

طرق تعويض الفقد المادي في النسيج بعد الاستئصال الجراحي للسرطانة قاعدية الخلايا في الوجه، لمرضى مشفى الأسد بجامعة تشرين (دراسة مقارنة).

الدكتور علي خليل*

الدكتور ميشيل بطرس**

عبد الرحمن جابر***

(تاريخ الإيداع 5 / 9 / 2010. قُبِلَ للنشر في 20 / 1 / 2011)

□ ملخص □

تشكل السرطانة قاعدية الخلايا التي تحدث في منطقة الرأس والعنق (75-86%) من مجمل السرطانات قاعدية الخلايا التي تصيب الجسم. تستخدم في ترميم الفقد المادي في النسيج بعد استئصال السرطانة طرق متعددة أبرزها الترميم بالشرائح الموضعية، والطعوم الجلدية الحرة. حيث أفادت بعض الدراسات بأن الترميم بالشرائح الموضعية أدى إلى نتائج إيجابية من حيث الناحية التجميلية بنسبة (93%)، بينما دراسات أخرى أفادت بأن الطعوم الجلدية الحرة تعطي نتائج إيجابية بنسبة (84%). لهذا فقد هدف هذا البحث إلى مقارنة النتائج التجميلية بين طريقتي التعويض هاتين بعد الاستئصال الجراحي للسرطانة، وذلك للوصول إلى الأسلوب الجراحي الأفضل، واعتماده في التعويض. تألفت عينة البحث من 42 مريضاً ومريضة تراوحت أعمارهم بين 35 و90 عاماً من المرضى المراجعين لمشفى الأسد الجامعي. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين بحسب طريقة التعويض (إما شريحة موضعية أو طعم جلدي حر). أظهرت نتائج البحث أن الشرائح الموضعية تؤمن نتائج جمالية أفضل في ترميم العيوب الصغيرة، والمتوسطة، إلا أن الطعوم الجلدية الحرة هي خيار جيد لترميم العيوب الكبيرة، والمتوسطة (في حال لم تكن طبيعة جلد المنطقة تسمح بإمكانية الترميم بالشريحة الموضعية).

الكلمات المفتاحية: السرطانة قاعدية الخلايا- الشرائح الموضعية- الطعوم الجلدية الحرة.

* مدرس- قسم جراحة الفم والفكين- كلية طب الأسنان- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.

** مدرس مساعد- قسم الجراحة- كلية الطب- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.

*** طالب دراسات عليا (ماجستير)- قسم جراحة الفم والفكين- كلية طب الأسنان- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.

Surgical Methods for Repairing Loss of Facial Tissues Following the Surgical Excision of Facial Basal-cell Carcinomas in Patients Treated at Al-Assad Hospital (Tishreen University): A Comparative Study

Dr. Ali Khalil*
Dr. Michel Betros**
Abdulrahman Jaber***

(Received 5 / 9 / 2010. Accepted 20 / 1 / 2011)

□ ABSTRACT □

Basal-cell carcinomas (BCCs) that occur in the head and neck area constitute 75% to 86% of all BCCs that are encountered in the whole body. Multiple ways have been proposed to repair facial soft tissues following the excision of a BCC and two of these methods are repairing by local flaps and free skin grafts. It has been documented that local flaps led to positive results with a success ratio of 93%, whereas free skin grafts gave a success rate of 84% with regards to improving aesthetics. The aim of the current study was to compare the aesthetic outcome of both techniques following the excision of a BCC in the facial area, in order to adopt the better technique in the daily practice.

The sample consisted of 42 patients with an age range between 35 and 90. Patients were recruited from Al-Assad University Hospital. The sample was divided into two groups depending on the surgical intervention accomplished. The results show that local flaps provided better aesthetic results for repairing small-and medium-sized defects, whereas free skin grafts was a good option for repairing medium-to large-sized defects.

Keywords: Basal Cell Carcinoma, Local Flaps, Free Skin Grafts.

* Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

** Assistant Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

*** Postgraduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تعد سرطانات الجلد أكثر أنواع السرطانات شيوعاً، وتشكل (20%) من السرطانات عموماً. تحتل السرطانة قاعدية الخلايا Basal cell crcinoma النسبة الأكبر حوالي (60%) من مجمل سرطانات الجلد (Michaela، 2009). يؤدي الاستئصال الجراحي للسرطانة قاعدية الخلايا إلى حدوث فقد مادي في النسيج في مكان الاستئصال مسبباً عيوباً وظيفية، وعبوياً تجميلية عند المرضى، وبالتالي لابدّ من ترميم هذا الفقد لإعادتهم لحياتهم الطبيعية بأقل الأضرار الممكنة.

تستخدم في ترميم الفقد المادي في النسيج طرق متعددة، أبرزها الترميم بالشرائح الموضعية Local flaps والطعوم الجلدية الحرة Free skin grafts.

