



ترميم الشفة

محتوى مجاني غير مخصص للبيع التجاري

أ.د. أنور الحسنية 2020

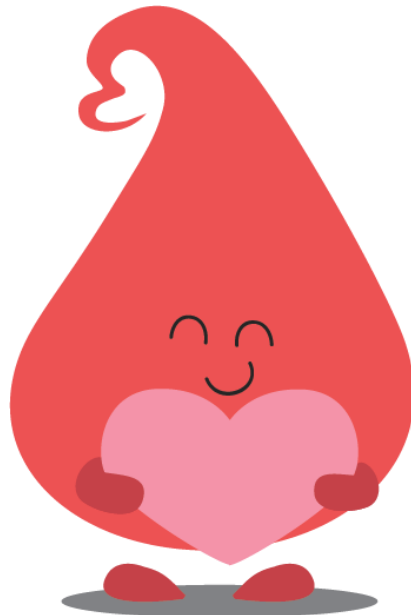
5/7/2020

مرحباً أصدقائي * *

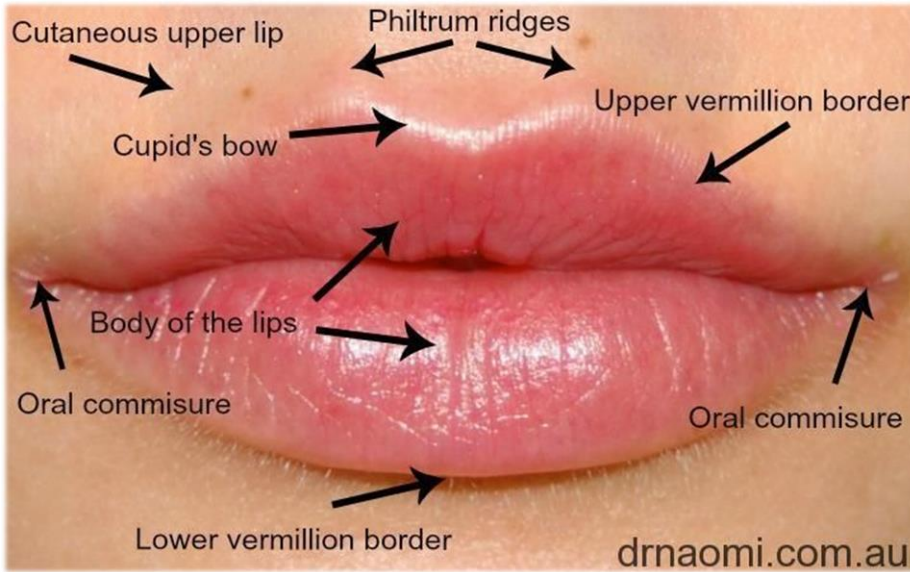
نتابع معكم محاضرات الجراحة التجميلية في محاضرة جديدة للأستاذ أنور الحسنية نتحدث فيها عن الضياعات المادية في الشفة بأنواعها ووسائل العلاج المتاحة... المحاضرة فيها بعض التغييرات عن الأرشيف مع إعادة ترتيب وتوضيح لبعض الأفكار. نرجو أن نوفق في إيصال المعلومة بالشكل الأمثل.. فلنبداً.

الفهرس

العنوان	الصفحة
مقدمة عن الشفة.	2
تدبير الضياعات المادية الشفوية.	3
الضياعات المادية الشاملة لكامل سماكة الشفة العلوية.	4
الضياعات المادية في الشفة السفلية.	6
انشقاق الشفة وشرع الحنك.	8
تصنيف انشقاق الشفة وشرع الحنك.	10
خطوات التدبير.	12



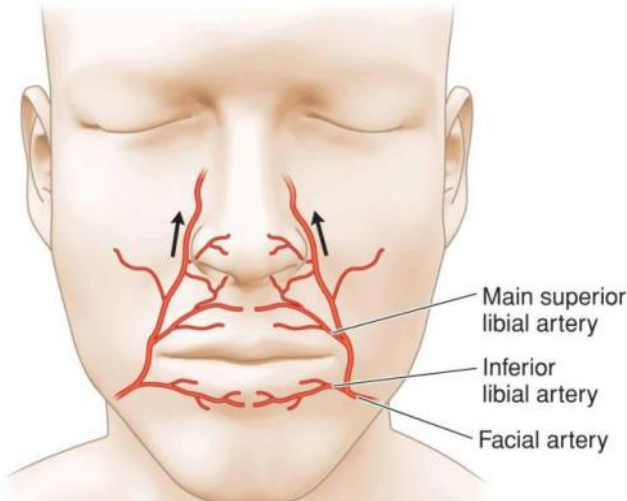
مقدمة تشريحية عن الشفة



❖ تتألف الشفة من الأقسام التالية:

- ✓ الشفة البيضاء Philtrum.
- ✓ الشفة الحمراء ولها قسم رطب مخاطي داخلي وقسم خارجي جاف Vermilion.
- ✓ الصوار Committure.
- ✓ عضلات الشفة.

بنية الشفة من الخارج



❖ تتم تروية عن طريق الشريانين الشفويين العلوي والسفلي فروع الشريان الوجهي اللذان يبعدان 1 7-8 ملم عن حافة الشفة، لذلك قد تسبب الجروح السطحية في الشفة نزوفاً كبيرة.

❖ **لا يوجد وريد شفوي يرافق الشريان الشفوي**

كبقية شرايين الجسم، لذلك يحدث احتقان وريدي وتوذم عند استخدام الشرائح في عمليات الترميم، إذ يتم التصريف عن طريق شبكة وريدية ضعيفة.

الضیعات المادية في الشفة وترميمها

- **تصنف² الضیعات المادية في الشفة إلى ضیعات جزئية السماكة** تشمل الجلد وتحت الجلد، وضياعات **كاملة السماكة** تشمل الجلد والعضلات والغشاء المخاطي.
- تقسم **أسباب** الضیعات المادية في الشفة إلى:
 1. التشوهات الخلقية مثل شفة الأرنب.
 2. الأورام السليمة أو الخبيثة.
 3. الوحمت الوعائية.
 4. الحروق وخاصة الكهربائية.
 5. الرضوض خاصة العضات سواء الحيوانية أو الإنسانية.

¹ ذكرها الدكتور 2 ملم ونحن أوردناها كما وردت في الأرشيف.

² اكتفى الدكتور بهذا التصنيف ولم يرد غيره في سلايداته، ولك ورد في الأرشيف تصنيفات آخران (الأول هو حسب موقع الضیاع إذا كان جانبي أو متوسط، والثاني حسب نسبة الضیاع من عرض الشفة وسيرد معنا لاحقاً عند اختيار طريقة التدمير).

تدبير الضياعات المادية الشفوية ***

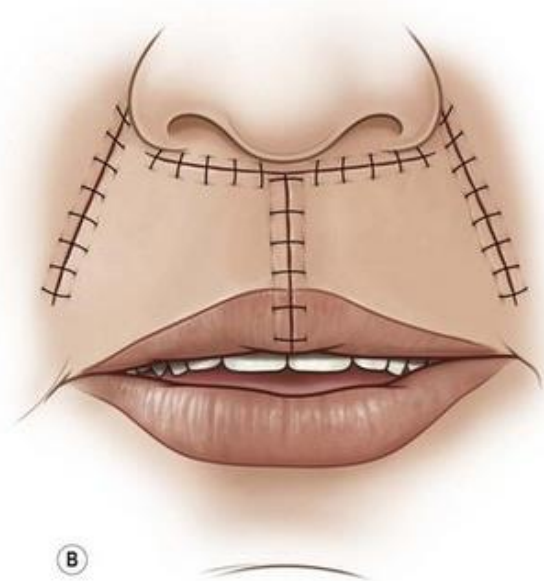
- تعتمد خطة العلاج على معرفة فيما اذا كان الضياع جزئي السماكة أم كامل السماكة.

