Lower Lip reconstruction using Gillies fan flap

Dr. Firas Melhem*

(Received 25 / 8 / 2022. Accepted 25 / 9 / 2022)

□ ABSTRACT □

Lips have important aesthetic and functional roles. The lower lip defects may result from a variety of pathologies such as vascular anomalies, burns, trauma, and tumors. Squamus cell carcinoma constitutes 90% of all malignant oral tumors. The lower lip is affected far more frequently than the upper lip. Resection due to squamous cell carcinoma (SCC) is the most common cause of the lower lip defects. Various reconstruction techniques for lower lip defects have been described in the literature.The mmost important factoris the size of lower lip defect for determining the reconstructive method to be employed. Small and medium size defects (up to 80% of the lower lip) may be reconstructed by primary repair and local flaps. The reconstruction of the large size defects (more than 2/3 of the lower lip) is a surgical challenge, because this reconstruction is necessary for oral competence and aesthetic appearance. One of these techniques is Gillies fan flap.

In this study Iwe interduce our outcome of 10 performed lower lip reconstruction. All these patients suffered from defects of the lower lip due to squamous cell carcinoma excision. The patients underwent surgery using the proposed surgical technique between 2019 and 2021 in Tishreen University Hospital in Lattakia, Syria. Patients ranged from 46 to 76 years (mean 61 years). Most of the patients were males (seven). We have found this procedure to be reliable, technically easy, and esthetically acceptable. The aesthetic and functional effect of treatment was assessed by the surgeon and the patient. The functional and aesthetic results were satisfactory. No complication is observed in the postoperative period. The sphincter function for normal eating and salivary retain was reestablished. No microstomy was seen and insertion of artificial dentition was possible.

Keywords: Lip reconeatinstruction-Gilles-Fan flap-Local flap

*Associate Professor, Department of surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University,Syria

ترميم الشفة السفلية باستعمال سديلة المروحة لـ Gillies

د. فراس ملحم*

(تاريخ الإيداع 25 / 8 / 2022. قُبِل للنشر في 25 / 9 / 2022)

□ ملخّص □

تلعب الشفاه أدواراً وظيفية وتجميلية هامّة. عيوب الشفة السفلية قد تنجم عن مجموعة من الأمراض مثل الشذوذات الوعائيّة، الحروق، الرضوح والأورام. السرطانة حرشفية الخلايا تشكّل 90% من الخباثات الفموية. تتأثّر الشفة السفلية أكثر بكثير من الشفة العلوية. استئصال السرطانة حرشفية الخلايا هو السبب الأشيع لعيوب الشفة السفلية. تمّ الحديث سابقاً عن تقنيات ترميمية متعددة لعيوب الشفة السفلية. يمثّل قياس العيب العامل الأهمّ بالنسبة لتحديد طريقة الترميم المناسبة. بالنسبة للعيوب ذات القياس الصغير والمتوسّط (والتي تصل إلى 80% من الشفة السفلية) يمكن ترميمها من خلال الإصلاح البدئي المباشر والسدائل المحلية. أمّا بالنسبة للعيوب ذات القياس الكبير (أكثر من ثلثي الشفة السفلية) فهي تمثّل تحدياً جراحيّاً، لأن هذا الترميم يكتسب أهميّة كبيرة بالنسبة للاحتباس الفموي ومن أجل المظهر التجميلي. إحدى التقنيات المستعملة هنا هي سديلة المروحة ل غيلّيس.

أقدّم من خلال هذه الدراسة حصيلة عشر حالات تم فيها ترميم الشفة السفلية. عانى المرضى جميعهم من عيوب في الشفة السفلية بعد استئصال سرطانة شائكة الخلايا في الشفة السفلية. خضع المرضى للجراحة باستعمال التقنية الجراحية التي نتحدّث عنها بين عامي 2019 و 2021في مشفى تشرين الجامعي باللاذقية، سوريا. بلغت أعمار المرضى بين 46 و76 سنة (المتوسط كان 61 عاماً). معظم المرضى كانوا ذكوراً (سبعة). وجدنا أن هذه التقنية موثوقة، سهلة الإجراء، ومقبولة جمالياً. الأثر الوظيفي والأثر الجمالي للعاتج تم تقييمها من قبل الجراح والمريض حيث كانت مقنعة. لم تشاهد اختلاطات في الطور بعد الجراحة. تمت استعادة وظيفة المصرة الضرورية لتناول الطعام الطبيعي والمحافظة على احتباس اللعاب. لم يشاهد صغر في حجم الفم وتم الاحتفاظ بالقدلاة على إدخال البدائل الصنعية.

الكلمات المفتاحية: ترميم الشفة، غيلّيس، سديلة المروحة، سديلة محلية

* **أستاذ مساعد – قسم الجراحة–كلية الطب–جامعة تشرين–اللاذقية–سورية**

مقدّمة

تلعب الشفاه دوراً لا غنى عنه كوحدة وظيفية وشكلية في الوجه، حيث تعتبر مسؤولة عن تناول الطعام، المضغ، المحافظة على اللعاب والكلام. ومن جهة أخرى فإن الشفاه تلعب دوراً هامّاً في التعابير الوجهية وبالتالي التواصل مع الآخرين. وبالتالي فإنّ ترميم العيوب المادية التي يخلّفها الاستئصال الورمي في الشفة السفلية يكتسب أهميّةً بالغة للمحافظة على ما سبق[1].

