



نتایج رینوپلاستی به روش باز در ۴۲ بیمار با بینی پیچ خورده (Twisted nose)

دکتر علی قاضی پور^۱، دکتر نادر اکبری دیلمقانی^۲

^۱استادیار،^۲ دستیار گروه گوش، گلو و بینی - دانشگاه علوم پزشکی اهواز

خلاصه

بینی های پیچ خورده اغلب دارای دفرمیتی های پیچیده ای می باشند، که ساختمان های متعدد از آناتومی بینی را گرفتار کرده است. در یک بینی دچار انحراف اشکال در زیبایی و فونکسیون بینی به طور همزمان دیده می شود. تمامی جراحان با تجربه در رینوپلاستی، جراحی بینی های پیچ خورده را به عنوان مشکل ترین و دردرسازترین نوع جراحی بینی تلقی نموده، و در مواردی اصلاح این چنین بینی هایی به طور کامل امکان پذیر نمی دانند. سپتوم محل اصلی دفرمیتی در اغلب بینی های پیچ خورده می باشد. انجام یک سبتوپلاستی دقیق که در آن کلیه انحرافات و دفرمیتی های سپتوم اصلاح گردد برای به دست آوردن نتیجه زیبایی ظاهری و عملکرد مناسب بینی در انتهای عمل جراحی الزامی است. رویکرد جراحی باز در حین عمل جراحی با در اختیار گذاشتن دید و فضای مناسب برای انجام تکنیک های مختلف گرافت گذاری و بخیه زدن برای رسیدن به یک نتیجه عمل مطلوب الزامی می باشد.

واژه های کلیدی: سبتورینوپلاستی، بینی پیچ خورده، سپتوم

مقدمه

صورت، تظاهر آن به صورت کجی های پیچیده بینی دیده می شود و یا در اثر تروماهای منجر به شکستگی بینی در دوره بزرگسالی می باشد که جا اندازی و اصلاح آنها به درستی صورت نگرفته است (۲،۵). در بینی های پیچ خورده، سپتوم عامل اصلی بروز دفرمیتی در اغلب موارد می باشد (۳،۴). در اکثر این بیماران انحراف تیغه بینی در ناحیه غضروفی، استخوانی و یا محل اتصال استخوان به غضروف دیده می شود.

Twisted nose «بینی پیچ خورده» به بینی هایی گفته می شود که دارای دفرمیتی های پیچیده، شدید و اغلب متعدد در مناطق مختلف آناتومیک مثل استخوان های بینی، سپتوم و غضروفهای طرفی فوقانی و تحتانی «LLC و ULC» می باشد (۴،۷،۸). تروما، عامل اصلی در به وجود آمدن دفرمیتی در اغلب بینی های پیچ خورده می باشد. این تروما ممکن است در اثر ضربات تشخیص داده نشده در زمان کودکی باشد، که در دوره بلوغ در اثر افزایش سرعت رشد اسکلت

دکتر علی قاضی پور

استادیار گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

آدرس: اهواز بیمارستان امام خمینی بخش گوش، حلق، بینی

تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۱۱۰۲۴۸

تاریخ وصول: ۸۲/۱۱/۲۵ تاریخ تایید: ۸۳/۳/۱۹

استفاده برای گرافت های مختلف برداشته شد. حین برداشتن غضروف سپتوم رعایت گردید که حداقل یک سانتی متر از ضخامت غضروف در قسمت دورسال سپتوم و یک سانتی متر در قسمت کودال سپتوم حفظ شود. انحراف باقی مانده در غضروف سپتوم در سمت تقعر هاشور زده شد. در مواردی که در رفتگی کودال سپتوم در ناحیه کولوملا دیده می شد، کودال سپتوم با استفاده از نخ نایلونی ۰-۳ به پری استنوم خار قدامی بینی دوخته شد. سپس فلپ موکوپری کندریال با استفاده از نخ کرومیک ۰-۴ به محل اولیه خود بر روی سپتوم دوخته شد.

