

بررسی ۶ ساله بیماران با فیستول کام و ترمیم آن در بیمارستان امام خمینی ارومیه

دکتر علی حسینی افشار^۱، دکتر رفیع پرنیا^۲، دکتر مسعود فلاحی مطلق^۳

چکیده

مقدمه: فیستول‌های کام، شایع‌ترین عارضه پس از ترمیم شکاف‌های کام هستند. فیستول‌ها باعث نشت هوا و مایعات به بینی، ماندن غذا و ایجاد بوی بد دهان، اختلال در تکلم با حروف صدادار و تکلم تودماغی می‌شوند. این علائم موجب آزار بیماران شده و زمینه مراجعه آنان را به پزشک فراهم می‌کند.

مواد و روش کار: در این مطالعه ۲۸ بیمار که طی شش سال با تشخیص فیستول کام بستری و جراحی شده بودند، به روش رتروسپکتیو مورد مطالعه قرار گرفتند. تمامی اعمال جراحی و معاینه دوره‌ای توسط جراحان همکار طرح به عمل آمده است.

نتایج: از ۲۸ بیمار مورد مطالعه، ۲۶ نفر سابقه عمل جراحی شکاف کام اولیه داشتند، ۲ نفر بعد از عمل پولیپ بینی دچار فیستول کام شده بودند. روش عمل جراحی استفاده از فلاپ‌های موضعی مخاطی پریوستی به صورت چرخشی و گرافت استخوانی و غضروف بوده است. فیستول‌ها، در ۱۵ مورد قدامی، در ۲ مورد جانبی، ۳ مورد میانی، ۵ مورد وسیع و در ۳ مورد فیستول کام نرم بوده است.

بحث: در این مطالعه، انواع فیستول کام و روش‌های ترمیمی انجام شده در این مرکز و روش‌های موجود در لیتراتور و ارتباط نسبی فیستول کام با روش‌های جراحی شکاف کام و لب مورد ارزیابی قرار گرفته که نتایج آنها در جداول آمده است.

کل واژگان: دهان، شکاف، کام، فیستول

مجله پزشکی ارومیه، سال سیزدهم، شماره سوم، ص ۱۹۰-۱۸۴، پائیز ۱۳۸۱

- ۱- استادیار گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- ۲- استادیار گروه جراحی پلاستیک و ترمیمی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- ۳- استادیار گروه جراحی پلاستیک و فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

فیستول‌های کام معمولاً در اثر ایجاد عفونت و یا تشکیل هماتوم بین لایه بینی و دهانی و کشش زیاد در خط ترمیم و نکروز فلاپ در اثر اختلال در گردش خون آن و چسبندگی ناکافی بین لایه بینی و دهانی و انتخاب تکنیک جراحی نادرست ایجاد می‌گردد (۱).

ایجاد فیستول بعد از ترمیم همزمان شکاف کام و لب بیشتر از موارد بعد از ترمیم شکاف کام تنها می‌باشد (۸، ۱۰).

فیستول‌ها غالباً کوچک بوده و در عرض چند هفته بعد از عمل ترمیم شکاف، ظاهر می‌شوند و گاهی نیز به دنبال اقدامات ارتودنسی ناشی از اتساع کام ایجاد و یا فیستول موجود قبلی وسیع تر می‌گردد. بستن موفقیت‌آمیز فیستول‌های بزرگ و کوچک کام بستگی به خون‌رسانی کافی در فلاپ‌های موکوپریوستال دارد (mucoperiosteal flap) (۱، ۲، ۳).

مواد و روش

در این بررسی بیماران عمل شده فیستول کام در یک مرکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، از فرودین سال ۱۳۷۳ تا اسفند ۱۳۷۸ به روش رتروسپکتیو، مورد مطالعه قرار گرفت. در این مرکز در طول شش سال ۲۸ بیمار جهت انجام عمل جراحی ترمیمی بستری شده بودند، بیماران از نظر سنی و نوع و روش عمل جراحی قبلی و ارتباط آن با ایجاد فیستول مورد بررسی قرار گرفتند. محل فیستول، روش ترمیم فیستول، نتایج اعمال جراحی و همچنین عود مجدد بیماری مورد مطالعه واقع شد.