السرطانة حرشفيّة الخلايا هي أكثر الأورام شيوعاً بعد سرطانة الخلية القاعدية وتبلغ حوالي ربع معدل حدوثها، تنشأ هذه السرطانة من الخلايا المولدة للكيراتين، تشاهد هذه الأورام عند متوسطي الأعمار والمسنين. يمثل التعرّض للأشعّة فوق البنفسجية عامل الخطورة الرئيسي لحدوث السرطانة المذكورة، علاوةً على ذلك فقد تنشأ السرطانة المذكورة على أرضيّة آفة ما قبل سرطانية مثل: التقران الضيائي، الطلاوة والشوكوم القرني. بالرغم من الاستقرار العالمي في عدد إصابات ال SCC في الشفة السفلية فما زلنا نصادف هذه الحالة لدى عدد لا يستهان به من المرضى. تمثّل الشفة السفلية التوضّع الأكثر شيوعاً للورم المذكور[2]. تشمل عوامل خطر الإصابة بالسرطانة شائكة الخلايا بالشفة: التعرض المفرط للشمس واستخدام التبغ والبشرة الفاتحة ونقص المناعة بأسبابه المختلفة. سريرياً يأخذ السرطان المذكور شكل بقعة مرتفعة على الشفة يميل لونها للبياض وما يلبث أن يتطور إلى قرحة معندة.

يمثّل الاستئصال الواسع للآفة مع هامش أمان كافٍ العلاج الذي لابدّ منه مما يترك وراءه عيباً ماديّاً بحاجة للترميم. الهدف الرئيسي للإجراء الترميمي هو الحصول على نتيجة جمالية تحاكي المنظر الطبيعي الأصلي. تشمل أهداف ترميم الشفة: المحافظة على الاحتباس الفموي، الاحتفاظ بالفتحة الفموية الأعظمية، وبالقررة الحركية والإحساس عند الإمكان. نقدّم في بحثنا هذا حلّاً مناسباً لهذا الغرض وهو سديلة المروحة. وصف العديد من المؤلفين تقنيات مختلفة لترميم الشفة حتى وصلنا بنهاية المطاف إلى استعمال نقل النسج بالاعتماد على الجراحة المجهرية

في العقد الثاني من القرن الماضي وصف Gillies سديلة مروحة تقليدية باستعمال سديلة كاملة السماكة والتي تسمح بإعادة توزيع الباقي من الشفة عبر الترميم وأكد على استعمال نسيج مشابه.

الأورام التي تحتاج استئصال يصل مقداره حتى ثلث الشفة السفلية لا تفترض استعمال سدائل معينة وإنما يمكن عبر تصميم الاستئصال بشكل إسفين مما يمكّنا من الإغلاق المباشر. عندما تكون مساحة العيب الناجم عن الاستئصال أكبر يمكن الاعتماد على سديلة Estlander والتي تقوم على تحريك النسيج من الشفة العلوية سواء من جانب أو من الجانبين وتعتمد على الشريان الشفوي العلوي بحيث يتم إغلاق العيب مع محاولة عدم الإضرار بحجم فتحة الفم[4].

أمّا سديلة المروحة ل Gillies فهي تستعمل لترميم العيوب الكبيرة نسبياً في الشفة السفلية ويمكن عبر تلك السديلة تقليل سلبيات صغر حجم الفم وبالتالي لا تحدث صعوبات في الكلام أو تناول الطعام.

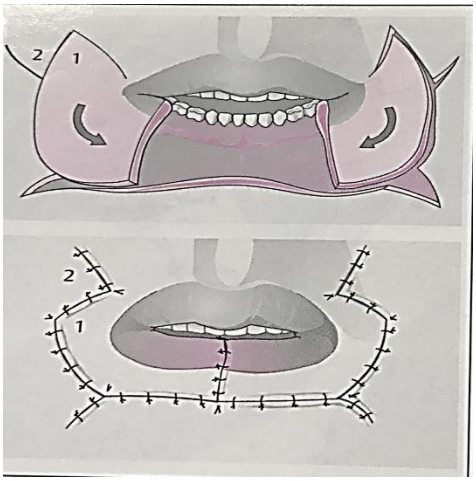
سديلة المروحة ل Gillies هي سديلة تقدمية–دورانية تعتمد في ترويتها على الشريان الشفوي العلوي وتتم عبر مرحلة واحدة لترميم العيوب المادية كاملة السماكة ذات القياس المتوسط إلى الكبير في الشفة السفلية (العيوب الأكبر من 50% من الشفة السفلية). يتم تصميم السديلة إلى الوحشي من العيب المادي وحول الطية الأنفية الشفوية مع حافة قطع بمقدار سنتمتر واحد. يمكن النظر إليها على أنها نسخة مطوّرة من سديلةEstlander

يتضمّن النسيج الذي تم تحريكه نسيج الشفة السفلية الملاصق وأيضاً النسيج من الشفة الوحشية المقابلة (من الجانب المعاكس). قد يتأثّر الصوار الفموي باستعمال هذه التقنية. مما قد يتطلب إصلاحاً وتصنيعً للصوار عبر مرحلة ثانية.