يتم تدبير الضياعات المادية جزئية السماكة في الشفة العلوية بإحدى الطرق التالية:

1. **التندب بالمقصد الثاني**، ويشيع استخدامه بشكل كبير في أذيات الشفة نظراً لترويتها الغزيرة التي تقاوم الانتان، وغالباً ما نعتد هذه الطريقة في الأذيات الشفوية الناجمة عن العضات والحروق الكهربائية.
2. **الخيطة المباشرة**، وهنا تجدر الإشارة إلى ضرورة محاولة إخفاء الخيطة في الثنيات الجلدية الطبيعية كالتلم الأنفي الشفوي للحصول على نتيجة جمالية أفضل.
3. **الطعوم الجلدية كاملة السماكة** "إذ أنها تنكمش بشكل أقل وتتلون بشكل أقل في المستقبل كما لها ميزات جمالية أكبر من الطعوم جزئية السماكة" كذلك نستخدمها في منطقة اليد.
4. **الشرائح الموضعية** خاصة الشريحة الأنفية الشفوية الجلدية Nasolabial وشريحة Webster الجلدية وشريحة LLL.

تدبير الآفات قبل السرطانية التي تصيب المخاطية:

- ✓ بشكل عام كل تقرح مزمن في المخاطية يستدعي إجراء خزعة لتحديد طبيعته "كمثال عليها نذكر ندبات الحروق المزمنة" فإذا كانت النتيجة آفة قبل سرطانية نستأصلها ونقرر خطة الترميم المناسبة للحالة.
- ✓ تتعدد خيارات المعالجة التي يمكن أن نختارها **بعد إجراء الخزعة** حيث يمكن أن نقوم بخيطة مباشرة، أو نستخدم شرائح Z أو V-Y، أو نلجأ لاستخدام الطعوم المخاطية فإذا لم تكن كافية لترميم الضياع نستخدم الطعوم الجلدية.

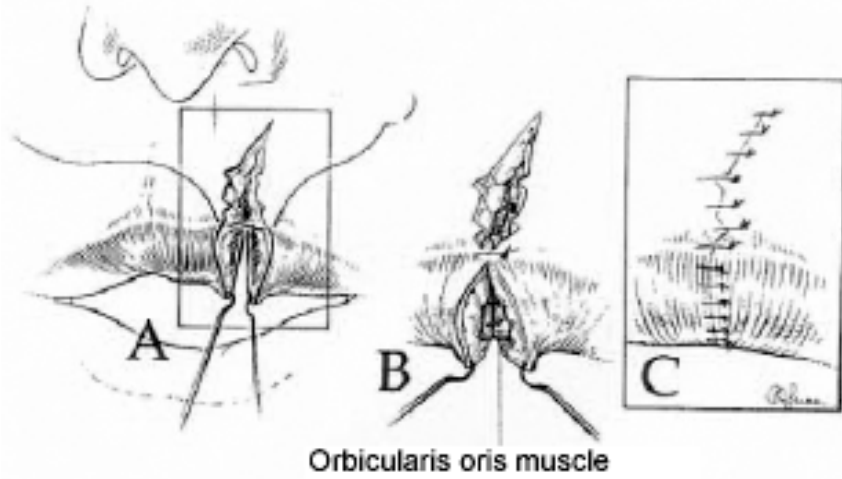


إلى الأيمن شريحة webster، وإلى الأيسر الخيطة على مسير التلم الأنفي الشفوي لإخفاء الندبة

الضیاعات المادية كاملة السماكة في الشفة العلوية:

- عند التعامل مع الضیاعات المادية كاملة السماكة في الشفة العلوية يهمننا معرفة كم شمل هذا الضیاع من عرض الشفة، إذ تختلف خطة المعالجة باختلاف حجم الضیاع.

1. ضیاع كامل يشمل أقل من ثلث عرض الشفة:



- ✓ يتم تديره عن طريق الخيطة المباشرة في حال كان الضیاع صغيراً، وهنا يجب الانتباه لارتفاع القسم الخارجي الجاف من الشفة الحمراء Vermilion، بالإضافة لارتفاع الشفة لاحتمالية زيادة طولها³ في حالات الضیاع الواسع.
- ✓ في حال استخدام الشرائح المثبتة لا بد أن نحاول وضع رأس المثلث في الثلم الأنفي الشفوي.

- ✓ تشمل الخيطة كل من الغشاء المخاطي والعضلات وتحت الجلد والجلد "كما الصورة أعلاه".
- ✓ قد نلجأ أحياناً لشريحة Webster إذا كان الضیاع كبيراً⁴.

2. ضیاع كامل يشمل ثلث إلى ثلثين عرض الشفة:

- ✓ غير قابلة للخيطة المباشرة، لذا نلجأ فيها لاستعمال الشرائح من الشفة المقابلة⁵ مثل Abbe flap أو Estlander flap حسب مكان الضیاع المادي.

شريحة Abbe:

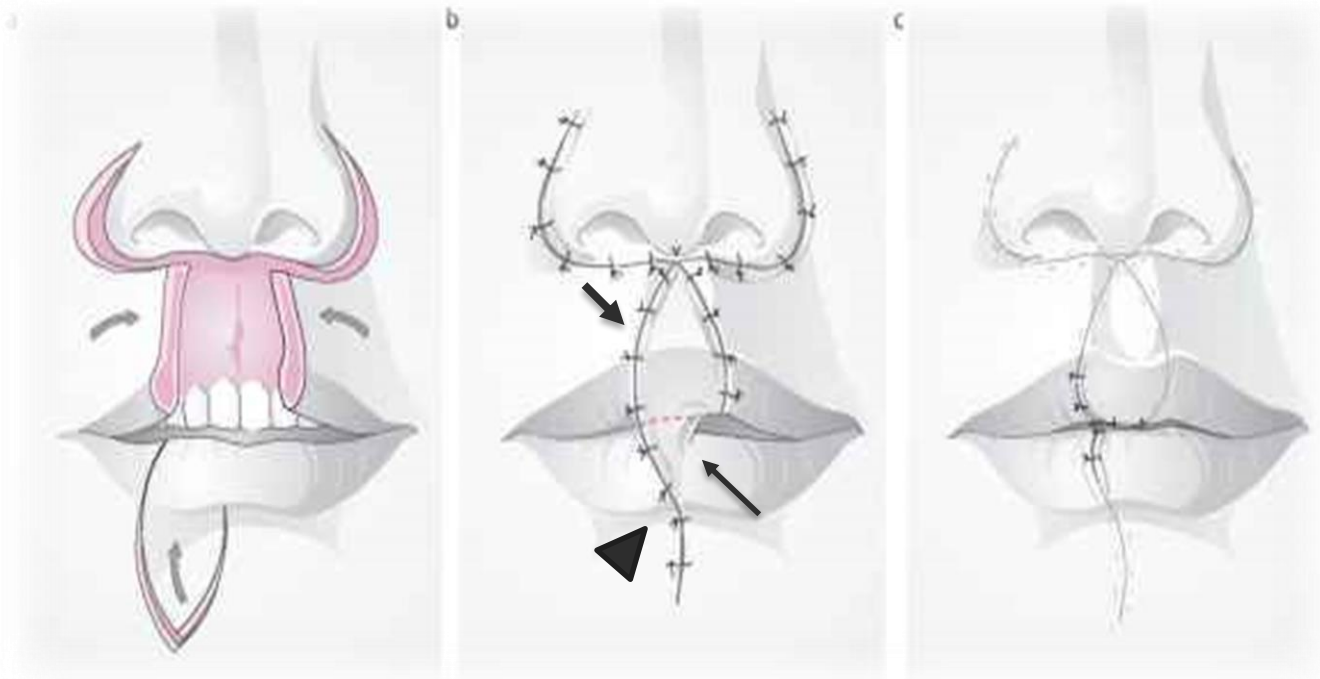
- شريحة مركزية تؤخذ من منتصف الشفة السفلية على شكل مثلث أو مستطيل.
- عرضها نصف عرض الضیاع المادي وتستخدم في الضیاعات المتوسطة "المركزية" في الشفة أو جانب المتوسطة.

