ترميم وتجميل الأنف وشد الوجه

04 د. أنور حسنية

محتوى مجاني غير مخصص للبيع التجاري

السلام عليكم *_*

نكمل معكم اليوم قسم الدكتور أنور حسنية بمحاضرة تتحدث عن تجميل وترميم الأنف وشد الوجه، وننوه بأن المحاضرة جديدة عن الأرشيف، حيث أن شد الوجه يعطى لأول مرة هذه السنة أما ترميم وتجميل الوجه فكان يعطيه الدكتور معين اسبر السنة الماضية.

باسمه تعالى نبدأ...

ص2	مكونات الأنف من وجهة نظر ترميمية	ص5	ترميم الجلد
ص6	تجميل الانف	ص7	أبعاد الأنف المثالية
ص10	التكنيك الجراحي	ص14	شد الوجه

ترميم الأنف

تعتبر عملية ترميم الأنف من العمليات الصعبة على الجراح والتي تحتاج إلى خبرة كبيرة.

أسباب الضياع المادي في الأنف

1. الأورام الخبيثة.
2. الأورام السليمة: ولا سيما الأورام الوعائية التي غالباً ما تكون واسعة وكبيرة.
3. الرضوض: كالحروق والعضات....
4. التشوهات الخلقية: كغياب الأنف أو غياب نصف الأنف أو أنف شفة الأرنب.....

الاستطبابات

❖ **العمق**: فإذا كان الضياع المادي صغيراً ومحدوداً فنتركه للشفاء (التندب) بالمقصد الثاني أو نقوم بإجراء خياطة مباشرة، أما إذا كان الضياع أوسع (ولكن غير واصل إلى العظم والغضروف) عندها نقوم بوضع طُعم جلدي كامل السماكة، وفي حال وصول الأذية إلى العظم أو الغضروف فعندها نلجأ إلى الشرائح.

❖ **الموقع**: إذ يختلف العمل الجراحي المُجرى تبعاً لموقع الأذية (في ذروة الأنف أو في جناح الأنف أو في كامل الأنف....).

❖ **السبب**: فمثلاً في الحروق لا نفكر عادةً بوضع شرائح لأن الحرق غالباً لا يكون واصلاً إلى العظم أو الغضروف، أما في حال كان الحرق كهربائياً فالعظم والغضروف غالباً ما يكونان مشمولين بالأذية وهنا تكون الشرائح مُستَطبَة.

❖ **المساحة**: إذ يختلف أيضاً العمل الجراحي المُجرى تبعاً لمساحة الأذية.

❖ **العمر**: فالشفاء (التندب) بالمقصد الأول يكون صعباً عند كبار السن؛ إذ يكون جلد الأنف رخواً، وجلد منطقة الذروة يكون دهنياً وسميكاً.

ملاحظات:

- الأنف يعتبر عضواً ذو تروية دموية شديدة؛ لذلك يكون الشفاء بالمقصد الثاني جيداً.
- لا نقوم بوضع طُعم جلدي جزئي السماكة على الوجه بسبب نتائجه الجمالية السيئة (الانكماش والتصبغ).

مكونات الأنف من وجهة نظر ترميمية

❖ عند إجراء عملية ترميم أنف فإننا نرمم عادةً ما يلي:

1. الهيكل العظمي الغضروفي.
2. الجلد.
3. الغشاء المخاطي.

أولاً: ترميم الهيكل العظمي الغضروفي

تذكرة تشريحية:[1]

الهيكل العظمي للأنف:

- يشكل الثلث العلوي للأنف، ويضم:
  - **عظمي الأنف بالخاصة**: أقسى وأضيق ما يكونان عليه في المستوى فوق الخط الأفقي الواصل بين المآقين Canthals؛ ولذلك نادراً ما نقوم بقطع هذين العظمين Osteotomy فوق هذا المستوى (عند القيام بتجميل الأنف).
  - **الناتئ الجبهي للعظم الفكي العلوي بالجهتين**: (الناتئ الصاعد للفكي).

1 تحوي هذه الفقرة (من عنوان تذكرة تشريحية وحتى نهاية الصورتين) بعض المعلومات الخارجية لتكامل الأفكار.

الهيكل الغضروفي للأنف:

- يشكّل الثلثين السفليين للأنف، وأهم الغضاريف فيه:

✧ **الغضروفان الجانبيان العلويان Upper lateral cartilages:**

أو الغضروفان الجانبيان lateral cartilages، يلتحم كلّ غضروف جانبي مع الغضروف الجانبي المقابل ومع الحافة الأمامية العلوية لغضروف الوترة.

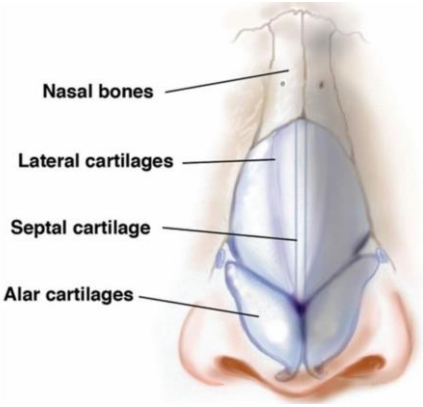
✧ **الغضروفان الجانبيان السفليان Lower lateral cartilages:**

↙ يطلق عليهما الغضروفان الجناحيان Alar cartilages ، ولكل غضروف سويقتان: وحشية وأنسية.

↙ تقع السويقة الوحشية في جناح الأنف، بينما تتحد السويقة الإنسية مع نظيرتها في ذروة الأنف لتشكلان عُمَيد الأنف Columella nasi الذي يقسم مدخل الأنف إلى فتحتين يمنى ويسرى.

✧ **الوترة الغضروفية Septal Cartilage**

لاحظ عُمَيد الانف



صورة توضح الهيكل العظمي الغضروفي للأنف

تكنيك ترميم الهيكل العظمي الغضروفي

- عند نقوم بترميم الهيكل العظمي الغضروفي فإننا نأخذ الطعوم من الأماكن التالية:

الغضاريف الجانبية السفلية للأنف: في حال سلامة هذه الغضاريف فإننا نأخذ منها طعوماً لترميم ظهر الأنف مثلاً أو ذروته.

