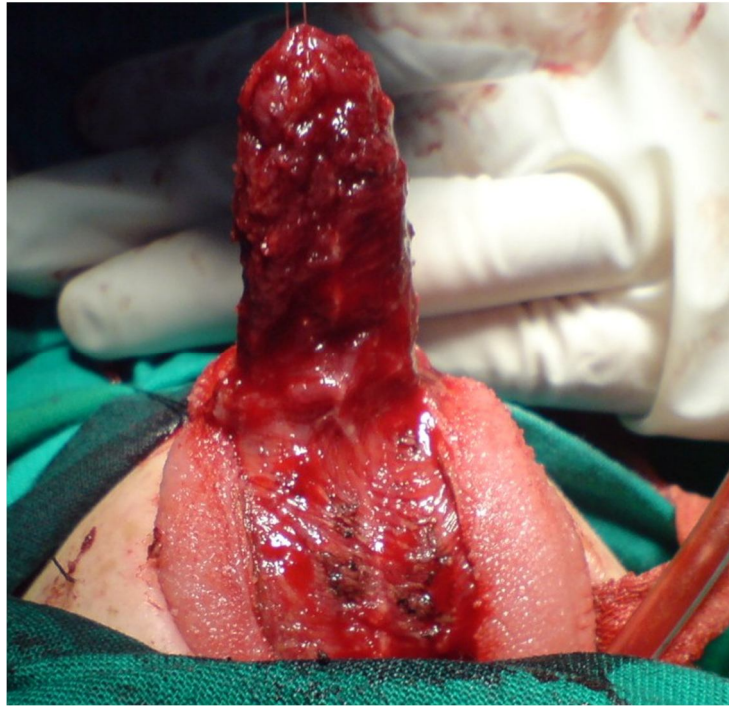


الشكل رقم 36 الشريحة اللسانية في مكانها بعد ثلاثة أشهر

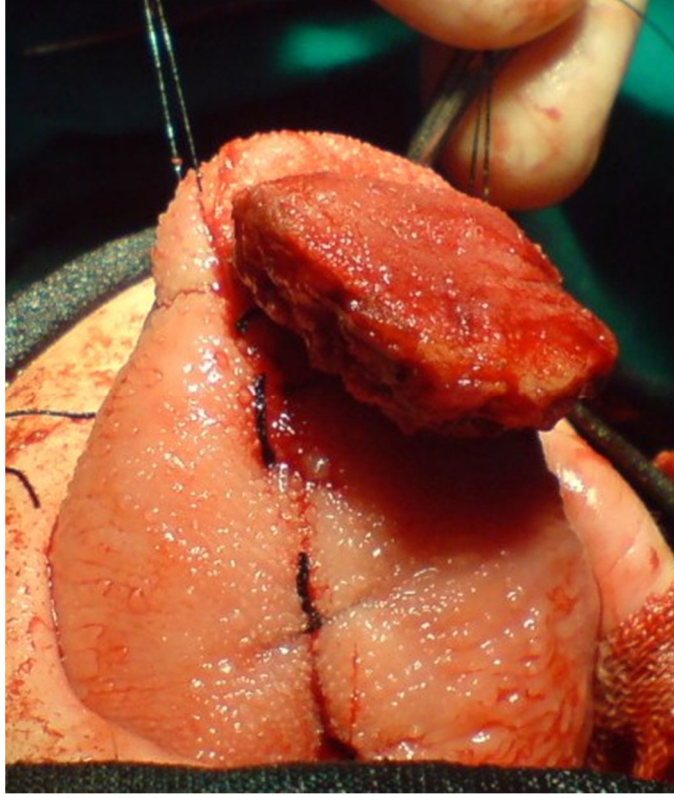
الحالة رقم 2



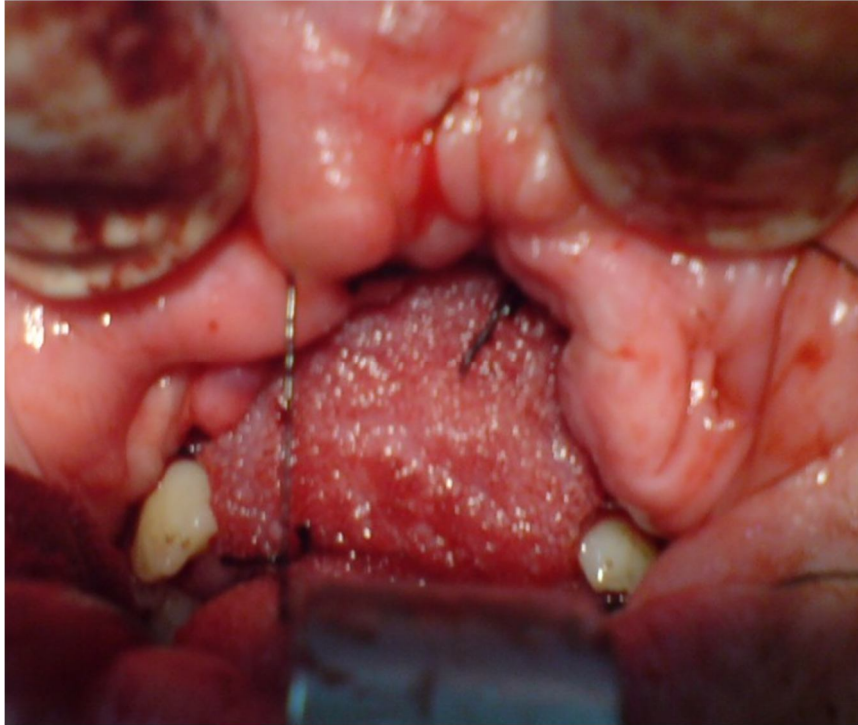
الشكل رقم 37 صورة توضح الناسور لدى المريضة