³ إذا كان الضیاع على شكل حرف V، يكون طول الضلع المشكل لحافة الجرح أطول من المسقط العمودي لذروة الجرح على قاعدته لذا عند الخيطة المباشرة وبشكل مستقيم يمكن أن يزداد طول الشفة.

⁴ بشكل عام أقل من 1\3 الشفة خيطة والتفاصيل أعلاه هي ما ورد في سلايدات الدكتور وشرحه، في الأرشيف يوجد تصنيف آخر للإصلاح في هذه الحالة يقوم على ما يلي: ضیاع جانب متوسط الشفة (إذا صغير خيطة وإذا كبير شريحة Webster، ضیاع متوسط الشفة خيطة بشكل عام وإذا شمل الشفة البيضاء نستخدم شريحة Abbe لأن الناحية الجمالية لهاد الموقع مهمة.

⁵ هي النسيج الوحيد الذي قد يعوض وبشكل مثالي ضیاعات الشفة، وتنطبق هذه القاعدة على الأجناف فالخيار الأمثل لترميم ضیاع أحد الجفنين هو الجفن المقابل.

- تتغذى بداية من الشريان الشفوي السفلي ثم تفصل الشريحة عن مكانها الأساسي بقطع سويتتها بعد 10-12 يوم " لتتابع ترويتها عن طريق الشفوي العلوي (توضيح للفكرة السابقة هام للدورات: نقطع الشريحة عن ارتباطها بالشفة السفلية من 3 جهات ونترك الجهة الرابعة فقط متصلة بالشريان الشفوي السفلي لتتروى منه وبعد فترة نقطع هذا الاتصال لتكتمل عملية الترميم، تبدأ الشريحة بأخذ ترويتها بعد 10-12 يوم من ارتباطها بموقع الضياع "أقل من أسبوعين" إذ أن الشفة غزيرة التروية بشكل عام، أما كامل الشريحة وامتدادها إلى الشفة البيضاء فيصح معتمداً بترويته كلياً على الشريان الشفوي العلوي بعد 3 أسابيع).
- يتم إغلاق نهاية الشريحة بشكل V أو W في الشفتين، ويبقى المريض على السوائل حتى فصل الشريحة.

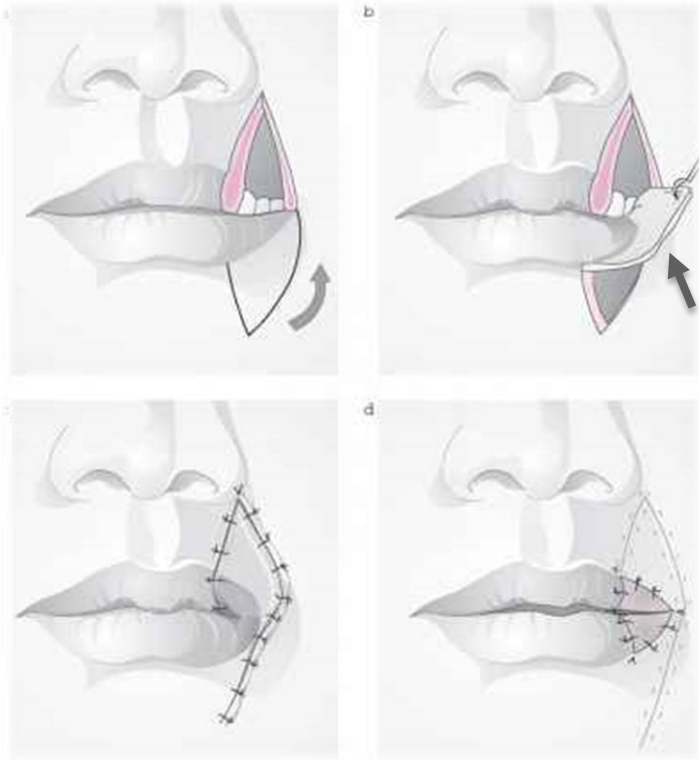


لاحظ أن عرض الضياع في منتصف الشفة العلوية يزيد عن ثلثها لذا قمنا باختيار شريحة abbe لترميم الجزء المفقود، بدأنا بتوسيع حدود الضياع لسهولة المناورة مع قطف شريحة تعادل نصف عرض الضياع من الشفة السفلية، حافظنا على اتصال الشريحة بالشفة السفلية "عند السهم الرفيع" في البداية حتى تستمد ترويتها من الشريان الشفوي السفلي وبعد فترة قطعنا السويقة التي تصلها بالشفة السفلية. لاحظ كذلك أنه تمت خيطة الشريحة بموقعها الجيد بشكل حرف v "السهم العريض"، لاحظ أن مكان قطف الشريحة من الشفة السفلية تمت خياطته بشكل مباشر "عند المثلث".

نموذج عن النتائج
بعد العمل الجراحي
لاستخدام شريحة
Abbe.



شريحة Estlander:



- شريحة جانبية تؤخذ من الشفة المقابلة حيث تستخدم لترميم ضياع مادي جانبي أو صواري.
- يتطلب استخدامها تصنيعاً للصوار في جهة الإصابة بعد شهرين من عملية الترميم.

تظهر الصورة جانباً استخدام شريحة استلندر لتعويض ضياع مادي كامل في الجانب الأيسر للشفة العلوية، لاحظ أننا عند قطف الشريحة من الشفة السفلة نضطر لقلبها أو تدويرها "عند السهم" مما يؤثر على شكل الصوار لذا تتطلب هذه الطريقة تصنيعاً للصوار بعد شهرين من ترميم الضياع.

3. الضياع المادي التام في الشفة العلوية "ضياع كامل الشفة" وهنا يمكن أن نستخدم:

- ✓ شريحتنا Estlander من الشفة المقابلة.
- ✓ شريحة أنفية شفوية Nasolabial (سويقة سفلية) من الجهتين. "ترويتها من الشريان الزاوي"
- ✓ شريحة Leon من الفروة إلى الشفة العلوية حيث تحمل الشريحة على واحد أو اثنين من فروع الشريان الصدغي السطحي لتصنيع الشاربين.
- ✓ شريحة حرة خاصة: وكمثال نأخذ الساعدية الكعبرية، الكتفية، العضدية الوحشية، المغبئية.