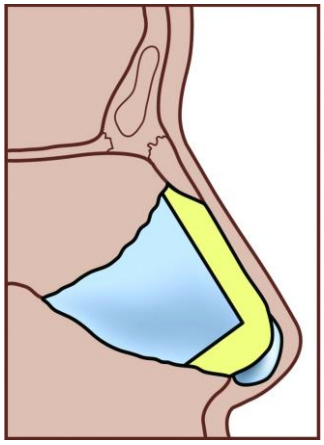
الوترة: يمكن أن نأخذ منها طعوماً للترميم، ولكن عند أخذ هذه الطعوم يجب أن نترك جزءاً من الوترة بشكل حرف L لكي يحافظ على الشكل الطبيعي للعُمَيد وظهر الأنف وذروته انظر الصورة أدناه.

غضروف صيوان الأذن: إذ يمكن أخذ طعوم منه لترميم الأنف، والعكس صحيح (يمكن أخذ طعوم من غضاريف الأنف لترميم الصيوان).

الغضاريف الضلعية.

الطعوم العظمية (الحرقفة).

صورة توضح طعم عظمي مأخوذ من عظم الحرقفة لترميم ظهر الأنف.



صورة توضح كيفية أخذ طعم من الوترة الأنفية، إذ نبقي على جزء منها بشكل حرف L (الجزء باللون الأصفر).

ثانياً: ترميم الجلد

❖ عندما نقوم بترميم جلد الأنف، فإننا نتبع أحد الطرق التالية[2]:

- الطعوم الجلدية
- الشرائح البعيدة
- الشرائح الموضعية
- الشرائح الحرة
- الشرائح الناحية

الطعوم الجلدية:

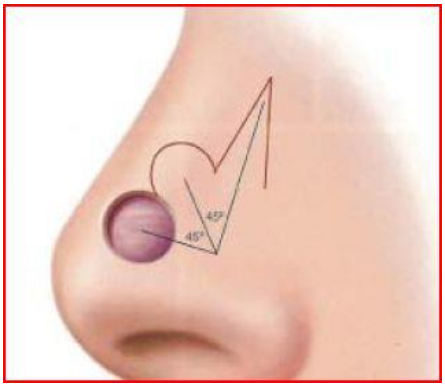
- **تذكرة**: الطعم الجلدي هو قطعة من الجلد غير حية (**لا تملك تروية خاصة** بها بعد نقلها وإنما تتغذى بالتشرب البلازمي من الجوار) مأخوذة من المريض نفسه، ويقسم إلى كامل السماكة وجزئي السماكة.
- تستخدم الطعوم الجلدية في حال كانت الأذية سطحية، والنتائج تكون جيدة جداً في حال تم نقل الطعم بشكل صحيح وكان الطعم كامل السماكة.

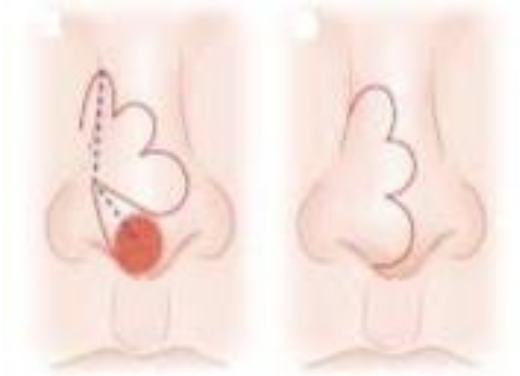
الشرائح الموضعية:

- **تذكرة**: الشريحة هي نسيج حي **يملك تروية**، تستخدم في حال كانت الإصابة عميقة والطعم الجلدي غير كافي لتأمين الحماية والتغذية، والشريحة الموضعية هي تلك المأخوذة من المكان المجاور للأذية.
- يوجد العديد من الشرائح الموضعية المستخدمة في ترميم جلد الأنف، ومنها الشريحة ثنائية الفص، **الشريحة ثلاثية الفص** والشرائح المأخوذة من مناطق ظهر الأنف المرواة بالشريان الزاوي (فرع الوجهي)[3].

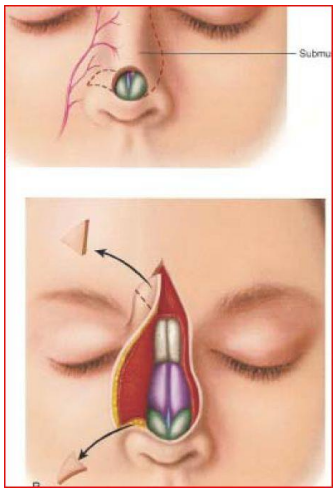
2 نفس الطرق المتبعة في ترميم الجلد الساتر لأي منطقة من الجسم.

3 النوع الأخير بما أنه يملك تروية من شريان محدد (الشريان الزاوي) لذلك فهو شريحة محورية Axial Flap.





إلى اليمين صورة توضح الشريحة ثنائية الفص وإلى اليسار الشرائح ثلاثية الفص.



صورة توضح الشريحة المأخوذة من الاماكن المرواة من الشريان الزاوي على ظهر الأنف.

الشرائح الناحية:

- **تذكرة**: الشريحة الناحية هي المأخوذة من الناحية التي توجد فيها الأذية؛ أي مكان غير مجاور مباشرة ولكن ليس ببعيد عن الأذية.
- ويوجد العديد من الشرائح الناحية المستخدمة في ترميم جلد الأنف؛ فقد تكون مأخوذة من الخد أو من الثلم الأنفي الشفوي أو من الجبهة (تكون الشريحة محورية ذات سويقة على مرحلتين مرواة من الشريان فوق البكرة والشريان فوق الحجاج نعلقها 3 أسابيع ثم نفصلها) أو من الفروة.

الشرائح البعيدة:

- إما أن تؤخذ من الذراع على مرحلتين، ولكن توقف استخدام هذه الطريقة حالياً.
- أو أن تكون مجهرية، وتؤخذ عادةً من الجلد الساتر للكعبرة المميز برقته وبالتالي فهو مناسب لبديل لجلد الأنف.

