

Evaluation of the results of the surgical intervention by Flaps or Grafts in reconstruction of nasal skin defects.

Dr. Feras Melhem*
Dr. Mustafa Ibraheem**
Alaa Ashkar***

(Received 8 / 2 / 2022. Accepted 9 / 3 / 2022)

□ ABSTRACT □

Background: Nasal reconstruction is considered as one of the difficult reconstructive problems. That is due to the importance of the cosmetic appearance of nose and complexity of the anatomy. Many types of cutaneous grafts and flaps were designed; nevertheless, management of nasal defects can be often challenging.

Objective: The aim of this study is to evaluate reconstruction of cutaneous nasal defects with skin grafts versus flaps. In addition to, to determine cosmetic and functional results of each method.

Patients and Methods: Comparative Prospective Study conducted for the period one years(2019-2020) at Tishreen University Hospital in Lattakia-Syria. 45 patients with nasal cutaneous defect who underwent to nasal reconstruction by using flaps(35 patients) or grafts(10 patients) were included in the study.

Results : Mean age was 66.3 ± 9.8 years, 53.3% were females, and Fitzpatrick skin type III was the most frequent. Flaps were more commonly applied on the nasal alar (34.3%), grafts were more frequently in sidewall(60%), without significant difference regard to defect size and number of affected units. Mean VAS was higher in flaps compared to grafts, the best VAS value for flaps was in nasal dorsal 77 ± 8 , and for grafts in nasal tip 55 ± 3 . The best esthetic and functional results were obtained in flaps, and satisfactory results was higher in flaps(94%) compared to grafts(70%) .

Conclusion: With presence of different reconstructive methods, flaps may be more likely to result in best cosmetic and functional outcomes.

Keywords: Nasal reconstruction, skin defects, flap

* Assistant Professor, Department of surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria f.melhem@hotmail.com

** Professor, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

*** Master student, Department of surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria ashqaralaa@gmail.com

تقويم نتائج التداخل الجراحي بواسطة السدائل او الطعوم في ترميم عيوب الأنف الجلدية

د. فراس ملحم*

د. مصطفى ابراهيم**

علاء اشقر***

(تاريخ الإيداع 8 / 2 / 2022. قُبِلَ للنشر في 9 / 3 / 2022)

□ ملخص □

خلفية البحث: يعتبر ترميم الأنف من المشاكل الترميمية الصعبة بسبب أهمية الأنف التجميلية وبنيتة التشريحية المعقدة. تم تصميم العديد من الطعوم الجلدية والسدائل لترميم عيوب الأنف، ومع ذلك فإن تدبير هذه العيوب يعتبر تحدياً.

الهدف: تقويم طرق ترميم الضياعات الجلدية المادية في الأنف باستخدام الطعوم والسدائل الجلدية ، بالإضافة لتحديد النتائج الوظيفية والتجميلية لكل طريقة.

الطرق: دراسة مقارنة مستقبلية لمدة عام واحد (2019-2020) تم إجراؤها في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية- سوريا. تم دراسة 45 مريضاً مع عيب جلدي في الأنف والخاضعين لإجراء عملية الترميم باستخدام السدائل (35 مريض) أو الطعوم (10 مريض).

النتائج: بلغ متوسط العمر 9.8 ± 66.3 سنة ، 53.3% من المرضى هم من الاناث، والنمط الجلدي III هو الأكثر تواتراً. كانت الطعوم الجلدية أكثر تطبيقاً في الجدار الجانبي للأنف، السدائل في جناح الأنف، ومن دون وجود فروقات ذات دلالة احصائية فيما يتعلق بحجم العيب وعدد الوحدات المصابة بين المجموعتين. كان متوسط VAS في السدائل أعلى مقارنة مع الطعوم، وإن أفضل قيم تم الحصول عليها في ظهر الأنف بالنسبة للسدائل (77 ± 8)، وفي ذروة الأنف بالنسبة للطعوم (55 ± 3). إن أفضل النتائج الوظيفية والتجميلية تم الحصول عليها في السدائل مقارنة مع الطعوم، وكذلك فإن رضا المريض عن النتيجة الجمالية كان أعلى في مجموعة السدائل (94%) مقارنة مع الطعوم (70%).