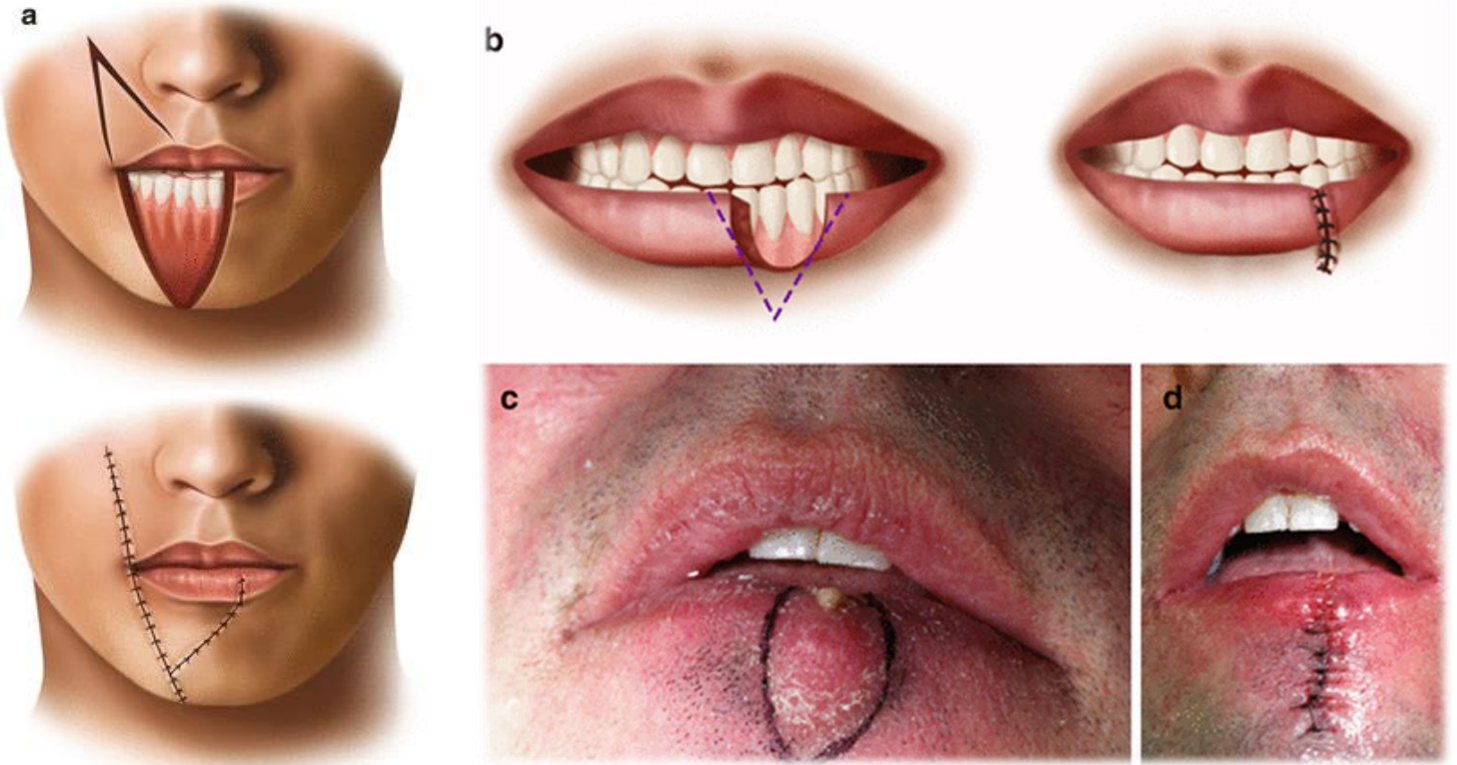
الضياعات المادية في الشفة السفلية

- إذا كان الضياع يشكل **أقل من نصف عرض الشفة** يمكن خياطته بشكل مباشر، حيث تتميز الشفة السفلية عن الشفة العلوية بمرونتها ورخاوتها وهذا ما يساعد في توسيع قدرة الجراح على المناورة عند الخياطة.
- إذا كان الضياع المادي **أكبر من نصف عرض الشفة** ننظر لموقعه، فالضياعات المتوسطة أو المركزية يتم تعويضها بشريحة Abbe، أما الضياعات الجانبية فنستخدم لتعويضها شريحة Estlander.
- بدل القيام بترميم الضياع بطريقة Estlander يمكن أن نأخذ شق دائري على كامل محيط الشفة دون أن نقطع الأوعية، بل نباعد بين عناصر الحزمة الوعائية العصبية ونقوم بتعويض الضياع وتدعى هذه الطريقة شريحة Karapandzic.

- تعطي شريحة Karapandzic شريحة حسية وينتج عنها فم مدور، وقد نستخدمها عند الكبار لشد محيط الفم الذي يرتخي مع الزمن.

أما في حال الضياعات التامة في الشفة السفلية فيمكن أن نستخدم:

- ✓ شريحة Camille Bernard.
- ✓ شريحة بعيدة خاصة مثل: شريحة العضلة الصدرية والشريحة الدالية الصدرية (نأخذها على مرحلتين).
- ✓ شريحتين أنفيتين شفويتين سويقة سفلية.



تظهر الصورة a شريحة استلندر في الشفة السفلية، أما الصور b,c,d فتظهر آفة تشغل أقل من نصف الشفة، تم استئصالها وجراء خياطة مباشرة للشفة السفلية

شريحة
Karapandzic



لاحظ عدم قطع
الحزمة الوعائية
العصبية



توجد شرائح أخرى قد نستخدمها لتويض ضياعات الشفة السفلية كأن نرفع الذقن إلى الأعلى ولكننا لن نفصل فيها.