هذه السديلة فريدة لدى مقارنتها بخيارات ترميم أخرى للشفة لأنها تحتاج شق عبر كامل السماكة، وبذلك ينجم عنه قطع للبنية الشفوية والوعائية العصبية[5].

بالنسبة للتقنية الجراحية: يتم الاستئصال بدايةً للورم تحت التخدير الموضعي مع التركين البسيط. أمّا بالنسية لإجراء السديلة والذي تم في مرحلة واحدة لاحقة بعد التأكّد من خلوّ حوافّ الاستئصال من الورم فهنا ينبغي التذكير بأن سديلة Gillies هي سديلة كاملة السماكة ذات شكل مستطيل وهي تشمل الجلد، العضلة والمخاطية الفموية. مع اعتبار الثنية الذقنية الشفوية هي الحد الوحشي. عرض الارتفاع يتم تحديده حسب ارتفاع العيب. رفع السديلة يجب أن يسبقه تنضير حواف العيب ثم تم حشر السديلة في العيب. تم خياطة السديلة على ثلاث طبقات: المخاطية، العضلة والجلد[6].

بعد إتمام النقل فإنّ زاوية الشفة التي تم ترميمها تبقى بموقعها الأصلي. بينما العيب الثانوي والذي يتوافق مع شكل وموقع النصف العلوي من السديلة المستطيلة قبل النقل، يتم إغلاقه بجلب زاويته الخارجية العلوية للأسفل وللأنسي باتجاه زاوية الفم



الشكل (1) منظر توضيحي للسديلة

تمت عملية الالتئام والشفاء بصورة ممتازة. لم يحتج المريض لأية جراحة لاحقة ولم يعاني في الفترة اللاحقة للعملية مع شفته السفلية الجديدة وقد سجلت زيادة مضطردة في حجم الشفة السفلية . تحدث المرضى عن استعادة كاملة الحس ووظيفة العضلة في غضون الأشهر الستة التالية للجراحة والتي تمت مراقبة المريض خلالها.

أهميّة البحث وأهدافه

تقييم استعمال سديلة المروحة ل غيلّيس في ترميم عيوب الشفة السفلية الناجمة عن استئصال السرطانة شائكة الخلايا

طرائق البحث وموادّه

بين عامي 2019 و 2021 تم استعمال سديلة المروحة لدى عشرة مرضى لترميم عيوب مادية شملت أكثر من ثلثي الشفة السفلية نتيجة استئصال سرطانة حرشفية الخلايا لديهم. معظم المرضى كانوا ذكوراً (سبعة ذكور)، تراوحت الأعمار بين 46 و 76 عاماً. جميع السدائل نجت بشكل كامل إذ لم تسجّل اختلاطات تذكر. بعد الاستئصال تمكّنت

طريقة الترميم المتبعة من المحافظة على وظيفة المصرّة وهي الوظيفة الضرورية لتناول الطعم والمضغ بصورة طبيعية علاوةً على منع اللعاب من الخروج اللاإرادي من الفم. حافظ جميع المرضى الذين شملتهم الدراسة على قدرتهم على إدخال فرشاة الأسنان إلى الفم لتنظيف أسنانهم.

النتائج و المناقشة

النتائج

عانى جميع المرضى من قرحة في الشفة السفلية كان التشخيص الأولي ممثّلاً بالسرطانة شائكة الخلايا، لذلك كان القرار بالاستئصال الجراحي الموسّع مع التأكيد على ضرورة وجود هامش أمان كافٍ خالٍ من المرض. وأثبتت نتيجة التشريح المرضي التشخيص المشتبه المذكور. تم تأمين ترميم كافٍ باستخدام سديلة المروحة من خلال مرحلة واحدة. لم تسجّل أية اختلاطات تذكر. فترة المتابعة للمرضى زادت عن الشهرين. لم تكن هناك حاجة لأية إجراءات لاحقة. جميع المرضى كانوا سعداء بالنتيجة النهائية للجراحة.

مثال 1:

مريض عمره 69 سنة عانى من كتلة متقرحة في الشفة السفلية تم استئصالها وإرسالها للتشريح المرضي حيث أشارت النتيجة إلى وجود SCC مع حواف حرة. تم ترميم العيب الناجم والذي كانت أبعاده أكثر من ثلث الشفة السفلية باستعمال سديلة المروحة.