حيث تعتمد طريقة الشرائح الموضعية على تصميم شرائح من النسيج المجاورة لمنطقة الفقد المادي، وشدّها، أو إدارتها لتغطي هذه المنطقة (Ashraf، 2008). بينما نلجأ للطعوم الجلدية الحرة عندما يكون النقص المادي شاملاً للبشرة والأدمة فقط دون وجود أي نقص مادي في النسيج الشحمي تحت الجلد، أو الأنسجة الأخرى (1997، Ablove)، أو في حالة العيوب الكبيرة، أو التغطية الأولية للفقد في المنطقة المصابة (Landin، 2007).

أهمية البحث وأهدافه:

تكمن أهمية البحث فيما تشكله السرطانة قاعدية الخلايا من تحدٍ للجراح بسبب الفقد المادي الذي يحدث في النسيج الجلدية بعد استئصالها، و كيفية التعويض عن هذا الفقد من أجل الوصول إلى أفضل النتائج التجميلية. يهدف البحث إلى مقارنة النتائج التجميلية بين طرق التعويض عن الفقد المادي الحاصل في النسيج بعد الاستئصال الجراحي للسرطانة قاعدية الخلايا باستخدام الشرائح الموضعية، والطعوم الجلدية الحرة. وذلك للوصول إلى الأسلوب الجراحي الأفضل، و اعتماده في التعويض.

طرائق البحث ومواده:**عينة البحث:**

شملت عينة البحث 42 مريضاً بالغاً (23 ذكراً و19 أنثى) تراوحت أعمارهم بين 35-90 سنة، شخصت لديهم سرطانة قاعدية الخلايا في الوجه، لا يعانون من أي أمراض جهازية، أو مناعية، أو جلدية، ولم يخضعوا لعلاج سابق للآفة، من المراجعين لقسمي الأذنية والجلدية في مشفى الأسد الجامعي، بجامعة تشرين خلال سنة ونصف. اعتباراً من بداية سنة 2009، وقد تمّ تشخيص السرطانة سريريّاً ثمّ التأكد بالتشريح المرضي بعد الاستئصال الكامل.

تمّ تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متساويتين حيث ضمت كل مجموعة 21 مريضاً:

- المجموعة الأولى: تشمل جميع المرضى الذين تمّ عندهم التعويض بطريقة الشرائح الموضعية.
- المجموعة الثانية: تشمل جميع المرضى الذين تمّ عندهم التعويض بطريقة الطعوم الجلدية الحرة.

فيما يلي بعض حالات البحث:

- حالة ترميم بشرية موضعية: سرطانة قاعدية الخلايا في منطقة أسفل، وأنسي الجفن الأيمن السفلي (شريحة دورانية).



الصورة (1) قبل العمل الجراحي، و بعد تخطيط الشريحة الموضعية



الصورة (2) بعد الاستئصال، وإغلاق مكان الفقد بالشريحة الدورانية، وإلى اليسار السرطانة المستأصلة

- حالة ترميم بطعم جلدي حر: سرطانة قاعدية الخلايا في ذروة الأنف (طعم جلدي حر)



الصورة (3) الحالة قبل الاستئصال، و بعد تخطيط حواف الاستئصال



الصورة (4) أخذ الطعم الجلدي من خلف الأذن.



الصورة (5) خياطة الطعم الجلدي في مكانه.



الصورة (6) ربط الخيوط فوق كتلة الشاش لمنع انزياح الطعم،
ولتطبيق ضغط متوازٍ على الطعم لمنع وجود فراغات بينه وبين سطح منطقة الزرع.



الصورة (7) النتيجة بعد 6 أشهر

مكان البحث:

أجرى البحث في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، وقسم جراحة الفم، والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة تشرين.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

تراوحت أعمار المرضى بين 35 و 90 عاماً، كان متوسط عمر العينة 57.19 ± 2.24 عاماً (الجدول رقم 1). تألفت العينة من 23 ذكراً و 19 أنثى، تراوح عمر الورم وسطياً 4.59 ± 0.3 عاماً، تم استئصال الورم مع حواف أمان بـ 3 - 4 مم في 97.6% من الحالات، حالة وحيدة كانت حواف الأمان 5-6 مم.

الجدول (1) يبين توزع مرضى عينة البحث وفقاً للعمر.

النسبة المئوية	عدد الحالات	الفئات العمرية
14.3%	6	40-30
28.6%	12	50-41
7.1%	3	60-51
28.6%	12	70-61
16.6%	7	80-71
4.8%	2	90-81
100%	42	المجموع 90-30

توزع مرضى عينة البحث وفقاً لحجم الورم:

الجدول (2) يبين توزع أفراد العينة من حيث حجم الورم.