نتایج

از ۲۸ بیمار مورد مطالعه، ۲۶ نفر سابقه عمل شکاف کام داشتند و دو نفر نیز بعد از انجام عمل جراحی پولیپ بینی، دچار فیستول کام شده بودند. از نظر توزیع سنی، کوچکترین بیمار دارای سه سال سن و مسن‌ترین بیمار ۵۲ سال داشت. توزیع فراوانی بیماران در گروه‌های سنی مختلف به شرح جدول

شماره ۱ می‌باشد.

از نظر محل فیستول در ۱۵ مورد فیستول قدامی (Alveolar Palate Fistula)، در ۲ مورد جانبی، در ۳ مورد میانی، در ۵ مورد وسیع و در ۳ مورد فیستول کام نرم بود (جدول شماره ۲). روش عمل در جراحی قبلی فیستول کام در ۱۴ مورد تکنیک Wardill، در ۱۰ مورد Lagenback و در ۲ مورد Furlow بود.

در دو مورد اخیر فیستول باقی مانده در قسمت قدامی بود که در حقیقت باقی مانده آلوتولار می‌باشد. نتایج بهتر تکنیک Furlow یا Reverse Z Plasty و تعداد کم فیستول در این روش با یافته‌های لیتراتور مطابقت دارد (۱، ۹، ۱۱) و روش انتخابی برای درمان شکاف کام توصیه می‌شود.

روش عمل جراحی استفاده از مخاطی پریوستی (Mucoperiosteal) فلاپ موضعی به صورت چرخشی و فلاپ لولایی (Hing flap) از مخاط قدامی و طرفی بوده است، در ۵ مورد از گرافت استخوان درشت نی (Tibia) و در ۲ مورد از گسرافت سپتوم بینی و در یک مورد گرافت مرکب (Compoosit graft) از کونکای لاله گوش استفاده شده است. موارد بسیار وسیع از طریق تکنیک Veau و شکاف‌های کام نرم که منجر به نارسایی کامی حلقی شده بودند با تکنیک فلپ حلقی (Pharangeal flap) ترمیم شده بودند.

زمان عمل جراحی شکاف کام در یک مورد سه ماه قبل و در سه مورد ده سال قبل انجام شده بود، در بقیه موارد بین اعمال جراحی فیستول و ترمیم شکاف کام یک تا پنج سال قبل فاصله وجود داشت، از ۲۸ بیمار عمل شده، ۴ بیمار با عود مجدد مراجعه کرده بودند (۱۴/۲۸٪). در یک مورد نیز چهار بار عمل جراحی انجام شده بود، موارد عود مجدد، همگی با زمان عمل جراحی قبل، کمتر از ۱/۵ سال فاصله داشت.

در ۲۶ مورد فیستول بعد از عمل جراحی شکاف کام، ۲۰ مورد به دنبال عمل جراحی شکاف کام و لب توأم و ۶ مورد عمل

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی بیماران بر حسب گروه‌های

سنی مختلف

گروه سنی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۳ تا ۵ سال	۶ نفر	۲۱/۴۲٪
۶ تا ۱۰ سال	۱۵ نفر	۵۳/۵۸٪
۱۱ تا ۲۰ سال	۵ نفر	۱۷/۸۵٪
بیش از ۲۰ سال	۲ نفر	۷/۱۵٪
جمع	۲۸ نفر	۱۰۰٪

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی بیماران بر حسب محل

ایجاد فیستول

محل فیستول	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
فیستول قدامی	۱۵ مورد	۵۳/۵۸٪
فیستول لاترال	۲ مورد	۷/۱۴٪
فیستول Median	۳ مورد	۱۰/۷۱٪
فیستول وسیع	۵ مورد	۱۷/۸۶٪
فیستول کام نرم	۳ مورد	۱۰/۷۱٪
جمع	۲۸ مورد	۱۰۰٪

و دهانی و انتخاب نادرست تکنیک عمل جراحی ایجاد می‌گردد. فیستول بعد از عمل همزمان ترمیم شکاف کام و لب، بیشتر از موارد بعد از ترمیم شکاف کام ایزوله مشاهده می‌شود (۶، ۸، ۹).

