Comparison of full-thickness Skin Grafts and Flaps for Reconstruction of Facial Skin Defects After Malignant Skin Tumors Excision

Dr.Feras Melhem *
Dr. Hamid Suleman **
Yusha Dib***

(Received 18 / 6 / 2019. Accepted 21 / 10 / 2019)

□ ABSTRACT □

Objective:
management the malignant skin cancer, evaluate the results, and comparison between full thickness skin grafts and flaps in order to choose the best technique which corresponds to the clinical case.
Method:
Observational Descriptive Study was performed with 58 patients in the period between 1/1/2017 until 1/10/2018 , 24 of which received full thickness skin grafts and 34 received skin flaps.
Results:

- The group of patients who received full thickness skin grafts exhibited more partial necrosis and discoloration.
- No differences were noted as to infection, full necrosis, hematoma, bruising, ectropion, and patient dissatisfaction.

Conclusion:
Flaps are better than full thickness skin grafts for reconstruction of facial skin defects after malignant skin tumors excision except in some exceptions

.
Key words: Full thickness skin grafts, flaps, skin defects, malignant skin tumors

* **Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine , Tishreen University , Lattakia , Syria .**
** **Professor, Department of Dermatology, Faculty of Medicine , Tishreen University , Lattakia , Syria**
*** **Postgraduate student, Department of surgery, Faculty of medicine, Tishreen university, Lattakia, Syria.**

مقارنة بين استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة والسدائل في ترميم العيوب الجلدية في الوجه بعد استئصال الأورام الجلدية الخبيثة

د.فراس ملحم *

د.حميد سليمان **

يوشع ديب***

(تاريخ الإيداع 18 / 6 / 2019. قُبِل للنشر في 21 /10 /2019)

□ ملخّص □

هدف الدراسة:

تدبير الأورام الجلدية الخبيثة في الوجه وتقييم النتائج والمقارنة بين الطعوم الجلدية كاملة السماكة والسدائل بهدف اختيار الطريقة المثلى التي تناسب الحالة السريرية.

طريقة الدراسة:

دراسة وصفية رصدية مقارنة شملت 58 مريضا في الفترة بين 1 كانون الثاني 2017 ولغاية 1 تشرين الأول 2018. تم تدبير 24 مريضا بطعوم جلدية كاملة السماكة، و 34 مريضا بسدائل.

النتيجة:

- شهدت مجموعة المرضى الذي أجري لهم طعم جلدي كامل السماكة نسبة أكبر بحدوث التنخر الجزئي والتباين اللوني .
- لم تلاحظ أي فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالإنتان والتنخر الكامل والتكدم والورم الدموي والشتر الخارجي ورضى المرضى عن العمل الجراحي.

الخاتمة:

السدائل أفضل من الطعوم الجلدية كاملة السماكة في تدبير العيوب الجلدية في الوجه بعد استئصال أورام جلدية خبيثة إلا في بعض الاستثناءات.

الكلمات المفتاحية: طعوم جلدية كاملة السماكة ، سدائل ، عيوب جلدية ، أورام جلدية خبيثة.

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

** **أستاذ، قسم الأمراض الجلدية ، كلية الطب ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية .**

*** **طالب دراسات عليا(ماجستير)، قسم الجراحة ، كلية الطب ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية.**

مقدمة:

تعد إصابة الوجه بالأورام الجلدية الخبيثة (Malignant Skin Tumors) من المشاكل الشائعة جدا والتي تضع الطبيب الجراح أمام تحدي كبير يجمع بين الاستئصال الكامل للورم الجلدي وترميم العيوب الجلدية (Skin Defects) الناتجة عن الاستئصال خصوصا أن لهذه العيوب تأثير نفسي سيء على المريض مما يفرض على الجراح تحدي إضافي هو الجمع في عملية الترميم بين إعادة وظيفة الجلد والتحسين الجمالي لمنطقة الضياع قدر الإمكان.