النسبة المئوية	عدد الحالات	حجم الورم
66.7%	28	أقل من 1 سم
21.4%	9	ما بين 1-3 سم
11.9%	5	أكبر من 3 سم

توزع مرضى عينة البحث وفقاً للشكل السريري للورم:

الجدول (3) يبين توزع أفراد العينة من حيث الشكل السريري للورم.

النسبة المئوية	عدد الحالات	الشكل السريري للورم
4.8%	2	تصليبي
42.9%	18	عقيدي
33.3%	14	منقرح
19%	8	مصطبغ
100%	42	Total

معايير التقييم المعتمدة في هذه الدراسة:

تمّ اعتماد المتغيرات التالية، ودراستها وفق المعايير الآتية:

• المضاعفات الإنتانية: قسمت النتائج إلى مستويين، وأعطى كل منها درجة تدل عليها:

=0 لا يوجد مضاعفات انتانية

=1 يوجد مضاعفات انتانية

• التموت الجزئي قسمت النتائج إلى مستويين، وأعطى كل منها درجة تدل عليها:

=0 لا يوجد تموت جزئي

=1 يوجد تموت جزئي

• التموت الكلي قسمت النتائج إلى مستويين، وأعطى كل منها درجة تدل عليها:

=0 لا يوجد تموت كلي

=1 يوجد تموت كلي

• نوع الندبة: قسمت النتائج إلى أربع مستويات حسب شكل الندبة، وأعطى كل منها درجة تدل عليها:

=0 خطية

=1 انكماشية

=2 ضخامية

=3 ضمورية

• لون الندبة: قسمت النتائج إلى ثلاث مستويات حسب لون الندبة وأعطى كل منها درجة تدل عليها:

=0 نفس لون الجلد

=1 قريب من لون الجلد المحيط

=2 مغاير باللون

• تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة: قسمت النتائج إلى ثلاث مستويات حسب وجهة نظر المريض

وأعطى كل منها درجة تدل عليها:

=0 جيدة

=1 مقبولة

=2 سيئة

أ-دراسة نتائج المعالجة بالشرائح الموضعية:

تمّ تطبيق نوعين من الشرائح الموضعية (الدورانية-التقدمية) وكانت الشرائح التقدمية الأكثر استخداماً حيث شكلت 76.2% من الشرائح المستخدمة. تمّ استخدام اختبار Mann-Whitney Test لمعرفة الفروق بين تأثير الشرائح المستخدمة على المعايير المدروسة (المضاعفات الانتانية، التموت الجزئي، التموت الكلي، نوع الندبة، لون الندبة، تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة)، حيث كانت قيمة P أكبر من 0.05 مما يشير لعدم وجود فارق ذي دلالة إحصائية بين الشرائح المستخدمة، وفق المتغيرات السابقة.

طرق تعويض الفقد المادي في النسج بعد الاستئصال الجراحي للسرطانة

قاعدة الخلايا في الوجه، لمرضى مشفى الأسد بجامعة تشرين (دراسة مقارنة). خليل، بطرس، جابر

الجدول(4) يبين توزيع أفراد عينة الشرائح الجلدية الموضعية حسب نوع الشريحة المستخدمة بالمعالجة

النسبة المئوية	عدد الحالات	نوع الشريحة الموضعية	
76.2%	16	دورا نية	
23.8%	5	تقدمية	
100%	21	Total	

الجدول(5) يبين قيم مستوى الدلالة المقدره بين نوعي الشرائح الموضعية المستخدمة بالعلاج

المتغير المدروس	قيمة U	Wilcoxon W	Z	قيمة مستوى الدلالة المقدره	دلالة الفروق
المضاعفات الانتانية	40.000	55.000	.000	1.000	لا توجد فروق دالة
التموت الجزئي	40.000	55.000	.000	1.000	لا توجد فروق دالة
التموت الكلي	40.000	55.000	.000	1.000	لا توجد فروق دالة
نوع الندبة	22.500	37.500	-1.726	.084	لا توجد فروق دالة
لون الندبة	25.500	40.500	-1.383	.167	لا توجد فروق دالة
تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة	35.500	50.500	-.474	.635	لا توجد فروق دالة

الجدول(6) يبين توزيع و النسب المئوية لأماكن تواضع الأورام في الوجه و المعالجة بالشرائح الموضعية

