

## بررسی نتایج استفاده از فلپ پایه‌دار چربی گونه در ترمیم فیستول کام

دکتر عباس کاظمی\*، دکتر محمد جلیلی منش\*\*

### چکیده:

**زمینه و هدف:** فیستول کام یکی از عوارض ترمیم شکاف کام بوده و درمان آن نیز به دلیل وجود اسکار فراوان در محل و عدم وجود بافت سالم نسبتاً سخت است. روش‌های متعددی جهت ترمیم فیستول کام ذکر گردیده است که آگاهی از تمامی این روش‌ها برای جراح ضرورت دارد. هدف از این مطالعه بررسی استفاده از فلپ پایه‌دار چربی گونه Buccal Fat Pedicle Flap (BFP) در ترمیم فیستول‌های کام بوده است. **مواد و روش‌ها:** تعداد ۱۲ بیمار که دچار فیستول در  $\frac{2}{3}$  خلفی کام بودند در این مطالعه قرار گرفتند. اندازه فیستول‌ها بین ۱۰ تا ۲۰ میلی‌متر بوده است. در تمامی بیماران ترمیم فیستول در دو لایه صورت گرفت، لایه نازال با استفاده از فلپ موکوپریوست به صورت Hinge Flap ترمیم شد. جهت پوشش لایه اورال از فلپ پایه‌دار BFP استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج ترمیم فیستول در ۱۱ بیمار خوب بود. تنها یک بیمار دچار فیستول کوچکی به قطر ۲ میلی‌متر در قسمت قدامی محل قبلی فیستول شد که طی ۲ ماه بطور خودبخود بسته شد فلپ BFP طی ۴ هفته بطور کامل اپی تلیالیزه گردید. تنها عارضه مشاهده شده درد و تورم خفیف در ناحیه گونه (در سمتی که فلپ برداشته شده بود) در ۱۰ بیمار بود که روز بعد از عمل ایجاد گردید و طی ۵ روز بدون اقدام درمانی خاصی برطرف شد.

**نتیجه‌گیری:** استفاده از فلپ پایه‌دار BFP در ترمیم فیستول‌های با اندازه کمتر از ۲۰ میلی‌متر که در  $\frac{2}{3}$  خلفی کام قرار دارند روش مناسبی است. دسترسی به فلپ آسان بوده و عوارض آن کم می‌باشد. استفاده از این روش در مواردی که استفاده از فلپ‌های موضعی جهت ترمیم فیستول مقدور نمی‌باشد، یا با شکست مواجه شده است توصیه می‌شود، استفاده از این فلپ برای فیستول‌های بزرگتر از ۲۰ میلی‌متر و همچنین فیستول‌های ثلث قدامی کام مورد تردید است و توصیه نمی‌شود.

### واژه‌های کلیدی: شکاف کام، فیستول کام، فیستول عود کرده، چربی گونه

### زمینه و هدف

کام است. میزان بروز فیستول در بین مطالعات مختلف از صفر تا ۳۴٪ در تمامی بیماران شکاف کام گزارش شده است<sup>۱</sup>.

فیستول کام یکی از عوارض ترمیم شکاف کام است. اگر چه علل دیگری چون تروما و تومور نیز در ایجاد آن نقش دارند ولی شایعترین علت آن بعد از ترمیم شکاف

نویسنده پاسخگو: دکتر عباس کاظمی  
تلفن: ۲۲۰۵۱۳۵۷  
Email: akazemi2003@Yahoo.com

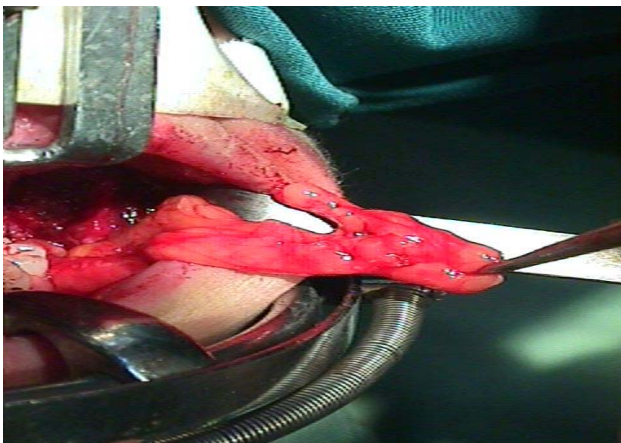
\* استادیار گروه جراحی ترمیمی و پلاستیک، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان حضرت فاطمه(س)، بخش جراحی ترمیمی و پلاستیک  
\*\* دستیار گروه جراحی ترمیمی و پلاستیک، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان حضرت فاطمه(س)، بخش جراحی ترمیمی و پلاستیک

