# ترميم جناح الأنف باستعمال السديلة الأنفية الشفوية

د. فراس ملحم*

(تاريخ الإيداع 15 / 11 / 2020. قُبِل للنشر في 19 / 4 / 2021)

## □ ملخّص □

يمثّل الأنف البنية الأكثر تعقيداً في الوجه فهو ثلاثيّ الأبعاد ويتراوح بين التحدب والتقعر من جزءٍ لآخر. تعود محاولات ترميم الأنف الأولى إلى بدايات الجراحة الترميمية. تعتبر السدائل الأنفية الشفوية من أفضل الطرق المستخدمة لترميم الأنف. يمتلك كل جزء من الأنف خصائصاً مميّزة تتطلب انتباهاً دقيقاً عند إجراء الترميم. يمثّل جناح الأنف بنية معقّدة محدّبة ذات جلد مغطّي بمواصفات خاصة. يؤمّن النسيج الرخو الشحمي الليفي لجناح الأنف دعامةً قويّةً ثلاثيّة الأبعاد. تهدف هذه الدراسة إلى تقييم استعمال السديلة الأنفية الشفوية في ترميم جناح الأنف. يتم تسليخ الجلد في الثنية الأنفية الشفوية في المستوى تحت الأدمي ويُقلب بحيث يملأ منطقة العيب ويؤمّن كلي البطانة الداخلية والخارجية للجناح. قرب الناحية الأنفية الشفوية والتروية الدموية الغزيرة والندبة التي تتركها السديلة وهي بالكاد ترى هي المزايا الرئيسة للسديلة الأنفية الشفوية. باستخدام التقنية الجراحية الملائمة فإن السديلة الأنفية الشفوية تؤمّن نتائج ممتازة وموثوقة في حالات ترميم جناح الأنف.

قمنا بدراسة استرجاعية لعشرة مرضى خضعوا لسديلة أنفية شفوية لترميم العيوب من هذا النوع في مشفى تشرين الجامعي بين عاميّ 2018 و2020. تراوحت الأعمار بين 50 عاماً و70 عاماً (المتوسط كان 60 عاماً). سبعة من المرضى كانوا ذكوراً. تم إجراء الترميم بفاصل زمني تراوح بين خمسة أيام وثلاثة عشر يوماً من الاستئصال الأولي للورم. نتائج الجراحة تم تصنيفها من ممتازة إلى جيدة بالاعتماد على نجاة السديلة. المضاعفات الصغيرة تم تسجيلها ولكن لم يتطلب أياً منها إجراءً جراحياً تالياً. لقد استنتجنا أن الإجراء موثوق وسهل من الناحية التقنية. ويؤمن نتيجةً مقبولة من الناحية التجميلية.

**كلمات مفتاحية:** جناح الأنف، سديلة، سديلة أنفية شفوية، ترميم

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

# Reconstruction of the Nasal Ala using the Nasolabial Flap

**Dr. Firas Melhem***

**(Received 15 / 11 / 2020. Accepted 19 / 4 / 2021)**

## □ ABSTRACT □

Nose is considered to be the most complex structure on the face, considering its three-dimensional topography and its concave and convex contour. Nasal reconstruction has a history as old as plastic surgery. Nasolabial flaps are one of the most preferred methods for nasal reconstruction. Each part of the nose has features that need special attention while performing reconstruction. The nasal ala is a complex structure whose inherent convexity and skin characteristics make reconstruction of the area a challenge. The unique fibrofatty soft tissues of the alar lobules provide support to this three-dimensional structure with negligible underlying native cartiage. This study aims to evaluate the reconstruction of the nasal ala using the nasolabial flap. Nasolbial skin is subdermally dissected and turned over into the defect to create both the inner and outer lining of the ala. The proximity of the nasolabial region, having a robust blood supply and very good donor scar are the key advantages of nasolabial flaps. With proper technique, the nasolabial flap can provide excellent and repeatable results when reconstruction a defect on nasal ala. A retrospective study of our outcome of 10 performed nasal alar reconstruction. All these patients were operated using the proposed surgical technique between 2018 and 2020 in Tishreen University Hospital in Lattakia, Syria. Patients ranged from 50 to 70 years (mean 60 years). Seven patients were males. The reconstruction was performed ranging from 5 to 13 days after the tumur initial exision. Results of surgery were graded as excellent to good depending upon the outcome of the flap. Minor complications were noted but none required a separate operative procedure. We have found this procedure to be reliable, technically easy, and esthetically acceptable.