% of Total	within % مكان الورم	within % منطقة_الورم	Count	مكان الورم	نوع_الشريحة
25.0%	100.0%	80.0%	4	جناح الأنف	أنف
6.3%	100.0%	20.0%	1	ظهر الأنف	
31.3%	31.3%	100.0%	5	Total	
31.3%	100.0%	71.4%	5	الجفن	حجاج
6.3%	100.0%	14.3%	1	الحاجب	
6.3%	100.0%	14.3%	1	تحت الحجاج	
43.8%	43.8%	100.0%	7	Total	دورانية
6.3%	100.0%	50.0%	1	الشفة العلوية	
6.3%	100.0%	50.0%	1	زاوية صوار الفم	
12.5%	12.5%	100.0%	2	Total	فم
6.3%	100.0%	50.0%	1	الخد	
6.3%	100.0%	50.0%	1	منتصف الفروة	
12.5%	12.5%	100.0%	2	Total	وجه ورأس
20.0%	100.0%	50.0%	1	الجفن	
20.0%	100.0%	50.0%	1	الحاجب	

40.0%	40.0%	100.0%	2	Total	فم	تقديمية
20.0%	100.0%	100.0%	1	الشفة العلوية		
20.0%	20.0%	100.0%	1	Total	وجه ورأس	
20.0%	100.0%	50.0%	1	خلف الأذن		
20.0%	100.0%	50.0%	1	مقدمة الفروة		
40.0%	40.0%	100.0%	2	Total		

ب-دراسة نتائج المعالجة بالطعوم الجلدية:

تم استخدام الطعوم الجلدية عند 21 مريضاً للتعويض عن فقد المادي بعد استئصال الورم، حيث تم تطبيق الطعوم الجلدية المأخوذة من ثلاثة مناطق (أسفل و أنسي الرقبة - أنسي الفخذ - خلف الأذن).

تم استخدام اختبار Kruskal-Wallis Test لمعرفة الفروق بين تأثير الطعوم الجلدية المستخدمة على المعايير المدروسة (المضاعفات الإنتانية، التموت الجزئي، التموت الكلي، نوع الندبة، لون الندبة، تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة)، حيث كانت قيمة P أكبر من 0.05، مما يشير لعدم وجود فارق ذي دلالة إحصائية بين الطعوم المستخدمة، وفق المتغيرات السابقة.

الجدول (7) يبين توزع أفراد عينة الطعوم الجلدية حسب مكان أخذ الطعم المستخدم في المعالجة

النسبة المئوية	عدد الحالات	نوع الطعم
47.6%	10	طعم جلدي من الرقبة
9.5%	2	طعم جلدي من الفخذ
42.9%	9	طعم جلدي من خلف الأذن
100%	21	Total

الجدول (8) يبين قيم مستوى الدلالة للطعوم الجلدية الحرة المستخدمة بالعلاج

المتغير المدروس	Chi-Square كاي مربع	قيمة مستوى الدلالة المقدر	دلالة الفروق
المضاعفات الإنتانية	1.539	.463	لا توجد فروق دالة
التموت الجزئي	.000	1.000	لا توجد فروق دالة
التموت الكلي	.000	1.000	لا توجد فروق دالة
نوع الندبة	2.316	.314	لا توجد فروق دالة
لون الندبة	2.198	.333	لا توجد فروق دالة
تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة	.526	.769	لا توجد فروق دالة

الجدول (9) يبين توزع و النسب المئوية لأماكن توضع الأورام في الوجه و المعالجة بالطعوم الجلدية الحرة

طريقة التعويض	منطقة الورم	Count	within % منطقة_الورم	% of Total
أنف	جذر الأنف	1	12.5%	4.8%
	جناح الأنف	2	25.0%	9.5%
	ذروة الأنف	2	25.0%	9.5%
	ظهر الأنف	3	37.5%	14.3%
Total		8	100.0%	38.1%
حجاج	الجفن	5	62.5%	23.8%
	الحاجب	1	12.5%	4.8%
	العين	2	25.0%	9.5%
	Total	8	100.0%	38.1%
وجه ورأس	الجبهة	1	20.0%	4.8%
	الفروة	1	20.0%	4.8%
	الخد	3	60.0%	14.3%
	Total	5	100.0%	23.8%

ج-دراسة الفارق بين نتائج المعالجة بالطعوم الجلدية والشرائح الموضعية

1-التحليل الإحصائي للعلاقة بين نوع التعويض، والمضاعفات الإنتانية:

أظهرت الدراسة السريرية لنتائج المعالجة حدوث مضاعفات إنتانية في 19% من الحالات التي استخدمت فيها الطعوم الجلدية الحرة بينما لم تحدث أية مضاعفات إنتانية في الحالات التي استخدمت فيها الشرائح. تم استخدام اختبار Mann-Whitney Test لمعرفة دلالة الفروق بين تأثير الطعوم الجلدية، والشرائح الموضعية في حدوث المضاعفات الإنتانية، حيث كانت قيمة P أقل من 0.05 مما يشير لوجود فارق ذو دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية، والشرائح الموضعية حيث تسببت الطعوم الجلدية بحدوث مضاعفات إنتانية أكثر من الشرائح الموضعية.