ثالثاً: ترميم الغشاء المخاطي

- لترميم الغشاء المخاطي للأنف نتبع أحد الطرق التالية:
  - أخذ شرائح من **الغشاء المخاطي الأنفي السليم**.
  - أخذ طعم من **مخاطية الفم**: وهي البديل الأفضل (الأكثر شبهاً) للمخاطية الأنفية.

- **طعم جلدي**: ومن مساوئه أن الطعم هنا جاف غير مخاطي.
- **استخدام الشريحة المقلوبة**: وهي ذاتها الشريحة التي كنا قد استخدمناها في ترميم جلد الأنف ولكننا قمنا بإطالتها ثم قلبها وإدخالها إلى جوف الأنف لترميم الغشاء المخاطي المتأذي.

توضح الصورة إلى اليسار الأذية الموجودة في جلد الأنف (ويوجد أيضاً أذية غشاء مخاطي ولكن غير واضحة بالصورة) ولذلك أخذنا شريحة ناحية من الجبهة لترميم الجلد وقمنا بإطالتها لكي نتمكن من ترميم الغشاء المخاطي بها أيضاً، وتبين الصورة إلى اليمين النتيجة التي حصلنا عليها بعد إتمام العملية.

ننتقل الآن إلى موضوعنا الثاني وهو تجميل الأنف.

تجميل الأنف Rhinoplasty

- وهو من المواضيع **الشائعة**، ومن العمليات شديدة الرواج ولا سيما في **منطقتنا**؛ والسبب عرقي بحت فعرقنا العربي يتميز بالأنف الكبير، حالنا في ذلك حال إيران التي تمتاز بالتقدم الكبير فيما يتعلق بجراحة تجميل الأنف، أما أوروبا فيتميز عرقها بالأنف الصغير ولذلك جراحة تجميل الأنف غير منتشرة عندهم بشكل كبير.
- ذكر الدكتور أن عملية تكبير الثدي منتشرة بشكل واسع في أوروبا (لأن النساء عندهم تمتاز بالثدي الصغير)، وعلى عكس ذلك تعتبر عملية شد البطن غير منتشرة في أوروبا (لأن النساء عندهم قليلات الولادة والإنجاب).
- في تجميل الأنف تكون **الفرصة الأولى هي الفرصة الذهبية**، أما في المحاولات اللاحقة فتكون الأمور أكثر تعقيداً (التصاقات شديدة وتشوهات جديدة...).

تشريح الأنف

- نعود ونؤكد أن التشريح هو بوصلة الجراح التي ترشده أثناء العمل الجراحي.
- يتكون الأنف من هيكل عظمي غضروفي (تحدثنا عنه قبل قليل) مغطى بالجلد والأنسجة الرخوة Soft Tissue، ومبطن بالغشاء المخاطي، أما الدعم فيأتي من الأربطة والنسيج الضام Connective Tissue.
- يهدف تجميل الأنف إلى إصلاح المشكلات التالية:

- **الحدبة** العظمية: عن طريق إزالتها.
- **الغضروفان الجناحيان السفليان الكبيران والمتباعدان**: عن طريق إزالة جزء منهما وتقريبهما من بعضهما.
- **عظما الأنف المتباعدان**: وهنا يكون ظهر الأنف عريضاً، والحل يكون بخزع جانبي للعظمين ثمتقريبهما من بعضهما.
- **المنخران الكبيران**: عن طريق تصغيرهما.
- إصلاح شكل **الذروة**: فعندما تكون منخفضة نقوم برفعها، وعندما تكون مرتفعة نقوم بخفضها.

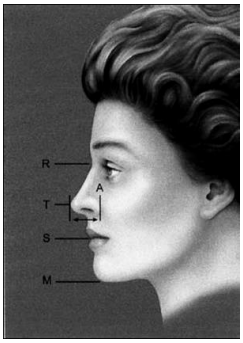
ملاحظات:

- معرفة أربطة الأنف مهمة بشكل كبير بالنسبة للجراح، فتخريبها أثناء عملية تجميل الأنف يؤدي إلى حدوث هبوط شديد في الأنف بعد حوالي سنة من العمل الجراحي (بعد أن كانت نتائج العمل الجراحي خلال هذه السنة ممتازة).
- ذكر الدكتور أنه عندما نقوم بإجراء عمل جراحي على الأنف يكون لدينا هدفين، أولهما وظيفي والآخر تجميلي، ويجب عدم الخلط بينهما؛ فالإخفاق في تحقيق الهدف التجميلي قابل للإصلاح في أغلب الأحيان من خلال أعمال جراحية لاحقة، على عكس الإخفاق في تحقيق الهدف الوظيفي (تخريب وظيفة الأنف) الذي يكون غير قابل للإصلاح غالباً.

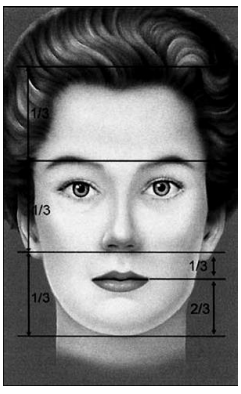
أبعاد الأنف المثالية[4]

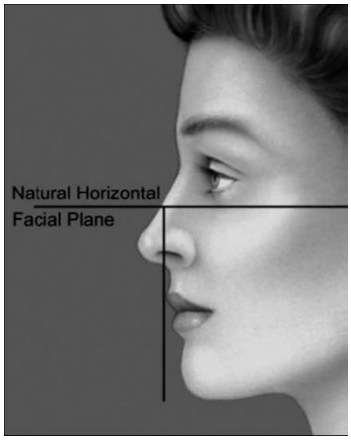
❖ **عند إجراء عملية تجميل أنف، هنالك أبعاد وقياسات يجب على الجراح احترامها وعدم تجاوزها، لأن تجاوزها يؤدي إلى نتائج غير مُرضية.**

بالنسبة لطول الأنف (من الجذر وحتى الذروة) يجب أن يساوي المسافة من الفُغيرى Stomion (الخط الفاصل بين الشفتين في حالة إغلاق الفم) إلى ذروة الذقن، أي على الصورة (R-T = S-M).



وأيضاً فإن طول الأنف المثالي يشكل 3/1 من طول الوجه، حيث أن الجبهة (من خط الشعر إلى جذر الأنف) تشكل الثلث، الأنف من الجذر لقاعدة العميد ثلث، والثلث الثالث من قاعدة العميد لذروة الذقن.