الخلاصة: مع وجود أكثر من خيار ترميمي متاح لترميم عيوب الأنف، فإن السدائل تعطي نتائج تجميلية ووظيفية الأفضل.

الكلمات المفتاحية: ترميم الأنف، العيوب الجلدية، السدائل

* أستاذ مساعد، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية f.melhem@hotmail.com

** أستاذ، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية

*** طالب دراسات عليا تخصصية، قسم الجراحة، كلية الطب، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية ashqaralaa@gmail.com

مقدمة

يعتبر الأنف الجزء البارز في الوجه وبالتالي الأهم من الناحية التجميلية والوظيفية. ينتج العيب المادي في الأنف عن أسباب متنوعة منها: الاستئصال الورمي، الرضوح، تالياً للاندانات، وفي حالات نادرة تكون العيوب خلقية المنشأ. عند ترميم الأنف يجب الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من الصفات المميزة للأنف وتتضمن التعقيد البنيوي مع السطوح المحدبة والمقعرة القريبة جداً، تناظر الأنف، المرونة المحدودة لجلد الأنف، والمكون الدهني في جلد الأنف القاصي. توجد خيارات متنوعة لترميم نذكر منها: الاغلاق المباشر، الالتئام بالمقصد الثاني وتطعيم الجلد وصولاً إلى السدائل الجلدية الملاصقة والقريبة [9,10]

يعتمد اختيار الطريقة الأمثل لترميم العيب المادي في الأنف على قياس العيب، عمقه، وموقعه، لذلك من الضروري التحليل الدقيق للعيب.

على الرغم من أن مبدأ الوحدات الفرعية التجميلية للأنف لـ Burget, Menick تعتبر هامة في التحليل قبل الجراحة والتخطيط لترميم هذه العيوب فإن اعتبارات تجميلية أخرى مثل بنية الجلد، اللون، والمحيط تعتبر حاسمة حيث يجب أن نحقق توازن بين هذه العوامل المتنوعة والحالة الطبية للمريض، توفر النسيج المجاور والتوقعات [11].

أهمية البحث وأهدافه

• الهدف الرئيسي:

تقويم طرق ترميم الضياعات الجلدية المادية في الأنف باستخدام الطعوم و السدائل الجلدية ومقارنتها مع الدراسات العالمية.

• الأهداف الثانوية:

تقييم النتائج الجمالية والوظيفية لترميم الضياعات المادية لكل طريقة.

طرائق البحث ومواده

• تصميم الدراسة: Comparative Prospective Study

• عينة الدراسة: تم دراسة جميع المرضى المراجعين قسم الجراحة التجميلية والترميمية في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال العامين 2019 و 2020 بشكاية عيب جلدي فقط ناتج عن أسباب متنوعة.

• معايير الاستبعاد:

تضمنت معايير الاستبعاد وجود واحد مما يلي:

الأذيات المتعددة في الأنف، أو أذيات كبيرة تشمل أكثر من 2 وحدة جمالية في الأنف

وجود سوابق لعلاج شعاعي في منطقة الأنف أو قيد العلاج حالياً.

المرضى مع حدوث اختلاطات لديهم تؤثر على النتيجة الجمالية (نخر، انتان).

وجود ندبات سابقة في الأنف

تنظيم ومتابعة المرضى

تم أخذ قصة مفصلة عن المريض: العمر، الأمراض المرافقة، القصة الدوائية، وجود التدخين، مع تحديد نمط الجلد تبعاً لمقياس Fitzpatrick

تحديد الآلية الجراحية الملائمة لكل حالة، و إجراء الجراحة تحت التخدير العام أو الموضعي.

