

استفاده از فلاپ پوست سر جهت بازسازی صورت در آقایان

چکیده

سوختگی صورت در مردان سبب از بین رفتن دائمی موهای این ناحیه می‌شود و اسکار ایجاد شده ظاهر ناخوشایندی برای بیمار ایجاد می‌نماید. در مقالات مختلف روشهای متفاوتی جهت بازسازی چانه، گونه و لب بالا - از یک گرافت ساده پوستی تا فلاپهای پیچیده - ارائه شده است. در مواردی فلاپ پوست سر از نوع bipedicle به تنهایی جهت بازسازی لب بالا بکار رفته است. در این مقاله روش استفاده از فلاپ مواری که از شریانهای دو طرفه تمپورال مشروب می‌شوند (bitemporal artery hair-bearing flap) جهت ترمیم چانه، گونه و لب بالا در هشت بیمار که پوست صورت آنها در اثر سوختگی دفرمه شده بود توضیح داده می‌شود. هدف از بیان این مطلب تاکید مجدد بر اهمیت فلاپ پوست سر بعنوان یکی از فلاپهای هماهنگ جهت ترمیم قسمت میانی و تحتانی صورت در آقایان می‌باشد.

در موارد معرفی شده در این مقاله با انتخاب سایز مناسب فلاپ از گسترش دهنده بافتی (tissue expander) استفاده نشد و محل اهداء فلاپ نیز بطور اولیه ترمیم گشت. در نتیجه بیماران سریعتر به زندگی طبیعی خود بازگشتند، هر چند پهنای فلاپ در حدی نبود که بتواند تمام قسمت تحتانی صورت و گونه را بپوشاند ولی در حد مناسب می‌تواند ظاهر خوشایندتری به صورت بدهد.

کلید واژه‌ها: ۱ - بازسازی صورت ۲ - فلاپ پوست سر

*دکتر فرهاد حافظی I

دکتر امیرحسین نوحی II

مقدمه

می‌باشد که می‌تواند شکل بهتری ایجاد نماید لیکن باعث ایجاد حالت وصله‌ای می‌گردد و در این منطقه موهای طبیعی صورت مجدداً رشد نخواهد کرد. از سال ۱۹۷۰ تا کنون در مقالات مختلف پزشکی موارد بسیار کمی از بازسازی ریش و سبیل در بیماران دچار سوختگی ارائه شده است (۱، ۲ و ۹-۵).

در این مقاله به توضیح هشت بیمار پرداخته می‌شود که در اثر سوختگی چانه، گونه‌ها یا لب فوقانی، با استفاده از فلاپ پدیدکوله مواری بر روی شریانهای تمپورال سطحی دو

صورت احتمالاً مهمترین و اولین قسمت بدن انسان است که در معرض دید قرار می‌گیرد، لذا اعمال جراحی زیبایی صورت از نهایت اهمیت برخوردار بوده و باید توجه خاصی نسبت به آن معطوف داشت.

در مردانی که دچار سوختگی صورت می‌شوند، اسکار ایجاد شده ممکن است سبب ناهنجاریهای صورت، تغییر شکل و عدم رشد موهای آن ناحیه گردد.

روشهای متداول جهت بازسازی لب فوقانی، گونه و چانه استفاده از گرافتهای پوستی و فلاپهای موضعی

I) استادیار و فوق تخصص جراحی پلاستیک، سرپرست بخش جراحی پلاستیک و ترمیمی بیمارستان سوانح و سوختگی شهید مطهری، خیابان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (*مؤلف مسؤول)

II) پزشک عمومی

طرف (bitemporal artery hair-bearing flap) ترمیم شده‌اند. سیستم شریانی سطحی تمپورال شاخه انتهایی شریان کاروتید خارجی می‌باشد که خون لازم جهت فلاپ را فراهم می‌نماید (۳ و ۴).

قبل از عمل جراحی، شرح حال و سابقه فامیلی طاسی یا ریزش مو (male pattern baldness) از بیماران اخذ شد (بخصوص سابقه در پدر و افراد ذکور خانواده مادری که هر دو می‌توانند ژن طاسی را به فرزند خود انتقال دهند). توضیحات لازم در رابطه با نحوه جراحی و همینطور نتایجی که تا بحال از این روش بدست آمده به بیماران ارائه شد و پس از آن بیماران جهت جراحی آماده گردیدند.