الشكل 2 (الآفة قبل الاستئصال الأولي)

الشكل 3 (سديلة المروحة أثناء الخياطة)

الشكل 4 (السديلة بعد فك القطب)

مثال 2:

سيدة 55 سنة راجعت بقصّة آفة على الشفة السفلية تعود لعشر سنوات. تمّ الاستئصال وبعد أن أكّدت نتيجة التشريح المرضي أنّ الاستئصال كان كافياً من حيث هامش الأمان الكافي تمّ الترميم باستعمال سديلة المروحة بعد التحضير المناسب والذي تألّف من تضير جراحي لحواف العيب. حدث الالتئام بدون مشاكل أو مضاعفات تذكر.

الشكل 5 (الآفة قبل الاستئصال)

الشكل 6 (المنظر بعد الاستئصال وقبل إجراء السسديلة)

الشكل 7 (المنظر النهائي للسديلة بعد فك القطب)

مثال 3:

مريض 76سنة، آفة متقرّحة على الشفة السفلية. الاستئصال تمّ عبر مرحلة واحدة وحيث أكّدت نتيجة التشريح المرضي أنّ الاستئصال كان كافياً من حيث هامش الأمان الكافي وقد تمّ الترميم باستعمال سديلة المروحة بعد التحضير المناسب

الشكل 8: (المنظر الأولي للآفة قبل الاستئصال)

الشكل 9: (منظر العيب المادي قبل إجراء السديلة)

الشكل 10: (المنظر النهائي للسديلة بعد فك القطب)

المناقشة:

تساهم الشفة في عمليات عديدة منها المضغ كما تلعب دوراً في استمساك الفم مع المحافظة على شكل الوجه بنفس الوقت.

يشهد العالم ازدياداً ملحوظاً في حالات أورام (سرطانات) الشفة والتي قد تخلّف وراءها عيباً وجهيّاً هامّاً. يمكن أن يحدث سرطان الشفة في أي مكان في الشفة العلوية أو السفلية ولكن المكان الأكثر شيوعاً لحدوثه هو الشفة السفلية. معظم سرطانات الشفة هي من النوع حرشفي الخلايا. يمثل الاستئصال الجراحي الحل الملائم للسرطان المذكور. يترك هذا الاستئصال عيباً مادياً في الشفة، في حين يكون الإغلاق المباشر ممكناً عندما يكون العيب صغيراً فإن العيب الكبير يتطلب تخطيطاً دقيقاً للترميم للحفاظ على القدرة على تناول الطعام والتحدث بشكل طبيعي مع الحصول على مظهر مرضٍ بعد الجراحة[7].

باختصار فإنّ لترميم الشفة أهداف وظيفية وجمالية ويتضمّن الجانب الوظيفي الحفاظ على حجم الفتحة الفموية مع المحافظة على التعصيب الحسي والحركي للشفة الأمر الذي يقي من خروج اللعاب والطعام من الفم مع الاحتفاظ بقدرة الشفتين على القيام بدورها في التواصل اللفظي الكلامي علماً أن دورها في تكوين تعابير الوجه لا يقلّ أهميّةً. إن الحفاظ على سعة كافية للفم يكتسب أهميته من كون ذلك ضرورياً لإصلاح أو نزع أو زرع الأسنان، من هنا فإن الاختلاط الرئيسي لترميم الشفة هو نقص قياس الفم [8] .

أكثر من 95% من سرطانات الشفة تقع في السفلية لأن الشفة السفلية معرضة أكثر لأشعة الشمس، إن الحفاظ على سعة كافية للفم يكتسب أهميته من كون ذلك ضرورياً لإصلاح أو نزع أو زرع الأسنان، من هنا فإن الاختلاط الرئيسي لترميم الشفة هو نقص قياس الفم.

يعتمد اختيار تقنية الترميم على قياس العيب، التوافق اللوني مع الموقع المعطي، تفضيل الجراح، العوامل التقنية من ناحية توافر الأدوات اللازمة وأخيراً وليس آخراً الاحتياجات التجميلية. خلال الإعداد للترميم فإن الاستئصال يخطط له بحيث يتجاوز الحدود التي يفرضها التشريح المرضي بحزم من أجل خلق شكل هندسي مما يسهل بدوره التخطيط.

بالنسبة للعيوب المادية التي تشمل حدّاً لا يتجاوز ثلث الشفة فإنّ الإغلاق المباشر وبالتالي الالتئام بالمقصد الأوّل ممكن بالتأكيد. علماً أنّ ترميم عيوب الشفة السفلية أقل تعقيداً بالمقارنة مع عيوب الشفة العلوية لأسباب تشريحية واضحة. لدى المسنين يمكن الاستئصال أن يصل إلى ثلث الشفة بدون أية عقابيل وظيفية أو جمالي[9].

تكتسب السدائل الموضعية أهميتها ودورها في العيوب المادية التي تزيد عن ثلث الشفة.

شملت دراستنا حالات تم ترميم الشفة السفلية فيها باستعمال سديلة المروحة هي عبارة عن سديلة كاملة السماكة ومستطيلة الشكل. الاستئصال لكامل سماكة الشفة في الموقع المصاب مع هامش أمان كاف حتى حدود 70% من الشفة يترك عيباً مادياً يتم ملؤه بالسديلة موضوع دراستنا. لهذه السديلة ميزة أنها إجراء يتم على مرحلة واحدة يضاف إلى ذلك كونها شريحة محلية مما يعطيها القدرة المثالية على تحقيق التلاؤم اللوني.