تصوير المرضى قبل وبعد العمل الجراحي مباشرة وبعد 6 أشهر من الجراحة ضمن نفس شروط الاضاءة، الكاميرا ونفس البعد والاضاءة

تقييم النتائج الوظيفية، والجمالية بعد 6 أشهر من الجراحة، و تسجيل الاختلاطات الحاصلة بعد الجراحة وملء الاستمارة الخاصة بكل مريض

تم استخدام مقياس (VAS) visual analogue scale لتقييم النتيجة الجمالية حيث تم عرض الصور قبل الجراحة وبعد 6 أشهر على اثنين من الأخصائيين المستقلين والطلب منهم التقييم بإعطاء درجة للنتيجة الجمالية وتتراوح القيمة من 0 إلى 100، حيث تشير القيمة 0 إلى النتيجة الجمالية الأسوأ و الـ 100 إلى النتيجة الجمالية الأفضل.

وظيفياً: تم تقييم النتيجة الوظيفية للمنطقة التي تم ترميمها من حيث وظيفة الجلد واختبار وظيفة الأنف التنفسية بشكل عام.

حسياً:

احساس اللمس: تم تقييمه بواسطة أشعار Vonfrey وذلك في خمس نقاط (نقطة مركزية و 4 نقاط محيطية) بعد تقسيم منطقة الأذية إلى نقطة مركزية وأربعة أرباع محيطية بحيث تكون كل نقطة ضمن ربع.

حس الوخز: تم تقييمه باستخدام رأس ابرة

تم فحص الحس الحروري بالاستعانة بالحاضنات الجرثومية باستخدام ماء تم ضبط درجة حرارته باستخدام الحاضنة لدرجتي حرارة -10 و درجة +40 ووضع قطعة قطن لمدة دقيقة فيه وتطبيقها على النقاط الخمسة.

القدرة على التمييز بين النقطتين تم قياسه باستخدام فرجار.

تم التقييم للوظيفة التنفسية بعد 6 أشهر.

تم إجراء جلسة تقشير واحدة من قبل نفس أخصائي الجلدية بعد جلسة التقييم الأولي عند عينة من المرضى تم الحصول على الموافقة منهم للخضوع لهذه الجلسة وبلغ عددهم 15 مريض (6 من مرضى الطعوم، 9 من مرضى السدائل).

تم تقييم سلم VAS مرة أخرى بعد شهر من إجراء جلسة التقشير من قبل نفس الأخصائيين المشاركين بالتقييم الأولي وتسجيل النتائج.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

1- إحصاء وصفي Description Statistical

متغيرات كمية quantitative بمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت .

متغيرات نوعية qualitative بالتكرارات والنسب المئوية .

2- إحصاء استدلال Inferential Statistical بالاعتماد على قوانين الإحصاء

اختبار Independent T student للمقارنة بين متوسطي مجموعتين مستقلتين .

اختبار Chi-square لدراسة العلاقة بين المتغيرات الكيفية .
تعتبر النتائج هامة احصائياً مع $p\text{-value} < 5\%$
اعتماد البرنامج IBM SPSS statistics لحساب المعاملات الاحصائية وتحليل النتائج .

النتائج والمناقشة:

شارك في الدراسة 45 مريضاً (21 ذكر ، 24 أنثى) من المرضى مراجعي قسم الجراحة التجميلية والترميمية في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية 2019-2020 ممن يعانون من عيب جلدي فقط في الأنف نتيجة آليات امراضية متنوعة (خلقية - ورمية - رضية) بحجم عيب يتراوح من ضياعات صغيرة الى معتدلة الحجم والمحققين معايير الاشتغال في البحث .

تراوحت الاعمار بين 45 إلى 80 سنة وبلغ وسطي الأعمار 66.3 ± 9.8 سنة .

وجد في عينة البحث 7 حالات من المدخنين بنسبة 15.5% .

تم اتباع طريقتين في العمل الجراحي السدائل والطعوم لترميم عيوب الأنف الجلدية .

فروقات القيم المتوسطة لحجم العيب تبعاً لطريقة العمل الجراحي

نلاحظ أن متوسط حجم العيب كان أكبر في مجموعة السدائل لكن مع عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي البحث ($p:0.06$)

جدول (1) القيم المتوسطة لحجم العيب تبعاً لنوع العمل الجراحي في عينة 45 مريضاً

حجم العيب(سم)	السدائل	الطعوم	P-value
	1.8 ± 0.3	1.2 ± 0.5	0.06

- فروقات التوزع بين مجموعتي البحث وتبعاً لموقع الآفة

نلاحظ من الجدول (2) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي البحث فيما يتعلق بموقع الآفة حيث أن أكثر المواقع التي تم فيها تطبيق السدائل هي جناح الأنف (34.3%) وظهر الأنف (31.4%) أما في مجموعة الطعوم فكان الجدار الجانبي هو أكثر المواقع بنسبة 60% .