الجدول (10) يبين النسب المئوية لحدوث المضاعفات الإنتانية لدى كل من مجموعتي الدراسة

طريقة التعويض				المتغير المدروس	
الشرائح		الطعوم			
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	لا يوجد	المضاعفات الإنتانية
100%	21	81%	17	لا يوجد	المضاعفات الإنتانية
0%	0	19%	4	يوجد	
100%	21	100%	21	المجموع	

2- التحليل الإحصائي للعلاقة بين نوع التعويض والتموت الجزئي:

لم يحدث تلف جزئي في أي من الحالات المعالجة. تم استخدام اختبار Mann-Whitney Test لمعرفة دلالة الفروق بين تأثير الطعوم الجلدية، والشرايح الموضعية في حدوث تلف جزئي، حيث كانت قيمة P أكبر من 0.05 مما يشير لعدم وجود فارق ذي دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية والشرايح الموضعية حيث لم يحدث تلف جزئي في أي من المجموعتين.

الجدول (11) يبين النسب المئوية لحدوث اختلاط التلف الجزئي لدى كل من مجموعتي الدراسة

طريقة التعويض				المتغير المدروس	
الشرايح		الطعوم			
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	لا يوجد	التموت الجزئي
%100	21	%100	21	لا يوجد	التموت الجزئي
%0	0	%0	0	يوجد	التموت الجزئي
%100	21	%100	21	المجموع	

3- التحليل الإحصائي للعلاقة بين نوع التعويض والتموت الكلي:

لم يحدث أي تلف كلي لأي من الحالات المعالجة. تم استخدام اختبار Mann-Whitney Test لمعرفة دلالة الفروق بين تأثير الطعوم الجلدية، والشرايح الموضعية المستخدمة في حدوث تلف كلي، حيث كانت قيمة P أكبر من 0.05 مما يشير لعدم وجود فارق ذي دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية، والشرايح الموضعية حيث لم يحدث تلف كلي في أي من المجموعتين.

الجدول (12) يبين النسب المئوية لحدوث اختلاط التموت الكلي لدى كل من مجموعتي الدراسة

طريقة التعويض				المتغير المدروس	
الشرايح		الطعوم			
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	لا يوجد	التموت الكلي
%100	21	%100	21	لا يوجد	التموت الكلي
%0	0	%0	0	يوجد	التموت الكلي
%100	21	%100	21	المجموع	

4- التحليل الإحصائي للعلاقة بين نوع التعويض ونوع الندبة:

شكلت الندبة الضمورية أعلى نسبة (90.4%) من الحالات المعالجة بالطعوم الجلدية، فيما شكلت الندبة الخطية النسبة الأعلى (66.6%) من الحالات المعالجة بالشرايح الموضعية. وكان هناك تساوي في نسبة الندب الانكماشية، فيما لم تسجل أية حالة للندب الخطية، أو الضخامية في الحالات المعالجة بالطعوم الجلدية الحرة.

تم استخدام اختبار Mann-Whitney Test لمعرفة دلالة الفروق بين تأثير الطعوم الجلدية، والشرايح الموضعية المستخدمة في نوع الندبة الناتجة، حيث كانت قيمة P أقل من 0.05 مما يشير لوجود فرق ذي دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية، والشرايح الموضعية من حيث نوع الندبة.

الجدول(13) يبين النسب المئوية لنوع الندبة المتشكلة بعد الشفاء لدى كل من مجموعتي الدراسة

طريقة التعويض				المتغير المدروس		
الشرايح		الطعوم				
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	نوع الندبة		
%66.6	14	%0	0			خطية
%9.6	2	%9.6	2			انكماشية
%14.2	3	%0	0			ضخامية
%9.6	2	%90.4	19			ضمورية
%100	21	%100	21	المجموع		

5- التحليل الإحصائي للعلاقة بين نوع التعويض ولون الندبة :

85.8 % من الحالات كان لون الطعم قريباً من لون الجلد، فيما 14.2 % من الحالات كان لون الطعم مختلفاً عن لون الجلد المحيط.

90.4 % من الحالات التي طبقت فيها الشرايح الموضعية كان لون الندبة من نفس لون الجلد، فيما 9.6 % من الحالات كان اللون قريباً من لون الجلد.

كما نجد أنه لم تسجل أية حالة ضمن عينة الطعوم لها اللون نفسه من الجلد المحيط، وأيضاً لم تسجل أية حالة لدى عينة الشرايح الموضعية مغايرة للون الجلد المحيط.

تم استخدام اختبار Mann-Whitney Test لمعرفة دلالة الفروق بين تأثير الطعوم الجلدية، والشرايح الموضعية المستخدمة في لون الندبة الناتجة، حيث كانت قيمة P أقل من 0.05 مما يشير لوجود فرق ذي دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية، والشرايح الموضعية من حيث لون الندبة، أو الطعم.