**Keywords:** Nasal ala, Flap, nasolabial flap, Reconstruction.

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

## مقدمة:

من بين أجزاء الأنف فإن جناح الأنف يمتلك أهمية خاصة من الناحيتين الشكلية والوظيفية. تمثّل السديلة الأنفية الشفوية خياراً ممتازاً للاستعمال في ترميم جناح الأنف تبعاً لخواصها المناسبة والتي تؤمّن لون جلدٍ موافقٍ كما أنّها تحاكي تحدب الأنف [1,2].

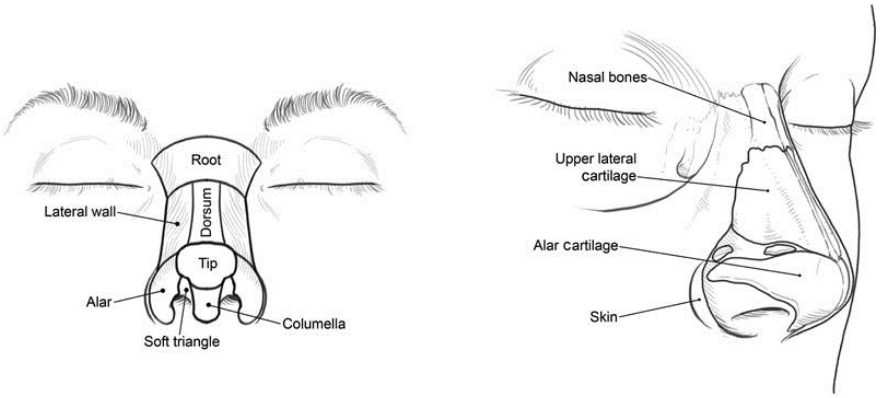
يتأثّر تدبير العيوب المادية في الأنف (بما فيها العيوب التالية لاستئصال الأورام جراحيّاً) بعوامل متعددة. تشمل هذه العوامل: تاريخ الورم (القصة المرضية)، الموقع، انتشار الورم والمعالجات السابقة المستخدمة. تحدد هذه الخصائص درجة السيطرة على الورم وبالتالي طريقة الترميم. قياس موقع العيب إضافةً إلى توافر وحالة الجلد الملاصق هي أيضاً عوامل تستحقّ التوقف عندها. قوام سطح الأنف والجلد المغطّي يختلفان أيضاً وكذلك اللون والمظهر. إن هذه الخصائص الفريدة (المميزة) هي التي تخلق التحدي لجراح الترميم. يمكن أيضاً إضافة العوامل التالية لهذه المتغيرات الواجب أخذها بعين الاعتبار: عمر المريض، الصحة العامة، والأهداف التجميلية. جميع هذه العوامل ينبغي الاهتمام بها أثناء أخذ القرار. هذه المشاكل متعددة العوامل على كلٍّ يمكن مقاربتها عبر عدّة خيارات ترميمية تتدرج من الإغلاق المباشر، الالتئام بالمقصد الثاني وتطعيم الجلد وصولاً إلى السدائل الجلدية الملاصقة والقريبة. بالنسية للطعوم الجلدية فهي الخيار المفضّل في الضياعات السطحية. أمّا السدائل الموضعيّة فلابدّ من استعمالها في الحالات التي لا تكفي فيها الطعوم الجلديّة [3]. هذا البحث يركز على واحدة من السدائل القريبة الأساسية المستخدمة وهي السديلة الأنفية الشفوية. بالنسبة للعيب المادي الذي يتوضع في جناح الأنف ولا يزيد عن 1 سم فيمكن تغطيته بطعم مركب من الأذن. بالنسبة لتلك الطعوم المركبة فإن نسبة نجاحها تفوق ال80%. المكون الجلدي يجب أن يكون أكبر بقليل من الغضروف والقطب الأحادية الناعمة يجب عدم وضعها بشكل متقارب من بعضها جداً. الجناح الذي تم ترميمه ينبغي تثبيته لمدة ثمانية إلى عشرة أيام. وعلاوةً على ذلك فإن الضماد ينبغي عدم تبديله بالأيام الستة الأولى إذ من شأن ذلك أن يعرّض التكون الوعائي الداخلي للخطر. قطف الطعم المركب يتم توجيهه بنموذج يماثل الضياع بالشكل والقياس. نحن نستعمل عادةً صفيحة الألمنيوم لصنع النموذج [4,5].