جدول (2) فروقات التوزع تبعاً لموقع الآفة بين مجموعتي البحث

موقع الآفة	السدائل	الطعوم	P-value
جناح الأنف	12(34.3%)	2(20%)	0.01
الجدار الجانبي	3(8.6%)	6(60%)	
ظهر الأنف	11(31.4%)	1(10%)	
الذروة	9(25.7%)	1(10%)	

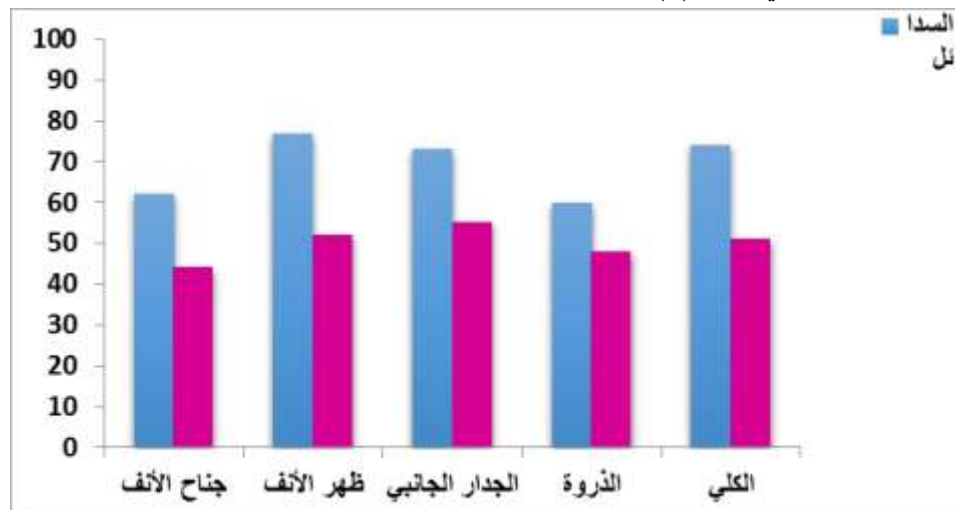
فروقات التوزيع بين مجموعتي البحث وتبعاً للقيم المتوسطة لسلم VAS

نلاحظ من الجدول (3) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي البحث فيما يتعلق بالقيم المتوسطة لسلم VAS في جميع المواقع وتم الحصول على أفضل قيمة في ظهر الأنف في مجموعة السدائل أما في مجموعة الطعوم فكانت النتيجة الأفضل عند الجدار الجانبي .

جدول (3) القيم المتوسطة لسلم VAS تبعاً لنوع العمل الجراحي في عينة 45 مريضاً

موقع الآفة	Mean $\pm$ SD(vas)		P-value
	السدائل	الطعوم	
جناح الأنف	62 $\pm$ 11	44 $\pm$ 19	0.001
ظهر الأنف	77 $\pm$ 8	52	0.001
الجدار الجانبي	73 $\pm$ 11	55 $\pm$ 3	0.002
الذروة	60 $\pm$ 16	48	0.03
الكلي	74 $\pm$ 15	51 $\pm$ 13	0.0001

ولقد تم تمثيل ذلك بيانياً كما في الشكل (1)



الشكل (1) القيم المتوسطة لسلم VAS تبعاً لنوع العمل الجراحي في عينة 45 مريضاً

- النتائج الوظيفية لترميم الذروة تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

إن النتائج الوظيفية في منطقة الذروة تم الحصول عليها بشكل أفضل عند تطبيق السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (4) النتائج الوظيفية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في الذروة

الموقع	العدد مع النمط	الوزن	اللمس الخفيف	الحرارة	البرودة	التمييز بين نقطتين بالملم
الذروة	1FTSG	60%	40%	20%	40%	—
الذروة	9 سدائل	93.3%	86.7%	68.9%	77.8%	10.2