الشكل رقم 38 رفع الشريحة اللسانية من مكانها مع الإرقاء الجيد منعا لتشكل ورم دموي



الشكل رقم 39 خياطة مكان الشريحة اللسانية



الشكل رقم 40 خياطة الشريحة مكانها مع خياطة ذروة اللسان مع باطن الشفة العلوية

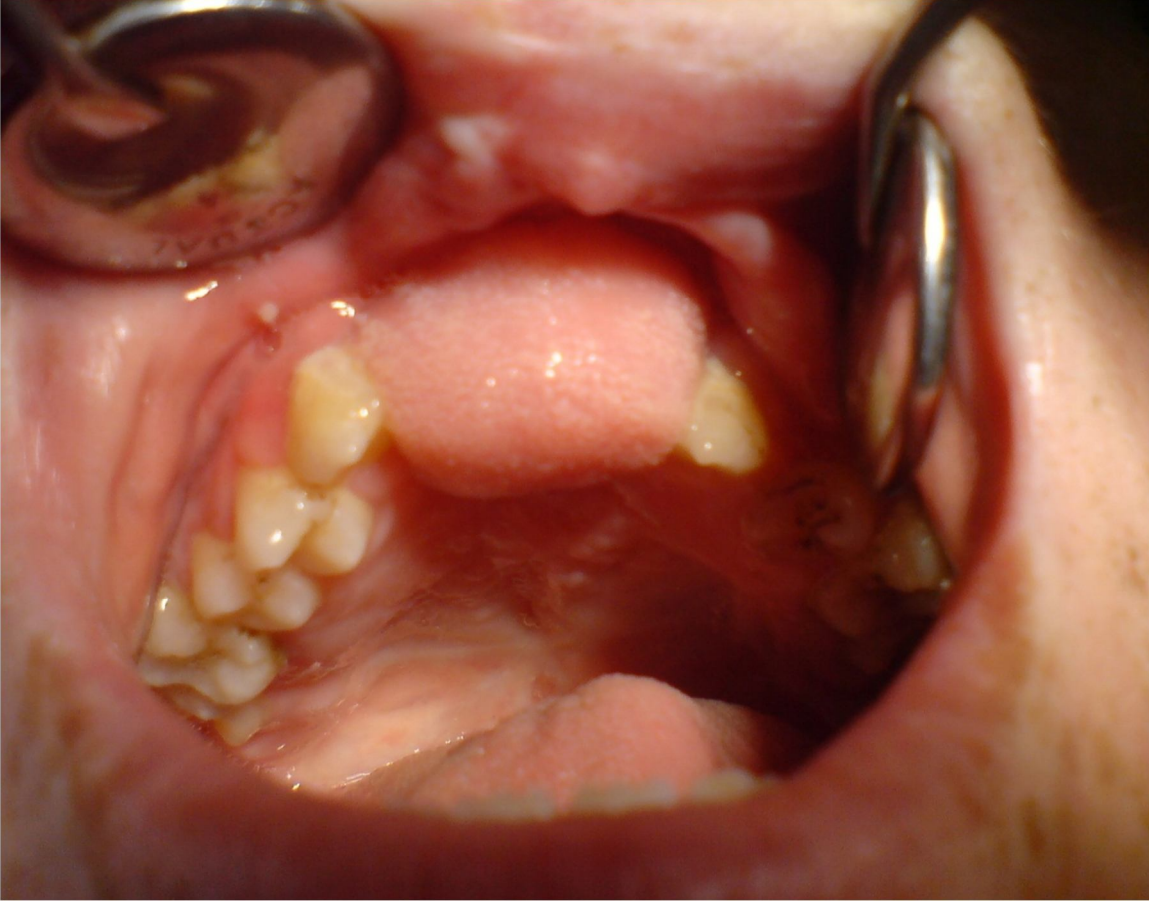


الشكل رقم 41 الشريحة اللسانية بعد ثلاثة أسابيع من العمل الجراحي بعد فك الارتباط

بين ذروة اللسان و باطن الشفة العلوية



