دراسة مقارنة بين استخدام الشرائح الموضعية والشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية في إغلاق نواسير قبة الحنك الأمامية متوسطة وكبيرة الاتساع

عمر حشمة*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يعدُّ إغلاق نواسير قبة الحنك إحدى مراحل علاج شقوق الشفة وقبة الحنك، وقد تشكل هذه المرحلة معضلة في بعض الأحيان ذلك لكون الأنسجة المحيطة بالناسور ندبية قليلة التروية والمرونة.

هَدَفَتِ الدراسة إلى بيان الفرق بين استخدام الشرائح الموضعية والشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية في إغلاق النواسير الأمامية لقبة الحنك المتوسطة وكبيرة الاتساع.

مواد البحث وطرائقه: أُجْرِيَتْ عمليات إغلاق نواسير أمامية لقبة الحنك لدى 24 مريضاً بأعمار من 7 إلى 19 سنة من الجنسين، قسموا بين مجموعتين استخدم في الأولى الشرائح الموضعية، واستخدم في الثانية الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية لم يعانِ أي مريض من أي مرض جهازي أو أي مشكلات صحية و سلوكية تعيق الشفاء.

أُجْرِيِ العمل تحت التخدير العام حيث يوضع فاتح الفم الخاص بشقوق قبة الحنك ويعمل شق لتحرير حافات الناسور لقلبها وتقريبها إلى بعضها بحيث تشكل المخاطية الأنفية في إغلاق الناسور، في حين تشكل الطبقة الفموية في إغلاق الناسور من الشرائح الموضعية ((وعندها يلزم وضع صفيحة جراحية لتوفير فرصة جيدة للشفاء))أو تشكل هذه الطبقة من الشريحة اللسانية ذات القاعدة الأمامية وعندها تُخَاطُ ذروة اللسان مع باطن الشفة العلوية لتوفير إمكانية جيدة للشفاء مع حماية الشريحة اللسانية من التمزق أو الانفصال عن قبة الحنك إِذْ تبقى الشريحة ثلاثة أسابيع قبل فصلها عن اللسان. يفحص المرضى عيانياً بعد شهرين من فك القطب في كلتا المجموعتين لبيان نكس الناسور، كما يطلب من المريض النفخ مع إغلاق فوهات الأنف لبيان هروب الهواء من الأنف إلى الفم.

النتائج: كانت هناك ست حالات نكس ناسور لدى المجموعة التي استخدمت فيها الشرائح الموضعية ومن ثَمَّ كانت نسبة النجاح 50%، في حين كانت هناك حالة نكس واحدة لدى المجموعة التي استخدمت فيها الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية مع حالة أخرى سجل فيها هروب الهواء من الأنف إلى الفم التي عُدَّتْ نجاحاً جزئياً، ومن ثَمَّ كانت نسبة النجاح 91.7 % مع وجود فارق إحصائي بين المجموعتين باختبار كأي مربع إِذْ p=0.025.

الاستنتاج: إن الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية كانت أفضل من حيث النتائج من الشرائح الموضعية، إلا أنها كانت أكثر إزعاجاً للمرضى في أثناء مدة الشفاء الأولى لذلك فإننا ننصح على ضوء دراستنا باستخدام الشرائح اللسانية ذات القاعد الأمامية في إغلاق نواسير قبة الحنك الأمامية المتوسطة والكبيرة الاتساع مع استخدام أسلوب التثبيت الذي قمنا به بخياطة ذروة اللسان بباطن الشفة العلوية مع ترك الخيط بطول 2 سم .

كلمات مفتاحية: نواسير أنفية فموية – شريحة لسانية.

* أستاذ مساعد – قسم جراحة الفم والفكين- كلية طب الأسنان- جامعة دمشق.

Comparison Study Between Using the Local Flap and the Anterior-Based Tongue Flap in Closing the Anterior wide and Moderate Palatal Fistula

Omar Heshmah*

Abstract

Background & Objective: Closing oronasal fistula is one of the many stages the cleft patient may pass through which is troublesome sometimes, because the surrounding tissue of the fistula are scary with lack of blood supply and elasticity this study aim to compare between closing the anterior wide and moderate fistula by using local flap V.S anterior-based tongue flap

Methods & Materials: 24 patients have suffering from oronasal fistula from both sex and range from7 to 19 years old were divided into tow groups that we have used local flap in closing the fistula in the first group while we have used the anterior-based tongue flap in the other one

None of these patients in both groups has any systemic problems mental statue or bad behavior that may compromise the healing

The operations did under the general anesthesia that after applying the mouth retractor of the palatal cleft the fistula became clear and easy to reach so we made several incisions around the fistula to turn over this tissue and suture them together to make the nasal layer in fistula area