النتائج الوظيفية لترميم جناح الأنف تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

إن النتائج الوظيفية في منطقة جناح الأنف تم الحصول عليها بشكل أفضل عند تطبيق السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (5) النتائج الوظيفية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في جناح الأنف

التميز بين نقطتين بالملم	البرودة	الحرارة	اللمس الخفيف	الوزن	العدد مع النمط	الموقع
—	40%	20%	40%	30%	2FTSG	جناح الأنف
8.5	75%	65%	85%	95%	12 سدائل	جناح الأنف

- النتائج الوظيفية لترميم ظهر الأنف تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

إن النتائج الوظيفية في منطقة ظهر الأنف تم الحصول عليها بشكل أفضل عند تطبيق السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (6) النتائج الوظيفية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في ظهر الأنف

التميز بين نقطتين بالملم	البرودة	الحرارة	اللمس الخفيف	الوزن	العدد مع النمط	الموقع
10	20%	20%	20%	20%	1FTSG	ظهر الأنف
9.8	70.9%	81.8%	89.1%	92.7%	11 سدائل	ظهر الأنف

- النتائج الوظيفية لترميم الجدار الجانبي للأنف تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

إن النتائج الوظيفية في منطقة الجدار الجانبي للأنف تم الحصول عليها بشكل أفضل عند تطبيق السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (7) النتائج الوظيفية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في الجدار الجانبي

التميز بين نقطتين بالملم	البرودة	الحرارة	اللمس الخفيف	الوزن	العدد مع النمط	الموقع
11.2	46.7%	26.7%	46.7%	66.7%	6FTSG	الجدار الجانبي
12	80%	73.3%	86.7%	93.3%	3 سدائل	الجدار الجانبي

- النتائج التجميلية لترميم ذروة الأنف تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

تم الحصول على النتائج التجميلية الأفضل عند ترميم ذروة الأنف باستخدام السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (8) النتائج التجميلية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في الذروة

التقييم الذاتي للمريض	انتظام المحيط			البنية		اللون			العدد مع النمط	الموقع
	أعلى	أخفض	مماثل	مختلف	مماثل	أعمق	فاتح	نفس اللون		
—	—	1	—	1	—	1	—	—	1FTSG	الذروة
—	7	1	8	4	5	—	1	8	9 سدائل	الذروة

النتائج التجميلية لترميم جناح الأنف تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

تم الحصول على النتائج التجميلية الأفضل عند ترميم جناح الأنف باستخدام السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (9) النتائج التجميلية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في جناح الأنف

الموقع	العدد مع النمط	اللون			البنية		انتظام المحيط			التقييم الذاتي للمريض		
		نفس اللون	فاتح	أغمق	مماثل	مختلف	مماثل	أخفض	أعلى	ممتاز	جيد	سيء
جناح الأنف	2FTSG	1	–	1	–	2	1	1	–	2	–	–
جناح الأنف	12 سدائل	9	3	–	8	4	9	1	2	10	2	–

النتائج التجميلية لترميم ظهر الأنف تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

تم الحصول على النتائج التجميلية الأفضل عند ترميم ظهر الأنف باستخدام السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (10) النتائج التجميلية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في ظهر الأنف

الموقع	العدد مع النمط	اللون			البنية		انتظام المحيط			التقييم الذاتي للمريض		
		نفس اللون	فاتح	أغمق	مماثل	مختلف	مماثل	أخفض	أعلى	ممتاز	جيد	سيء
ظهر الأنف	1FTSG	–	–	1	–	1	–	–	1	1	–	–
ظهر الأنف	11 سدائل	9	2	–	10	1	9	1	1	10	1	–

النتائج التجميلية لترميم الجدار الجانبي للأنف تبعاً للطريقة الجراحية المتبعة

تم الحصول على النتائج التجميلية الأفضل عند ترميم الجدار الجانبي للأنف باستخدام السدائل مقارنة مع الطعوم.