إلى الوحشي من الثنية الأنفية الشفوية توجد منطقة فائض نسيجي مجرّدة من الشعر تسمح بقطف سديلة ذات ساق معتمدة على فروع انتهائية عشوائية من الشريان الوجهي. الموقع المعطي يمكن إغلاقه بتحريك (تزليق) الخد مع إخفاء الندبة في حدود الوحدتين التجميليتين للخد والشفة. الاستطباب الرئيسي لهذه السديلة هو للعيوب في الثلث الثالث الفاصي من الأنف والتي تقل عن 2.5 سم. يشمل ذلك العيوب في الجناح، جانب الأنف الوحشي، الذروة وأحياناً عيوب العميد والدهليز الأنفي. من أجل عيوب الجناح كاملة السماكة فإن السديلة الأنفية الشفوية يمكن استعمالها للتغطية الخارجية والبطانة الداخلية. مع احتمال إضافة دعامة غضروفية بنيوية كطعم حر داخلي بين هاتين الطبقتين. معظم تلك السدائل تكون معتمدة على تروية آتية من الأعلى باستثناء السدائل المستعملة لتغطية بعض العيوب الموجودة في العميد والدهليز.

السديلة يمكن تصميمها كإجراء وحيد أو ثنائي المرحلة. في الإجراء وحيد المرحلة يتم حشر السديلة مباشرةً في العيب بعد استئصال جسر نسيجي ملاصق للعيب.هذا يتعارض مع السديلة من النمط المستقطب والتي تتضمّن جسر جلدي سليم. متبوعةً بمرحلة ثانية يتم فيها تحرير السديلة بعد ثلاثة أسابيع. فائدة هذا الاستقطاب هي المحافظة على التلم الأنفي الخدّي والتقعّر فوق الجناحي الطبيعي. التسليخ الواسع لحواف العيب الجراحي كلها وترقيق السديلة مهمان جداً

لتجنب منع تشوه الشكل. 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.

بالنسبة للثنية أو التلم الأنفي الشفوي فهي خط وجهي واقع بين الشفة العلوية والخد، يمتدّ هذا الخطّ من جناح الأنف إلى الملتقى الشفوي (الصوار). يمكن للثنية أن تمتد بالأعلى إلى جانب الأنف وبالأسفل تحت الملتقى. أمّا الطية الأنفية الشفوية فهي الجلد والشحم المتبارز إلى الوحشي من الثنية الأنفية الشفوية [6]. ومما ينبغي ذكره في إطار الحديث عن تشريح منطقة الثنية الأنفية الشفوية، أنّه في الطبقة السطحية فإن النسيج تحت الجلد في منطقة الخد المجاور يعبر الثنية الأنفية الشفوية إلى الشفة العلوية، حيث يتغير إلى طبقة كثيفة مكونة من الشحم واللفافة الرقيقة متصلة بالجلد وبالقسم السطحي من العضلة المدورة للفم. تحت النسيج تحت الجلد فإن الـ SMAS (الجهاز السفاقي تحت العضلي) يمتد عبر الثنية الأنفية الشفوية ويندمج بالقسم السطحي من العضلة المدورة للفم للشفة العلوية. الطبقة العميقة من العضلة المدورة للفم تتحد مع الطبقة السطحية عند الثنية الأنفية الشفوية معاً مع الـ SMAS.




**الشكل 1 (الوحدات الجمالية للأنف)**

تتميّز السديلة الأنفية الشفوية بخواصٍّ عديدة تجعلها مثالية لترميم الأنف وخاصّةً الجناح: اللون والقوام لنسيج الخد مماثلان للون والقوام في الوحدات الجمالية للأنف، بناءً على التعرض نفسه للشمس والخواص النسيجية المتكافئة. بالإضافة فإن قرب الطية الأنفية الشفوية من الأنف يسهّل نقل السديلة. الثنية الطبيعية المشكلة من الطية الأنفية الشفوية تؤمّن تشوّهاً بالحد الأدنى للموقع المعطي يساعد على ذلك أنّ استعمال NLF يعتمد على وجود ثنية أنفية شفوية ثخينة ومحددة جيداً مع رخاوة جلد كافية. الهدف النهائي من ذلك هو إخفاء الندبة النهائية تماماً في الثنية الأنفية الشفوية. الضفيرة تحت الأدمية الغنية تمنح السديلة تحملاً فريداً للقولبة والتشكيل، الأمر الذي يمكنّا من الترميم الدقيق للعيب المادي.

**التقنية الجراحية:**

خلال تحضير السديلة يجب تنضير حواف الضياع للوصول لحواف حية. بعد تعليم الطية فإن اختبار Gillie المعكوس عبر استخدام شاشة مفرودة يتم القيام به لضمان الدوران الكافي للسديلة وإقرار طول تصميم السديلة. الدوران دائماً أنسي. تستخدم ورقة لعمل طبعة للضياع والذي يتم تعليمه على طول الحافة العلوية للطية الأنفية الشفوية. نعمل توتر خفيف على الخد عند التعليم للتخلص من رخاوة الخد وضمان تصميم بقياس دقيق للسديلة.