الشكل رقم 42 الشريحة اللسانية فور فصلها عن اللسان



الشكل رقم 43 الشريحة اللسانية مكانها في قبة الحنك بعد ثلاثة أشهر

الحالة رقم 3

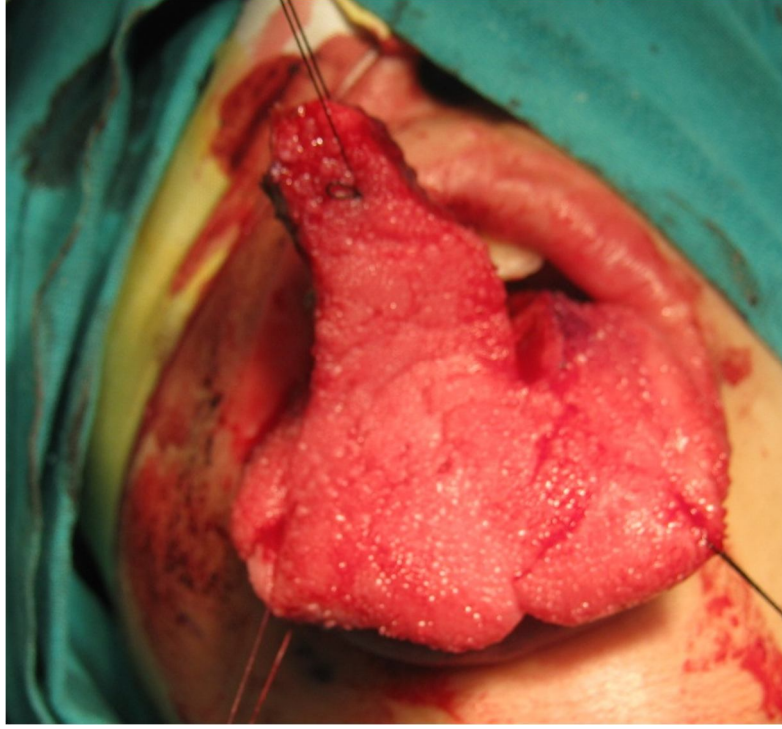


الشكل رقم 44 صورة توضح حجم الناسور



الشكل رقم 45 قلب حواف الناسور لتشكيل مخاطية أنفية مع تنضير الحواف الجديدة

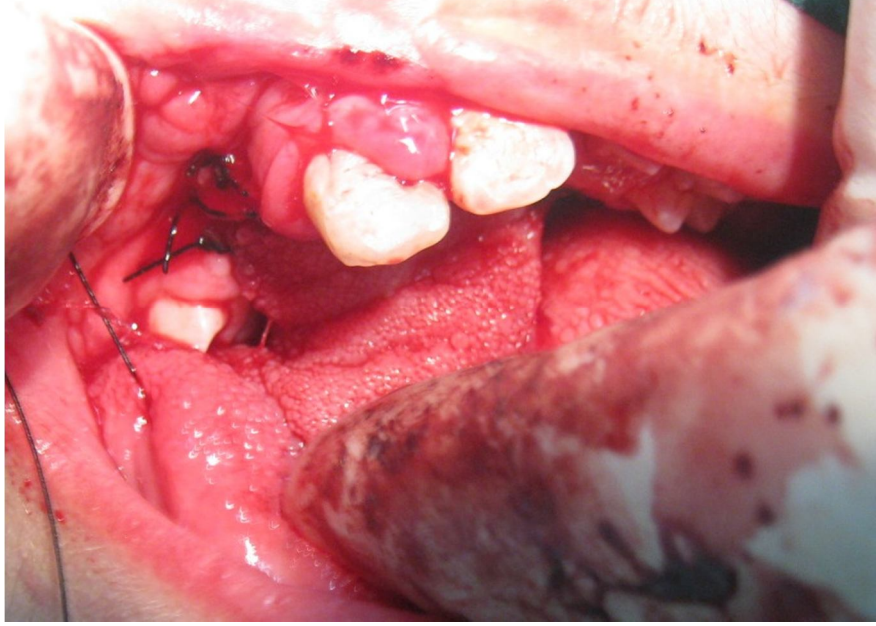
للناسور



الشكل رقم 46 رفع الشريحة اللسانية



الشكل رقم 47 خياطة مكان الشريحة