فیستول‌ها غالباً کوچک می‌باشند و در عرض چند هفته بعد از عمل ترمیم شکاف‌های کام ظاهر می‌شوند، گاهی نیز فیستول به دنبال اقدامات ارتودنسی ناشی از متسع کردن کام ایجاد و یا فیستول موجود قبلی وسیع‌تر می‌گردد (۶).

در یک بررسی توسط Shults R.C شیوع فیستول‌های کام ۲۲ درصد بود که ۴۹ درصد از آن‌ها دارای علامت بودند که تقریباً ۱/۴ آن‌ها احتیاج به عمل جراحی داشتند. در این بررسی نشان داده شده‌است که نوع ترمیم در ایجاد فیستول تأثیر زیاد دارد، به طوری که در روش‌های زیر آمار متفاوتی گزارش شده است، Lungelback 22% Wardill 43% - Furlflow 10% همچنین سن عمل تأثیری در شیوع فیستول نداشته است (۷).

۳۷ درصد فیستول‌های عود شده ارتباطی به وسعت شکاف کام یا نوع ترمیم نداشتند، بستن موفقیت آمیز فیستول‌های بزرگ و کوچک کام بستگی به خونگیری کافی در فلاپ‌های موکوپریوستال دارد (mucoperiosteal flap).

خوشبختانه خونگیری غنی منطقه، اجازه بلند کردن نسوج موضعی را حتی بعد از اسکاریزه شدن آن‌ها در اثر عمل جراحی و دستکاری‌های قبلی می‌دهد به شرطی که زمان کافی برای نرم شدن و خونگیری مجدد نسوج اسکار موجود باشد. محل برداشتن فلاپ‌ها برای ترمیم فیستول کام به سرعت با رژتراسیون نسج اطراف مفروش می‌گردد (۲).

یک اصل اساسی در بستن فیستول‌های بین حفره بینی و دهان و یا سینوس ماگزیلری، ایجاد یک لایه آستری برای آن‌ها می‌باشد که این نسج آستری را می‌توان از منابع مختلف تهیه کرد. به طور مثال از مخاط موجود در حاشیه فیستول به صورت یک طرفه یا دو طرفه و یا از مخاط ورم (Vomer) یا وسیتبول (Vestibul)،

جراحی شکاف کام تنها بوده است که با گزارش‌های لیتراتور مطابقت دارد (۱، ۹).

بحث

فیستول‌های واقعی معمولاً در اثر عفونت یا تشکیل هماتوم بین لایه‌ای بینی و دهانی و کشش زیاد در خط ترمیم و نکروز فلاپ در اثر اختلال گردش خون آن و چسبندگی ناکافی بین لایه بینی

۵- استفاده از فلاپ‌های مخاطی عضلانی دهان به‌عنوان یک جانشین برای فلاپ زبانی (Toung flap).

۶- گرفت کردن نقص همراه با Buccal fat pad همراه با Porcin dermis.

به کاربردن porcin dermis هم عمل را آسان‌تر می‌کند و هم بازسازی با پروتز را میسر می‌سازد Fagimer-n 1990.

۷- از فلاپ‌های مخاطی عضلانی بوکسیناتور برای ترمیم شکاف کام‌هایی که احتیاج به طویل کردن دارند، استفاده شده است. همچنین برای درمان فیستول‌های کام وسیع موفق بوده است Bonzolo Ar 1989.