جدول (11) النتائج التجميلية لإعادة الترميم تبعاً للطرق المختلفة في الجدار الجانبي

الموقع	العدد مع النمط	اللون			البنية		انتظام المحيط			التقييم الذاتي للمريض		
		نفس اللون	فاتح	أغمق	مماثل	مختلف	مماثل	أخفض	أعلى	ممتاز	جيد	سيء
الجدار الجانبي	6FTSG	–	–	6	–	6	6	–	–	6	–	–
الجدار الجانبي	3 سدائل	3	–	–	2	1	2	–	1	2	1	–

– مقارنة القيم المتوسطة لـ VAS (قبل، بعد) التقشير وتبعاً لطريقة العمل الجراحي

نلاحظ من الجدول زيادة القيم المتوسطة لـ VAS في كلاً من الطعوم الجلدية والسدائل بعد إجراء التقشير وكانت متساوية في كلا المجموعتين.

جدول (12) مقارنة القيم المتوسطة لـ VAS بين مجموعتي البحث (قبل وبعد اجراء التقشير)

نمط الترميم	VAS (التقييم الأولي)	VAS (التقييم الثانوي)
طعم جلدي 6	58	70
السدائل 9	70	82

نلاحظ من الجدول (13) من خلال تقييم وظيفة التنفس حسب مقياس NAFEQ أن جميع المرضى كانوا راضين بشكل تام.

جدول (13) تقييم وظيفة التنفس حسب مقياس التقييم الوظيفي الجمالي للأنف

المتغير	دائماً	أحياناً	مطلقاً
هل تعاني من مشاكل تنفس في الأنف	_____	_____	✓
هل تعاني من الشخير	_____	_____	✓
هل تعاني من وجود قشور بجوف الأنف	_____	_____	✓
هل تعاني من الرعاف	_____	_____	✓
هل أنت راض عن وظيفة الأنف بالمجمل	_____	_____	✓

المناقشة

بلغ حجم العينة المدروسة 45 مريض لديهم ضياع مادي في جلد الأنف حيث بلغ عدد الذكور 21 بنسبة 46.70% وعدد الاناث 24 بنسبة 53.30%. غالبية المرضى هم من المسنين بمتوسط عمر 66.3 ± 9.8 سنة. النمط الجلدي III هو الأكثر تواتراً ثم النمط II، وأكثر مواقع الإصابة هي جناح الأنف ثم ظهر الأنف. تم في دراستنا ترميم عيوب الأنف باستخدام الطعوم أو أحد أنماط السدائل والتي تم اختيارها اعتماداً على حجم العيب وموقعه:

الطعوم الجلدية: تم تطبيقها عند 10 مرضى بنسبة 22.2% وخاصة في من منطقة الجدار الجانبي للأنف. **السدائل الجلدية:** تم تطبيقها عند 35 مريض بنسبة 77.8% مع اختيار السديلة المناسبة حسب مكان وحجم الضياع. كانت السدائل أكثر تطبيقاً في جناح الأنف تلاها ظهر الأنف. لم يلاحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في قياس العيب بين طريقتي الترميم الجراحي، وكان عدد الوحدات المصابة مفرداً في غالبية الحالات بكلا الطريقتين. تم الحصول على أفضل قيمة للسلم VAS عند تطبيق السدائل مقارنة مع الطعوم مع وجود أهمية إحصائية ($P:0.001$)، وأفضل قيمة لـ VAS في السدائل كانت في ظهر الأنف وعند تطبيق السديلة BF، بينما للطعوم كانت أفضل قيمة لـ VAS في الجدار الجانبي للأنف. وجود نتائج وظيفية وتجميلية مختلفة لنفس الوحدة الفرعية تبعاً للطرق المختلفة للترميم، وكذلك لنفس الطريقة العلاجية بين الوحدات المختلفة. كان شفاء الخبز أفضل في جناح الأنف، اللمس والحرارة في ظهر الأنف، البرودة في الجدار الجانبي في حال تطبيق السدائل.