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۰۸/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۱۰/۲۰

www.SID.ir

برش مخاطی داده می‌شد ابتدا فلپ موکوپریوست برای ترمیم لایه نازال به صورت Hinge Flap در محل دیفکت قرار داده شده و با ویکریل ۴/۰ به صورت بخیه‌های مجزا ترمیم می‌شد. پس از کامل شدن ترمیم لایه نازال، برش مخاطی در ناحیه وستیبول فوقانی (Superior Gingivobuccal Groove) در محاذات دندان‌های آسیای ۲ و ۳ فوقانی در سمت راست یا چپ ایجاد می‌گردید. حفظ فاصله کافی جهت جلوگیری از آسیب مجرای پاروتید رعایت می‌شد. سپس لبه‌های مخاط کنار زده شده و پس از دیسکسیون عضله و فاشیای چربی گونه، فلپ به آرامی بیرون کشیده می‌شد (شکل شماره ۱).



تصویر شماره ۱ - فلپ BFP از برش مخاطی وستیبول بیرون آورده شده و با کشش ملایم جهت تأمین طول کافی، آزاد می‌شود.

پس از بدست آوردن طول کافی جهت پوشش دیفکت، فلپ فوق روی محل قرار گرفته و لبه‌های آن با ویکریل ۴/۰ بخیه می‌شد. این فلپ که شامل بافت چربی می‌باشد، پس از قرار گرفتن در محل فیستول طی چند هفته با مکانیزم اپی تلیزاسیون پوشانده می‌شود.

#### یافته‌ها

تمامی بیماران پس از جراحی بطور هفتگی معاینه شدند، در هر ۱۲ بیمار فلپ BFP پس از ۴ هفته بطور کامل اپی تلیالیزه شده بود. پدیدکول فلپ بطور تدریجی کوچک و آتروفیک شد تنها در یک بیمار عمل جراحی مجدد جهت قطع پایه فلپ انجام شد.

فیستول بطور کامل در ۱۱ بیمار ترمیم شد و تنها در یک بیمار در قسمت قدامی فیستول قبلی، یک دیفکت ۲ میلیمتری وجود داشت که پس از گذشت ۲ ماه بسته شد. ۱۰ بیمار از

علل متعددی از جمله عفونت، هماتوم بین لایه اورال و نازال، کشش (Tension) بیش از حد روی محل ترمیم، نکرور فلپ‌ها و تماس ناکافی بین لایه اورال و نازال در ایجاد آن نقش دارند. فیستول‌های بعد از عمل معمولاً کوچک بوده و خودبخود ترمیم می‌شوند.<sup>۲</sup> فیستول ممکن است در هر نقطه‌ای از مسیر ترمیم شکاف کام ایجاد شود ولی شایعترین محل آن نقطه اتصال کام سخت و کام نرم است.

وجود فیستول در کام ممکن است فاقد علامت بالینی باشد و یا می‌تواند سبب فرار هوا از بینی در طی صحبت کردن (Nasal Escape)، هیپرناسالیتی، رزونانس، خروج مایعات از حفره دهان به بینی در طی نوشیدن، و ایجاد بوی بد دهان به دلیل ماندن قطعات غذایی در محل فیستول شود.<sup>۲</sup>

ترمیم جراحی فیستول کام از مشکلات جراحی است که هنوز پروتکل خاصی جهت آن وجود ندارد. به دلیل نبود بافت دست نخورده (Local Virgine Tissue) در محل فیستول و همچنین اسکار فراوان در کام بسیاری از جراحان تنها فیستول‌هایی را که علامت‌دار هستند تحت عمل جراحی قرار می‌دهند، ترمیم فیستول‌های عود کرده نیز مشکل را دو چندان می‌کند.<sup>۱</sup> ما در این مطالعه از فلپ پایه‌دار گونه به عنوان پوشش لایه اورال در ترمیم فیستول استفاده کردیم و نتایج آن را بررسی نمودیم. فلپ پایه‌دار چربی گونه فقط حاوی بافت چربی و دارای پدیدکول عروقی می‌باشد. این فلپ پس از آزاد شدن از محل خود به ناحیه فیستول کشیده شده و با بخیه فیکس می‌شود. طی چند هفته سطح اورال فلپ اپی تلیالیزه می‌شود.