معرفی بیماران

هشت بیمار تحت عمل جراحی بازسازی اسکار ناشی از سوختگی در مناطق چانه، گونه‌ها و لب فوقانی قرار گرفتند. تمام بیماران در یک دوره شش ساله (فاصله سالهای ۱۳۷۹-۱۳۷۳) توسط یک جراح و در یک بیمارستان دانشگاهی در تهران تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

در چهار بیمار بازسازی چانه و گونه، در دو بیمار ترمیم لب بالا و در دو بیمار دیگر چانه، گونه و لب بالا بطور همزمان مورد بازسازی قرار گرفت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- اطلاعات مربوط به مناطق بازسازی جراحی در

بیمار	سن(سال)	مناطق مورد بازسازی	شماره تصاویر
شماره ۱	۲۵	چانه و گونه (ریش)	۱-۵
شماره ۲	۲۴	لب فوقانی (سبیل)	۶، ۷، ۸
شماره ۳	۱۸	چانه و گونه	۹-۱۲
شماره ۴	۲۶	چانه و گونه	-
شماره ۵	۳۲	لب فوقانی	-
شماره ۶	۲۲	چانه، گونه و لب فوقانی	۱۳-۱۷
شماره ۷	۲۳	چانه و گونه	-
شماره ۸	۲۷	چانه و لب فوقانی	-

در هیچ یک از بیماران از دست دادن موها یا نکروز فلاپ مشاهده نشد. در اینجا به توضیح یک مورد از بیماران فوق اکتفا می‌گردد:

بیمار آقای ۲۵ ساله‌ای بود که در اثر سوختگی، قسمت تحتانی صورت وی آسیب دیده بود و تحت عمل بازسازی چانه و گونه‌ها قرار گرفت (تصاویر شماره ۱-۵) نحوه عمل بدینصورت بود که تحت بیهوشی عمومی اسکارهای نواحی سوخته و فاقد مو از قسمت تحتانی صورت برداشته شد.

روش ترمیم بشرح زیر است:

ابتدا با استفاده از لمس نبض یا توسط سونوگرافی داپلر محل شریان تمپورال سطحی در دو طرف مشخص گردید. پهنای فلاپ بر روی پوست سر به گونه‌ای انتخاب شد تا بتوان لبه‌های زخم را بصورت اولیه بهم نزدیک نمود.

حدود ۱/۵-۱ سانتیمتر قدام و خلف محل لمس شریان علامتگذاری گردید (منطقه‌ای بعرض حدوداً ۳ سانتیمتر) سپس بریدگی تا عمق گالیا (galea) ایجاد شد و فلاپ تا فضای گالیا - پریئستوم (galea-periostium space) ادامه یافت.

دو لبه پوست سر توسط استپلر پوستی (skin stapler) بهم رسانده شد.

پس از برقراری هموستاز، فلاپ bipedicle (با حفظ عروق آن) بر روی صورت و در محل بازسازی چانه و گونه قرار گرفت.

باید توجه داشت که جهت بازسازی ریش لازمست تا متخصص بیهوشی لوله تراشه را بطور موقت از دستگاه تنفس مصنوعی (ventilator) جدا نماید تا فلاپ bipedicle بتواند به قسمت تحتانی صورت منتقل گردد.

جهت جلوگیری از ایجاد فشار زیاد و انسداد بر روی عروق پایه‌های فلاپ، نواحی تمپورال ترمیم نگردید و صرفاً بطور موقت با پوست نیمه ضخیم (partial thickness) پوشانده شد (تصویر شماره ۳).



تصویر شماره ۱- نمای رخ قبل از عمل، تصویر شماره ۲- نمای نیمرخ قبل از عمل، تصویر شماره ۳- پانسمان موقت با پوست نیمه ضخامت، تصویر شماره ۴- نمای نیمرخ بعد از عمل، تصویر شماره ۵- نمای رخ بعد از عمل



تصویر شماره ۶- نمای رخ قبل از عمل، تصویر شماره ۷- پایه فلاپ یکطرفه، تصویر شماره ۸- نمای رخ بعد از عمل



تصویر شماره ۹- نمای رخ قبل از عمل، تصویر شماره ۱۰- نمای نیمرخ قبل از عمل، تصویر شماره ۱۱- نمای رخ بعد از عمل، تصویر شماره ۱۲- اسکار ناحیه اسکالپ