Then we got the oral nasal by taking flap from the palatal adjacent tissue (local flap) in the first group so we may need surgical appliance to enhance healing in the other group We used anterior-based tongue flap to make the oral layer with fixing and protecting this flap by suturing the tip of the tonguewith the interior side of the upper lip this connection will kept for three weeks till we can separate the flap from the tongue safely

After two month of removing the suture we exam the operated area to record the notifications

To verify whether there is any recurrent fistula by the mere eye and by asking the patient to open his mouth widely and to blow from his nose with closing the nose by our fingers

There were 6 recurrent fistula in the first group (local flap) so we have got 50 % as a success rate meanwhile there was only one case of recurrent fistula in the other group (anterior-based tongue flap) which detected by the blowing test so we may considered as a partial success so success rate in thisgroup was 91.7 that by using Kay square test we have p=0.025 revealing to a real deference between the two group statically.

Conclusion: The anterior-based tongue flap has better results than the local flap with being more annoying to the patient in the primer healing period

So we may advocate depending on our study to use the anterior-based tongue flap in closing the anterior wide and moderate oronasal fistula by using the fixing method of suturing the tip of the tongue with the interior side of the upper lip with leaving the suture with 2 cm length

key words : oronasal fistula –tongue flap

* Ass. Prof. Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Damascus University.

مقدمة:

تعرف النواسير بأنها اتصال بين جوفين مع بقاء البشرة مبطنة لهذا الاتصال.[1] وتعدُّ نواسير قبة الحنك من الحالات البسيطة والمعقدة في آنٍ واحد. ففي ظل البحث الدائم عن الحل الأنسب لمعالجتها طُوِّرَتْ عدة طرائق تتفاوت في قدرتها، كما تتفاوت في بساطتها وتعقيدها .[2]

تصنف نواسير قبة الحنك وفق اتساعها إلى صغيرة أقل من 2 ملم ومتوسطة 2-5 ملم وكبيرة أكبر من 5 ملم [3]، وبحسب موقعها إلى أمامية ومتوسطة وخلفية [4]. ويكمن التعقيد في إغلاق نواسير قبة الحنك في قلة الأنسجة المتوافرة موضعياً حول هذه النواسير فضلاً عن كونها ندبية قليلة التروية الدموية مما يزيد في تعقيد شفائها، كما يقلل من مرونتها والقدرة على تحريرها واستخدامها .[2]

إن الشرائح الموضعية هي أبسط الطرائق والأكثر شيوعاً في إغلاق نواسير قبة الحنك إِذْ تستخدم الأنسجة المحيطة بالناسور في محاولة إغلاق الناسور على طبقتين ، تتشكل الطبقة الأولى من بطانة الناسور نفسها التي تقلب لتشكل الطبقة الأنفية أو الغشاء المخاطي للأنف، أمَّا الطبقة الثانية فَتُجْلَبُ من الأنسجة المحيطة بالناسور التي تُزَاحُ وتُخَاطُ مع حافات الناسور لتشكل الطبقة الثانية أي البطانة الفموية .[2,4]

ولكن كما ذكرنا فإن التعامل مع الأنسجة الندبية قليلة التروية الدموية وقليلة المرونة هي أهم عوائق نجاح هذه الطريقة، ناهيك عن قلة وفرة الأنسجة المحيطة بالناسور خاصة مع اتساع حجم الناسور الأمر[4] الذي دفع العديد من الباحثين إلى إيجاد بدائل، ومنها استخدام الشرائح الناحيّة ومن ضمنها الشريحة الشفوية والشريحة اللسانية التي قدمت حلولاً جيدة خاصة من ناحية وفرة الأنسجة وجودة التروية الدموية .[5]

استخدمت هذه الشرائح منذ منتصف القرن الماضي إِذْ كان (1966Gerrero-Santos) أول من استخدم هذه الشرائح في ترميم قبة الحنك[4,5]، وعلى نقيض الشرائح الموضعية فإن الشرائح اللسانية كانت ذات تصاميم مختلفة من حيث قاعدتها (خلفية – أمامية – جانبية) وطولها وسماكتها [2]، وعلى كلٍ فإن الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية كانت الأنسب من حيث سهولة التعامل معها و الأفضل من حيث التروية الدموية لكون الفرع الانتهائي للشريان اللساني يدخل من ذروة اللسان ليشكل ضفيرة دموية تحت مخاطية اللسان .[2,4,5]

أمَّا بالنسبة إلى طول هذه الشريحة فهو يختلف بحسب الحاجة إلا أنه بالإمكان مدها إلى قُبيل الحليمات الكأسية، وأمَّا عرضها فيمكن أخذ حتى ثلثي عرض اللسان مع كونها متناظرة بالنسبة إلى الخط الناصف، وذلك للحصول على أفضل تروية دموية ممكنة مع محاولة الحفاظ على كتلة متناظرة من اللسان .[5]