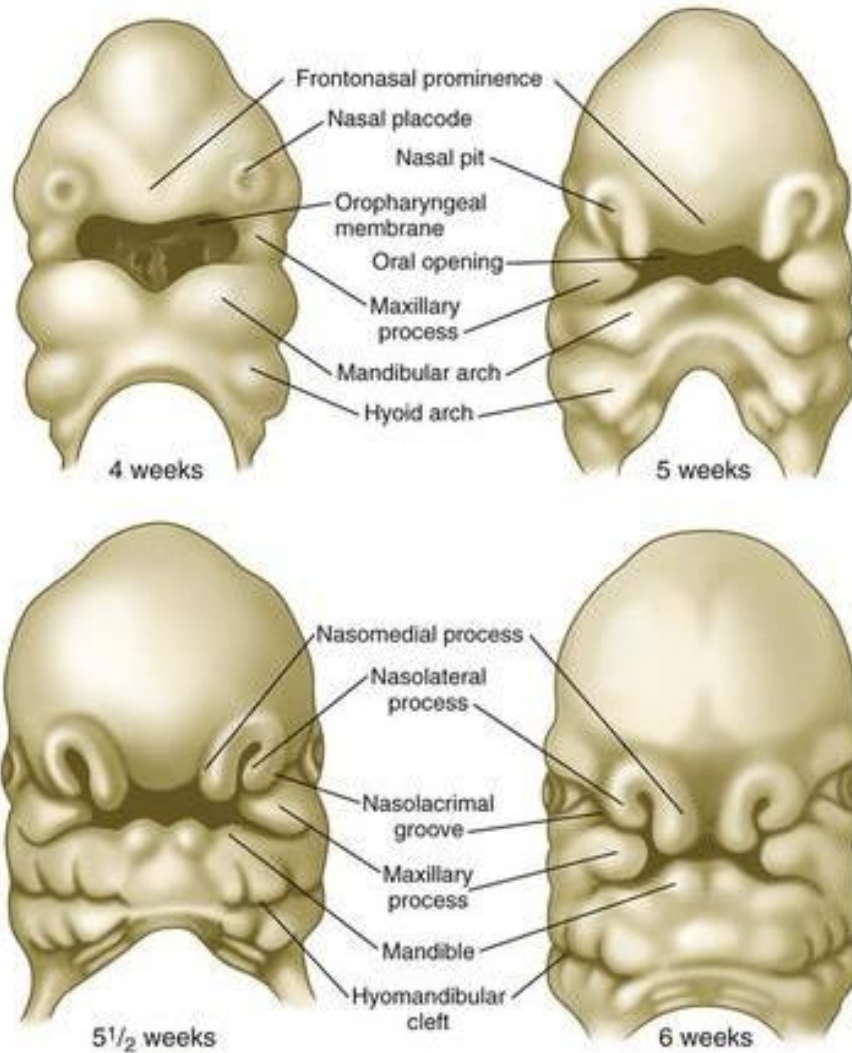
الضياعات المادية التي تشمل كامل الشفتين معاً

- يمكن تعويضها بشريحة أو اثنتين دالية صدرية أو بشرائح من الصدرية الكبيرة، أو العريضة الظهرية، ويمكن أن نستخدم الشرائح الحرة (بشكل عام شرائح بعيدة).
- والآن سنتقل للموضوع الأخير في محاضرتنا هذه ألا وهو انشقاق الشفة وشرائح الحنك * _ *

انشقاق الشفة "شفة الأرنب" وشرائح الحنك

لمحة جنينية *

- تظهر الفترة التطورية الحساسة للشفة والحنك الأولي خلال الأسبوع 4-6 من الحياة الجنينية لذلك يمكن الكشف المبكر عن الاضطرابات التي تطرأ على عملية التطور هذه أثناء الحياة الجنينية.
- بشكل عام، يتطور معظم الوجه من خمسة نواتئ ألا وهي: تابع مع الصورة



A. الناتئ الجبهي

Frontonasal

Prominence: الذي يعطي

الناتئ الأنفي الانسي (يعطي

لاحقاً الجبهة ووسط الأنف

والمنطقة المتوسطة من

الشفة Philtrum والحنك

الأولي) والنواتئ الأنفية

الجانبية (تعطي الأنف).

B. الناتئين الفكين العلويين

:Maxillary Processes

يعطيان جانب الوجه والشفة

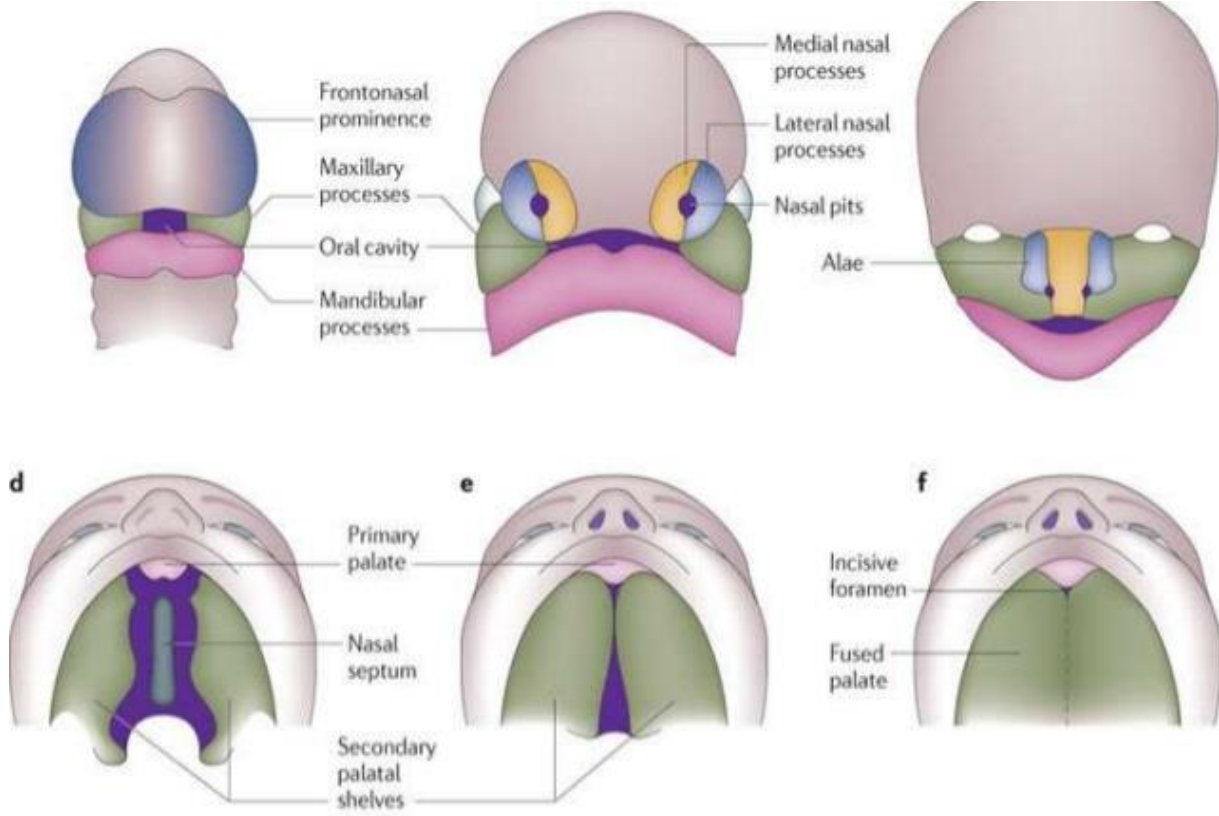
العلوية والحنك الثانوي

الموافق.

C. الناتئين الفكين السفليين

:Mandibular Processes

يعطيان الفك السفلي.

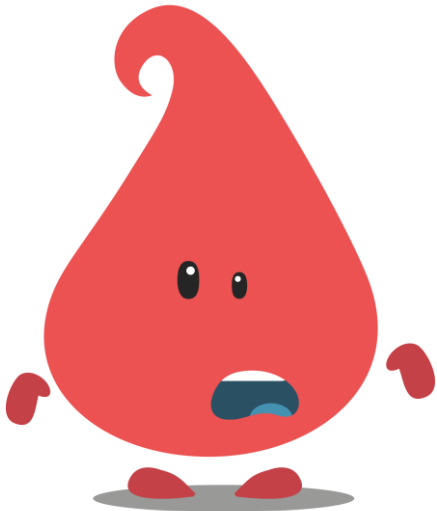


تابع مع
الصورة تطور
البنى الوجهية
من النواتئ
الخمسة
"يفضل
العودة لملف
"pdf

- إن فشل التحام أي ناتئين من هذه النواتئ ينتج عنه شقوق معينة حيث **يبلغ عدد الشقوق الحادثة 13 شقاً** والشق الـ14 هو شق ناصف كامل (لكن هذه الشقوق قليلة الشيوع).
- الشائع لدينا هو فشل الالتحام الكامل للناتئ الأنفي الانسي مع الناتئ الفكّي والذي يؤدي إلى درجات مختلفة من الشقوق التي تصيب الحنك الأولي متضمناً الشفة العلوية والقوس السنخية والحنك الصلب الأمامي **أمام الثقبية القاطعة Incisor Foramen**. انظر الصورة أعلاه.