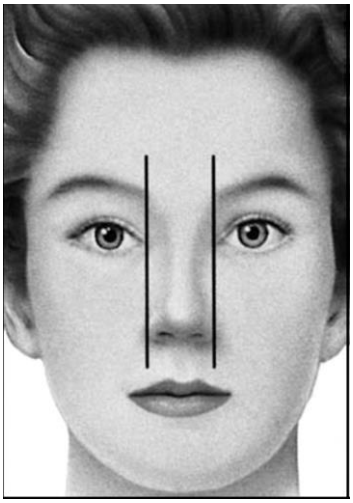




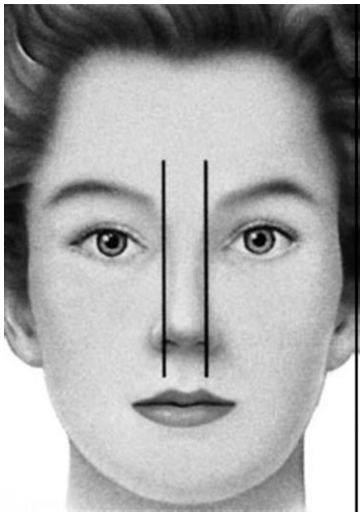
الشفة العلوية تتبارز إلى الأمام بحوالي 2 ملم بالنسبة للشفة السفلية، والتي بدورها تتبارز قليلا إلى الأمام بالنسبة للذقن.

4 لا تطنشوا شرح الصور بالفقرة :3، ما دقق الدكتور عهالقياسات كتير وأغلب الحكي من السلايدات.

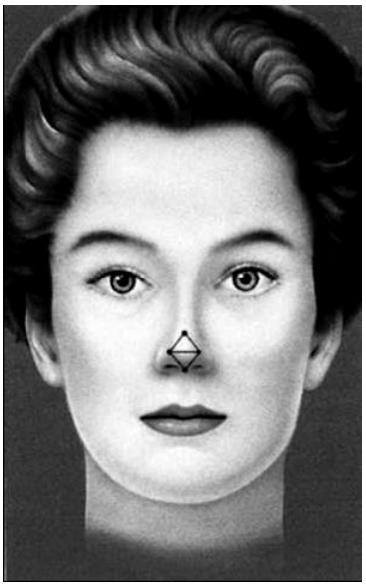
عرض الأنف في المستوى الجناحي يجب أن يساوي المسافة الفاصلة بين المآقين والتي بدورها تساوي عرض العين الواحدة.

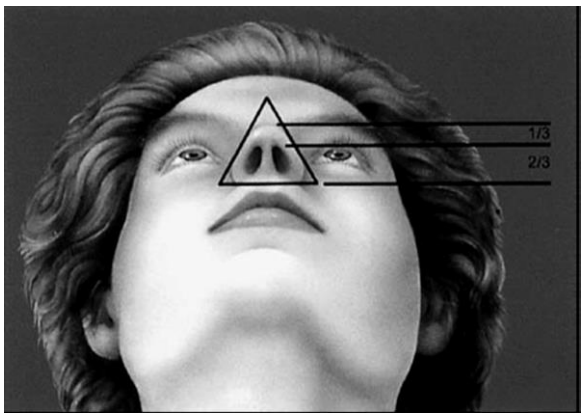


عرض الأنف في المستوى العظمي يساوي 80% من العرض في المستوى الجناحي.

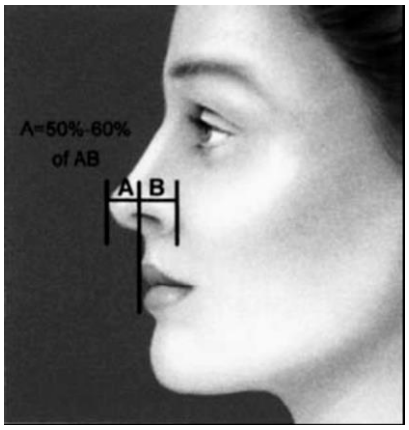


عند تقييم الذروة من الأمام نجد شكلها بشكل مثلثين متساويي الأضلاع ومشتركين بالقاعدة نفسها.

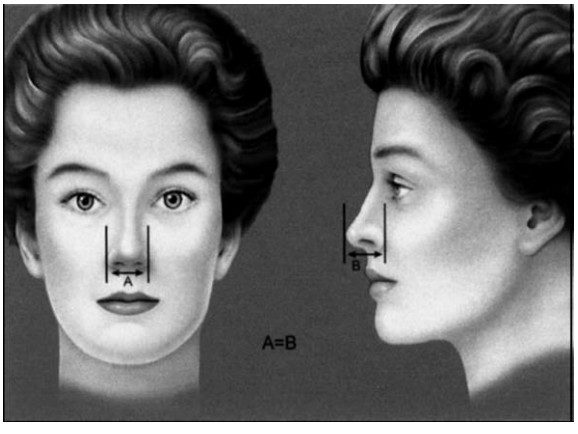


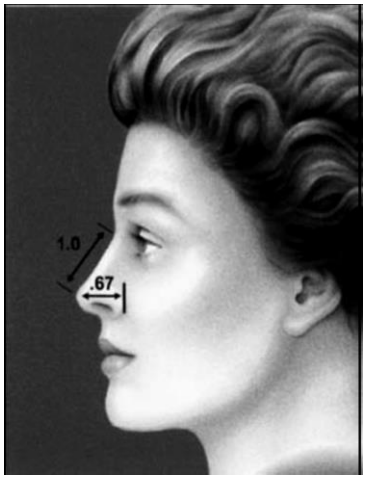


عند النظر إلى الأنف من الأسفل فإننا نرى مثلثاً متساوي الأضلاع تشكل فيه الذروة ثلث مساحته أما المنخرين فيشكلان الثلثين.

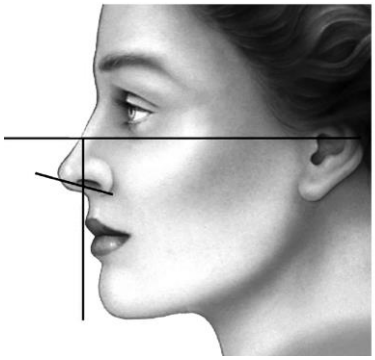


50 – 60% من ذروة الأنف يجب أن تتوضع إلى الأمام من الخط العمودي المار من الشفة السفلية.