الجدول(14) يبين النسب المئوية للون الندبة أو الطعم بعد الشفاء لدى كل من مجموعتي الدراسة

طريقة التعويض				المتغير المدروس		
الشرايح		الطعوم				
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	لون الندبة		
%90.4	19	%0	0			نفس لون الجلد المحيط
%9.6	2	%85.8	18			قريب من لون الجلد المحيط
%0	0	%14.2	3			مغاير للون الجلد المحيط
%100	21	%100	21			المجموع

6- التحليل الإحصائي للعلاقة بين نوع التعويض وتقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة:

71.4% من حالات الشرائح الموضوعية اعتبرها المريض ذات نتائج جيدة مقابل 28.6% اعتقدوا أنّ النتيجة مقبولة. أما مرضى الطعوم الجلدية ف 62% اعتبروا المعالجة ذات نتائج جيدة مقابل 38% اعتقدوا أنّ النتيجة مقبولة.

الجدول (15) يبين النسب المئوية لمدى تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة بعد الشفاء لدى كل من مجموعتي الدراسة

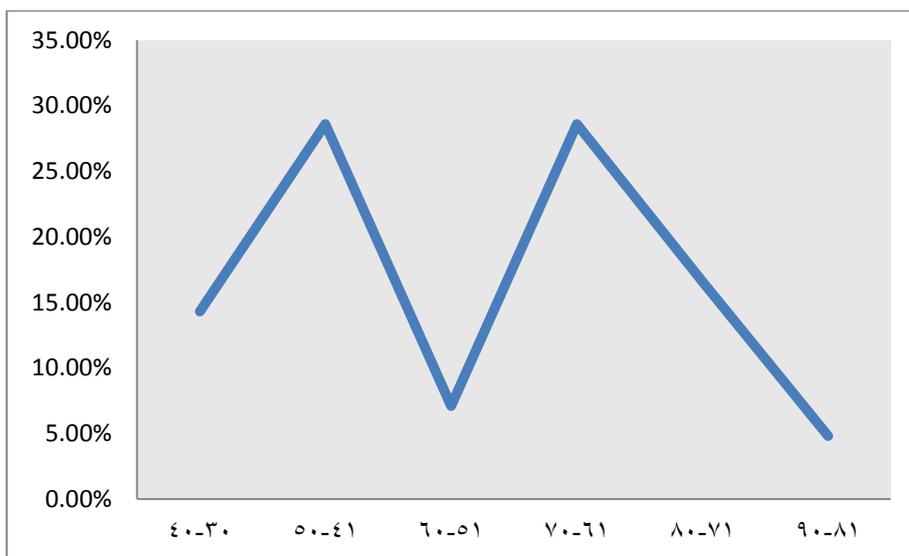
طريقة التعويض				المتغير المدروس	
الشرائح		الطعوم			
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات		
71.4%	15	62%	13	جيدة	تقبل المريض
28.6%	6	38%	8	مقبولة	للنتائج الجمالية
0%	0	0%	0	سيئة	للمعالجة
100%	21	100%	21	المجموع	

تمّ استخدام اختبار Mann-Whitney Test لمعرفة دلالة الفروق بين تأثير الطعوم الجلدية، والشرائح الموضوعية المستخدمة في تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة، حيث كانت قيمة P أكبر من 0.05 مما يشير لعدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية والشرائح الموضوعية من حيث تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة.

المناقشة:

1) عمر المرضى:

كان متوسط عمر العينة 57.19 ± 2.24 عاماً، سجل أكبر معدل إصابة بالسرطانة قاعدية الخلايا عند المرضى في العقد الخامس (40-50 سنة) والسابع (60-70 سنة) حيث بلغ (28.6%).



الشكل (1) لتوزيع أعمار مرضى مجموعتي الدراسة

2) الشكل السريري للورم:

سجل الشكل العقيدي أعلى معدل (42.9%) تلاه الشكل المتقرح بنسبة (33.3%)، ثم الشكل المصطبغ بنسبة (19%)، وأخيراً الشكل التصليبي (4.8%).

وبذلك نتفق مع (Hunt، 2006) حيث أشار إلى أنّ الشكل العقيدي حدث بنسبة 37.9%، ومع (Michaela، 2009) الذي شكّل الشكل العقيدي في دراسته نسبة 39.6%. كما أكد (Ashraf، 2008) على أنّ الشكل العقيدي هو أكثر الأشكال انتشاراً بنسبة 41.2%.