ومن حيث سماكة هذه الشريحة فقد استخدم الباحثون سماكات مختلفة، والمهم هو الحفاظ على الضفيرة الدموية التي تتوضع تحت مخاطية اللسان مباشرة، ومن ثَمَّ يجب أخذ طبقة عضلية مع الشريحة بحيث نضمن حماية الضفيرة الدموية [5]، وإن أقل سماكة اِسْتُخدِمَتْ بنجاح هي 3 ملم (Antorio Guedes 1993) [6] في حين وصلت أكبر سماكة إلى ثلثي سماكة اللسان(Gerrero-Santos1966).[7]

إن الابتعاد عن ذروة اللسان 1-2 سم أمر أساسي في الشرائح اللسانية لضمان سلامة التذوق والنطق وحركة اللسان[5]، علماً أنه لم يسجل أي تأثير سلبي في النطق أو التذوق إثر استخدام الشرائح اللسانية إلا أن سيئة هذه الشرائح تكمن في كونها سميكة وتحتاج إلى تقييد حركة اللسان ريثما يتم الشفاء الأمر الذي يسبب ازعاجاً وتوتراً للمريض.[8]

ولكون اللسان بنية عضلية قوية فمن الضروري تثبيته أو تقليل حركته حتى نسمح بالتحام الشريحة مع حافات الناسور دون تعرضها للانفصال أو التمزق، وقد استخدم الباحثون عدة طرائق لهذا الأمر كما يبّين الجدول الآتي :[9]

♦ بالتثبيت بالعرى السلكية بين السنية + تثبيت ذروة اللسان إلى الشفة العلوية	1966	[7]Guerrero-Santos and Altamirano,
♦ أسلاك كيرشنر لتثبيت اللسان إلى زاوية الفك	1969	[13]Gerrero-Santos et. al.,
♦ تثبيت جوانب اللسان مع الضواحك	1972	Kruchinskyi,
♦ جهاز كابح الذقن	1977	Hochstein,
♦ تكون الشريحة أكبر مع سويقة أطول	1980	Garreirao and Lessa,
♦ تثبيت بالأقواس بين فكين	1982	Steinhauser,
♦ خياطة معلقة لسويقة الشريحة مع قبة الحنك	1990	Argamaso,
♦ خياطة اللسان مع قاع الفم	1992	Thind et. al.,
♦ خياطة مثبتة للشريحة بخيوط نايلون0-3 مع اللثة وعبر الأسنان أو حولها.	2000	Guzel and Altintas,
♦ فعالية إغلاق نواسير قبة الحنك باستخدام الشريحة اللسانية ذات القاعدة الأمامية	2009	Charan Babu HS, Bhagvandas, Rai A, Manju Ananthakrishnan Nair, Meenakshi
♦ فعالية الشرائح اللسانية في إغلاق نواسير قبة الحنك	2012	Sathish M.S. Vasishta, M.D.S. Gopal Krishnan, M.D.S., F.D.S.R.C.S. Y.S. Rai, F.R.C.S., Anil Desai, M.D.S

ومع ذلك فإن تمزق الشريحة أو انفصالها أو عدم التحامها مع حافات الناسور بشكل جزئي أو كلي يبقى احتمالاً وارداً، وقد أفردت لذلك بحوث خاصة [9]، وإن المبدأ الأهم لشفاء هذه الشرائح هو إبقاؤها باتصال ثابت مع حافات الناسور لنسمح بمفاغرة دموية بين الشريحة وسريرها الجديد أي قبة الحنك[5,94].

لذلك لا بدَّ من الانتظار مدة 3 أسابيع على الأقل حتى تتمكن الشريحة من أخذ تروية دموية كافية من قبة الحنك تغنيها عن ترويتها الدموية الأساسية القادمة من اللسان، ويجري التأكد من ذلك من خلال الضغط بواسطة ملقط نزف على السويقة (من منطقة اتصال الشريحة اللسانية باللسان) قبل فصل الشريحة اللسانية، فإن حدث ابيضاض معظم الشريحة فهذا دليل على أن التروية الدموية الآتية من قبة الحنك غير كافية بعد وأن فرص نجاح الشريحة إن فصلت عن اللسان ضئيلة لذلك يُؤَجَّلُ فصلها عن اللسان ليعاد الاختبار بعد أسبوع حتى نتأكد أن التروية الدموية الآتية من قبة الحنك أصبحت كافية وعندها تُفْصَلُ الشريحة عن اللسان وتُعادَ خياطة السويقة إلى اللسان بعد إعادة تجهيز مكان مناسب لها بتوسيع بسيط لمكان أخذ الشريحة . [5]