ورغم التطور الكبير في الجراحة التصنيعية و الترميمية في هذا المجال إلا أن الجدل ما زال قائما في بعض الحالات بين الجراحين حول الفرق في النتائج بين استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة (Full Thickness Skin Grafts) والسدائل (Flaps) [8,7,6,5,4,3,2,1]، حيث أن الطريقتين تعتبران كأي عمل جراحي يحتمل حدوث مضاعفات كالإنتان (Infection) [11,10,9]، التنخر (Necrosis) [12,11,10,9] ،الورم الدموي (Hematoma) [10,9] ، التكدم (Bruising)[10] ، الشتر الخارجي (Ectropion)، التباين اللوني مع المحيط (Discoloration) [14,13] وعدم رضى المريض عن العمل الجراحي (Patient Dissatisfaction)[11] .

وتكمن أهمية البحث من العدد الكبير للمرضى المراجعين للعيادة الجراحية الترميمية في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية بقصة ورم جلدي خبيث والذين يتم تدبيرهم بطرق جراحية مختلفة يأتي على رأسها استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة والسدائل ووجود مضاعفات بنسب مختلفة ومتفاوتة دون توثيقها بطريقة إحصائية تمكننا من تقييم نتائجنا.

ومن هنا وضعنا هدفا لدراستنا تدبير ومعالجة الأورام الجلدية الخبيثة في الوجه باستخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة أو السدائل في الفترة الممتدة بين 1 كانون الثاني 2017 ولغاية 1 تشرين الأول 2018. وتقييم النتائج والمضاعفات والمقارنة بينهما للوصول إلى اعتماد إحدى الطريقتين في الترميم أو تفضيلها كحد أدنى.

طرائق البحث ومواده:

نوع الدراسة: دراسة وصفية رصدية مقارنة و تم استخدام قوانين الإحصاء الوصفي على المتغيرات المدروسة ودراسة النسب المئوية والتكرارات واختبارات المقارنة والاعتماد على احتمال الدلالة P بحيث تكون النتائج ذات دلالة إحصائية عندما P-value أقل من 0.05 ، الخطأ α=5% . تم تطبيق Chi-Square Tests باعتماد برنامج IBM SPSS statistics لحساب المعاملات الإحصائية وتحليل النتائج

مكان الدراسة: مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية- شعبة الجراحة الترميمية والحروق.

عينة البحث: شملت عينة البحث 58 مريضاً (42 ذكر، 16 أنثى) المقبولين في شعبة الجراحة الترميمية والحروق في مشفى تشرين الجامعي في الفترة الممتدة بين 1 كانون الثاني 2017 ولغاية 1 تشرين الأول 2018 بقصة ورم جلدي خبيث بحاجة استئصال وإجراء عمل جراحي ترميمي.

معايير إدخال: جميع المرضى بقصة ورم جلدي خبيث بالوجه بحاجة استئصال وعمل جراحي ترميمي.

معايير الاستبعاد: المرضى الذين تم تدبيرهم بالاستئصال والإغلاق المباشر بالتقريب والخياطة و المرضى بقصة الأمراض الجلدية التي يحدث في سيرها أورام جلدية خبيثة بشكل متكرر.

النتائج والمناقشة:

النتيجة (1) : توزعت عينة 58 مريض حسب نوع الورم الجلدي الخبيث في الوجه كالتالي:

49 مريض كارسينوما قاعدية الخلايا بنسبة 84.5%

8 مرضى كارسينوما شائكة الخلايا بنسبة 13.8%

مريض واحد ميلانوما خبيثة بنسبة 1.7%

نلاحظ أن النسبة الأكبر هي للكارسينوما قاعدية الخلايا بينما كانت الميلانوما نادرة

الجدول (1) توزع العينة حسب نوع الورم الجلدي الخبيثة

نوع الورم الجلدي الخبيث	التكرار	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
كارسينوما قاعدية الخلايا	49	% 84.5	% 84.5
كارسينوما شائكة الخلايا	8	% 13.8	% 98.3
ميلانوما خبيثة	1	% 1.7	% 100.0
العدد الكلي	58	% 100.0	

النتيجة (2): توزع عينة 58 مريض حسب التقنية الجراحية المستخدمة في الترميم

تم الترميم ل 24 مريض باستخدام طعوم جلدية كاملة السماكة (41.4%)