تبارز ذروة الأنف عن الوجه مسافتها تساوي عرض الأنف في المستوى الجناحي (الصورة إلى اليسار) وهي في الوقت نفسه تساوي 67% من طول الأنف من جذره وحتى ذروته (الصورة إلى اليمين).



الزاوية بين ذروة الأنف والشفة العليا (95-105 عند الإناث) - (90 عند الذكور).

ملاحظات

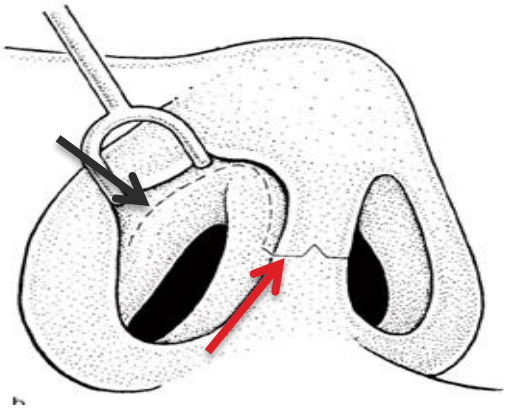
- يجب تجنب تضييق ظهر الأنف بشكل زائد عن مريض ذكر لأن ذلك يعطيه مظهر أنوثي.
- لا يجوز أن نقوم بتصنيع نفس الأنف لجميع المرضى، فكل مريض يحتاج شكل أنف خاص به ويناسب وجهه.

التكنيك الجراحي

خيارات الشَق Incision

❖ **لدينا طريقتين:**

- **الطريقة المفتوحة** transcolumellar: **وهي طريقة تتم بإجراء شق في أضيق منطقة من <u>العُميد</u>، وثم تتبع بإجراء شق أسفل الغضروف الجانبي السفلي** Infracartilaginous **(شق هامشي** Marginal**).**
- **الطريقة المغلقة: وهي طريقة <u>لا تحوي على شق خارجي</u>، تتم إما بإجراء شق في الحاجز الغشائي الفاصل بين العُميد والوترة** Transfixion**، أو بإجراء شق أسفل الغضروف الجانبي السفلي** Infracartilaginous.



توضح الصورة إلى اليسار الطريقة المفتوحة التي تبدأ بشق في العُميد (السهم الأحمر) ثم تُتبع بشق أسفل الغضروف الجانبي السفلي (السهم الأسود)، أما الصورة إلى اليمين فتوضح إحدى تكنيكات الطريقة المغلقة والتي تبدأ بشق في الحاجز الغشائي الفاصل بين العُميد والوترة، (التكنيك الثاني للطريقة المغلقة هو بإجراء شق أسفل الغضروف الجانبي السفلي مباشرة دون شق العُميد).

مقارنة بين الطريقة المفتوحة والمغلقة:

	المحاسن	المساوئ
الطريقة المفتوحة	• الرؤية أوضح (أي ساحة العمل واضحة)؛ ولذلك عندما يكون العمل الجراحي معقداً فإننا نستخدم الطريقة المفتوحة.	• الندبة أوضح (لاسيما على العُميد). • الوذمة أوضح. • زمن العمل الجراحي أطول. • التليف أشد.
الطريقة المغلقة	• زمن العمل الجراحي أقل. • الوذمة أقل. • الألم أقل. • الازرقاق أقل.	• الرؤية غير واضحة.

ملاحظات:

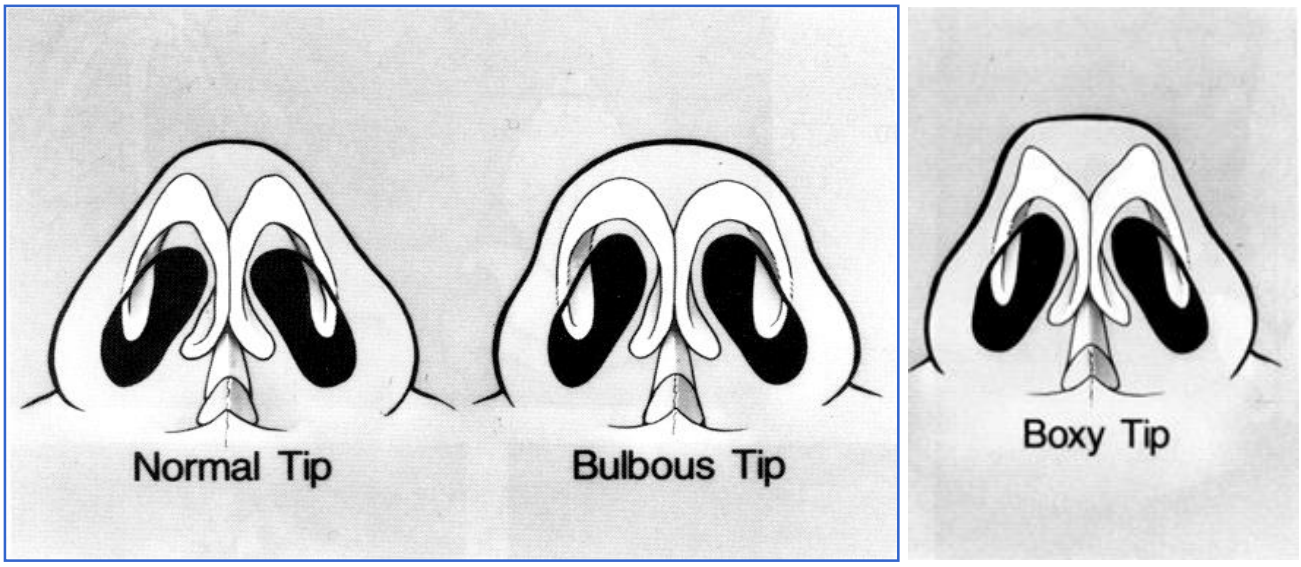
✧ عندما يتضمن العمل الجراحي عملاً على الذروة فإننا نستخدم الطريقة المفتوحة، أما عندما يتضمن عملاً على ظهر الأنف فإن الطريقة المغلقة تفي بالغرض.