الحافة السفلية للشق نعملها دائماً على طول الطية الأنفية الشفوية. بعد حقن السديلة والضياع بغزارة بمحلول الليدوكائين مع الإيبينفرين. فإن السديلة يتم تسليخها بصورة حادة على طول الحواف. ثم ترفع بصورة حادة إلى مستوى منتصف الخد وتسلخ بصورة كليلة إلى قاعدة السديلة. بالرغم من أنها ليست سديلة من النموذج المحوري فإن السديلة الأنفية الشفوية تصمم كسديلة رقيقة ذات ساق بدون إيلاء أهمية لمعدّل 3:1 بالعرض، كما يعمل عادةً بالسديلة النموذجية من نمط التروية العشوائي[7]. السديلة يتم ترقيقها حتى طبقة الأدمة العميقة تاركين نسيج دهني تحت جلد بالحد الأدنى. حالما يتم الترقيق فإن السديلة يتم وضعها بحذر تحت كمية قليلة من الشدّ بقطب مطرق عمودية نايلون 5–0 أسود. نربط العقد ونقولب السديلة بحيث تكون أصغر قليلاً من الضياع مما يمكن من وضع السديلة تحت درجة خفيفة من الشد.يعتبر إلزامياً تقليل منابلة السديلة خلال الإجراء. القسم القاصي من السديلة يتم استئصاله ويم ترميم العيب الأنفي المتبقي بتقديم السديلة بقطب نايلون 5–0. ينم إغلاق الموقع المعطي بطبقات عديدة من القطب الأدمية العميقة وقطب الجلد. يبقى الضماد يومين إلى ثلاثة وبعدها يمكن للمريض إزالة الضماد في الدوش. الجرح المتبقي والضياع يعالج بمرهم صاد حيوي. تزال القطب خلال خمسة أيام.

القطع والحشر ينجز بعد أقل من ثلاثة أسابيع. من أجل إعادة تشكيل السطوح غير الجناح فإن السديلة يجب أن ترفع بصورة كبيرة حتى 80–85 % من الحجم الأقصى وترقق بصورة كبيرة للحصول على القوام المناسب، النسيج الدهني تحت الجلد يزال بصورة حادة والسديلة يتم حشرها تحت درجة خفيفة من الشد بخيط نايلون 5–0. هذا مفيد في تأمين التوافق اللوني وإخفاء حواف الندبة. أخيراً فإن الموقع المعطي يتم استئصاله وإغلاقه.

## أهمية البحث وأهدافه:

تقييم استعمال السديلة الأنفية الشفوية في ترميم جناح الأنف.

## طرائق البحث ومواده:

بين عامي 2018 و2020 تم ترميم جناح الأنف باستعمال النمط الانتقالي من السديلة الأنفية الشفوية لعشرة مرضى (سبعة ذكور وثلاث إناث)، تراوحت الأعمار بين 50 و70 عاماً. جميع المرضى كانوا قد خضعوا لاستئصال سرطانة من النمط قاعدي الخلايا مع هامش أمان مما ترك لديهم عيباً مادياً كامل السماكة في جناح الأنف. جميع السدائل نجت بشكل كامل. سجلت حالة واحدة احتقاناً بسيطاً تراجع بشكل عفوي. تم إغلاق الموقع المعطي بشكل مباشر.

## النتائج والمناقشة:

### النتائج:

لدى جميع المرضى العشرة تم تأمين ترميم كافٍ باستخدام السديلة الأنفية الشفوية. لم تسجّل أية اختلاطات تذكر. فترة المتابعة للمرضى زادت عن أربعة أشهر. تم ترقيق السديلة لدى نصف المرضى وتم ذلك بعد نقاش دقيق مع المريض. جميع المرضى كانوا سعداء بالنتيجة النهائية للجراحة.

**مثال 1:**

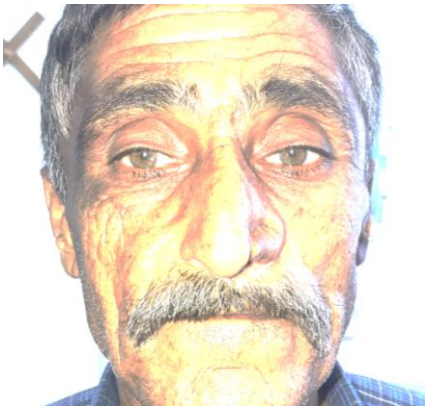
ذكر 64 سنة، آفة على جناح الأنف. الاستئصال تمّ على مرحلتين وبعد أن أكّدت نتيجة التشريح المرضي أنّ الاستئصال كان كافياً من حيث هامش الأمان الكافي تمّ الترميم باستعمال سديلة أنفية شفوية بعد التحضير المناسب والذي تألّف من تنضير جراحي كافٍ. حدث الالتئام بدون مشاكل أو مضاعفات تذكر.