3) مقارنة بين نتائج المعالجة بالطعوم الجلدية والشرائح الموضعية:

تمّ تسجيل وجود فارق ذو دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية، والشرائح الموضعية من حيث حدوث مضاعفات انتانية حيث تتسبب الطعوم الجلدية بحدوث مضاعفات إنتانية أكثر من الشرائح الموضعية، نتفق بذلك مع (2005، HAMDY) حيث شكّل الإنتان نسبة 12.5% بدراسته.

و قد يعود سبب حدوث المضاعفات الانتانية إلى:

- 1- أخذ الطعم من منطقة مغايرة، ونقله إلى مكان الترميم.
- 2- طول فترة بقاء الخياطة على الطعم لمدة 14 يوم بعكس الشرائح، والتي أزيلت خيوط قطبها بعد سبعة أيام.
- 3- امتصاص الشاش المثبت للطعم للمفرزات الجلدية المختلفة (العرق-الدهون)، وأيضاً الماء عند محاولة غسل الوجه باعتبار فترة التثبيت طويلة.

فيما لم يسجل حدوث أي تموت جزئي، أو كلي لأي من الطعوم الجلدية، أو الشرائح الموضعية. كان هناك فارق ذو دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية، والشرائح الموضعية من حيث نوع الندبة المتشكلة، ومدى توافق لون الندبة، أو الطعم مع لون الجلد المحيط، حيث شكلت الندبة الضمورية أكبر نسبة (90.4%) من الحالات المعالجة بالطعوم الجلدية، فيما حققت الندبة الخطية أكبر نسبة (66.6%) من الحالات المعالجة بالشرائح الموضعية. نتفق بذلك مع (Theresa، 2007) حيث شكلت الندبة الضمورية 90% من الحالات المعالجة بالطعوم الجلدية الحرة. ونختلف مع (Sonya، 2002) حيث كانت معظم حالات الطعوم التي تابعتها ذات ندبة ضخامية، وذلك ربما يعود إلى أن جميع الطعوم المستخدمة عندها كانت كاملة السماكة، بينما في دراستنا كانت جزئية السماكة. 85.8% من الحالات المعالجة بالطعوم الجلدية كان لون الطعم قريباً من لون الجلد فيما 14.2% من الحالات كان لون الطعم مختلفاً عن لون الجلد المحيط، فيما لم تسجل أية حالة من الحالات كان فيها لون الطعم الجلدي الحر مماثلاً للون النسج المحيطة. بينما 90.4% من الحالات التي طبقت عليها الشرائح الموضعية كان لون الندبة من لون الجلد نفسه، فيما 9.6% من الحالات كان اللون قريباً من لون الجلد.

ومع ذلك لم يسجل فارق ذو دلالة إحصائية بين الطعوم الجلدية، والشرائح الموضعية من حيث تقبل المريض للنتائج الجمالية للمعالجة.

هنا نختلف مع (Hamdy، 2005) حيث كان جميع المرضى المعالجين بطريقة الطعوم الجلدية الحرة غير راضين عن النتيجة التجميلية النهائية، ربما يعود ذلك لكبير مساحات الفقد المرممة، حيث بلغت وسطياً 8x8 سم، بينما بلغ متوسط مساحات الفقد 2x1 سم لدى عينتنا، ولاختلاف طبيعة أفراد العينة حيث كان معظمهم من الطبقة المثقفة المهتمة بالناحية الجمالية.

ونتفق مع (Ching Chuang-Hui ، 2007) حيث تمّ الترميم عنده بشرائح دورانية، وكانت النتائج جيدة من الناحية التجميلية، والوظيفية بنسبة 96.8%.

كما نتفق مع (Jacobs ، 2009) الذي قام بمقارنة النتائج السريرية بين المعالجة بالشرائح الموضعية، والطعوم الجلدية في إصابات الأنف بعد الاستئصال بطريقة موس mohs، حيث كانت معدلات الشفاء، والالتئام للشرائح الموضعية أفضل من الطعوم الجلدية الحرة، كما حققت الشرائح الموضعية نسبة 100% من حيث رضى المرضى بالنتائج التجميلية بعد الالتئام النهائي، بينما بلغت نسبة الرضى عند مرضى الطعوم 75%.

*طريقة موس في استئصال السرطانة قاعدية الخلايا:

يستأصل الورم على الحدود الظاهرة للجراح ثم تتم دراسة الجزء المستأصل بمقاطع مجمدة. وهذه الطريقة تتيح بدقة تحديد أماكن الخلايا الورمية المتبقية في منطقة الاستئصال، حيث يمكن العودة إليها لإعادة استئصال الأجزاء المتبقية، والتي يبين مكانها المشرح المرضى. إن هذه الطريقة تتيح لنا استئصالاً كاملاً للورم، والحفاظ ما أمكن على البنى المجاورة الطبيعية غير المصابة، وبذلك نحافظ على وظيفة المنطقة المصابة، ومكوناتها ما أمكن بدون التأثير على معدل الشفاء.