مع العلم أَنْ ليس من المهم إعادة السويقة لمكانها فيمكن التخلص منها أو من جزء منها في حال صعوبة إعادة خياطتها لمكانها، ذلك أن إعادتها أو عدم إعادتها لا يؤثر من الناحية الوظيفية للسان فالمهم هو ضمان سلامة حركة اللسان وليس المهم الكتلة المتبقية منه. [5]

إن وفرة الأنسجة التي تقدمها الشرائح اللسانية مع كون ترويتها الدموية ممتازة دفع العديد من الباحثين للاعتماد عليها في ترميم مناطق عديدة من الفم كباطن الخد والشفة السفلية وقبة الحنك [4] إلا أنه دوماً هناك حدود لاستخدامها ولمدى الفائدة منها الأمر الذي يعنى به بحثنا.

الهدف من البحث:

هَدَفَتْ هذه الدراسة إلى مقارنة نجاح استخدام الشرائح الموضعية و الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية في إغلاق نواسير قبة الحنك الأمامية المتوسطة و الكبيرة الاتساع سريرياً، وذلك بتحري الإغلاق التام للناسور

بالفحص العياني مع اختبار النفخ من الأنف مع كون الأنف مغلقاً.

المواد والطرائق:

عينة البحث:

اختير 24 مريضاً ممن لديهم نواسير قبة الحنك أمامية التوضع كانت أعمارهم تراوح بين 7 سنوات إلى 19 سنة من الجنسين. قُسِّمَتِ العينة إلى قسمين:

القسم الأول: أجري ل 12 مريضاً إغلاق النواسير بالشرائح الموضعية.

القسم الثاني: أغلقت النواسير باستخدام الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية لدى المرضى الآخرين .(جدول رقم 1)

شروط اختيار العينة:

كان هؤلاء المرضى جميعهم لديهم ناسور قبة حنك أمامي ولم يُجْرِ أي تداخل جراحي سابق لديهم أي إنَّه لا يوجد نكس والعمل الجراحي يجرى أول مرة لديهم.

لا يعانون من أي مشكلات صحية عامة.

ولا يتناولون أي أدوية جهازية. واِسْتُبْعِدَتِ الحوامل والمرضعات

و مرضى السكري والمدخنون ..الخ

وأُجْرِيَ العمل الجراحي في كلية طب الاسنان –مشفى قسم جراحة الفم و الفكين في عام 2010-2012.

جدول رقم 1

نوع الشرائح المستخدمة	عدد المرضى			النسبة المئوية		
	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع
شرائح لسانية	7	5	12	58.3	41.7	100
شرائح موضعية	8	4	12	66.7	33.3	100
عينة البحث كاملةً	15	9	24	62.5	37.5	100

الفحص السريري:

فُحِصَ المريض سريرياً بحيث يُفْحَصُ مكان الناسور أهو خلفي أو أمامي.

واِسْتُبْعِدَتِ النواسير الخلفية واختيرت النواسير الأمامية فقط التي يراوح حجم الناسور فيها من 5 ملم إلى 1,5 سم مع عدم وجود أي إصابات في المخاطية الأنفية.

طبعاً مع سلامة اللسان عند المريض من أية آفات أو أمراض إنتانية أو فيروسية أو فطرية أو ورمية.

الفحوص الدموية :

زمن النزف – زمن التخثر – تعداد الصفيحات – تعداد الدموي العام – الزمرة الدموية .

أسلوب العمل الجراحي:

أُجْرِيَ العمل تحت التخدير العام بالتنبيب الأنفي

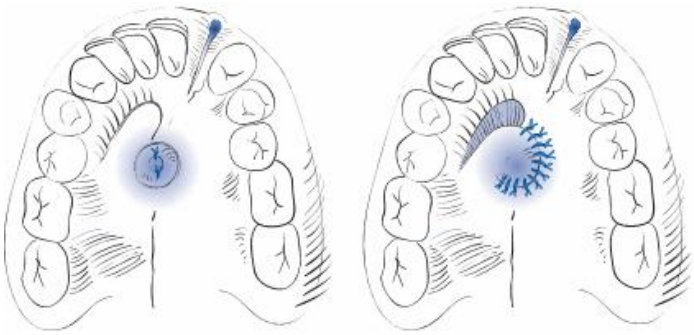
بعد تعقيم منطقة العمل الجراحي و وضع الرفادات المعقمة لتغطية المريض نقوم بالتخدير الموضعي بالليدوكائين 2% مع ايبينفرين 1/ 80000 حول الناسور للتخفيف من النزف في أثناء العمل الجراحي.