**الشكل 3 (الآفة قبل الاستئصال الأولي)**

**الشكل 4 (العيب المادّي بعد الاستئصال الأولي)**

**الشكل 5 (العيب التالي للاستئصال الثانوي)**

**الشكل 6 (السديلة بعد فك القطب)**



**الشكل 7 (الشكل النهائي للسديلة بعد الترقيق)**

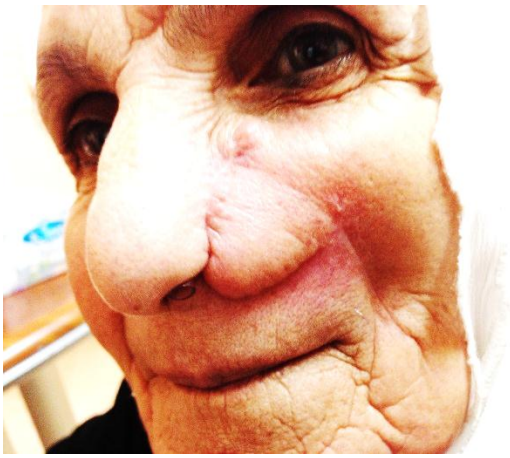
**مثال 2:**

أنثى 56 سنة، آفة على جناح الأنف. الاستئصال تمّ عبر مرحلة واحدة وحيث أكّدت نتيجة التشريح المرضي أنّ الاستئصال كان كافياً من حيث هامش الأمان الكافي وقد تمّ الترميم باستعمال سديلة أنفية شفوية بعد التحضير المناسب والذي تألّف من تنضير جراحي كافٍ. حدث الالتئام بدون مشاكل أو مضاعفات تذكر.

**الشكل 8 (الآفة قبل الاستئصال)**

**الشكل 9 (العيب بعد الاستئصال)**

**الشكل 10 (أثناء نقل السديلة)**



**الشكل 11 (السديلة بعد فك القطب)**

**مثال 3:**

ذكر 55 سنة، آفة على جناح الأنف. الاستئصال تمّ عبر مرحلة واحدة وبعد أن أكّدت نتيجة التشريح المرضي أنّ الاستئصال كان كافياً من حيث هامش الأمان الكافي تمّ الترميم باستعمال سديلة أنفية شفوية بعد التحضير المناسب والذي تألّف من تنضير جراحي كافٍ. حدث الالتئام بدون مشاكل أو مضاعفات تذكر.

**الشكل 11 (الآفة قبل الاستئصال الأولي)** **الشكل 12 (السديلة بعد فك القطب)**

**المناقشة:**

يخلّف استئصال الخباثات من الأنف عيوباً ماديّة بقياساتٍ مختلفة، يتم مواجهة تلك العيوب بالاعتماد على الترسانة التي يمتلكها جراح الترميم والتي تشمل الطعوم الجلدية، السدائل الموضعية وصولاً إلى السدائل الحرّة.

يتم مقاربة العيوب المادية في الأنف اعتماداً على مبدأ الوحدات الجمالية لـBurget وMenick الأمر الذي يسهّل ترميم الأنف بما يمثّل من تحدٍّ لجرّاح الترميم [8]. انطلاقاً من ذلك فقد أصبحت السديلة الأنفية الشفوية واحدة من أهم الخيارات الترميمية المتاحة في هذا المجال. تأتي التروية الدمويّة في منطقة الثنية الأنفية الشفوية من الثواقب المتعددة الآتية من الفرع الزاوي للشريان الوجهي، الأمر الذي يمنحنا خيارات ترميمية عديدة يمكن توظيفها لترميم الأنف. هناك أشكال عديدة للسديلة الأنفية الشفوية استعملنا منها في دراستنا الشكل الانتقالي.