#### مواد و روش‌ها

تعداد ۱۲ بیمار که دچار فیستول کام بودند، از آبان سال ۱۳۸۲ لغایت بهمن ۱۳۸۳، در این مطالعه قرار گرفتند. این بیماران ۵ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند و سن آنها بین ۲ تا ۱۹ سال بوده است. اندازه فیستول حداقل ۱۰ میلیمتر و حداکثر ۲۰ میلیمتر بود. محل فیستول در تمامی بیماران در ۲/۳ خلفی کام بوده است. ۶ بیمار برای بار اول و ۵ بیمار برای بار دوم و ۱ بیمار برای بار سوم تحت عمل ترمیم فیستول کام قرار گرفتند.

پس از بیهوشی، طراحی فلپ موکوپریوست برای ترمیم لایه نازال و تزریق اپی‌نفرین ۱/۱۰۰۰؛

### بحث و نتیجه‌گیری

ما در این مطالعه از فلپ پایه‌دار BFP برای ترمیم فیستول کام استفاده کردیم. فلپ BFP امروزه گسترش روزافزونی در ترمیم و بازسازی ناحیه کام و فیستول‌های Oronasal و حتی پوشش سطح نازال گرافت‌های استخوانی داخل دهان دارد.<sup>۵-۳</sup>

BFP دارای ۲ لوب غیر وابسته می‌باشد. بعضی آن را به صورت یک بدنه مرکزی (Central) و ۴ پایه، (Buccal, Deep Temporal, Parotid, Superficial) ذکر کرده‌اند. هر لوب دارای فاشیای مجزا است. حجم آن حدود ۱۰ میلی‌لیتر و وزن آن حدود ۹/۳ گرم است.<sup>۶</sup> استفاده از فلپ BFP علاوه بر سهولت استفاده، سبب می‌شود تا به دلیل بی‌نیازی به ترمیم لایه بوکال با فلپ‌های موکوپریوست، ترمیم لایه نازال به راحتی و بدون محدودیت انجام شود. ترمیم آزادانه لایه نازال از عواملی است که در موفقیت نتایج این نوع فلپ تأثیر دارد. از روش‌هایی که امروزه در ترمیم فیستول کام رایج است ترمیم با فلپ‌های موضعی موکوپریوست جهت هر دو لایه نازال و اورال می‌باشد. طراحی این فلپ‌ها باید طوری باشد که اندازه آنها همیشه بزرگتر از میزان فیستول باشد در غیر این صورت شانس موفقیت بسیار کم خواهد بود. به همین دلیل و به جهت محدودیت در وجود بافت موکوپریوست مجاور فیستول و عدم قابلیت چرخش کافی برای فلپ‌ها، بخاطر وجود اسکار فراوان، ترمیم مطمئن فیستول به سختی امکان‌پذیر است و لذا شانس عود فیستول را افزایش خواهد داد. علاوه بر مشکلات فوق، آزاد کردن وسیع موکوپریوست جهت ترمیم لایه بوکال و باقی گذاشتن منطقه وسیعی از کام بدون پریوست سبب اختلال در رشد استخوانی فک فوقانی خواهد شد. از فلپ‌های مخاطی بوکال و وستیبولر نیز جهت پوشش لایه اورال استفاده شده است. احتمال دفورمیتی گونه و لب و همین‌طور خون‌رسانی کم این فلپ‌ها به دلیل عدم وجود پدیکول عروقی مشخص سبب تمایل کمتر جراحان در استفاده از آنها شده است. استفاده از فلپ‌های مخاطی با پدیکول عروقی چون (Facial) FAMM FLAP (Artery Musculomucosal Flap) عمل نسبتاً سختی بوده و دفورمیتی شدید مخاط گونه را در بر خواهد داشت و تنها برای فیستول‌های بزرگ کام که با روش‌های ساده‌تر قابل ترمیم نیستند توصیه می‌گردد، برای استفاده از این فلپ تجربه کافی جراح ضروری است.<sup>۸</sup>

تورم و درد خفیف ناحیه گونه که فلپ BFP از آن برداشته شده بود شکایت داشتند که پس از ۵ روز بدون اقدام درمانی خاصی برطرف شد. در تمامی بیماران فتوگرافی قبل از جراحی، حین عمل و پس از ترمیم کامل فیستول تهیه شد.