✧ الطريقة المفتوحة مفضلة في 3 حالات (سلايدات):

- التشوهات التالية للرض.
- الجراحة الثانوية (المُصحِحة).
- عند الحاجة لإجراء تعديلات معقدة على ذروة الأنف.

العمل على الغضروفين الجانبيين السفليين:

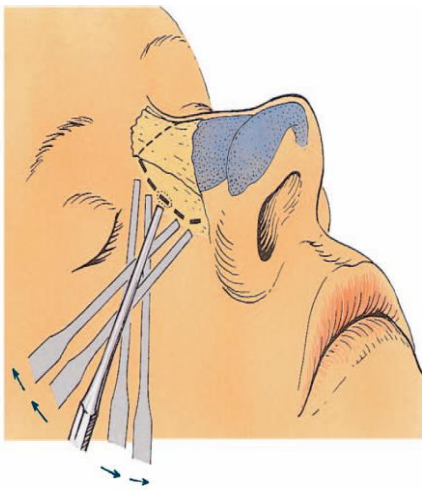
- **إضافة**: العمل على الغضروف الجانبي السفلي أساسي في إصلاح شكل **الذروة**.
- يهدف العمل على الغضروف الجانبي السفلي إلى إصلاح تشوهين هما:
  - الأنف البصلي Bulbous Nose: وهو زيادة في تزوي الذروة.
  - الأنف المسطح Boxy Nose: وهو زيادة في تزوي الذروة مع زيادة التباعد بين الغضروفين الجانبيين السفليين في الذروة، وهنا عندما نضغط بإصبعنا على ذروة أنف المريض فإن إصبعنا يغور فيها (يوجد حفرة في الذروة بين الغضروفين الجانبيين السفليين).

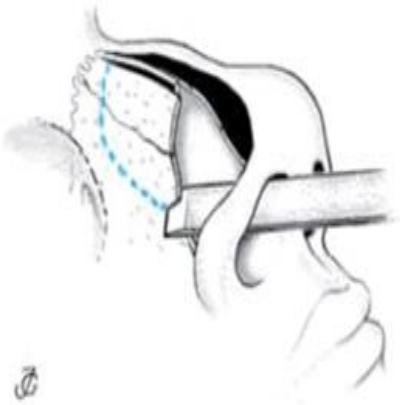


صورة تقارن بين الذروة الطبيعية والذروة في الأنف البصلي والذروة في الأنف المسطح.

خزع (قطع) العظم Osteotomies:

- ❖ **يُجرى خزع العظم للأسباب التالية:**
  - ↙ **تضييق الجدران الجانبية للأنف.**
  - ↙ **لعلاج تشوه السقف المفتوح وذلك بعد استئصال الحدبة الظهرية.**
  - ↙ **لخلق التناظر وذلك من خلال تقويم الهيكل العظمي للأنف.**
- ❖ **إما أن يكون خزع متوسط** Medial **أو أن يكون خزع جانبي** Lateral.
- ❖ **يوجد طريقتان لإجرائه إما من خارج الأنف** percutaneous **أو من داخل الأنف** endonasal.
- ❖ **الجرح الناجم عن خزع العظم من خلال الجلد يكون صغير جداً (دبوسي).**





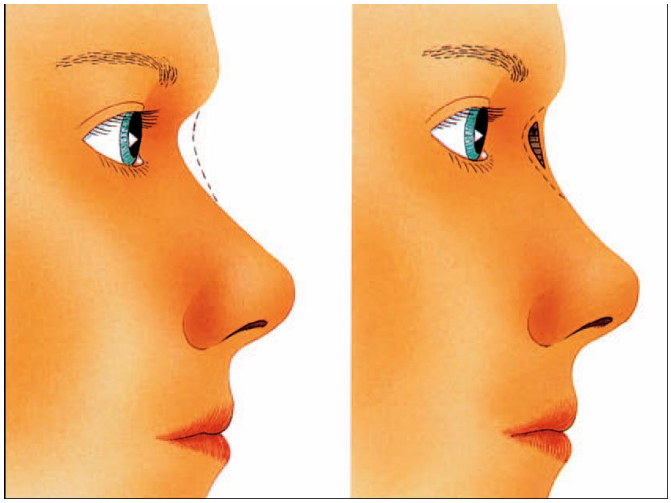
الصورة إلى اليمين توضح خزع العظم الأنسي، والصورة في الوسط توضح خزع عظم جانبي من خلال الجلد (خارج أنفي)، والصورة إلى اليسار توضح خزع عظم جانبي من داخل الأنف.

التطعيم Grafting:

❖ إذا اضطررنا إلى وضع طعوم في الأنف، فإننا عادة ما نأخذ هذه الطعوم من:

- الوترة.
- الأضلاع.
- صيوان الأذن.
- عظم الحرقفة.

❖ وإذا احتجنا إلى طُعم مركب (يحوي أكثر من نسيج) فإننا نأخذ هذا الطُعم عادة من صيوان الأذن (يحوي نسيج غضروفي ونسيج جلدي).



صورة توضح استخدام طُعم عظمي مأخوذ من عظم الحرقفة في إصلاح شكل الأنف.

العناية ما بعد العمل الجراحي

❖ بشكل رئيسي العناية تكون باستخدام **الدكات و الضمادات** (الجبائر) لمدة تختلف من مريض لآخر (حوالي أسبوع إلى أسبوعين).

❖ عدم استخدام الدكات والضمادات يعرض المريض لوذمة أشد، ورم دموي أشد ونزف.

ملاحظات:

- نادراً ما تتسبب عمليات تجميل الأنف بإحداث الكدمات والوذمات.
- لا تظهر نتائج العمل الجراحي إلا بعد مرور **شهر وحتى 6 شهور أو سنة أحياناً** (إذا كان الجلد دهنياً بشكل شديد فقد يحتاج إلى سنة تقريباً حتى تظهر النتائج).

الاختلاطات

الاختلاطات الباكرة:

- كدمة ووذمة شديدين.
- الإنتان: نادر بشكل عام بعد عمليات تجميل الأنف.
- تفاعلات تحسسية على جلد الأنف.
- نقص تروية جلد الأنف وتموته (تنخره).
- الورم الدموي.