يوضع فاتح الفم المخصص لشقوق قبة الحنك حيث نقوم بعمل شق حول حافات الناسور في الأنسجة الرخوة لنتمكن من قلبها باتجاه الأنف بحيث تقرب لتخاط إلى بعضها بخيوط فكريل (4/0) مشكلين بذلك المخاطية الأنفية، وفي حال كبر حجم الناسور وعدم كفاية هذه الشرائح فمن الممكن الاستعانة بشرائح من عظم الميكعة.

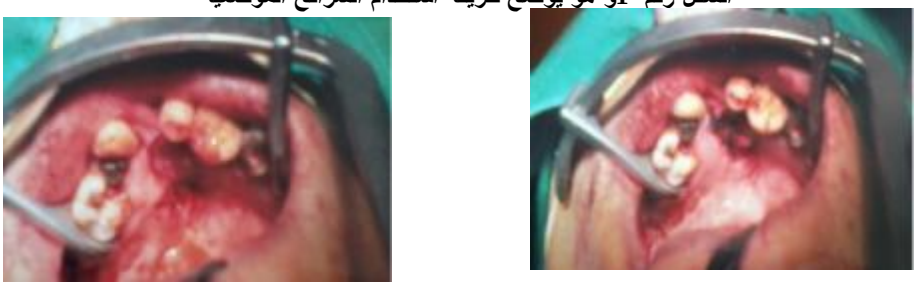
في الشرائح الموضعية:

نقوم بعمل شقوق جانبية للحصول على شرائح من قبة الحنك بحيث يمكن تدويرها لتغطي الناسور مع خياطة حافاتها إلى حافات الناسور بعد تنضيره (الشكل رقم 1-2)، و قد نحتاج إلى أكثر من شريحة وخياطة بعضها لبعض ومع حافات الناسور بخياطة حصيرة أفقية (حرير 4/0)، ومن ثم تغطى الأجزاء المكشوفة من قبة

الحنك بضماد (septo pac) مع وضع جبيرة جراحية معدة مسبقاً لدعم الشفاء.



الشكل رقم 1و هو يوضح طريقة استخدام الشرائح الموضعية [2]



الشكل رقم 2 الذي يظهر الشريحة المقلوبة في الصورة اليمنى و الشريحة المزاحة في الصورة اليسرى

الشكل رقم 3 الذي يبيّن تنضير حافات الناسور

الشكل رقم 4 الذي يبيّن طريقة بسط اللسان لتخطيط الشريحة

في الشرائح اللسانية:

نقوم بتنضير حافات الناسور بشكل جيد وواسع حتى 1 سم، ومن ثم يزال فاتح الفم (الشكل رقم 3).

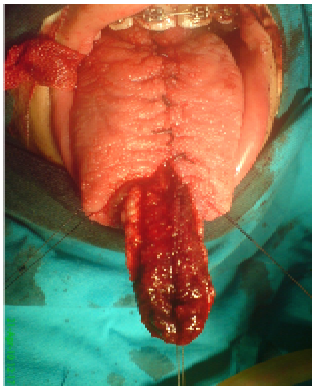
نقوم بجر اللسان للخارج بواسطة قطعة شاش مبللة بالمصل الفيزيولوجي، عندها نقوم بعمل قطبتين مضاعفتين عند الزاويتين الوحشيتين الأماميتين للسان (وحشي الخط المتوسط ب 2 سم) مع ترك الخيطين طويلين ليمسكا بلواقط ساحبة حيث تشد للخارج والوحشي، ومن ثَمَّ يُبْسَطُ اللسان بالطول و العرض الكامل (الشكل رقم4).

تخطيط الشريحة:

تخطط الشريحة بحيث تكون متناظرة بالنسبة إلى الخط المتوسط مع كون عرضها من ثلث إلى ثلثي عرض اللسان، ويمكن أن تمتد الشريحة حتى قبيل الحليمات الكأسية مع كون قاعدتها أمامية بحيث تبعد 1-2 سم عن ذروة اللسان وذلك لضمان سلامتها ومن ثَمَّ سلامة النطق والتذوق.

يجري الشق باستخدام رأس المشرط الكهربائي بعمق 5ملم لضمان الحصول على طبقة عضلية ضمن الشريحة، ومن ثَمَّ حماية التروية الدموية لها ثم يُجْرَى التسليخ الحاد للشريحة عن سريرها مع الانتباه للإرقاء الدقيق منعاً لحدوث ورم دموي لاحقاً.

تخاط حافات سرير الشريحة (ظهر اللسان) بعد تسليخها عن ما تحتها لتسهيل تقريبها لبعضها بخيوط حرير 3/0 (الشكل رقم 5).