الاستنتاجات والتوصيات:

الاستنتاجات:

- 1- الشرائح الموضعية هي الخيار الأفضل لترميم العيوب الصغيرة، والمتوسطة للأنف، والأجفان، والمنطقة الوجهية، حيث إنها تؤمن نتائج جمالية أفضل عبر تعزيز التوافق اللوني، والخصائص النسيجية، والبنوية للجلد.
- 2- الطعوم الجلدية الحرة هي خيار جيد لترميم أماكن الفقد المتوسطة الحجم (في حال لم تكن طبيعة جلد المنطقة تسمح بالترميم بالشريحة الموضعية)، أو الكبيرة، مع الأخذ بعين الاعتبار أنه من غير الممكن تحقيق التوافق اللوني مع المنطقة المحيطة بالفقد.
- 3- في حال كان هناك شك في مدى كفاية حواف الأمان، أو هناك شك في الامتداد تحت السريري للسرطانة، فإن الترميم بالطعوم الجلدية الحرة هو الخيار الأمثل، لأن النكس يظهر بسرعة في هذه الحالة.
- 4- أغلب المرضى كانوا راضين عن النتائج السريرية التي آلت إليها حالاتهم في كلا المجموعتين (حتى ولو أن البعض لم يكن عندهم تطابق لوني بين الطعم الجلدي الحر المزروع، وبين جلد المنطقة المحيطة) وذلك ربما يعود إلى الناحية الثقافية التجميلية عندهم، أو بسبب ما كانوا يعانونه من منظر السرطانة غير المقبول جمالياً، أو بسبب تأثيرها عند البعض على الناحية الوظيفية للعضو المجاور.

التوصيات:

- 1- اعتماد الشرائح الموضعية في ترميم مناطق الفقد الصغيرة، وبعض مناطق الفقد متوسطة الحجم لنتائجها الجيدة من حيث شكل الندبة، والتوافق اللوني مع النسيج المحيطة.
- 2- اعتماد الطعوم الجلدية الحرة لترميم مناطق الفقد الكبيرة بشكل خاص، مع العلم أنه يمكن المشاركة بينها، وبين الشرائح الموضعية الحرة في بعض حالات السرطانات المتعددة في الوجه واسعة المساحة.
- 3- تطوير قسم العمليات في مشفى الأسد الجامعي، وباقي المشافي العامة، والخاصة من أجل العمل (بطريقة موس) الجراحية لضمان الاستئصال الكامل للسرطانة قاعدية الخلايا، وتقليل إمكانية النكس.

المراجع:

- 1-ABLOVE, R. *The physiology and technique of skin grafting*. Vol.31, No.2, J Appl Physiol, U.S.A, 1997, 163-173.
- 2-ASHRAF, H, A. *Non-melanoma skin cancers*. Vol.5, No.1, Drug Discovery Today Australia, 2008, 55-62.
- 3-HAMDY, B. *Full Thickness Skin Graft for Burned Face*. Vol.29, No .1, J .Plast. Reconstr. Surg Egypt, 2005, 1-4.
- 4-HUI-CHING C; CHIH-YING S; SENG-FENG J; CHIH-YEN C. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. Issue4, Elsevier Inc, U.S.A, 2007, 137.
- 5-HUNT, M, J. *How to treat – basal cell carcinoma*. Vol.25, No. 1, Australian Doctor, Australia, 2006, 27-34.
- 6 -JACOBS, M. *Clinical outcome of cutaneous flaps versus Full-Thickness Skin Grafts After Mohs Surgery on the Nose*. Vol.36, No .2, Dermatologic Surgery. U.S.A, 2009, 23-30.
- 7 -LANDIN, L. *An analysis of 1361 aesthetic procedures from 2000 to 2005 in a large regional plastic surgery unit .implications for cosmetic surgery training*. Vol.60, No.4, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery U.K, 2007, 437-439.
- 8-MICHAELA, G. *Basal cell carcinoma—do we need to review*. Vol.47, No. 7, Medical Image Analysis U.K, 2009, 9-12.
- 9-ONDER, T. *An algorythmic approach to restoration of the fronto-naso-periorbital skin defects using the forehead flaps*. Vol.38, No.1, Journal of Cranio -Maxillofacial Surgery, Turkey, 2010, 11-18.
- 10-SONYA,H. *Skin grafting*. Vol.41, No.2, Emedicine Dermatology New Zealand, 2002, 37 -43.
- 11-THERESA,B.Kim. *Full-thickness skin graft from the groin for coverage of the radial forearm free flap donor site*. Vol .28, No.5, American Journal of Otolaryngology–Head and Neck Medicine and Surgery U.S.A, 2007, 325– 329.