۸- استفاده از Custom made implant برای وسعت دادن به مخاط کام روش جدید و امیدوارکننده‌ای است که در این صورت بدون نیاز به جدا کردن وسیع و بدون کشش می‌توان ترمیم را در دو لایه انجام داد De-Med-A 1990.

در مطالعات آزمایشگاهی روی سگ و گربه فیستول‌های وسیع سقف دهان را با روش جدیدی با استفاده از Split palateal V-Y flap ترمیم کرده‌اند (۱۲، ۱۳).

۹- استفاده از فلاپ بینی لبی (Nasolabial) به‌صورت جزیره‌ای با پایه فوقانی که یک مورد برای ترمیم شکاف وسیع در بزرگسالان به‌کار رفته و ترمیم شکاف کام در بزرگسالان به‌خصوص در دست جراحان تازه‌کار منجر به فیستول وسیعی می‌گردد که درمان جراحی آن به‌مراتب سخت‌تر است.

Govital - I 1990

۱۰- استفاده از پیوند غضروف کونکای لاله‌گوش K -1990 Matsuo.

۱۱- استفاده از فلاپ‌های آزاد فاشیال (flap free metatarsal flap free forarm) و (Secound osteocutanous) (Radial) می‌باشد که یدیکول عروقی آن‌ها را به عروق فاشیال پیوند نموده است Botchelor-IG 1990.

برای این منظور استفاده کرد، سپس روی لایه آستری را می‌توان با فلاپ چرخشی از نسوج مجاور که از یک طرف و یا از هر دو قسمت فیستول و یا از نسج مخاطی گونه و وستیبول دهان استفاده کرد، ولی در تدارک آن باید مراقبت نمود که به‌طور قابل توجهی وسیع‌تر از اندازه فیستول و یا نقص موجود باشد (۱، ۷).

تقسیم‌بندی فیستول‌های کام:

فیستول‌های کام را می‌توان به‌صورت زیر تقسیم‌بندی نمود: (۱)
۱- فیستول‌های قدامی (Anterior alveolar palateal fistula) که برای ترمیم، اغلب نیاز به گرفت استخوانی دارند.

۲- فیستول‌های خلفی (Posterior alveolar fistula) که با نسج اسکار فراوان در محل و حاشیه فیستول نیاز به دقت و توجه به اصول صحیح ترمیم فیستول دارند.

۳- فیستول‌های کناری (Lateral hard palate fistula) این فیستول‌ها با ایجاد فلاپ لولایی Hing flap قابل پوشاندن می‌باشند و معمولاً نیاز به گرفت استخوانی ندارند.

درمان و روش‌های مختلف جراحی:

مطالعه و بررسی لیتراتور در چند سال گذشته بیانگر تلاش صاحب‌نظران برای ارائه روشی است که تا حد امکان شانس عود بیماری را کاهش دهد، روش‌های زیر نمونه‌هایی از موارد فوق است:
۱- استفاده از فلاپ Bipole flap برای بستن فیستول‌های قدامی Wastin G D 1985.

۲- انجام جراحی فیستول‌های قدامی در Early Adolescent بعد از اتمام اکسپانسیون ارتوگ ناتیک با فلاپ‌های لته‌ای و کامی با گرفت استخوانی هم‌زمان Shults R C 1985 (۱۰، ۱۱).

۳- اپی‌تلیزاسیون محیطی و فلاپ‌های Overlapping با استفاده از فلاپ‌های مختلف موضعی و دور دست به‌علت اتصال و سطح چسبندگی فراوان فلاپ به اطراف موفقیت نسبتاً بالایی داشته در این روش التیام سریع‌تر بوده است Yih - Wy 1988.

۴- استفاده از فلاپ‌های زبانی با پایه قدامی Busic - N 1989.