تم الترميم لـ 34 مريض باستخدام سدائل جلدية (58.6%)

نلاحظ هنا أننا استخدمنا السدائل أكثر من الطعوم الجلدية كاملة السماكة والطريقة التي تم بها اختيار التكنيك المستخدم اعتمدت على الحديث بين الجراح والمريض من خلال شرح طبيعة الورم الجلدي وأهمية استئصاله وشرح طرق الترميم المستخدمة له مع وضعه بالصورة الكاملة للنتائج المرجوة لكل طريقة والمضاعفات المحتملة مع احتفاظ الجراح لنفسه باختيار التكنيك المستخدم في بعض الحالات الخاصة كوجود ورم جلدي خبيث على الجفن السفلي (في حال أدى الاستئصال لعيب تحت تام حصرا لأنه في حالة العيب التام نستخدم السدائل) حيث أن الدراسات المرجعية العالمية أثبتت وجود نسبة عالية من نكس الورم وسهولة مراقبة النكس بعد العمل الجراحي إذا استخدمنا الطعوم الجلدية [18,17,16,15] لذلك حاولنا قدر الإمكان استخدام الطعوم وتفضيلها على السدائل أو وجود إصابات ورمية ثاقبة في الأنف وعندها فضلنا السدائل [8] .

الجدول (2) توزع العينة حسب طريقة الترميم المستخدمة

طريقة الترميم المستخدمة	التكرار	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
طعوم جلدية كاملة السماكة	24	% 41.4	% 41.4
السدائل	34	% 58.6	% 100.0
العدد الكلي	58	% 100.0	

النتيجة (3) توزع عينة 58 مريض حسب حدوث الإنتان في كل من الطريقتين

حدث الإنتان في 3 حالات من 58 حالة وكان توزعهم كما يلي:

طعوم جلدية كاملة السماكة: حدث الإنتان في 3 حالات من 24 (12.5%)

سدائل جلدية: لم نسجل أي حالة إنتان

نلاحظ أن كل حالات الإنتان التي حدثت كانت بعد استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة ولم نسجل أي حالة عند استخدام السدائل وبتطبيق اختبار Chi-Square نجد أن P-value هي 0.66 (أكبر من 0.05) وبالتالي نستنتج عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الطريقتين في الترميم واحتمال حدوث الإنتان بعد العمل الجراحي.

الجدول (3) يوضح توزع الإنتان حسب الطريقة المستخدمة وقيمة P-value

الطريقة المستخدمة	الإنتان		العدد الكلي	P-value
	يوجد	لا يوجد		
طعوم جلدية كاملة السماكة	3 (%100)	21 (%38.2)	24 (%41.4)	0.66
السدائل	0 (%0)	34 (%61.8)	34 (%58.6)	
العدد الكلي	3 (%100)	55 (%100)	58 (%100)	

النتيجة (4): توزع عينة 58 مريض حسب حدوث التنخر الجزئي في كل من الطريقتين

حدث التنخر الجزئي في 11 حالة من 58 وكان توزعهم كما يلي:

طعوم جلدية كاملة السماكة: حدث التنخر الجزئي في 8 حالات من 24 (33.3%)

سدائل جلدية: حدث التنخر الجزئي في 3 حالات من 34 (8.82%)

كان لدينا 11 حالة تنخر جزئي 8 منها كانت بعد استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة و 3 حالات بعد استخدام السدائل وبتطبيق اختبار Chi-Square نجد أن P-value هي 0.023 (أصغر من 0.05) وبالتالي نستنتج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطريقتين في الترميم واحتمال حدوث التنخر الجزئي بعد العمل الجراحي حيث أن التنخر الجزئي يرتبط باستخدام الطعوم الجلدية بشكل أكبر.

مع العلم أنه خلال بحثنا ومتابعتنا للمرضى وجدنا أن هذه الدلالة الإحصائية ليست ذات دلالة سريرية مهمة لأن معظم الحالات تمت متابعتها بالضمادات لحين الالتئام بالمقصد الثاني دون أي تأثير على النتيجة النهائية.