الاختلاطات المتأخرة:

- الاضطرابات الوظيفية (التنفسية).
- انثقاب الحاجز الأنفي.
- انحراف وعدم انتظام ظهر الأنف.
- تشكل الدشبذ على جانبي الأنف.
- الأنف السرجي.
- الأنف المنقاري Pollybeak deformity.
- انفتال الذروة.
- تدلي الذروة.
- انكماش العُميد.

ملاحظة: وتعتبر الاضطرابات التنفسية هي الأهم والأخطر، وقد تنجم عن تقريب عظمي الأنف من بعضهما بشكل كبير أو استئصال أجزاء من غضاريف الأنف بشكل جائر أو عدم اصلاح انحرف الوترة بشكل كامل وصحيح أو إبقاء القرينات وعدم إزالتها.....

نصل الآن إلى موضوعنا الثالث والأخير في هذه المحاضرة وهو شد الوجه.

شد الوجه rhytidectomy

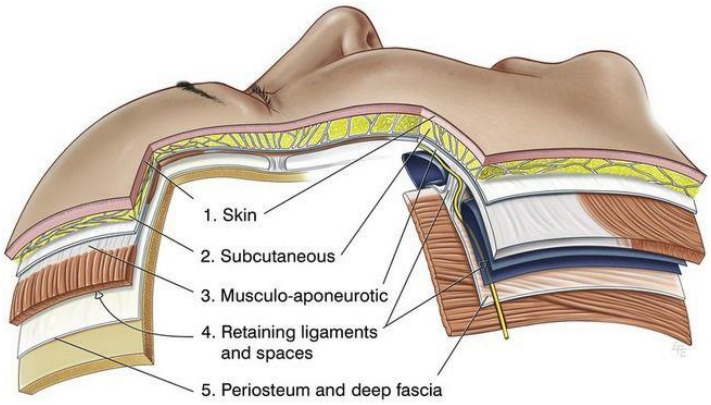
❖ وهو موضوع واسع جداً ومعقد، ولذلك سوف نتناول لمحة موجزة وسريعة عنه دون الغوص بالتفاصيل.

تشريح طبقات الوجه

❖ يتألف الوجه من الطبقات التالية من الخارج إلى الداخل:

- الجلد.
- الطبقة الشحمية.
- الجهاز الصفاقي العضلي السطحي Superficial Muscular Aponeurotic System (SMAS): هذه الطبقة مميزة للوجه وغير موجودة في أي مكان أخر من الجسم، وتلعب دور مهم في عمليات شد الوجه، وهي تمتد من العضلة المبطحة وصولاً إلى الخوذة السفاقية ومروراً بصفاق النكفة وصفاق العضلة الصدغية.
- العضلات.
- الأربطة الليفية: مهمة جداً فهي تربط الجلد بالبنى العميقة (لا سيما العظام) وبالتالي تحافظ عليه مشدوداً، ومع العمر تتخرب هذه الأربطة فيرتخي جلد الوجه ويترهل تحت تأثير الجاذبية الأرضية.
- العظام.

وبالتالي نستنتج أن مهمتنا في عمليات شد الوجه هي شد جلد الوجه المترهل عكس الجاذبية الأرضية.



صورة توضح طبقات الوجه
(انظر إلى الطبقات في القسم الأيسر من الصورة).

ملاحظة:

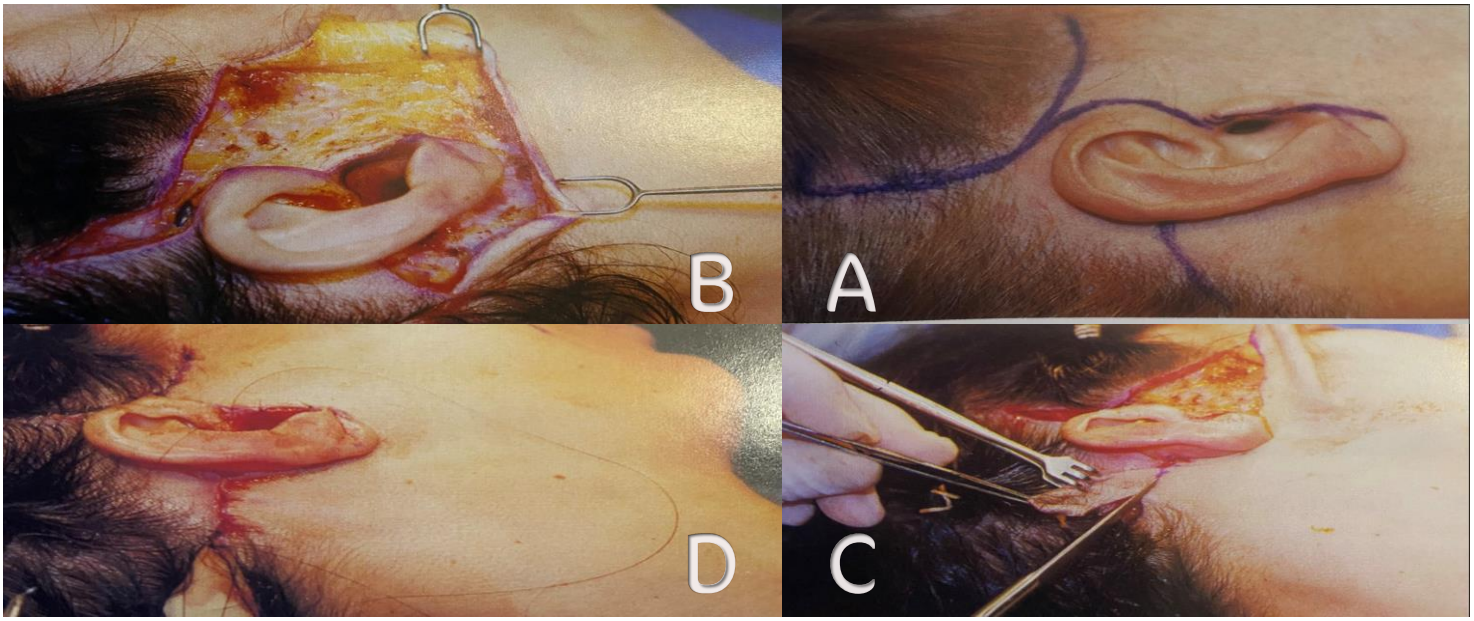
- المعرفة التشريحية الدقيقة مهمة جداً في عمليات شد الوجه؛ فهو كما نعلم يحوي على الكثير من العناصر التشريحية الهامة، ومن أكثر العناصر التي تكون عرضة للأذية (النكفة، الوريد الوداجي الظاهر، العصب الأذني الذي يعصب الصيوان حسياً....) ولكن **تعتبر إصابة فروع العصب الوجهي هي أهم إصابة أثناء عمليات شد الوجه** (ولكن قد تكون الأذيات صغيرة وتتراجع خلال عدة أشهر).