إن سديلة Nelaton (السديلة الأنفية الشفوية) أثبتت فعاليتها وفائدتها في ترميم عيوب الجناح جزئية وكاملة السماكة من القياس الكبير. يجب قياس الضياع بعناية ويتم تصميم السديلة بحيث تكون قليلاً أكبر وأطول. بالنسبة للمرضى ذوي اللحية فإن السديلة أقل جاذبية. سديلة Nelaton هي سديلة ذات ذات ارتكاز علوي يتم دفعها نحو الضياع من الثنية الأنفية الشفوية. يمكن طويها للداخل لتصنيع حافة الضياع. لدى الرجال الذين يملكون شعراً كثيفاً في الوجه، فإن نهاية السديلة ينبغي ترقيقها. بصيلات الشعر يتم قطعها. عادةً لا حاجة لوضع الغضروف كبنية داعمة. إن تم استئصال كامل جناح الأنف فإن حفرة الجناح يجب تصنيعها في جلسة ثانية. العيب الناجم عن رفع السديلة والمتوضع بالثنية الأنفية الشفوية يمكن إغلاقه بسهولة بتحريك الجلد المحيط. والذي يخلّف ندبة مقبولة تماماً. حافة الجناح يمكن تصنيعها أيضاً بسديلة أنفية شفوية [9,10].

بالرغم من أنه غالباً ما يتمّ نسيانها كخيار في ترميم الأنف فإنّ السديلة الأنفية الشفوية تعدّ تقنية مفيدة وموثوقة لترميم كامل النسيج الرخو لجناح الأنف. الاستطبابات للسديلة الأنفية الشفوية يمكن توسيعها لتشمل ترميم ذروة الأنف، الظهر، العميد، المثلث الرخو وعيوب الجناح الجزئيّة.

السديلة لينة ويمكن بناؤها بسهولة ولها تحدب يتناسب بشكل جيد مع الجناح. هذا التلاؤم مهم بشكل خاص. السديلة الأنفية الشفوية يتم تصميمها بحيث تختفي ندبة الخد في الثنية الأنفية الشفوية.

يمكن القيام بترميم جناح الأنف باستعمال السديلة الأنفية الشفوية باستعمال مبدأ تحت الوحدات كما وصفه Menich وBurget أو عبر مقاربة العيب المادّي لوحده. يتم تصميم السديلة بحيث تكون أبعادها أقل قليلاً من العيب عند القيام بإصلاح العيب وحده. يمكن استعمال الجناح بالجهة الأخرى كطبعة للقياس والشكل لتسهيل التصميم عندما يشمل العيب المادّي كامل تحت وحدة الجناح. مجدداً فإن الطبعة ينبغي تصميمها أقل قليلاً من كامل الجناح. لا تعتبر السديلة الأنفية الشفوية مثالية لتعويض البطانة الأنفية للجناح. ينبغي استعمال السديلة الجبهية عند الحاجة لبطانة.

يتطلّب استعمال السديلة الأنفية الشفوية مراعاة مجموعة من النقاط للحصول على نتيجة مثالية ومن ضمن النقاط المقصودة نذكر أنّه ينبغي ترقيق السديلة قبل نقلها المبدئي مع المحافظة على طبقة رقيقة من الشحم الأدمي للمحافظة على الضفيرة تحت الأدمية [11,12]. مع ضرورة وضع السديلة تحت درجة خفيفة من التوتر ومن المفيد الإشارة إلى إمكانية ترقيق السديلة ثانية خلال وقت القطع (الفصل) والحشر بحال كانت السديلة ستجرى على مرحلتين.

من السدائل التي يتم مقارنتها بالسديلة الأنفية الشفوية نذكر السيلة الجبهية وسديلة ظهر الأنف. هاتان السديلتان مستطبتان أكثر لترميم ظهر الأنف. بالرغم من أن السديلة الجبهية تبقى الأداة الرئيسة لترميم الضياعات المادية الرخوة بالأنف فإن السديلة الأنفية الشفوية قد تكون مرغوبة أكثر في بعض الظروف منها على سبيل المثال: مريض مسنّ، مريض يحتاج قناع التهوية الإيجابية المستمرّة. في ترميم ظهر الأنف نحن نغطي ضياعاً مسطّحاً وتقنية سديلتنا هي نفسها ولكن نركز على عدم نقل شحم أو بالحد الأدنى مع السديلة [13].

بالنسبة للبديل الآخر عن السديلة الأنفية الشفوية وهو سديلة ظهر الأنف عندما نستخدمها لعيب مادي واقع تحت النقاط المحددة للذروة فهي تحتاج تسليخاً واسعاً وقد تسبب رفعاً مبالغاً فيه للذروة مثلاً [14].

السديلة الأنفية الشفوية مناسبة لترميم العيوب المادية الجزئية في جناح الأنف. على أنها لا تستخدم بصورة شائعة لإصلاح ضياعات الجناح الجزئية. وهذا يعود إلى سوء الفهم الذي يعتبرها أقل جودة من خيارات الترميم الأخرى كالطعوم الجلدية [15].