الجدول (4) يوضح توزع التنخر الجزئي حسب الطريقة المستخدمة وقيمة P-value

الطريقة المستخدمة	التنخر الجزئي		العدد الكلي	P-value
	يوجد	لا يوجد		
طعوم جلدية كاملة السماكة	8 (%72.7)	16 (%34.0)	24 (%41.4)	0.023
السدائل	3 (%27.3)	31 (%66.0)	34 (%58.6)	
العدد الكلي	11 (%100)	47 (%100)	58 (%100)	

النتيجة (5): توزع عينة 58 مريض حسب حدوث التنخر الكامل في كل من الطريقتين

حدث التنخر الكامل في 3 حالات من 58 حالة وكان توزعهم كما يلي:

طعوم جلدية كاملة السماكة: حدث التنخر الكامل في 3 حالات من 24 (12.5%)

سدائل جلدية: لم نسجل أي حالة تنخر كامل

نلاحظ أن كل حالات التنخر الكامل وعددها 3 التي حدثت كانت بعد استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة ولم نسجل أي حالة عند استخدام السدائل وبتطبيق اختبار Chi-Square نجد أن P-value هي 0.66 (أكبر من 0.05) وبالتالي نستنتج عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الطريقتين في الترميم واحتمال حدوث التنخر الكامل بعد العمل الجراحي.

الجدول (5) يوضح توزع التنخر الكامل حسب الطريقة المستخدمة وقيمة P-value

الطريقة المستخدمة	التنخر الكامل		العدد الكلي	P-value
	يوجد	لا يوجد		
طعوم جلدية كاملة السماكة	3 (%100)	21 (%38.2)	24 (%41.4)	0.66
السدائل	0 (%0)	34 (%61.8)	34 (%58.6)	
العدد الكلي	3 (%100)	55 (%100)	58 (%100)	

النتيجة (6) توزع عينة 58 مريض حسب حدوث الورم الدموي في كل من الطريقتين

طعوم جلدية كاملة السماكة: لم نسجل أي حالة

سدائل جلدية: لم نسجل أي حالة

لم نسجل أي حالة ورم دموي وبالتالي لا يوجد تفضيل لطريقة على أخرى إحصائيا

النتيجة (7) توزع عينة 58 مريض حسب حدوث التكدم في كل من الطريقتين

حدث التكدم في 3 حالات من 58 حالة وكان توزعهم كما يلي:

طعوم جلدية كاملة السماكة: لم نسجل أي حالة تكدم

سدائل جلدية: حدث التكدم في 3 حالات من 34 (%8.82)

نلاحظ أن كل حالات التكدم وعددها 3 التي حدثت كانت بعد استخدام السدائل ولم نسجل أي حالة عند استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة وبتطبيق اختبار Chi-Square نجد أن P-value هي 0.194 (أكبر من 0.05) وبالتالي نستنتج عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الطريقتين في الترميم واحتمال حدوث التكدم بعد العمل الجراحي.

الجدول (6) يوضح توزع التكدم حسب الطريقة المستخدمة وقيمة P-value

الطريقة المستخدمة	التكدم		العدد الكلي	P-value
	يوجد	لا يوجد		
طعوم جلدية كاملة السماكة	0 (%0)	24 (%43.6)	24 (%41.4)	0.194
السدائل	3 (%100)	31 (%56.4)	34 (%58.6)	
العدد الكلي	3 (%100)	55 (%100)	58 (%100)	

النتيجة (8): من 58 حالة ورم جلدي خبيث كانت هناك فقط 18 حالة حول العين تم تدبير 8 حالات بطعوم جلدية كاملة السماكة و 10 حالات بسدائل.

توزع عينة 18 مريض حسب حدوث الشتر الخارجي كالتالي

طعوم جلدية كاملة السماكة: حدث الشتر الخارجي في حالة واحدة فقط من 8 حالات (12.5 %)

سدائل جلدية: لم يحدث الشتر الخارجي في أي حالة.

نلاحظ أن الشتر الخارجي حدث في حالة واحدة كانت بعد استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة بينما لم يحدث الشتر الخارجي عند استخدام السدائل وبتطبيق اختبار Chi-Square نجد أن P-value هي 0.414 (أكبر من 0.05) وبالتالي نستنتج عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الطريقتين في الترميم واحتمال حدوث الشتر الخارجي بعد العمل الجراحي.