من النتائج التالية للجراحة أن الصوار يتحرك عن موقعه الطبيعي ليصبح دائري الشكل، كذلك فقد كان هناك صغر غير مؤثّر بحجم الفم. تحدثت بعض الدراسات عن الحاجة لتصنيع الصوار في بعض الحالات والذي حقق تحسناً ملموساً مما سمح لطبيب الأسنان بالعمل عند الحاجة. يمكن إنجاز تصنيع الصوار بقطع الجزء الدائري من الصوار ودفع المخاطية الشدقية نحو العيب بحيث يتم خلق صوار ذي مظهر مائل أكثر للطبيعي. على أنه يجب الحذر خلال الإجراء لتجنب التمزيق الزائد للعضلة المدورة للفم الأمر الذي قد يقود لعدم استمساك الفم. لم يكن هناك حاجة لتصنيع الصوار في الحالات التي شملتها دراستنا.

فقدان تعصيب الشفة يمثل سلبية أخرى لهذا الإجراء. استعادة الوظيفة الحسية قد يبدأ بعد عدة أشهر، وتحدث الاستعادة بهذا الترتيب عادةً: الألم، اللمس والحرارة. فرط حساسية السديلة قد يحدث أيضاً ولكن عادةً ما يتلاشى بنهاية العام الأول[10]

وهنا نذكر تعديل على هذه السديلة هو سديلة Karapandzic والتي تحافظ على الوظيفة الحسية والحركية من خلال تسليخ دقيق للبنى العصبية والوعائيّة مع المحافظة عليها، يتم ذلك عبر شقوق في المخاطية والجلد فقط أكثر من كامل السماكة في سديلتنا هذه. تكفي السديلة المذكورة لترميم العيوب المادية التي تشمل 80% من الشفة السفلية. تتم ترويتها عبر سويقة ضيّقة ذات ارتكاز علوي من الشريان الشفوي العلوي[11].

يمكن استعمال سديلة المروحة ل Gillies أيضاً عبر استعمال تعديل Macgregor حسب الحاجة.

لدى مقارنة سديلة المروحة مع سديلة Appe و Estlander فإن الأخيرتين يمكن أن يساهما بملء عيب يتراوح بين نصف وثلثي الشفة ولكن هذا الإجراء يحتاج مرحلة ثانية لفصل سويقة السديلة. وهو مضاد استطباب لدى الأشخاص غير القادرين على الاحتفاظ بالفم مغلقاً ل 2–3 أسابيع.

سديلة Appe تعتبر إجراء مساعد لتحسين ارتفاع الشفة والمظهر العام، ولكنها تعتبر من السدائل صعبة التحمل من قبل المريض. مع الأخذ بعين الاعتبار عدم رغبة المريض أو المريضة بالخضوع لجراحة أخرى. اكتسب نقل النسج بالاعتماد على المفاغرات المجهرية من أجل ترميم الشفة المزيد من الشعبية مؤخراً[12].

نتيجةً لما سبق فإنّ عيوب الشفة السفلية التي تقل عن 80% من عرض الشفة يمكن ترميمها بفعالية من خلال سديلة محلية ولكن عندما تتضمن الكمية المستأصلة كامل كتلة الشفة فإن النسج البعيدة يجب التفكير بها. السديلة الكعبرية

الحرة مع وتر الراحية الطويلة، سديلة الثاقب الفخذي المنعطف الوحشي، سديلة الفروة الصدغية كلها قد تم استخدامها لترميم الشفة، على أن السدائل المحلية المستخدمة تعتبر أقل تطلباً وأسهل من الناحية التقنية. بالرغم من أن النتيجة النهائية قد لا تكون بالضرورة شفة كاملة فإن التحسن الوجهي واستعادة الوظيفة كل ذلك أحدث لدى المريض قناعة بالنتيجة[13].

من الطرق المستعملة للترميم أسلوب Bernard. في ترميم Bernard فإن العيب المشكّل كحرف V والذي يختلف بالعرض اعتماداً على الحد الوحشي للورم، والذي يمتد بالحالة الشديدة من الزاوية للزاوية. لترميم هذا العيب فإن النسيج يتم تقديمه من كل جانب من ال V ليلتقي في الخط الناصف وبالنسبة للفائض الناجم من الشفة العلوية فإنّه يتم استئصاله كأذن كلب على طول الطية الأنفية الشفوية. على الرغم من التعديلات والتحسينات التي طرأت على إجراء Bernard فإنه يترك وراءه مريضاً يعاني من شفة سفلية مشدودة وشفة علوية تفيض وتغطي الشفة السفلية. سديلة المروحة بريئة من هذه السلبية و تعطي نتائج أفضل عموماً[14].