الحدوث وعوامل الخطورة

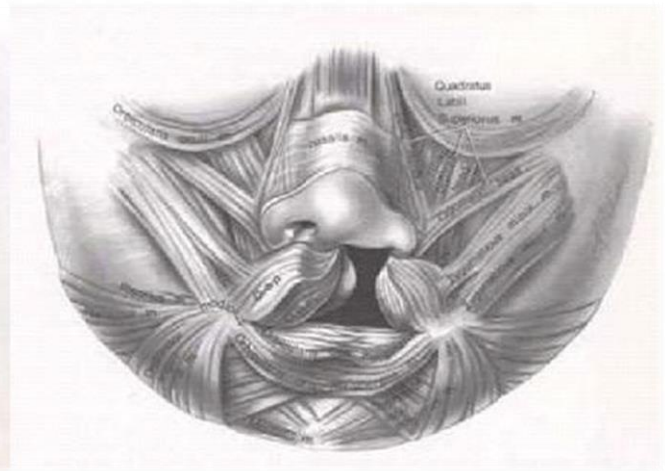
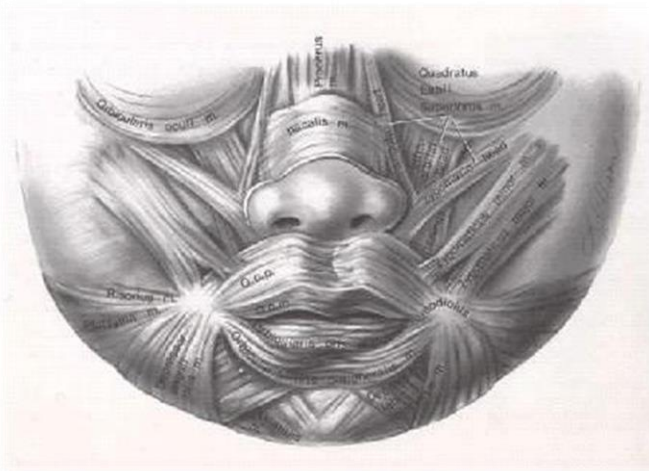
- يعتبر انشقاق الشفة وشرع الحنك من أشيع التشوهات الخلقية، فهو يحدث بنسبة 1/1000 ولادة حية، ويصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة ذكرين لكل أنثى.
- مقابل كل 6 انشقاقات في الجهة اليسرى نجد 3 انشقاقات في اليمين وانشقاق واحد ثنائي الجانب. "خليا النسبة ببالك 1/3/6"
- يقابل كل انشقاقيين للشفة وشرع الحنك انشقاق واحد للشفة لوحدته أي حدوث شفة الأرنب مع انشقاق شرع الحنك أشيع من انشقاق الشفة لوحدتها، ولذلك يجب نفي أو تأكيد وجود انشقاق شرع الحنك بعد تشخيص شفة الأرنب.
- كذلك من الضروري البحث عن تشوهات الأطراف عند كل طفل مصاب بشفة الأرنب.



أهم عوامل الخطورة:

- الأدوية، التدخين، الحمل المتأخر (عمر الأم المتقدم)، القصة العائلية (ولكن معظم الحوادث فردية).
- تحدث 3% من حالات هذا التشوه بشكل متلازمات و أهم المتلازمات المترافقة مع انشقاق الشفة والحنك (أهمها وأشيعها ما يصيب الأطراف والجهاز القلبي الوعائي):

Strickler's syndrome	◆	Van der woude's syndrome	◆
Pierre Robin sequence	◆	Waardenburg's syndrome	◆
Velocardiofacial syndrome	◆	Down syndrome	◆
Median cleft lip	◆	Trisomy 13	◆

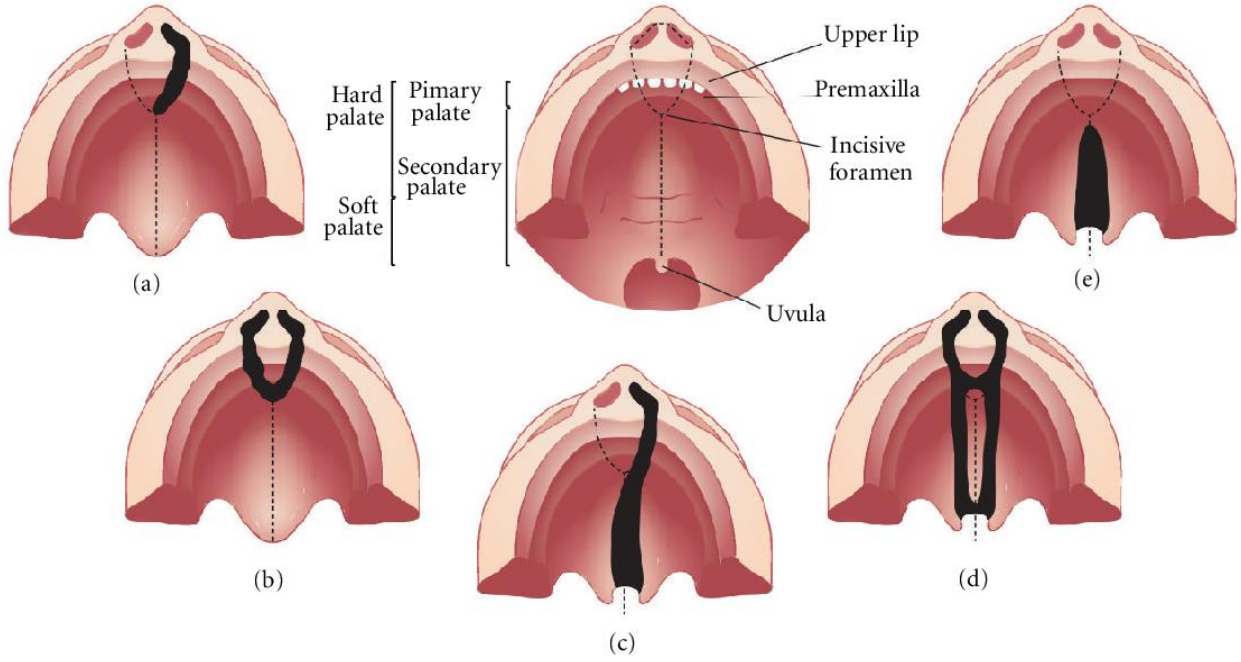


- **تابع مع الصورة أعلاه:** تظهر الصورة مقارنة بين عضلات الفم الطبيعية والعضلات في حالة انشقاق الشفو وشرع الحنك، لاحظ أن الانشقاق **سيغير من اتجاه العضلة الدويرية الفموية**، وهذا يوضح الأهمية الكبيرة لإصلاح هذا التشوه وإعادة هذه الألياف إلى طبيعتها حيث يتأثر بذلك النطق والتغذية ونمو الفك والشكل.