الجدول (7) يوضح توزع الشتر الخارجي حسب الطريقة المستخدمة وقيمة P-value

الطريقة المستخدمة	الشتر الخارجي		العدد الكلي	P-value
	يوجد	لا يوجد		
طعوم جلدية كاملة السماكة	1 (%100)	7 (%41.17)	8 (%44.4)	0.414
السدائل	0 (%0)	10 (%58.83)	10 (%55.6)	
العدد الكلي	1 (%100)	17 (%100)	18 (%100)	

لنتيجة (9): توزع عينة 58 مريض حسب حدوث تباين لوني مع المحيط في كل من الطريقتين

حدث التباين اللوني في 13 حالات من 58 حالة وكان توزعهم كما يلي:

طعوم جلدية كاملة السماكة: حدث التباين اللوني مع المحيط في 13 من 24 (54.16%)

سدائل جلدية: لم تسجل أي حالة تباين لوني مع المحيط

كان لدينا 13 حالة تباين لوني مع المحيط كانت جميعها بعد استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة و لم تسجل أي حالة بعد استخدام السدائل وبتطبيق اختبار Chi-Square نجد أن P-value هي 0.0001 (أصغر بكثير من 0.05) وبالتالي نستنتج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطريقتين في الترميم واحتمال حدوث التباين اللوني بعد العمل الجراحي حيث أن التباين اللوني يرتبط باستخدام الطعوم الجلدية بشكل أكبر.

الجدول (8) يوضح توزع التباين اللوني مع المحيط حسب الطريقة المستخدمة وقيمة P-value

الطريقة المستخدمة	التباين اللوني مع المحيط		العدد الكلي	P-value
	يوجد	لا يوجد		
طعوم جلدية كاملة السماكة	13 (%100)	11 (%24.4)	24 (%41.4)	0.0001
السدائل	0 (%0)	34 (%75.6)	34 (%58.6)	
العدد الكلي	13 (%100)	45 (%100)	58 (%100)	

النتيجة (10): توزع عينة 58 مريض حسب عدم رضى المريض عن النتيجة في كل من الطريقتين

حدث عدم رضى المرضى عن العمل الجراحي في 5 حالات من 58 حالة وكان توزعهم كما يلي:

طعوم جلدية كاملة السماكة: سجل عدم رضى من المرضى في 4 من 24 (16.6%)

سدائل جلدية: سجل عدم رضى من المرضى في حالة واحدة من 34 (2.94%)

كان لدينا 5 حالات عدم رضى مرضى عن العمل الجراحي 4 منها كانت بعد استخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة و حالة واحدة بعد استخدام السدائل وبتطبيق اختبار Chi-Square نجد أن P-value هي 0.088 (أكبر من 0.05) وبالتالي نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطريقتين في الترميم واحتمال حدوث عدم رضى مرضى عن العمل الجراحي.

الجدول (9) يوضح توزع عدم رضى المرضى عن العمل الجراحي حسب الطريقة المستخدمة وقيمة P-value

الطريقة المستخدمة	عدم رضى المريض عن العمل الجراحي		العدد الكلي	P-value
	يوجد	لا يوجد		
طعوم جلدية كاملة السماكة	4 (%80)	20 (%37.7)	24 (%41.4)	0.088
السدائل	1 (%20)	33 (%62.3)	34 (%58.6)	
العدد الكلي	5 (%100)	45 (%100)	58 (%100)	

المقارنة مع دراسات عالمية:

في نهاية الدراسة تمت مقارنة بعض نتائجنا مع نتائج الدراسات التالية:

1- دراسة كورية جنوبية [19]

(A Comparison of the Local Flap and Skin Graft by Location of Face in Reconstruction after Resection of Facial Skin Cancer, Kyung Suk Lee, Jun Oh Kim, Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Institute of Health Sciences, Gyeongsang National University Hospital, 2017).