الشكل رقم 48 خياطة الشريحة مع حواف الناسور



الشكل رقم 49 اللسان فور فصل الشريحة عنه بعد ثلاثة أسابيع



الشكل رقم 50 الشريحة اللسانية مكانها في قبة الحنك فور فصلها عن اللسان بعد ثلاثة

أسابيع



الشكل رقم 51 اللسان بعد ثلاثة أشهر من فصل الشريحة عنه



الشكل رقم 52 الشريحة اللسانية في قبة الحنك بعد ثلاثة أشهر من فصلها



الشكل رقم 53 الشريحة اللسانية في قبة الحنك بعد ستة أشهر من فصلها عن اللسان

الحالة رقم 4

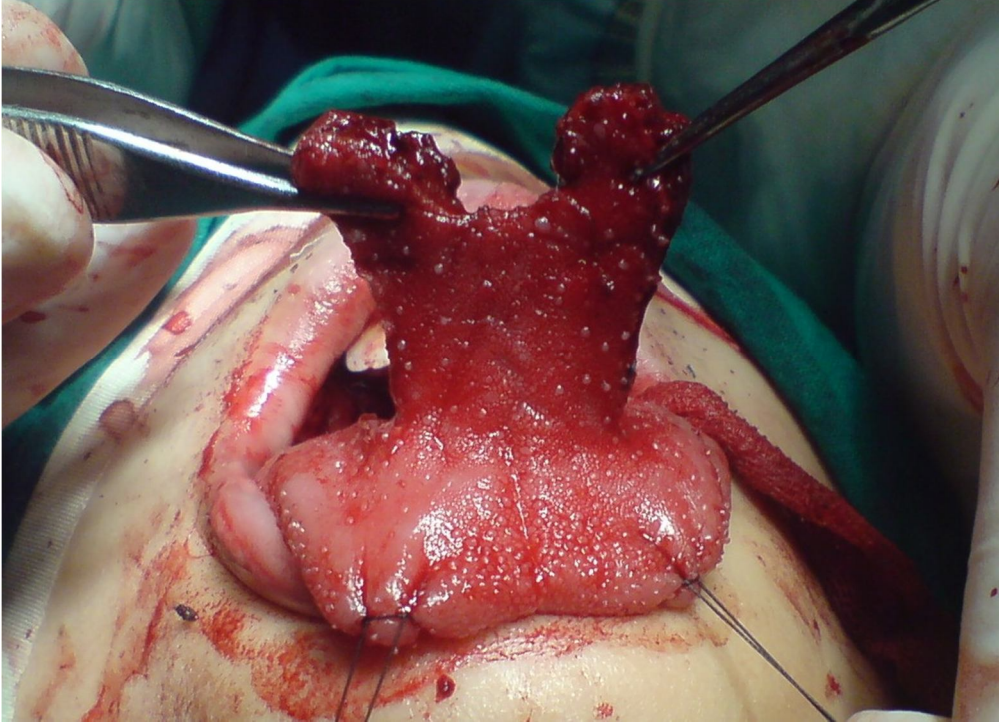


الشكل رقم 54 الحالة قبل العمل الجراحي

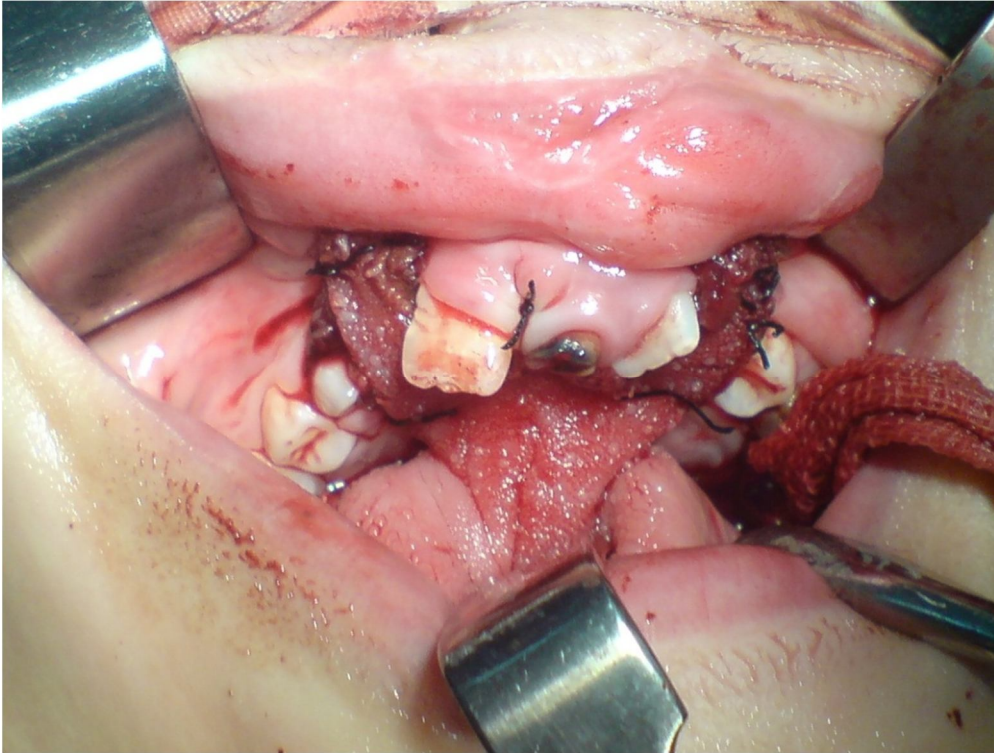


الشكل رقم 55 تخطيط الشريجة اللسانية بشكل حرف Y لإغلاق الشقوق السنخية بنفس

المرحلة



الشكل رقم 56 رفع الشريحة من مكانها



الشكل رقم 57 خياطة الشريحة مع حواف الناسور في قبة الحنك



الشكل رقم 58 الشريحة في مكانها في قبة الحنك بعد ثلاثة أشهر من فصلها عن اللسان