التصنيف⁶ (اكتفى الدكتور بذكر أن الأشكال متعددة وصعب تصنيفها)

- يمكن اتباع تصنيف انشقاق وحيد الجانب أو ثنائي الجانب، وانشقاق تام أو جزئي في كل الأشكال التالية:
 - ✓ انشقاق الشفة والقوس السنخية وقد يكون أحادي الجانب تام أو ناقص، ثنائي الجانب تام أو ناقص.
 - ✓ انشقاق الحنك الأولي "الشفة" والحنك الثانوي "شرع الحنك" (أي شفة وشرع حنك).
 - ✓ انشقاق الحنك الثانوي فقط " شرع الحنك فقط"، قد يكون تام أو جزئي.
 - ✓ انشقاق الحنك تحت المخاطية دون إصابة الغشاء المخاطي (نقص خلقي في الحنك يظهر الحنك كأنه كامل ولكن هناك غياب في مكوناته تحت الغشاء المخاطي مع اضطراب سنخي بلعومي لذا يجب القيام بالجس).

⁶ للأمانة ورد التصنيف بالسلايدات مرة حسب البنية الجينية المتأدية (حنك أولي وحنك ثانوي مثلاً) ومرة حسب شدة الأذية (كامل، جزئي) وأوردناها هنا كما وردت في الأرشيف بدمج التصنيفين السابقين.



تصنيف انشقاق الشفة وشرائح الحنك

- لتسهيل التصنيف اقترح LAHSHAL أن يرمز للشق بالأحرف الأولى للجزء المصاب مع بدء التسمية من الجهة اليمنى إلى اليسرى كما يلي⁷: ما ذكره الدكتور

H: Hard Palate الحنك الصلب

L: Lip الشفة

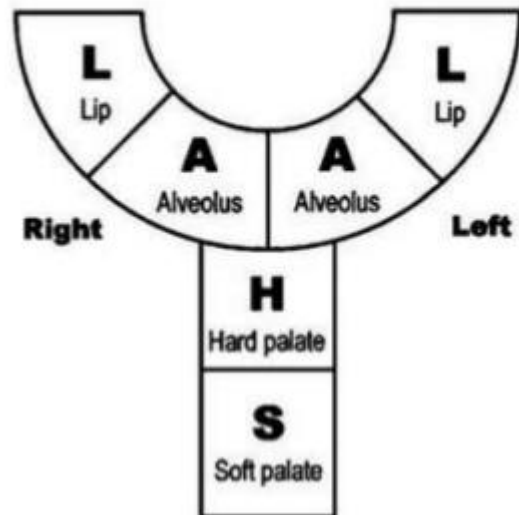
S: Soft Palate الحنك الرخو

A: Alveolus الناتئ السنخي

- استخدمت الأحرف الصغيرة للدلالة على الانشقاق غير الكامل للبنية المدروسة، أما الكبيرة فترمز للانشقاق الكامل للبنية المدروسة، وهذا النظام المستخدم حالياً في تسجيل نتائج انشقاق الحنك الأمريكية والمرافقات القحفية الوجهية.

Thallwitz Classification

- Also known as the **LAHSHAL**
- Descriptive classification of each individual case of cleft lip and palate.
- simple, concise, flexible, exact but graphic.
- It describe the site, size, extent as well as type of cleft.



تصنيف LAHSHAL

⁷ لم يذكر الدكتور هذا التصنيف وورد فقط في السلايدات.

التقييم الأولي وخطوات التدبير

- **خلال الفترة الأولى بعد الولادة** لا بد لنا من رعاية الطفل ووالديه من الناحية النفسية والاجتماعية وذلك عبر تطمين الأهل، وشرح خطوات العناية ومراحل الجراحة، وتقييم الإصابة والبحث عن تشوهات أخرى.
- طلب الاستشارات من المختصين بالوراثة والجراحة التجميلية والفكية والفموية، أخصائي السمعيات، طبيب الأسنان وطبيب الأطفال، طبيب أنف وأذن وحنجرة والمختصين بالرعاية التمريضية والتغذية والارضاع.
- كذلك لا بد خلال الأشهر الأولى من **تعليم الأهل إرضاع الطفل بوضعية الوقوف** وباستعمال رضاعات خاصة حتى لا يحدث استنشاق، مع رعاية الحالة التغذوية للطفل وتدبير الانتانات التنفسية في حال حدوثها.
- في هذه الفترة يمكن استخدام أجهزة تقويم صغيرة أو لاصق طبي لتقريب الشفة المشقوقة، ولهذه التدابير أهمية في نمو الفك الطبيعي، ففي الوضع الطبيعي يقوم اللسان بدور المحرض على نمو الفكين بآلية ميكانيكية، وفي حال حدوث هذه الانشقاقات سيحدث ضعف في الفك قد يؤدي إلى اندفاع الفك بدرجة أكبر للأمام "اللسان يضغط على مكان الانشقاق ويباعد طرفيه"، لذلك نضع هذا اللاصق لضمان تطور الفك، بالإضافة لكونها تؤمن تقارب للجزأين المنفصلين فتضمن بذلك إصلاح أفضل وأسهل للآفة "استخدامها مهم جداً في حالات التباعد الكبير"، وقد نستغني عن هذه الأجهزة أو اللاصق ونستعوض عنها بخياطة جلد الشفة المتأذية فقط ريثما يصبح الطفل في العمر المناسب لإجراء التصحيح.