	دراستنا	الدراسة الكورية
عدد الحالات	58حالة	153حالة
توزع الحالات حسب نوع الورم	49 حالة BCC (%84.5) 8 حالات SCC (%13.8) حالة واحدة ميلانوما	87 حالة BCC (%56.8) 57 حالة SCC (%37.2) 9 حالات Bowen's disease
توزع الحالات حسب طريقة الترميم المستخدمة	34 حالة Flaps (% 58.6) 24 حالة FTSGs (% 41.4)	119 حالة Flaps (% 77.7) 34 حالة FTSGs (% 22.3)
المقارنة حسب رضى المرضى	P-value أكبر من 0.05	P-value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم

في هذه الدراسة نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بما يتعلق برضى المريض عن النتيجة النهائية للعمل الجراحي حيث أن P–value هي 0.04 مما يعني أن السدائل مفضلة على الطعوم الجلدية لترميم العيوب الجلدية في الوجه. أما في دراستنا فقد كانت P–value تساوي 0.088 مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وعدم تفضيل طريقة على أخرى بما يتعلق برضى المرضى عن النتيجة النهائية.

2- دراسة إيرانية [13]

(Comparison of Local Flaps and Skin Grafts to Repair Cheek Skin Defects, Ali Ebrahimi, Mehdi Ashayeri, and Hamid Reza Rasouli**,** Department of Plastic Surgery, Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran, 2015).

	دراستنا	الدراسة الإيرانية
عدد الحالات	58 حالة	40 حالة
توزع الحالات حسب نوع الورم	49 حالة BCC (84.5%) 8 حالات SCC (13.8%) حالة واحدة ميلانوما	40 حالة BCC (100%)
توزع الحالات حسب طريقة الترميم المستخدمة	34 حالة Flaps (58.6 %) 24 حالة FTSGs (41.4 %)	20 حالة Flaps (50 %) 20 حالة FTSGs (50 %)
المقارنة حسب رضى المرضى	P–value أكبر من 0.05	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم
المقارنة حسب التباين اللوني مع المحيط	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم

قارنت هذه الدراسة بين الطعوم الجلدية كاملة السماكة والسدائل في ترميم العيوب الجلدية في الخد من حيث رضى المريض والتباين اللوني مع المحيط وكانت النتائج بالنسبة للتباين اللوني مع المحيط متوافقة مع نتائجنا حيث أن P–value في الدراسة الإيرانية ودراستنا أقل من 0.05 مما يدل على فروق ذات دلالة إحصائية وتفضيل للسدائل على الطعوم الجلدية. أما النتائج بالنسبة لرضا المريض عن النتيجة فقد أوجدت الدراسة الإيرانية فروق ذات دلالة إحصائية حيث أن P–value اقل من 0.05 وبالتالي تفضل السدائل على الطعوم الجلدية اما في دراستنا فإن P–value أكبر من 0.05 وبالتالي لا يوجد تفضيل لطريقة على الأخرى.

3- دراسة إيطالية [14]

(**Reconstruction of anterior auricular conchal defect after malignancy excision: Revolving-door flap versus full-thickness skin graft**, Luca Andrea Dessy, Andrea Figus, Paolo Fioramonti, Marco Mazzocchi, Nicolo Scuderi, Department of Plastic and Reconstructive Surgery, University of Rome, 2010).

	دراستنا	الدراسة الإيطالية
عدد الحالات	58 حالة	40 حالة
توزع الحالات حسب نوع الورم	49 حالة BCC (84.5%) 8 حالات SCC (13.8 %) حالة واحدة ميلانوما (1.7 %)	30 حالة BCC (75 %) 9 حالات SCC (22.5 %) حالة واحدة ميلانوما (2.5 %)
توزع الحالات حسب طريقة الترميم المستخدمة	34 حالة Flaps (58.6 %) 24 حالة FTSGs (41.4 %)	20 حالة Flaps (50 %) 20 حالة FTSGs (50 %)
التنخر الجزئي	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم
التنخر الكامل	P–value أكبر من 0.05	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم
التباين اللوني مع المحيط	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم
رضى المريض	P–value أكبر من 0.05	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم

في هذه الدراسة وجد الباحثين أن السدائل مفضلة على الطعوم الجلدية من حيث التنخر الجزئي أو الكامل والتصبغ والتباين اللوني مع المحيط والنتائج الجمالية والتندب وما يتبعه من مضاعفات والتندب الضخامي، وهذه النتائج تتوافق مع نتائجنا بما يتعلق بالتنخر الجزئي والتباين اللوني فقط وتختلف بما يتعلق بالتنخر الكامل والشتر والنتائج الجمالية.