ب) برای اصلاح دفرمیتی های Tip بینی برش های رینوپلاستی به روش Open در ناحیه کولوملا و حاشیه تحتانی غضروف های طرفی بینی با استفاده از تیغ شماره ۱۵ داده شد، سپس Cephalic trimming در ناحیه غضروف های طرفی تحتانی انجام گردید. برای شکل دهی Tip بینی از بخیه های مختلف شامل Lateral alar spanning suture - Transdomal Med. crural fixation suture - Interdomal - استفاده گردید.

در ۳۰ بیمار Columellar Strut گذاشته شد. در ۴ بیمار به دلیل عدم تقارن واضح و شدید در ناحیه Tip از گرافت Sheild همراه با گرافت Columellar Strut استفاده گردید. غضروف های گرافت های مزبور از سپتوم بینی به دست آمده بود. شکل (۱) چگونگی تهیه غضروف های مختلف جهت گرافت را از سپتوم بینی نشان می دهد.

در نمای ظاهری این بیماران دفرمیتی های موجود در ۳/۱ فوقانی بینی ناشی از بدشکلیهای هرم استخوانی ، در ۳/۱ میانی معمولاً ناشی از دفرمیتی های غضروفهای طرفی فوقانی و محل اتصال آنها به استخوان یا سپتوم غضروفی و در ۳/۱ تحتانی معمولاً ناشی از عدم تقارن در غضروفهای طرفی تحتانی و بد شکلیهای موجود در قسمت پایینی (کودال) سپتوم غضروفی می باشد(۵). داشتن اطلاع دقیق از آناتومی طبیعی بینی و آناتومی ناهنجاری های مختلف که منجر به بروز پیچ خوردگی در ظاهر بینی شده اند جهت درمان مناسب آنها الزامی است. اصلاح دقیق دفرمیتی های سپتوم با استفاده از تکنیکهای مناسب و از بین بردن انحرافات آن رمز موفقیت در درمان بسیاری از بینی های Twisted می باشد(۴،۷،۸). روش رینوپلاستی Open به دلیل ایجاد دید مناسب و فضای کافی جهت انجام تکنیک های گرافت گذاری «Grafting» و بخیه زدن «Suturing» در درمان بینی های پیچ خورده انتخابی می باشد(۴).

مواد و روش کار

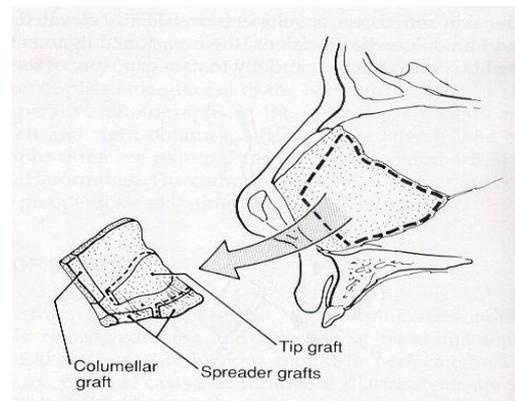
در این مطالعه کلیه بیماران که در فاصله مهرماه ۱۳۸۰ الی آبانماه ۱۳۸۱ برای انجام رینوپلاستی در بیمارستان مهر اهواز بستری شدند، و دفرمیتی موجود در بینی آنها در تعریف Twisted nose قرار می گرفت، در نظر گرفته شدند که همگی آنها تحت عمل سپتورینوپلاستی با روش کلی یکسان قرار گرفتند. مراحل کار به شرح زیر بوده است:

الف) تمامی بیماران در ابتدا تحت عمل سیتوپلاستی با مراحل زیر قرار گرفتند. بعد از انجام انسیزیون Killian در سمت چپ سپتوم (روش Tardy) و بلند شدن Flap موکوپریکندرالیال و موکوپری استنال ، سپتوم غضروفی از کف و از خلف کاملاً آزاد گردید. انحراف استخوانی سپتوم در کف و خلف برداشته شد. انحراف غضروفی در کف و خلف همراه با قسمتی از غضروف سپتوم جهت

در وستیبول دو طرف گذاشته شد و بعد از زدن چسبهای ضد حساسیت بر روی بینی، گچ گیری انجام گردید. مش بینی در روز ۵ بعد از عمل خارج گردید و گچ روی بینی در روز هفتم برداشته شد. بخیه های ناحیه کلوملا و آلا ر نیز در روز پنجم بعد از عمل کشیده شدند. سپس تمامی بیماران تحت معاینات دوره ای بعد از عمل جراحی قرار گرفتند.