تصویر شماره ۱۳- نمای رخ قبل از عمل، تصویر شماره ۱۴- نمای نیمرخ قبل از عمل، تصویر شماره ۱۵- استفاده از گرافت پوست بعنوان پانسمان، تصویر شماره ۱۶- استفاده از فلاپ جهت بازسازی لب فوقانی، تصویر شماره ۱۷- نمای رخ ۶ ماه بعد از عمل

منابع

- 1- Kazanhjian VH., Converse JM., Surgical treatment of facial injuries. Baltimore, William and Wilkins 1974.
- 2- Kitazawa T., Harashina T., Tiara H., et al., bipedicle submental island flap for upper lip reconstruction. Ann. Plast. Surg. 1999; 42: 83-886.
- 3- Jurkiewicz MJ., Krizek TJ., Matles SJ., et al., Plastic surgery principles and practice by the C.V. Mosby company printed in USA, No 1-1 1990, 419-439.
- 4- McCarthy JG., May JW., William littler J: Plastic Surgery. W.B. Saunders company printed in USA, vol 2, 1527-37.
- 5- Vallis CP., Hair transplantation to the upper lip to create a moustache: case report. Plas. Reconstr. Surg 1974; 54: 606-608.
- 6- Walton RL., Bunkis J., A free occipital hair-bearing flap for reconstruction of upper lip. Br. J. Plast. Surg. 1983; 36: 168-170.
- 7- Lyons GB., Milory BC., Lendvay PG., et al., Upper lip reconstruction: use of the free superficial temporal artery hair-bearing flap Br. J. Plast. Surg. 1989; 42: 333-336.
- 8- Kumar P., L-shaped scalp flap for moustache reconstruction in a patient with an acid burn of the face. Burns. 1996; 22: 413-416.
- 9- Difini D., Datubo-brown; Khalid N., et al., Tissue-expanded visor flap in burn surgery. Ann. Plat. Surg. 1994; 32: 205-208.

بدین ترتیب پس از عمل بیمار احتیاج به پانسمانهای طولانی نداشت و می‌توانست تا زمان قطع پایه فلاپ به زندگی عادی خود ادامه دهد.

پوست نیمه ضخامت پس از سه هفته خارج گردید، پایه‌های فلاپ جدا شد و به ناحیه تمپورال بازگردانده شد.

بحث

روشهای متعددی جهت بازسازی گونه، چانه و لب بالای مردانی که دچار سوختگی شده‌اند گزارش شده است (۹-۱). Vallis در سال ۱۹۷۴ بیماری را توصیف نمود که از پیوند مو جهت ساختن سبیل در ناحیه لب بالا استفاده نموده بود (۵).

Bunkis و Walton در سال ۱۹۸۳ گزارشی از یک فلاپ مودار و آزاد ناحیه اکسیپوت (free occipital hair-bearing flap) را جهت ترمیم لب بالا ارائه نمودند (۶). در سال ۱۹۸۹ Leyon از فلاپ آزاد مودار ناحیه تمپورال برای بازسازی سبیل استفاده نمود (۷).

Cumar در سال ۱۹۹۶ استفاده از فلاپ پوست سر بشکل L (L-shape scalp flap) را برای ترمیم لب بالا بیان نمود (۸).

اعتقاد بر این است که فلاپ bipedicle سطحی تمپورال (bipedicle superficial temporal artery flap) روشی عالی جهت بازسازی چانه، گونه و لب بالا در مردان می‌باشد و منظره قابل قبولی هم در محل اهداء و هم در محل گیرنده ایجاد می‌کند.

اگر چه این فلاپ خصوصیات محل اهداء را حفظ می‌کند و ممکن است با از دست دادن موهای سر در میانسالی موهای این ناحیه نیز ریزش پیدا کنند، اما تاکنون در هیچ یک از بیماران فوق چنین اتفاقی نیفتاده است.

در این روش با انتخاب پهنای مناسب فلاپ و ترمیم اولیه محل اهداء فلاپ، از چندین مرحله عمل جراحی و استفاده از گسترش دهنده بافتی (tissue expander) اجتناب شد و همچنین بیمار سریعتر به زندگی طبیعی خود بازگشت.