4- دراسة ألمانية [20]

Complications after nasal skin repair with local flaps and full-thickness skin grafts and implications of patients contentment, Jan Rustemeyer, Lutz Günther, Andreas Bremerich, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen, Spezielle Schmerz therapie Klinikum Bremen-Mitte Bremen Germany, 2009.

	دراستنا	الدراسة الألمانية
عدد الحالات	58 حالة	210 حالة
توزع الحالات حسب نوع الورم	49 حالة BCC (84.5%) 8 حالات SCC (13.8 %) حالة واحدة ميلانوما (1.7 %)	BCC 100%
توزع الحالات حسب طريقة الترميم المستخدمة	34 حالة Flaps (58.6 %) 24 حالة FTSGs (41.4 %)	117 حالة Flaps (55.7 %) 93 حالة FTSGs (44.3 %)
التنخر الجزئي	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم

التنخر الكامل	P–value أكبر من 0.05	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم
الإنتان	P–value أكبر من 0.05	P–value أصغر من 0.05 السدائل مفضلة على الطعوم

بحثت هذه الدراسة في الفروق بين الطعوم الجلدية والسدائل من حيث التنخر والإنتان ولم تجد فروق بين الطريقتين على عكس دراستنا التي فضلت السدائل على الطعوم بما يخص التنخر أما الإنتان فكان النتيجة موافقة للدراسة الألمانية.

الاستنتاجات والتوصيات:

من خلال دراستنا الإحصائية ومتابعتنا السريرية ومقارنة دراستنا مع الدراسات العالمية نوصي بما يلي:

1- نؤكد على أن الجراح هو صاحب الرأي الأهم في اختيار التكنيك الجراحي الأنسب وليس من خلال فرضه فرضا على المريض بل من خلال إجراء حديث شامل مع المريض ووضعه بصورة التشخيص والتكنيك الأفضل والنتائج والمضاعفات المتوقعة. قد يضطر الجراح ببعض الحالات لفرض التكنيك على المريض وفق ما يراه مناسبا.

2- من الناحية الإحصائية فنحن نفضل السدائل على الطعوم الجلدية بما يتعلق **بالتباين اللوني مع المحيط والتنخر الجزئي**، ولم نجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لباقي المضاعفات وعليه لا نفضل طريقة على أخرى وفقا لها.

3- من الناحية السريرية أيضا نفضل السدائل حيث أنها ذات مضاعفات أقل و تحتاج لمتابعة قليلة ف**التكدم** و**الورم الدموي** بنسبة كبيرة على سبيل المثال يزول عفويا غالبا ولم نعاني من **إنتان** أو **تنخر كامل** . أما **التنخر الجزئي** فهو يحتاج لمتابعة سريرية بالضمادات مما سيعني زيادة الاستهلاك الطبي وإزعاجا للمريض وزيادة مدة العلاج وبالتالي فحتى لو كانت النتيجة النهائية مماثلة للسديلة نرى أن السديلة أفضل وتختصر مدة الاستشفاء وتوفر في المستهلكات الطبية.

الإنتان أيضا يحتاج لمتابعة خصوصا أنه قد يسبب تموت كامل الطعم الجلدي ويضطرنا لإجراء جراحي جديد وبالتالي نفضل السدائل على الطعوم رغم عدم وجود دلالة إحصائية وإنما فقط لتجنب النسبة الضئيلة المحتملة للإنتان في الطعوم.

4- بعد إجراء تقاطع للخلاصتين السابقتين والأخذ بعين الاعتبار الدراسات العالمية السابقة التي تشير إلى ازدياد نسبة النكس في أورام الجفن السفلي نوصي باستخدام السدائل الجلدية متى كان ذلك ممكنا وتفضيلها على الطعوم إلا في حالات ورم الجفن السفلي ننصح باستخدام الطعوم الجلدية كاملة السماكة.