References

1. McCarthy J G: Plastic surgery. 4th ed, Boston, WB Saunders company, 1998: 2814-2821.
2. Smith J W: Garbb and Smith plastic surgery. 5th ed, Philadelphia, Little Brown company, 1998: 287-324 .
3. Kernahan D, Rosenstein S: Orthognatic surgery in cleft patients treated by early bone grafting. *Plast reconstr Surg*, 1991, 87(5): 835-842.
4. Epply BL: Alveolar cleft bone grafting. *J Maxilofac surg*, 1996, 54(1): 74-82.
5. Hobson RS, Clasper A: Combind obturator and expansion a plastic for use in patient oral nasal fistula. *Br J orthod*, 1995, 22(4): 357-9.
6. Senders CW, Sykes JM: Modification of the furlow palatoplasty. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1995, 121(10): 1101-4.
7. Vandeput JJ, Droogman SB: Closure of palatal fistula using a dermis fat graft. *Plast Reconstr surg*, 1995, 95(6): 1105-7.
8. Sidman JD: Result of cleft palate repair with double Z plasty. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1994, 111(1): 76-8.
9. Antonio LL: Secondry palate of manument. *Clin plast Surg*, 1993, 20(4): 707-21.
10. Wistenburg BR, Melink HJ: Recon structive of Residual palate of defect. *J Craniomaxillo-fac Surg*, 1993, 21(6): 239-44.
11. Zimmerman PJ, Canady C, Yamashiro DK, Morales L: Articulation and nasality changes resulting from sustained palatal fistula obturation. *Cleft palate Craniofac J*, 1998, 35(1): 81-7.
12. Turner C, Zagirova AF, Frolova LE, Courts FJ, Williams WN: Oral health status of Russian children with unilateral cleft lip and palate. *Cleft palate Craniofac J*, 1998, 35(6): 489-94.
13. Ninkovic M, Hubli EH, Schwabegger A, Anderl H: Free flag closure recurrent palatal fistula in the cleft lip and palate patient. *J Craniofac Surg*, 1997, 8(6): 491-5.

6 YEARS STUDY OF PLATINE FISTULA AND ITS REPAIR AT URMIA EMAM KHOMEINI HOSPITAL

*A Hasani Afshar*¹, M.D.; *R Parniya*², M.D.; *M Fallahi Motlagh*³, M.D.

Abstract

Introduction : *The palatine fistula is the most common complication after repair of the palate cleft. It is the main cause of injury and patients admission to the hospital due to escape of fluid, food particles residu and air to the nose and resulting in speech with vowel letters and hypernasality.*

Materials & Method : *MIn this study, 28 patients with the diagnosis of palate fistula were hospitalized and taken under surgery from 1994 to 1999 surveyed with retrospective method.*

Results : *There were history of surgery for palate cleft in 26 patients, the patients were studied according to age/sex/technique and type of the surgical procedures in regard to labial and palate cleft and fistula. There were 15 cases of anterior fistula, 2 cases of lateral, 3 cases of median, 5 cases of extensive and 3 cases of soft palate fistula. The surgical methods which were used previously for palate fistula listed as follow: 14 cases Wardill method, 10 cases lugenback and 2 cases furlrow method. The type*

1. Assistant professor of ENT, Urmia University of Medical Sciences.

2. Assistant professor of Plastic surgery, Urmia University of Medical Sciences.

3. Assistant professor of Jaw and Face plastic surgery, Urmia University of Medical Sciences.

of fistula were anterior in the first method and alveolar cleft in the remainder.

Discussion: *The better results in furlow method or reverse Z plasty and lesser evidence of fistula in this technique were correlated with the findings of previous literature and recommended as a method of choice for the treatment of palate cleft.*

Key Words : *Oral, Palatine, Cleft fistula, Palate*

Address: *Department of oto - rhino - laryngology, Urmia University of medical Science, Urmia, Iran*

Source : *UMJ J 2003; 13(3): 184-190 . ISSN: 1027-3727.*