كان شفاء الحس أفضل في السدائل مقارنة مع الطعوم ويعود هذا للانكماش الثانوي للطعم وحدوث فشل أخذ الطعم الجلدي وهو مستبعد في السدائل حيث التروية الدموية جيدة.
تم الحصول على أفضل النتائج الوظيفية في الجدران الجانبية في حالة الطعوم.
كان تطابق اللون والبنية مع الجلد المحيط أفضل عند تطبيق السدائل مقارنة مع الطعوم.
أجري عدد من الدراسات تمت فيها مقارنة النتائج الوظيفية والتجميلية لاستخدام السدائل والطعوم في ترميم عيوب الأنف نذكر منها:

دراسة (2010) Jacobs *et al.* والتي شملت 67 إجراء لترميم الأنف (43 سدائل، و 24 طعوم).
كان متوسط VAS مختلف بشكل هام إحصائياً بين المجموعتين مع قيم أعلى في السدائل مقارنة مع الطعوم، وإن أفضل قيم VAS تم الحصول عليها في منطقة ظهر الأنف أو الجدران الجانبية مقارنة مع المواقع الأخرى بالنسبة للسدائل.

أعطت جميع السدائل مظهراً تجميلاً مقبولاً مقابل 75% في منطقة الطعوم.
حدثت الاختلاطات بنسبة 10.4% من عينة البحث، تمثلت بالإنتان والنخر في مجموعة السدائل، أما في مجموعة الطعوم شملت الإنتان، النزف و النخر. [27]

شملت دراسة (2016) Marko *et al.* في صربيا 44 مريضاً مصاباً بسرطان الخلايا القاعدية في منطقة الأنف. بلغ وسطي العمر 66 سنة، وسطي حجم العيب 10 مم، وتم استخدام طرق متنوعة من الترميم شملت عدة أنواع من السدائل بالإضافة للطعوم الجلدية كاملة الثخانة.

بالنسبة للسدائل: كان شفاء الألم والبرودة أفضل من الحرارة واللمس الخفيف، ومتوسط مسافة التميز بين نقطتين هو 10.4 مم، أما بالنسبة للطعوم فإن شفاء الحس هو جزئي ومتوسط مسافة التميز بين نقطتين هو 12.5 مم.
تم الحصول على أفضل النتائج الوظيفية في ذروة الأنف بالنمط RF، جناح الأنف والجدران الجانبية بالنمط AF، وظهر الأنف بالنمط TF.

تم الحصول على أفضل النتائج التجميلية بالنمط TF بالنسبة للظهر، الذروة، والجدران الجانبية والFTSG بالنسبة للجناح. [28]

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات

يعتمد الشفاء الوظيفي للسدائل الموضعية والطعوم على موقع الأفة في الأنف.
كانت قيم VAS أفضل عند تطبيق السدائل مقارنة بالطعوم.
بالنسبة للسدائل كانت VAS الأفضل في ظهر الأنف، وعند تطبيق النمط BF .
بالنسبة للطعوم كانت VAS الأفضل في الجدار الجانبي وعند أخذ الطعم من منطقة الجبهة.
أعطت السدائل نتائج تجميلية أفضل مقارنة مع الطعوم بتحقيق تطابق لوني ونسيجي ممتاز .
رضا المريض أفضل في حال السدائل.

التوصيات

تقييم وتحليل الضياع المادي في الأنف بشكل دقيق والتخطيط الجيد للعمل الجراحي قبل الجراحة، ومع وجود أكثر من خيار ترميمي متاح لدى الجراح في إغلاق الضياع فإن اختيار الطريقة التي تحقق أفضل النتائج من الناحية الوظيفية والتجميلية تعتبر الهدف الرئيسي.