الشكل رقم 5 الذي يبيّن أخذ الشريحة مع خياطة سريرها

الشكل رقم 6 الذي يبيّن خياطة الشريحة اللسانية مع حافات الناسور

مع انتهاء الخياطة يجب أن يكون لدينا سويقة حرة للشريحة بطول 1-2 سم تسمح بحركة وإن كانت محدودة للسان دون تأثر ارتباط الشريحة بالناسور يغسل الفم جيداً ويجري التأكد من عدم وجود نقطة نازفة ثم تزال الدكة البلعومية، وبعدها نقوم بخياطة ذروة اللسان مع باطن الشفة العلوية مع ترك الخيط طويل بحيث يترك مسافة 2 سم بين ذروة اللسان وباطن الشفة للسماح بحركة بسيطة ومقيدة للسان مع القدرة على التغذية الفموية.

العناية بعد العمل الجراحي:

في حال الشرائح الموضعية يعطى المريض تعليمات بضرورة الحفاظ على الصحة الفموية الجيدة مع حمية طرية وتنظيف باطن الصفيحة الجراحية بمعجون الأسنان والفرشاة بعد كل وجبة طعام.

ويجب تجنب العطاس- ما أمكن- مع فتح الفم في أثناء العطاس وعدم الشرب بالقشة، وذلك لتجنب تغير الضغط المفاجئ بين الفم و الأنف، ومن ثَمَّ انهيار الخياطة.

ثم تخاط حافات الشريحة التي أصبحت حرة إلا من قاعدتها الأمامية مع حافات الناسور بخياطة حصيرة أفقية من الأمام إلى الخلف مع تأكيد إجراء قطبة عند كل من الزاويتين الخلفيتين الوحشيتين للناسور، وذلك لتقليل المسافة-ما أمكن- بين الشريحة و الحافة الخلفية للناسور؛ ذلك أنَّ هذه المنطقة سيكون شفاؤها بالمقصد الثاني (الشكل رقم 6).

تزال الخياطة بعد أسبوعين من العمل الجراحي و تسجل المشاهدات مع إعادة تقييم الوضع بعد شهرين من فك القطب أمَّا في حال الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية فتكون التغذية معتمدة على السوائل مع استخدام الغسولات الفموية المطهرة.

ننتظر 3 أسابيع للسماح للشريحة بأخذ ترويتها الدموية من قبة الحنك، وبعد مرور الأسابيع الثلاثة نقوم بالضغط على السويقة فإن ابيضت الشريحة أو أبيض جزء واسع منها فهذا يعني أنها لم تأخذ ترويتها الدموية من قبل الحنك بعد فنطلب من المريض مراجعتنا بعد أسبوع، أمَّا إن كان تغير لون الشريحة طفيفاً فنقوم بفصل الشريحة عن اللسان بعد التخدير الموضعي حول منشأ السويقة في اللسان (ليدوكائين 2% مع ايبينفرين 80000/1)، ومن ثم نعيد ما تبقى من السويقة إلى مكانها بخياطتها باللسان بعد توسيع طفيف لها مع إمكانية الاستغناء عنها أو عن معظمها إنْ تعذر خياطتها لمكانها (الشكلان 7-8).

تزال القطب من قبة الحنك واللسان وتبقى القطب عند سويقة الشريحة أسبوعاً، ومن ثم تفك تسجل المشاهدات ويعاد تقييم الحالة بعد شهرين من فك القطب (الشكل رقم 9).

الشكل رقم 7 يبيّن خياطة السويقة مع اللسان

الشكل رقم 8 فصل الشريحة عن اللسان

الشكل رقم 9 يظهر التحام الشريحة مع قبة الحنك بعد ثلاثة أشهر من فصلها عن اللسان

معايير التقييم السريري:

1- الألم.

2-الضياع المادي للشريحة أو تموت الأنسجة.

3-تحري وجود الناسور باختبار نفخ الهواء.

4-سوء التحام الشريحة.

تعطى للمرضى الوصفة الآتية:

Amoxicillin 875 + Clavonic acid 125 vial IV bid n=6 ogmantine =

Sodium Diclofenac 75 mg amp IM bid diclone = n=4

مع العلم أنَّ المرضى ليس لديهم ربو أو أمراض تعدُّ مضاد استطباب لاستخدام مضادات الالتهاب غير الاستيروئيدية.

النتائج:

لم تلاحظ آلام مزعجة أو غير مسيطر عليها في الحالات جميعها و لم نواجه أي تعقيدات من الممكن أن تسبب إخفاقاً مبكراً للحالات كضياع الشرائح أو تموتها أو حدوث إنتان أو حصول انفصال للشريحة اللسانية عن قبة الحنك.

بعد شهرين من فك القطب : بالفحص العياني تبّين نكس الناسور إلى نواسير ذات اتساع أصغر لدى ست حالات من أصل اثنتا عشرة في استخدام الشرائح الموضعية.