مبدأ الوحدات الجمالية ينطبق على مناطق االأنف والتي تمتلك مظهراً محدّباً مثل الجناح. تبعاً لذلك المبدأ فإنّ الوحدة تستأصل بشكل كامل عندما تزيد نسبة الضياع عن خمسين بالمئة آخذين بعين الاعتبار أن نسيجاً سليماً مجاوراً يتم التخلص منه. هذا قد لا يكون ضرورياً في حالة ضياعات الجناح الجزئية.

هناك حاجة للطعوم الغضروفية الحرة في بعض الحالات لتأمين الدعامة لهذه السدائل لمنع انخماص الجناح بسبب الانكماش الندبي. غضروف القوقعة له نفس القوام مثل الجناح وقطفه سهل.

من الاستعمالات الأخرى للسديلة الأنفية الشفوية نذكر ترميم المثلث اللين والذي يشكّل تحدياً آخذين بعين الاعتبار شكله المعقّد، بنيته المربعة وقوامه المتباين وقدرته على تشويه الوحدات المجاورة بحال تم ترميمه بصورة خاطئة. إذا فشل الترميم فإن كامل الجناح في خطر جمالي ووظيفي. بالنتيجة فإن السديلة الأنفية الشفوية هي السديلة المفضّلة لترميم المثلث اللين.

ينصح بترقيق السديلة قبل حشرها مراعاةً لرغبة المريض، ومما لا شك فيه فإن خياطة حواف السديلة تحت درجة بسيطة من الشد تسهم بالوصول إلى النتيجة المرجوّة. يفضّل تجنّب استعمال السديلة لدى المدخنين بشدة حيث يكون احتمال الفشل عالياً مما يفرض علينا التفكير بخيارات ترميمية أخرى [16].

قام Aksam et al بدراسة ركّزت على ترميم الأنف بالسدائل الأنفية الشفوية بأنماطها المتعددة تبعاً لمبدأ الوحدات الأنفية، حيث تم تقسيم الأنف إلى ثلاث وحدات: الذروة ، جناح الأنف والقسم الرأسي (الظهر والجدارين الجانبيين) وبنتيجة الدراسة فقد وجدوا أنّ النمط الانتقالي من السديلة الأنفية الشفوية هو الخيار الأفضل لترميم ناحية الجناح في حين أن النمط VYهو الأفضل لترميم جدار الأنف الجانبي. أما بالنسبة لترميم الذروة فالأفضل تبعاً للدراسة المذكورة كان النمط المستقطب الذي يتم على مرحلتين. وهنا أذكّر أنني استعملت النمط الانتقالي من السديلة الأنفية الشفوية حصراً في ترميم جناح الأنف لدى جميع المرضى الذين شملتهم الدراسة.

من البدائل الممكنة للسديلة الأنفية الشفوية نذكر أنّه يمكن استعمال سديلة جزيريّة مرفوعة على شريان ثاقب واحد حيث يتم طوي السديلة على طعم غضروفي ولكن تسليخ الشريان الثاقب يحتاج مهارات جراحية دقيقة تتطلب تعليماً على فترة طويلة من الزمن. ولا ننسى أن مثل هكذا إجراء يتطلّب وقتاً أطول كما لا يمكن القيام به دون استعمال العدسة المكبّرة. ويبقى الاحتقان الوريدي أمراً محتمل الحدوث وخاصّةً بحال التسليخ المبالغ فيه للأوعية. في ضوء ما سبق فإنّ النمط الانتقالي من السديلة الأنفية الشفوية يبقى هو المفضّل وخاصّةً بحال كان العيب في منطقة الجناح يمتدّ إلى الجدران الجانبية [17].

الإجراء سهل نسبيّاً وسريع. الجزء القاصي من السديلة التي تم ترقيقها يمكن طويه على نفسه (وهو ما فعلناه في دراستنا) أو على طعم غضروفي لترميم العيب كامل السماكة.

المساوئ الرئيسة للسدائل الأنفية الشفوية من النمط الانتقالي هي الندب الممتدة لجدران الأنف والتي قد تشوّه جناح الأنف. يمكن أن نحتاج إجراءات ثانوية مثل ترقيق السديلة وتصنيع الحفرة بين منطقة الجناح والجدران الجانبية [18].

قام Sohn et al بدراسة في الجمهورية الكورية ركّزت على الإضافة الكبيرة التي منحتها السدائل المعتمدة على الثواقب مقارنةً بالسدائل من النمط العشوائي من النسيج المجاور. وبالنتيجة فقد أعطت السدائل المعتمدة على الثواقب مجالاً أكبر لتحريك وتدوير السديلة.