إذا سلّمنا بوجود بعض الجوانب غير المثالية تماماً لسديلة المروحة بشكلها التقليدي كان لها بعض الجوانب غير المقنعة علماً أن تلك الجوانب تم التخلص منها عبر تعديل السديلة الوعائية العصبية ثنائية الجانب لـ Karapandzic في سديلة المروحة فإن العيب يتم تصميمه كمستطيل وإن الحد الخارجي للمروحة يحيط بزاوية الفم ويتمركز حول الزاوية. التقديم والتدوير لهذه السديلة يرمم الشفة

استمرّت معضلة رئيسية هي الحسم بين استعمال سديلة المروحة بشكلها التقليدي أو شكلها الوعائي العصب. عند تدوير سديلة المروحة التقليدية إلى الموقع فإن حواف قطع السديلة تتم خياطتها إلى حواف القطع الباقية من الشفة وعندما تقدم السديلة مع التدوير فإن زاوية الفم تبقى ثابتة بحيث تزود نقطة دوران ثابتة والتي يدور حولها المستطيل (بدايةً عمودياً) 90 درجة ليصبح بوضعية أفقية ويملأ العيب في الشفة السفلية[15].

تناولت دراستنا ترميم عيوب مادية في الشفة السفلية ناجمة عن استئصال سرطانة شائكة الخلايا باستعمال سديلة Gillies

كلّما كان الارتخاء أكبر بالوجه كلّما كان إجراء السدائل المذكورة أسهل مع شدّ أقل وبالتالي فرصة أكبر لنجاة السديلة.

ينبغي التذكير مجدداً بأنّ للطريقة سلبية واضحة هي فقدان التعصيب في السديلة (الحسي والحركي).

هذه السلبية مشتركة مع سديلة المروحة التقليدية. وهذه السديلة قد أنهتها كما ذكرنا سديلة Karapandzic الوعائية العصبية. في حالة سديلة مفردة فإن الشفة الباقية تمتلك حس وحركة كاملين، وحقيقةً فإن المرضى لا يبدون اهتماماً بغيابهم في السديلة. استعادة الوظيفة الحسية والحركة حصلت ببطء في جميع المرضى تقريباً[16].

في حالة سديلة المروحة المزدوجة فإن هذا العجز يكون أكثر أهمية بالرغم من أن غياب النشاط الحركي لم يسبب تسرّب اللعاب وأن نقص الحس وعلى نحوٍ مدهش لم يتحدث المرضى عنه. التعافي الجيد للحس حدث ببطء وعلى نحوٍ غير متوقع فإن استعادة الحركة الطبيعية قد حصل أيضاً لدى العديد من المرضى، بالرغم من أنه أبطأ. عندما نأخذ بعين الاعتبار كمية توزع كلا المكونين المقبضين والموسعين لحركة الشفة، وأيضاً التغيرات في اتجاه الألياف العضلية والتي سترافق حتماً الدوران 90 درجة للسديلة فإن درجة فعالية الاستعادة الوظيفية التي تحصل مدهشة

هناك سلبية أقلّ أهميّة لهذه الطريقة وهي تجميلية بحتة. إذ يحدث وعلى نحوٍ لا يمكن تجنّبه تماماً يحدث ميل لأن يستبدل التقعّر الموجود بالشفة الطبيعية لسطح الجلد بالسديلة بدرجة من الامتلاء مما يخلق تحدياً خفيفاً[16].

هذا لا يقلق المريض عادةً ولكنه موجود عادةً. تميل السديلة عادةً لأن تصبح أعرض مما هو مرغوب. وقد يحدث انكماش تالٍ في محتوى السديلة.

لدى مقارنة السديلة موضوع بحثنا مع السدائل الأخرى المستعملة في ترميم الشفة فإن سديلة Mc Gregor هي سديلة ذات شكل مستطيل معدّلة من سديلتنا وتعتمد على الشريان الشفوي العلوي، يتم تدوير السديلة حول الصوار بدون تبديل قياس الفم، عرض السديلة يعادل ارتفاع العيب المادي في حين يقيس طول السديلة مجموع عرض العيب وعرض السديلة[17]

أمّا سديلة Karapandzic فهي كما ذكرنا سابقاً سديلة تقدمية دورانية وعائية عصبية مصممة لعيوب الشفة العلوية أو السفلية أو كلاهما معاً. يتم تصميم شقوق نصف دائرية من حافة العيب الجلدي باتجاه جناح الأنف بالجانبين. فروع العصب الوجهي وفروع الشريان الشفوي العلوي يتم صيانتها[18].