ما يجب القيام به قبل العمل الجراحي

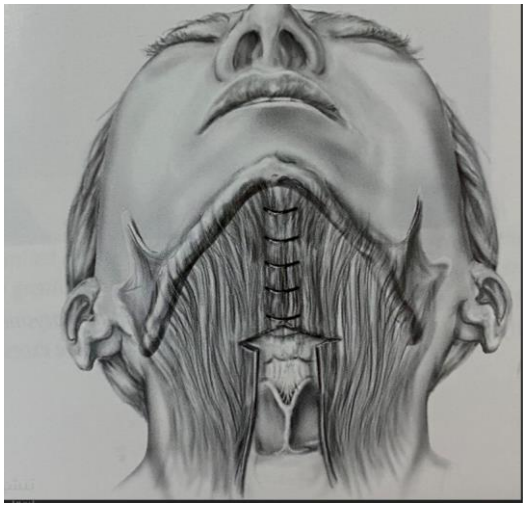
- المرضى المقبلين على إجراء عمليات شد الوجه هم مرضى متقدمين في السن؛ لذلك يجب تقييم هؤلاء المرضى بشكل دقيق ، وذلك من خلال إجراء:
  - فحص سريري كامل.
  - السوابق المرضية: ولا سيما الأدوية والتدخين.
  - فحوص مخبرية وشعاعية.
  - تخطيط قلب.
- صور فوتوغرافية للمريض قبل إجراء العمل الجراحي؛ وذلك كتوثيق للحالة التي كان عليها قبل العمل الجراحي، ولذلك أهمية قانونية لكيلا يرفع المريض دعوة على الجراح بحجة أنه كان أجمل قبل العمل الجراحي.
- معرفة توقعات المريض للصورة التي سيغدو عليها بعد إجراء العمل الجراحي.

مراحل العمل الجراحي

- يتضمن العمل الجراحي المراحل التالية:
  1. التخدير.
  2. إجراء الشقوق.
  3. التسليخ.
  4. إجراء الاستئصال الجلدي.
  5. طي الطبقة الصفاقية العضلية السطحية.
  6. التفجير.
  7. وضع الضماد.



مجموعة صور توضح مراحل العمل الجراحي: توضح الصورة A الشقوق التي سيتم إجراؤها، أما الصورة B فتوضح عملية التسليخ، الصورة C توضح الاستئصال الجلدي وطي الـ SMAS، أما الصورة D فتوضح النتيجة التي حصلنا عليها بعد إجراء الخياطة وانتهاء العملية.

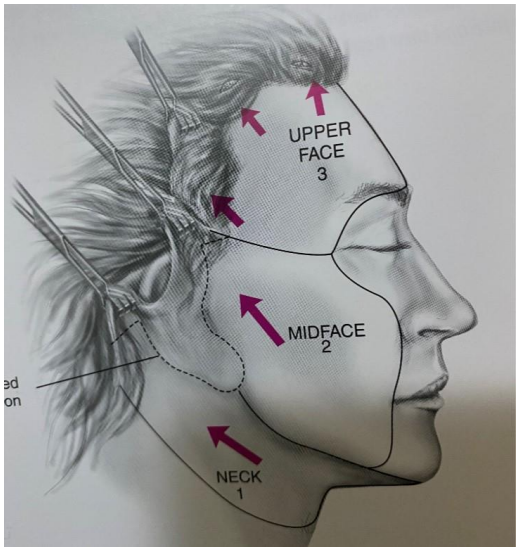


- أحياناً وفي حال كانت العضلتان المبطحتان بعيدتين عن بعضهما، تُلحق عملية شد الوجه بإجراء شق بين هاتين العضلتين ثم تقريب العضلتين من بعضهما ومن ثم خياطة الشق، والصورة الجانبية توضح هذا الإجراء.
- أحياناً أخرى تُلحق عملية شد الوجه بإجراء جراحة تجميلية للأجفان.

ملاحظة: الندبة الناجمة عن العمل الجراحي لا يجوز أن تكون ظاهرة، وعادةً ما يتم إخفاء هذه الندبة تحت الشعر

أنواع شد الوجه

- **شد الوجه الكامل**: أي شد كامل مناطق الوجه؛ حيث يتم تقسيم الوجه إلى 3 مناطق، وهي منطقة الوجه العلوي و منطقة الوجه المتوسط ومنطقة العنق، وفي شد الوجه الكامل يتم شد كل هذه المناطق.
- **شد الوجه الجزئي**: أي شد إحدى مناطق الوجه أو بعضها.
- **شد الوجه بالتنظير**.
- **شد الوجه بالخيوط**.



توضح الصورة إلى اليسار تقسيم الوجه إلى 3 مناطق (علوي ومتوسط والعنق)، أما الأسهم فتشير إلى الاتجاهات التي نتبعها أثناء شد الوجه؛ فكما قلنا الشد يكون بعكس اتجاه الجاذبية (فمثلاً في منطقة العنق نقوم بالشد نحو الخلف والأعلى).

اختلاطات العمل الجراحي

- الألم.
- تنخر الشرائح: ولا سيما بعد حدوث ورم دموي عند مريض مدخن.
- الاختلاطات التجميلية: وهي عديدة وشائعة.
- الكدمات والورم الدموي.
- الإصابات العصبية: في حال إصابة إحدى البنى العصبية.

إلى هنا نكون قد وصلنا إلى ختام المحاضرة.....

لا تنسونا من صالح الدعاء.....

RBCs