نتایج

در میان ۴۲ بیمار مورد مطالعه، ۲ بیمار بعد از ویزیت ماه ششم دیگر مراجعه نمودند، در نتیجه از مطالعه حذف شدند، ولی نتیجه عمل جراحی این افراد تا انتهای ماه ششم رضایت بخش بود. از میان ۴۰ بیمار باقی مانده، در ۳۵ بیمار بعد از گذشت یک سال از زمان عمل جراحی، نتیجه از نظر زیبایی و فونکسیون بینی رضایت بخش بود (عکس ۱). در ۵ بیمار شامل ۲ زن و ۳ مرد بعد از گذشت یک سال از زمان عمل جراحی درجاتی از دفرمیتی های باقی مانده به شرح زیر دیده می شد. در یک بیمار مرد یک فرورفتگی واضح در ناحیه میانه بینی در سمت تقعر قبلی «قبل از عمل جراحی» وجود داشت که برای اصلاح آن بیمار تحت رینوپلاستی به روش Closed «بسته» قرار گرفت و ناحیه فرو رفته با غضروف به دست آمده از ناحیه اوریکول گوش پر شد. در یک مورد بیمار زن و دو مورد بیمار مرد درجاتی از انحراف کودال سیتوم غضروفی باقیمانده بود که با سیتوپلاستی مجدد اصلاح گردید. در یک مورد بیمار زن بعد از گذشت یک سال از زمان عمل جراحی عدم تقارن در محور بینی مشاهده می شد. این بیماران تحت عمل جراحی مجدد سیتوپلاستی به روش اندونازال همراه با استئوتومی لترال یک طرفه در سمت تحدب بینی قرار گرفت و دفرمیتی آن کاملاً اصلاح گردید.



شکل ۱- تهیه غضروف های مختلف جهت گرافت از سیتوم بینی

ج) در اصلاح پروفایل بینی، هامپ استخوانی و غضروفی با استفاده از قیچی سیتوم و استئوتوم برداشته شد. در ۳۳ بیمار در سمت تقعر انحراف در دور سوم بینی گرافت Spreader در حد فاصل ULC و سیتوم غضروفی گذاشته شد در ۳ بیمار از این ۳۳ بیمار از گرافت Spreader دو طرفه استفاده شد. منشأ غضروف در این گرافتها نیز سیتوم بینی بود. در ۱۰ بیمار برای پرکردن فرورفتگیهای ناحیه میانی بینی از گرافت های پوششی Onlay نیز استفاده گردید.

د) در مرحله بعدی استئوتومی های مدیال و لترال در تمامی بیماران انجام گردید. در ۱۰ مورد به علت عدم تحرک پذیری (Mobilization) کامل استخوان های بینی در سمت تحدب انحراف، استئوتومی دوبل (Intermediate) نیز انجام گردید. در ۴ بیمار از ۴۲ بیمار استئوتومی یک طرفه فقط در سمت تحدب انحراف انجام شد.

ه) در ۲۶ بیمار رزکسیون پره های بینی «Alar base» جهت ایجاد قرینگی در ناحیه وستیبول انجام شد. در ۳ مورد از این بیماران رزکسیون به صورت یک طرفه انجام گردید. در انتهای جراحی مش آغشته به تتراسیکلین ۳٪:

بحث و نتیجه گیری

اول این که به دلیل عدم تقارن موجود در غضروف های طرفی تحتانی بینی، داشتن دید دقیق و مناسب از آناتومی غضروف های طرفی تحتانی جهت استفاده از تکنیک های مختلف بخیه زدن الزامی است (۴،۱۰).