وسّجل في هذه الحالات جميعاً هروب الهواء من لأنف إلى الفم.

بينما في حالة واحدة تشكل ناسور صغير، وفي حالة أخرى سجل هروب السوائل من الفم إلى الأنف عند الشرب بسرعة لدى حالات استخدام الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية، إذْ عُدَّتْ الأولى إخفاقاً والثانية عُدَّتْ نجاحاً جزئياً حيث لم يكن النكس واضحاً عيانياً.

أُجْرِيَ اختبار كأي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات نجاح المعالجة وإخفاقها بين مجموعة الشرائح اللسانية ومجموعة الشرائح الموضعية في عينة البحث، كما في الجدول رقم 2 :

جدول رقم (2) يبّين نتائج الاستقصاء عن نتيجة المعالجة ونتائج اختبار كاي مربع لدراسة دلالة الفروق في تكرارات نتيجة المعالجة بين مجموعة الشرائح اللسانية ومجموعة الشرائح الموضعية في عينة البحث.

نوع الشرائح المستخدمة	عدد المرضى			النسبة المئوية			قيمة كاي مربع	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
	إخفاق	نجاح	المجموع	إخفاق	نجاح	المجموع			
شرائح لسانية	1	11	12	8.3	91.7	100	5.042	0.025	توجد فروق دالة
شرائح موضعية	6	6	12	50.0	50.0	100			

يبّين الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة 0.05، أي إنَّه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات نتيجة المعالجة بين مجموعة الشرائح اللسانية ومجموعة الشرائح الموضعية في عينة البحث، وبدراسة التكرارات والنسب المئوية الموافقة يُلاحظ أن نسبة نجاح المعالجة في مجموعة الشرائح اللسانية كانت أكبر منها في مجموعة الشرائح الموضعية في عينة البحث.

المناقشة:

قمنا بهذا البحث بإغلاق نواسير أمامية لقبة الحنك باستخدام الشرائح اللسانية ذات القاعدة أمامية لدى اثنتا عشرة حالة، في حين استخدمت الشرائح الموضعية لدى اثنتا عشرة حالة أخرى.

كانت نسبة نجاح الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية لدينا هي 91.7%، في حين كانت نسبة النجاح لدى الباحثين كالآتي:

الفروق في تكرارات نتيجة المعالجة بين مجموعة 84% التي كانت لدى كل من

[12]Pigott et. al. 1984 [11] Ian T. Jackson 1972 [10] abdullahi et. Al. 2007

في حين كانت نسبة النجاح 70 % عند Guerrero-[13]Santos 1969

وكانت هذه النسبة 100 % Myung Jin et. Al. 2000[5] و Sandor GK 2010[14]

ويمكن تفسير سبب هذا الاختلاف بالاختلافات في طرائق أخذ الشريحة اللسانية.

بينما كانت نسبة نجاح الشرائح الموضعية لدينا 50%، وهي أصغر مما ذكره الباحث Enrina Diah2007[15]، إذْ كانت النسبة لديه 75%، ويرجع ذلك لاختيار الباحث النواسير الصغيرة فقط عند استخدامه للشرائح الموضعية. استخدمت قطبة مضاعفة تصل بين ذروة اللسان وباطن الشفة العلوية لتثبيت الشريحة مكانها بتقليل حركة اللسان، في حين استخدم الباحثون طرائق أخرى بتثبيت الشريحة مذكورة في الجدول الآتي : [9]

♦ بالتثبيت بالعرى السلكية بين السنية + تثبيت ذروة اللسان إلى الشفة العلوية	1966	Guerrero-Santos and Altamirano,
♦ أسلاك كيرشنر لتثبيت اللسان إلى زاوية الفك	1969	Gerrero-Santos et. al.,
♦ تثبيت جوانب اللسان مع الضواحك	1972	Kruchinskyi,
♦ جهاز كابح الذقن	1977	Hochstein,
♦ تكون الشريحة أكبر مع سويقة أطول	1980	Garreirao and Lessa,
♦ تثبيت بالأقواس بين فكين	1982	Steinhauser,
♦ خياطة معلقة لسويقة الشريحة مع قبة الحنك	1990	Argamaso,
♦ خياطة اللسان مع قاع الفم	1992	Thind et. al.,
♦ خياطة مثبتة للشريحة بخيوط نايلون0-3 مع اللثة وعبر الأسنان أو حولها	2000	Guzel and Altintas,

لم يشكُ أي مريض من آلام مزعجة أو أي اختلاطات جراحية أخرى في كلتا المجموعتين كما لم يشكُ أي مريض من كون الشريحة اللسانية كبيرة أو ضخمة مع كونها كبيرة الحجم حقيقة bulky، كما ذكر كل من [16] Hopkins D. 1999[12] Piggott R. 1984

الخلاصة: بيّنت دراستنا أفضلية استخدام الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية على استخدام الشرائح الموضعية في إغلاق نواسير قبة الحنك الأمامية المتوسطة و الكبيرة الاتساع. أمَّا في النواسير الصغيرة فقد أعطت الشرائح الموضعية نتائج أفضل مما في دراستنا وفق بعض البحوث في حين لم تكن الشرائح مناسبة في النواسير الكبيرة بسبب كبرها .