## الاستنتاجات والتوصيات:

- السديلة الأنفية الشفوية تعتبر خياراً مثاليّاً لترميم العيوب المادية كاملة السماكة في جناح الأنف.
- التوافق الجلدي بين الطية الأنفية الشفوية وجناح الأنف يكاد يكون مثاليّاً.
- 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.
- بحال وجود فقد بجلد الثنية الأنفية الشفوية فإن هذا التكنيك يصبح مستحيلاً.
- سديلة أقل بالقياس بالمقارنة مع العيب مطلوبة للمساعدة بتحقيق تحدب الجناح.
- حتى لو كان لدى المريض بعض من عدم التناظر في وقت إدخال السديلة البدئي يمكن تعديل ذلك وقت القطع والإدخال عبر الترقيق الشديد والرفع كما ذكرنا سابقاً.

## References:


1. BLOOM, J.D., RANSOM, E.R., MILLER, C.J., *Reconstruction of alar defects*. Facial Plast Surg Clin North 2011, 19(1): 63-83.
2. LOHUIS, P.J., GODEFORY, W.P., BAKER, S.R., TASMAN, A.J. *Transposition flaps in nasal reconstruction.* Facial Plast Surg Clin North 2011, 19(1):85-106.
3. MOOLENBURGH, S. E., MCLENNAN, L., LEVEND, A.G. et al. *Nasal reconstruction after malignant tumor resection: an algorithm for treatment.* Plast Reconstr Surg. 2010, 126(01):97–105.
4. ROHRICH, R.J., GRIFFIN, J.R., ANSARI, M., BERAN, S.J., POTTER, J.K.. *Nasal reconstruction—beyond aesthetic subunits: a 15-year review of 1334 cases.* Plast Reconstr Surg. 2004, 114(6):1405-16.
5. CERVELLI, V., BOTTINI, D.J., GENTILE, P.. Reconstruction of the nasal tip. J Craniofac Surg. 2007, 18:1380-4.
6. MUREAU, M.A., MOOLENBURGH, S.E., LEVENDAG, P.C., HOFER, S.O. Aesthetic and functional outcome following nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2007, 120(5):1217-27.
7. BAYER, J., DUSKUVA, M., HORYNA, P., HAAS, M., SCHWARZMANNOVA, K. The interpolation nasolabial flap: The advantageous solution for nasal tip reconstruction in elderly and polymorbid patients. Acta Chir Plast. 2013, 55:44-8.
8. THORNTON, J.F., WEATHERS, W.M. Nasolabial flap for nasal tip reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2008, 122:775-81.
9. KONOFAOS, P., ALVAREZ, S., MCKINNIE, J.E., WALLACE, R.D. Nasal reconstruction: A Simplified approach based on 419 operated cases. Aesthetic Plast Surg. 2015, 39:91-9.
10. SILISTRELI, O.K., DEMIRDOVER, C., AYHAN, M., OZTAN, Y., GORGU, M., ULUSAL, B.G., et al. Prefabricated nasolabial flap for reconstruction of full-thickness distal nasal defects. Dermatol Surg. 2005,31:546-52.
11. WEATHERS, W.M., WOLFSWINKEL, E.M., NGUYEN, H., THORNTON, J.F.. Expanded uses for the nasolabial flap. Semin Plast Surg, 2013, 27:104-9.
12. BURGET, G.C., MENICK, F.J. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1985,76:239-47.
13. DURGUN, M., ÖZAKPINAR, H.R., SELCUK, C.T., SARI, E, SEVEN, E., İNOZU, E., et al. Repair of full-thickness nasal alar defects using nasolabial perforator flaps. Ann Plast Surg. 2015,75:414-7.
14. YOTSUYANANGI, T., YAMASHITA, K., URUSHIDATE, S., YOKOI, K., SAWADA, Y.. Nasal reconstruction based on aesthetic subunits in Orientals. Plast Reconstr Surg. 2000, 106(1):36-44.
15. ROGERS-VIZENA, C. R., LALONDE, D.H., MENICK, F. J., BENTZ, M. L. Surgical treatment and reconstruction of nonmelanoma facial skin cancers. Plast Reconstr Surg. 2015,135(05):895e–908e.
16. SINGH, D.J., BARTLETT, S.P.. Aesthetic considerations in nasal reconstruction and the role of modified nasal subunits. Plast Reconstr Surg. 2003, 111(2):639-48.
17. COX, A., FORT, M. Nasal reconstruction involving multiple subunit defects. Facial Plast Surg. 2017,33(01):58–66.
18. REZAEIAN, F., CORSTEN, M., HAACK, S., GUBISCH, W. M., FISCHER, H. Nasal reconstruction: extending the limits. Plast Reconstr Surg. 2016,4(07):e804.