دوم این که با توجه به پیچیدگی در فرمیت های موجود در سپتوم و غضروف های طرفی فوقانی و تحتانی ناچار به استفاده از تکنیک های مختلف گرافت گذاری در این بیماران خواهیم بود، و استفاده از گرافت های مختلف شامل «Sheild, Spreader, Onlay, Strut» در روش جراحی Open ساده تر و دقیق تر خواهد بود (۴،۱۰)، و در مقایسه با روش جراحی بسته میزان نیاز به جراحی مجدد به میزان قابل توجهی کاسته خواهد شد (۱۱).

در نهایت علیرغم انجام یک عمل سپتورینوپلاستی دقیق و کامل در مواردی عمل جراحی دوم برای این بیماران اجتناب ناپذیر می باشد (۶،۷،۱).



عکس ۱- نمای قبل و بعد از عمل در دو بیمار بعد از عمل جراحی موفق

برای موفقیت در اصلاح در فرمیت های موجود در یک بینی پیچ خورده دانستن آناتومی و پاتوفیزیولوژی در فرمیت بینی بسیار مهم است. در یک بینی پیچ خورده، سپتوم محل اصلی بروز اکثر در فرمیت های ظاهری بینی می باشد (۱،۴). در این مطالعه، ۳ مورد از بیمارانی که تحت عمل جراحی مجدد قرار گرفتند دچار انحراف باقی مانده سپتوم بودند. انجام یک سپتوپلاستی دقیق کلید موفقیت در اصلاح بسیاری از در فرمیت های موجود در بینی های پیچ خورده می باشد (۵،۴،۱).

روش توصیه شده توسط نگارنده مقاله انجام سپتوپلاستی به روش اندونازال «Internal» در ابتدای جراحی می باشد که در مقایسه با روش های جراحی باز سپتوم یا روش های باز سازی کامل سپتوم Total septoplasty (توصیه شده توسط Daniel) عوارض کمتری چون افتادگی نوک بینی و پایین آمدن شدید دورسوم بوده، در ضمن روش انجام آن ساده تر بوده و مدت زمان لازم برای جراحی کمتر خواهد بود (۳).

همان گونه که مشاهده می شود مراحل انجام کار در این مطالعه به ترتیب شامل سپتوپلاستی، جراحی نوک بینی و اصلاح پروفایل بوده است که در مقایسه با روش توصیه شده توسط آقای Tebbett (جراحی نوک بینی، اصلاح پروفایل و سپتوپلاستی) متفاوت می باشد (۹).

در اصلاح یک بینی پیچ خورده روش جراحی رینوپلاستی باز «Open» به دو دلیل بهتر است.

References

- 1-Byrd HS, Sabmon J. flood J. Correction of the crookad nose Plast. Recons. Surg.1998 Nov; 102(6):2148-57.
- 2-Cummings CW. Otolaryngology Head and Neck Surgery 3rd edition, Baltimore mosby. 1998.vol2:999-1032.
- 3-Daniel Rollin K.Rhinoplasty, Springer. 2002: 163-205.
- 4- Gunter Jack P. Rod & Rohrich. William B Adams,Jr–Dallas Rhinoplasty Quality medical publishing .2002. Vol 2: 790-816.
- 5- Hwang PH. Mnas CS. Correction of the twisted deformity:A surgical algorithm using the external rinoplasty approach.Amj Rhinology,1998 May Jun; 12(3) : 213-20.
- 6-Ozturan. Miman mc,Yigit B. Approuch T. Twisted noses and results of treatment. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2002 Jun-Feb; 9(1): 21-9.
- 7-Park Stephen S. G Richard Holt. The Otolaryngologic clinics of north america Harcourt Brace W.B. Saunders Company 1999. Part 1. 53-64.
- 8- Tardy M. Eugene, Jr Rhinoplasty the Art and the Science W.B. Saunders. 2000 Vol 2: 573-647 .
- 9-Tebbets John B. Primery Rhinoplasty. Mosby. 2000 : 161-210.
- 10-Toriumi Dean M. Daniel G. Becker. Rhinoplasty Dissection manual, Lippincot Williams and Wilkins,1999: 71-80 .
- 11-Vuyk HD. Review of practical guidlines for correction of devintied nose. Rhinology. 2000 Jun; 38(2) : 27-8.