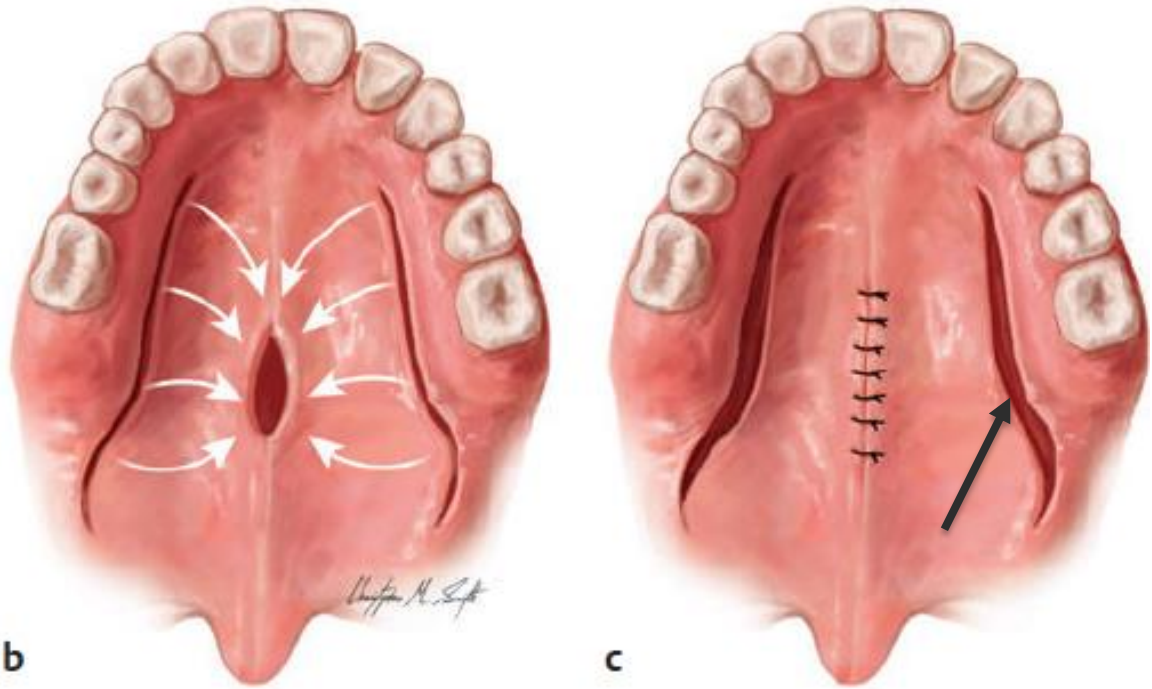


لصق الشفة المشقوقة



جهاز التقويم المستخدم، وتتعدد أشكاله تبعاً للحالة التي نعالجها

- **مع بداية الشهر الثالث حتى الرابع** تجرى جراحة ترميم الشفة على مرحلة واحد أو مرحلتين وأشيع طرق الإصلاح هي طريقة ميلارد رح نحكي عنها بعدين ودورة.
- يجري بعض الأطباء جراحة الترميم في اليوم الأول أو الثاني بعد الولادة ولكن لا نفضل التداخل على الطفل في هذه المرحلة "فترة الوليد"، لأنه أثناء الإصلاح يتم تسليخ سمحاق الفك العلوي وقد يؤثر ذلك مستقبلاً على نمو الفك بالإضافة إلى أن الأنسجة لا تكون واضحة المعالم والطفل لا يتحمل التخدير.
- **في عمر السنة نجري جراحة ترميم شرع الحنك**، بشرائح من سقف الحنك نفسه عادة حيث يتم تقريب شريحتين مخاطيتين عضليتين سمحائيتين من الجانبين وتغطية الانشقاق، ويترك مكان الضياع الحاصل نتيجة الشرائح ليتندب بالمقصد الثاني، ولا يجوز التأخر بترميم الضياع بعد السنة الأولى لما يحمله من احتمالية اضطراب الكلام والنطق.^{دورة}



تظهر الصورة أعلاه عملية الترميم لإغلاق العيب الموجود في الحنك الصلب. لاحظ مكان السهم العريض الضياع الحاصل عن عملية تقريب الشرائح وهذا هو المطان الذي يترك ليتندب بالمقصد الثاني

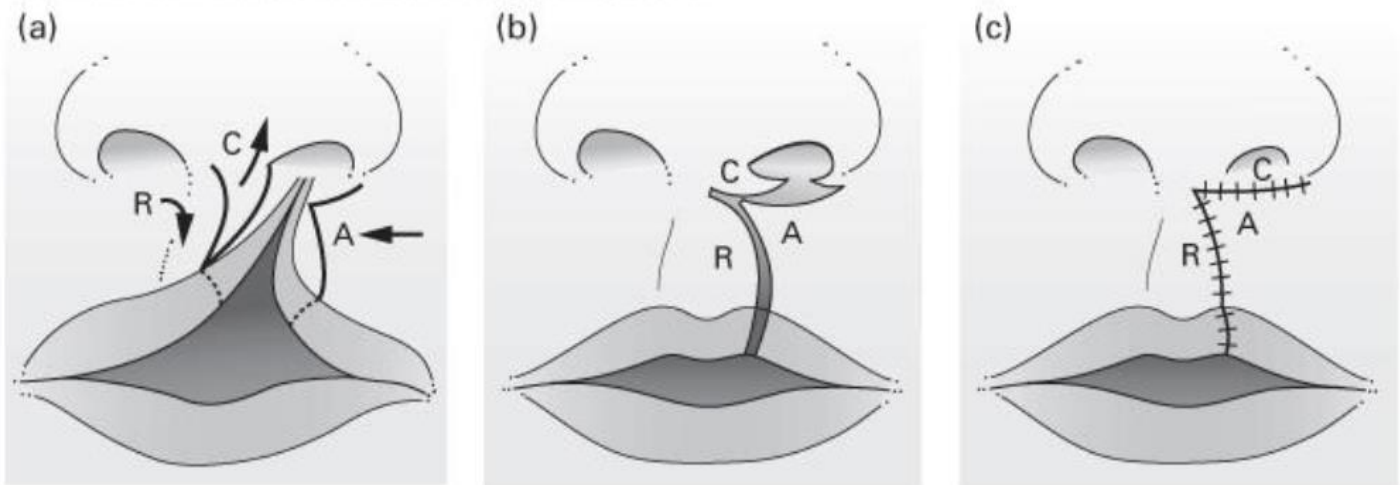
- نراقب النطق بعد الإصلاح حتى **عمر السنتين ونصف إلى ثلاث سنوات**، فإذا كان النطق غير طبيعي لا بد لنا من التداخل **واستخدام الشرائح البلعومية** لتدعم قصور عضلات اللهاة وعضلات البلعوم الأمامية مما يسمح بتحسين عملية النطق "نركز خلال هذه الفترة على إصابات الأذن الوسطى وانتانات الطرق التنفسية العلوية.
- إذا شملت الإصابة **الناتئ السنخي** يمكن إصلاح التشوه الحاصل باستخدام طعم عظمي يجري في **عمر 7-** **9 سنوات** "الدكتور قال 10"، وخلال هذه المرحلة العمرية نهتم بحالة الأسنان وعملية الإطباق.
- قد نلجأ في مراحل متقدمة إلى **تقديم الفك العلوي** لتحسين عملية الإطباق.

- يُفضل **تأجيل** كامل التشوهات الحاصلة على مستوى **الأنف** لحين اكتمال النمو **بعد عمر العشر سنوات** (حسب الأرشيف يعاد التقييم بعمر 16-17 سنة وتجرى الإصلاحات الهيكلية على مستوى الأنف والفكين، وقد تتضمن هذه الإصلاحات خزع العظام وتقريبها لتأمين النتيجة الجمالية المثلى).
- يجب أن تكتمل جميع الإجراءات الجراحية اللازمة لترميم التشوهات الحاصلة على مستوى الشفة والحنك بعمر 17-20 سنة.

أنماط الإصلاح الجراحي

1. الخياطة المباشرة: ولكن ينتج عنها قصر في الشفة وندبة سيئة.
2. الشرائح المربعة.
3. الشرائح المثثة.
4. الشرائح الدورانية Rotation advancement أو ما يعرف بطريقة ميلارد⁸، وتقوم هذه الطريقة على إجراء شريحتين أنفييتين شفويتين مثلثيتين، ثم تدوير إحدى الشرائح وتقديم الشريحة الأخرى.

The Millard rotation advancement technique



A = advancement flap C = C flap R = rotation flap

تظهر الصورة أعلاه طريقة ميلارد، تعتمد هذه الطريقة إجراء شريحتين وقلبيهما لترميم مكان الضياع الحاصل نتيجة التشوه، ومن ميزاتهما أن ندبة الجراحة تكون مخفية في خطوط الثنيات الجلدية الطبيعية ضمن الشفة البيضاء وزاوية الأنف.

⁸ للاطلاع : هذه التقنية محبذة لأنها تحافظ على جمالية Cupid's bow و تلم الثرة وتحسن من تناظر ذروة الأنف. لمشاهدة هذه المعالم بوضوح جداً شاهد صورة تشريح وبنية الشفة) في الصفحة التالية.



RBCs