References

- 1-Kapalan B ,Moy R(1995). Flaps and grafts for facial reconstruction. *Dermatol Surg*.21: 431-440.
- 2-Rieger R(1967). A Local Flap for Repair of the Nasal Tip. *Plast Reconstr Surg*. 40: 147–149.
- 3-Marchac D, Toth B(1985). The Axial Frontonasal Flap Revisited *Plast Reconstr Surg*.76: 686–694.
- 4-Levend A, McLennan L(2010). Nasal reconstruction after malignant tumor resection: an algorithm for treatment. *Plast Reconstr Surg*.126:97-105
- 5-Burget G, Menick F(1985). The subunit principle in nasal reconstruction . *Plast Reconstr Surg*.76:239-247.
- 6-Lee R,Baskin J(2006). Improving outcomes of locoregional flaps: An emphasis on anatomy and basic science. *Curr Opin Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 14, 260–264
- 7-Jones N(2001). The nose and paranasal sinuses physiology and anatomy. *Adv Drug Deliv Rev*.51:5-19.
- 8-Watelet J, Van P(1999). Applied anatomy and physiology of the nose and paranasal sinuses. *Allergy*.54:14-25.
- 9- Ballenger J, Snow J(2003). Anatomy and physiology of the nose and paranasal sinuses. *Ballanger otorhinolaryngology , head and neck surgery*. BC Decker, Toronto. 547-560.
- 10-Arnold G, Lund V(1990). Nasal anatomy, sinus anatomy and nasal physiology. In: *Clinical rhinology*. New York: Georg Thieme Verlag.1:32-40.
- 11-Babin E, Moreau S.(2003). Anatomic variation of the arteries of the nasal fossa. *Otolaryngol Head Neck Surg*.128:236-239.
- 12-Lessard M, Daniel R(1985). Surgical anatomy of septorhinoplasty. *Arch Otolaryngol* .111:25-9.
- 13- Shan R,Kevin C, Arun G(2014). Local flaps in facial reconstruction. In; *Grabb and Smith's plastic surgery*.7: 71-94.
- 14- Marcasciano M, Tarallo M, Maruccia M(2017). Surgical Treatment with Loco regional Flap for the Nose. *Bio Med Res Int*. 9750135.
- 15- Rogers C, LaLonde D, Menick F(2015). Surgical Treatment and Reconstruction of Nonmelanoma Facial Skin Cancers. *Plast Reconstr Surg*, 135: 895–908.
- 16- Basagaoglu B, Ali K, Hollier P(2018). Approach to Reconstruction of Nasal Defects. *Semin Plast Surg*. 32: 075–083.
- 17- Rieger R(1967). A Local Flap for Repair of the Nasal Tip. *Plast Reconstr Surg*. 40: 147–149.
- 18- Yong J, Christophel J(2014). Repair of Intermediate-Size Nasal Defects. *JAMA Otolaryngol. Neck Surg*.140: 1027–1033.
- 19- Jacobs M(2010). Clinical outcome of cutaneous flaps versus full-thickness skin grafts after Mohs surgery on the nose. *Dermatol Surg*.36:23-30.

- 20- Weber S, Baker S(2009). Management of Cutaneous Nasal Defects. *Facial Plast Surg Clin N. Am.*17:395–417.
- 21- Zitelli J(1996). Wound healing by first and second intention. In Roenigk and Roenigk's *Dermatologic Surgery*, 2nd ed; Roenigk, R.K., Roenigk, H.H., Eds.; CRC Press: New York, NY, USA.101–130
- 22- Potenza C, Bernardini N, Balduzzi V(2018).A review of the literature of surgical and nonsurgical treatments of invasive squamous cells carcinoma. *BioMed Res Int.* 9489163.
- 23- Rohrich R, Griffin J, Ansari, M(2004). Nasal Reconstruction—Beyond Aesthetic Subunits: A 15-Year Review of 1334 Cases. *Plast Reconstr Surg.* 114:1405–1416.
- 24- Cook J(2003). The examination of several common misconceptions in nasal reconstruction. *Semin Cutan Med Surg.*22: 281–294.
- 25- Menick F(2014). Forehead Flap: Master Techniques in Otolaryngology Head and Neck Surgery. *Facial Plast Surg.*30:131–144
- 26- Bloom J, Ransom E, Miller C(2011). Reconstruction of alar defects . *Facial Plast Surg Clin North.*19:63-83.
- 27-Jacobs M, David A, Kim PH(2010). Clinical outcome of cutaneous flaps versus full-thickness skin grafts after Mohs surgery on the nose. *Dermatol Surg.*36:23-30.
- 28-Marko S, Ana D, Goran S(2016). Analysis of reconstructive methods in surgical treatment of nasal skin defects.*Vojnosanit Pregl.*73:723-727.