تحدّثت بعض الدراسات عن استعمال هذه السديلة أيضاً بالاشتراك مع حلاقة الشفة lip–shave بحال وجود ما قبل خباثة في الـ Vermilion بالإضافة إلى بؤرة من الـ SCC الصريح. عولج المرضى الذين شملتهم تلك الدراسات بشكل فعال عبر تعرية ال Vermilion لديهم بشكل وقائي بشكل حلاقة شفة في نفس وقت استئصال السرطان. هنا ينشأ عيب مركب بعد الاستئصال الأول وحلاقة ال Vermilion الملاصق بين الزاويتين تماماً وهذا لا يمكن علاجه بسديلة المروحة بشكلها التقليدي. هذا يستلزم تعديلاً على السديلة يشمل استخدام نسيج الخد أيضاً. لجعل النقل أسهل فهماً ولإظهار كيف تناسب السديلة العيب الذي تم وصفه ينبغي الاعتماد على مبادئ هندسية. تميل الزوايا التي تترك عندما تنقل السديلة تميل أن تدوّر وزوايا السديلة نفسها يمكن تدويرها بشكل مطابق بحيث يتحقق التناسب. تدوير الزوايا بهذه الطريقة لديه إيجابية إنقاص كمية التقديم التي نحتاجها لإغلاق العيب في الخدّ[19]. شكل المربع الذي تم استئصاله في الشفة يمكن تعديله بما يتناسب مع الميزابة بين الشفة والبارزة الذقنية بحيث يسير خطا الاستئصال على طول خط الميزابة. أحياناً يمتد استئصال الورم (يتجاوز) قليلاً الخط الناصف بحيث يكون العيب مستطيلاً أكثر من مجرد مربع. حالما يمتلك الجراح الخبرة بكيفية توضع السديلة بعد نقلها فإن السديلة نفسها يمكن تصميمها بحيث تلائم العيوب المختلفة. إكمال النقل يترك الشفة مجردة من ال Vermilion على طول الحافة الحرة للسديلة. الحافة الحرة المكونة من حافة جلد مقطوعة وعضلة وغشاء مخاطي. يمكن إغلاق هكذا عيب مع تزويد حافة حمراء بتقديم بطانة الغشاء المخاطي للسديلة وخياطتها للجلد. عندما سمحت الاعتبارات التشريحية المرضية تمت محاولة لترك لسان من المخاطية وبنفس الوقت تحت الاستئصال الأصلي لترك حافة مدورة والتي تقلد أفضل تدوّر الحافة الحمراء الطبيعية. النتيجة نادراً ما كانت مقنعة. هناك ميل لحدوث ثلمة عند التقاء حواف الشفة السابقة والمرممة مع بعضها.

هناك طريقة بديلة ومفضّلة عموماً لتأمين حافة حمراء هي استعمال سديلة لسان ومن خلال استعمال سديلة لسان لتكوين حافة حمراء، وهنا في هذا السياق تظهر القيمة الفعلية لهذه الطريقة الترميمية[20]. عند استعمال سديلة لسان فإنه أسهل تقنياً أن يتم استعمالها لفرش حافة كامل الشفة وليس مجرد حافة السديلة. تتمثّل الفائدة من ذلك بأن يتم تجسير خط الخياطة العمودي المركزي، وبالتالي يتم استبعاد احتمال أن تتشكّل ثلمة حافة في هذه النقطة، منتجين بدلاً من ذلك حافة شفة والتي تمتد بشكل ناعم من زاوية لزاوية.

الطريقة يمكن تطبيقها للعيب عندما يشمل كامل الشفة السفلية، حيث ننظر للعيب على أن له جزءان، كلٌ منهما عبارة عن نصف الشفة، وكل منهما يتم إصلاحه بسديلة مروحة. تلتقي السديلتان على الخط الناصف ويتم خياطتهما معاً هناك. تؤمّن سديلة اللسان من جهتها حافة حمراء مما يحقق الترميم. هناك ميل لتشكل القشور بسديلة اللسان. هذا ينجم

عن حقيقة كون الغشاء المخاطي اللساني يصبح مكشوفاً لبيئة جافة. هذه الظاهرة تميل أن تخف وتنقص مع الوقت. القيمة الفعلية لهذه الطريقة هي أنها تعطي الجراح الحرية بالتخطيط لحلاقة شفة وقائية كجزء من الاستراتيجية الوقائية . تختلف الحاجة لهذه الطريقة من بلد لآخر. حيث أن الأذية بسبب التعرض للشمس هي التي تفترض حلاقة الشفة الوقائية حيث ينجم عن التعرض لأشعة الشمس حدوث ما يدعى بـ ما قبل الخباثات الأكتينية في ال vermilion والتي قد تشكّل أرضية لسرطانة شائكة غازية.

كما هي الحال بالنسبة لسديلة المروحة بشكليها التقليدي والوعائي العصبي، فإن الشكل المعدّل الذي نتحدّث عنه يستفيد من توفّر الجلد بالمنطقة الأنفية الشفوية لإغلاق العيب الثانوي. انطلاقاً من ذلك فإنّ الطريقة تعمل بالصورة المثلى وتعطي النتيجة التجميلية الأفضل عندما تكون هذه المنطقة متوافرة على نحوٍ كافٍ. المؤشّر على كفايتها هو الطية الأنفية الشفوية الملحوظة بوضع جيد. هكذا طية متناسبة مع وجه نحيف[21]. بينما الوجه البدين الخالي من الحدود هو مرشّح سيئ لهذه الطريقة، إذ يكون هناك صعوبة في النقل مع شد على الخياطة.