تصویر شماره ۲ - بیمار قبل از عمل



تصویر شماره ۳ - حین عمل پس از ترمیم با فلپ BFP



تصویر شماره ۴ - چهار هفته بعد از عمل جراحی

حد به مخاطره می‌افتد. استفاده از این فلپ همچنین برای فیستول‌های بزرگتر از ۲ سانتیمتر به دلیل وسعت دیفکت توصیه نمی‌شود و بهتر است از روش‌های دیگر چون FAMM.FLAP و یا فلپ‌های فاشیای تمپورال استفاده شود. با توجه به محدود بودن تعداد مقالات در مورد این تکنیک به این تعداد مقالات دسترسی پیدا کردیم.<sup>۳-۸</sup>

با توجه به نتایج مطالعه فوق، ما استفاده از فلپ پایه‌دار BFP را جهت ترمیم فیستول‌های کام که در ۲/۳ خلفی کام قرار دارند و اندازه آنها زیر ۲ سانتیمتر است توصیه می‌کنیم. استفاده از فلپ BFP برای ترمیم فیستول‌های ثلث قدامی کام مورد تردید است زیرا فلپ فوق به سختی به ثلث قدامی کام می‌رسد و در صورت رسیدن، خونرسانی فلپ به دلیل کشش بیش از

Archive of SID

**Abstract:**

## **Result of Pedicled Buccal Fat Pad Flap for the Repair of Palatal Fistula**

*Kazemi A. MD<sup>\*</sup> , Jalili Manesh M. MD<sup>\*\*</sup>*

**Introduction & Objective:** Palatal fistula is one of the complications of Palatal surgery, most common after cleft palate repair. Its management is difficult due to presence of fibrotic and scarred tissue and absence of local virgin tissues. Recurrence rate is high after any technique of palatal repair.

**Materials & Methods:** The authors have operated on 12 cases of palatal fistula with the use of pedicled buccal fat pad flap. The patients were operated on, from March 2003 to August 2005. Patients, age ranged from 2 to 19 years. The size of the fistulas were between 10mm to 20mm. Nasal layer was closed by local mucosal flap (turn down flap) and pedicled buccal fat pad flap was used for oral lining.

**Results:** In one case, there was a 2mm defect in anterior part of previous fistula site, which was healed in 2 months. Mild pain and swelling of cheek were seen in 10 patients which disappeared after 5 days spontaneously. Full epithelization of BFP layer was done during 4 weeks.

**Conclusions:** The pedicled BFP flap is an easy and relatively secure method for palatal fistula management. It is recommended for fistula less than 20mm located in posterior two-third of palate.

***Key Words: Cleft Palate, Palatal Fistula, Recurrent Fistula, Buccal Fat Pad***

*\* Assistant Professor of Plastic Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Fatemeh Hospital, Tehran, Iran*

*\*\* Resident of Plastic Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Fatemeh Hospital, Tehran, Iran*

## References:

1. Bahman Guyuron, MD, Plastic Surgery, Indications, Operations, and Outcomes. USA. Mosby, 2001, p 805.
2. Joseph G. McCarthy, M.D Plastic Surgery, New York, W.B. Saunders Company, 1990 P. 2814.
3. Thudson JW, Anderson JG, Russell RM Jr, Anderson N, Chambers K, Use of Pedicled Fat Pad Graft as an Adjunct in the Reconstruction of Palatal Cleft Defect, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1995, JUL, 80 (1): 24-7.
4. Alkan A, Dolanmaz D, Uzun E, Erdem E. The Reconstruction of Oral Defects with Buccal Fat Pad. Swiss med Wkly. 2003 Aug 23; 133 (33-34): 465-70.
5. Baumann A, Ewers R Application of the Buccal Fat Pad in Oral Reconstruction. J Oral Maxillofac Surg. 2000 Apr; 58(4): 389-92: Discussion.
6. Zhang, Hai- Ming Md: Yan, Yi-Ping M.D: Qi, Ke-Ming MD: Anatomical Structure of the Buccal Fat Pad and its Clinical Adaptations. Plast Reconstr Surg. 2002 June; 109 (7): 2509-2518.
7. Giuseppe Colella, Gial. Paolo, Tartaro and Amerigo Giudice the Buccal Pad in Oral Reconstruction British Journal of Plastic Surgery, 2004. Apr. (online).
8. Fassion E, Laure B, Durand JL, Bonin B, Aboumoussa J, Ballon G. Goga D. the Facial artery - Buccinator Musculo - Mucosal Flap for Reconstruction of the Palate. Rev StomatolChir maxillofac. 1999. Oct:100(5) = 221-5.

Archive of SID