المراجع:

1- Dibelius,G ; Toriumi,D. *Reconstruction of Cutaneous Nasal Defects*, Science Direct, 25 (3) , 2017, 409-426.

2- Noel,W ; Revol,M, *Three-stage folded forehead flap for nasal reconstruction: Objective and subjective measurements of aesthetic and functional outcomes*, An International Journal of Surgical Reconstruction, 71 (4), 2017, 548-556.

3- Shew,M ; Kriet,J ; Clinton,H, *Flap Basics II Advancement Flaps*, Science Direct, 25 (3), 2017, 323-335.

4- Brenner,M ; Moyer,J , *Skin and Composite Grafting Techniques in Facial Reconstruction for Skin Cancer*. Science Direct, 25 (3),2017, 347-363.

5- Zelken,J ; Reddy,S , *Nasolabial and forehead flap reconstruction of contiguous alar-upper lip defects*, An International Journal of Surgical Reconstruction, 70 (3), 2016, 330–335.
6- Trufant,J ; Marzolf,S ; Leach,B, *The utility of full-thickness skin grafts (FTSGs) for auricular reconstruction*. Journal of The American Academy of Dermatology, 75 (1), 2016, 169-176.
7- Lau,B, Skin *grafts in head and neck reconstruction*, Operative Techniques in Otolaryngology**,** 22(1), 2011, 24-29.
8- Gloster,H , *The use of full-thickness skin grafts to repair nonperforating nasal defects*. Journal of The American Academy of Dermatology, 42 (6), 2000, 1041-1050.
9- Woodard,C , *Complications in Facial Flap Surgery*, Science Direct, 21 (4), 2013, 599-604.
10- Chu,E ; Byrne,P , *Local Flaps I: Bilobed, Rhombic, and Cervicofacial*, Facial Plastic Surgery Clinics, 17 (3), 2009, 349-360.
11- Vural,E ; Key,M , *COMPLICATIONS, SALVAGE, AND ENHANCEMENT OF LOCAL FLAPS IN FACIAL RECONSTRUCTION*. Otolaryngologic Clinics, 34 (4), 2001, 739-751.
12- Thibault,M ; Bennet,R , *Success of delayed full-thickness skin grafts after Mohs micrographic surgery*. Journal of The American Academy of Dermatology, 32 (6), 1995, 1004-1009.
13- Ebrahimi,A ; Ashayeri,M ; Rasouli**,**H **,** *Comparison of Local Flaps and Skin Grafts to Repair Cheek Skin Defects***.** Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, 8 (2), 2015, 92-96.
14- Dessy,L ; Figus,A , *Reconstruction of anterior auricular conchal defect after malignancy excision: Revolving-door flap versus full-thickness skin graft.* International Journal of Surgical Reconstruction, 36 (5), 2010, 746-752.
15- Furdova,A , *Periocular Basal Cell Carcinoma Predictors for Recurrence and Infiltration of the Orbit*. *Journal* of Craniofacial Surgery, 28 (1), 2016, 84–87.
16- Iljin,A ; Zieliński,T , *Clinicopathological analysis of recurrent basal cell carcinoma of the eyelid*. Advances in Dermatology and allergology, 33 (1), 2016, 42-46.
17- Sigurdsson,H , *Basal cell carcinoma of the eyelid. Risk of recurrence according to adequacy of surgical margins*. ACTA OPHTHALMOLOGICA SCANDINAVICA, 76 (4), 1998, 477-480.
18- Shi,Y ; Jia,R , *Ocular basal cell carcinoma: a brief literature review of clinical diagnosis and treatment*. dovepress, 10, 2017, 2483-2489.
19- Lee,K ; Kim,J , *A Comparison of the Local Flap and Skin Graft by Location of Face in Reconstruction after Resection of Facial Skin Cancer***.** Archives of Craniofacial Surgery, 18 (4), 2017, 255-260.
20- Rustemeyer,J ; Günther,L ; Bremerich,A , *Complications after nasal skin repair with local flaps and full-thickness skin grafts and implications of patients contentment*, Oral and Maxillofacial Surgery, 13 (1), 2009, 15-19.