الاستنتاجات والتوصيات

- يهدف ترميم الشفتين إلى المحافظة على الاستمساك الفموي، فتحة الفم القصوى، الحركية، الحس والمنظر الجميل قدر الإمكان.
- تمثّل سديلة المروحة من وجهة نظرنا خياراً آمناً وموثوقاً لترميم العيوب المادية التي تزيد عن ثلثي سماكة الشفة السفلية.
- النتائج الوظيفية والتجميلية للسديلة المذكورة في الترميم تكاد تكون تامّة.
- العيب الناجم عن سرطان الشفة يميزه الحواف غير المنتظمة وقد يترافق مع تندّب واضح مما يمثل تحدياً حقيقياً للإجراء الترميمي المخطط له.
- لدى المدخنين أو المرضى الذين خضعوا لمعالجة شعاعية سابقة فإن حدوث الاختلاطات الوعائية والإنتانات وارد بصورة هامّة. في هذه الظروف يجب أخذ البدائل بعين الاعتبار.
- ضرورة التوقف عن تعاطي التبغ وتجنب التعرض لأشعة الشمس للتقليل من الإصابة بالسرطانة شائكة الخلايا
- لابد من إيجاد صيغة تفاهم مع المريض لتأمين فترة أطول من المراقبة للتأكد من عدم حدوث نكس

Reference

1. COPPIT, G.L., LIN, D.T., BURKEY, B.B., Current concepts in lip reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Sur. 2004, 12(4): 281-287.

2. SUPREET, BHATT, D., MATHIVANAN, SEMMMIA, MERCHANT, MUSTAFA, I., PATIL, NIRANJAN, S.Annals of maxillofacial Surgery. 2019, 9(1):211-213

3. PRABHAT, K. Lip reconstruction using the Gillies fan flap. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2020,31(1):18-20

4. REA, J.L., DAVIS, W.E., RITTENHAUSE, L.K. Reinnervation of an Abbe-Estlander and a Gillies fan flap of the lower lip, electromyographic comparison. Arch Otolaryngol. 1978, 104:295-5.

5. JABALEY, M.E., CLEMENT, R.L., ORCUTT, T.W. Myocutaneous flaps in lip reconstruction. Applications of the Karapandzic principle. Plas and Recon Surgery. 1977:59:680-8
6. EBRAHIMI, A., MAGHSOUDNIA, G.R., ARSHADI, A.A. Prospective comparative study of lower lip defects reconstruction with defferent local flaps. J craniofac Surg. 2011:2255-9.
7. EMIL, D., IVICA, L., MISO, V. Treatment of squamous cell carcinoma of the lip. Coll Antropol. 2008: 32(2):199-202
8. LEE, P., MOUNTAIN, R., Lip reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2000:8:300-4
9. CLOSMANN, J.J., POGREL, M.A., SCHMIDT, B.L., Reconstruction of perioral defects following resection for oral squamous cell carcinoma. J Oral Maxillofac Surg. 2006:64:367-74
10. ANVAR, B.A., EVANS, B.C.D., EVANS, G.C.D. Lip reconstruction. Plast Reconstr Surg> 2007:120(4):57-64
11. RASCHKE, G.F., RIEGER, U.M., BADER, R.D. Lip reconstruction: An anthropometric and functional analysis of surgical outcomes. Int J Oral Maxillofac Surg 2012:41(6):744-750
12. MORENO-RAMIREZ, D., FERRANDIZ, L. Uncomplicated fan flap for full-thickness lower lip defect. Dermatol Surg 2009:35(9): 1426-1429
13. SARAIYA, H.A. Modification of McGregor fan flap for reconstruction of full thickness defect of lower lip and vermilion. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2011:64(10):1390-1392
14. DEMIRDOVER, C., VAYVADA, F.A., OZTURK, Anew modification of fan flap for large lower lip defects. Scandinavian journal of surgery. 2018
15. NELIGAN, P.C. Strategies in lip reconstruction. Clin Plast Surg. 2009:36(3):477-85
16. BAUMANN, D., ROBB, G. Lip reconstruction. Semin Plast Surg. 2008:22(4)269-80
17. LANGSTEIN, H., ROBB, G. Lip and perioral reconstruction. Clin Plast Surg. 2005:32(3)431-45
18. FAULHABER, J., GERARD, C., GOERDT, S., KOENEN, W. Functional and aesthetic reconstruction of full-thickness defects of the lower lip after tumor resection :analysis of 59 cases and discussion of a surgical approach. Dermatol Surg. 2010:36(6)859-67.
19. HANASONO, M.M., LANGSTEIN, H.N. Extended Karapandzic flaps for near-total and total lower lip defects. Plast Reconstr Surg. 2011:127(3)1199-205
20. WESTRICH, R., MEISNER, J., REINO, A., LAWSON. The use of combined Bernard-Webster and Karapandzic flaps for subtotal lower lip reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2008:121(5)340e-1e
21. NAKAJIMA, T., YOSHIMURA, Y., KAMI, T. Reconstruction of the lower lip with a fan-shaped flap based on the facial artery. Br J Plast Surg. 1984:37(1):52-4