لذلك فإننا ننصح على ضوء دراستنا باستخدام الشرائح اللسانية ذات القاعدة الأمامية في إغلاق النواسير قبة الحنك الأمامي متوسطة وكبيرة الاتساع مع استخدام أسلوب التثبيت الذي قمنا به بخياطة ذروة اللسان بباطن الشفة العلوية مع ترك الخيط بطول 2 سم.

References

1-J. A. Landheer, C. C. Breugem, and A. B. Mink van der Molen (2010) Fistula Incidence and Predictors of Fistula Occurrence After Cleft Palate Repair: Two-Stage Closure Versus One-Stage Closure. The Cleft Palate-Craniofacial Journal: November 2010, Vol. 47, No. 6, pp. 623-630

2-Ramon L, Bernard J. Reconstruction of cleft lip and palate: Secondary Procedures In: Michael Miloro. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery, second Edition , vol. (2). London: BC Decker Inc; 2004: 872 – 878

3-Myaffar AR, Byrd HS, Dohrich RJ, Johns D, Leblanc D, Beran SJ, et al. Incidence of cleft palate fislula: an institutional experience with two stage palate repair, plast Reconstr surg. 2001; 108: 1515-8

4-Sadhu P, Oronasal fistula in cleft palate surgery. Indian journal of plastic surgery 2009 vol: 41 Issue : 3 page: 123-128

5-Myung-J, Jong-H L, Jin-Young C, Nara K, Jong-Hwan L, Won-Jae C (2001) Two-Stage Reconstruction of Bilateral Alveolar Cleft Using Y-Shaped Anterior-Based Tongue Flap and Iliac Bone Graft. The Cleft Palate-Craniofacial Journal: September 2001, Vol. 38, No. 5, pp. 432-437.

6-Assuncao A. The design of tongue flaps for the closure of palatal fistulas. Plastic and reconstruction surgery. April 1993

7-Guerrero-Santos J, Altamirano JT. The use of lingual flaps in repair of fistulae of the hard palate. Plast Reconstr Surg. 1966;38:123.

8-Fay R, Gold L, Robert J. The use of tongue flaps in oral reconstruction technique. 1996

9-Agrawal K. Management of detached tongue flap. American society of plastic surgeons. 2006

10-Abdallahi S, Jablari y, Rezar R, Ramin R, Results of difficult layer palatal fistula repair by tongue flap, original Article. 2008.

11-Ian T.Jackson, Closure of secondary palatal fistula with intra-oral tissue and bone grafting . PIT.S0007-1226(72)80028-6 . Elsevier Inc. 1972

12- Pigott R. W,Tongue flap repair of cleft palate fistulae PII: 0007-1226(84)90068-7 Elsevier Inc. 1984

13-Guerrero-Santos J, Fernandez J. Further experience with tongue flap in cleft palate repair. 1973.

14- Sándor GK, Carmichael RP, Brkovic BM. Dental implants placed into alveolar clefts reconstructed with tongue flaps and bone grafts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010 Feb;109(2).

15-Diah E, Lo LJ, Yun C, Wang R, Wahyuni LK, Chen YR. Cleft oronasal fistula: a review of treatment results and a surgical management algorithm proposal. Chang Gung Med J. 2007 Nov-Dec;30(6):529-37.

16- Hopkins D. T, Jackson I. T, W. SmithF. LeVasseur. Large tongue flaps to close massive palatal defects. European Journal of Plastic Surgery.Volume 22, Number 8, 387-393, DOI: 10.1007/s002380050219 ,1999

17-Sathish M.S. Vasishta, M.D.S. Gopal Krishnan, M.D.S., F.D.S.R.C.S. Y.S. Rai, F.R.C.S., Anil Desai, M.D.S. The Versatility of the Tongue Flap in the Closureof Palatal Fistula, Craniomaxillofacial Trauma and Reconstruction 2012;5:145–160.

18-Charan Babu HS, Bhagvandas, Rai A, Manju Ananthakrishnan Nair, Meenakshi,Single layer closure of palatal fistula using anteriorly based dorsal tongue flap, Association of Oral and Maxillofacial Surgeons of India 2009.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2013/7/15.

تاريخ قبوله للنشر 2014/2/16.