● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ۲ (پی‌درپی۱۸)، صفحه ۵۱ الی ۵٤، بهار۱۳۸۲

# روش نوین بازسازی هیپوپلازی مادرزادی Alar بینی بوسیله Composite گوش

**دکتر محمد خاکزاد***

استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

**سابقه و هدف:** نقص‌های مادرزادی در ساختمان بینی یکی از مهمترین عوامل بدشکلی صورت و نقص زیبائی محسوب می‌گردد. Alar همواره یکی از مشکل‌ترین محلها برای ترمیم در صورت بوده و شکست درمانی در آن زیاد است. این مطالعه به اصلاح نقص هیپوپلاستیک alar بینی که دوبار تحت عمل جراحی قرار گرفته و با شکست درمانی همراه بوده است را گزارش می کند.

**گزارش مورد:** دختر ۱۹ ساله‌ای که با هیپوپلازی alar چپ بینی مراجعه کرده و دوبار با استفاده از composite graft تحت عمل جراحی قرار گرفته بود، بعلت مناسب نبودن اندازه گرافت و اشکال در تکنیک عمل منجر به شکست درمانی شده بود. بیمار برای بارسوم با استفاده از گرافت مناسب از گوش و با تکنیک مناسب تحت عمل جراحی قرار گرفت و این نقص در حد خوب و قابل قبولی اصلاح گردید.

**نتیجه‌گیری:** بازسازی هیپوپلازی مادرزادی alar نیاز به برنامه ریزی و اصلاح دقیق دارد. توصیه می‌شود که جهت جلوگیری از شکست درمانی و برقراری آناتومی صحیح از این روش جراحی استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** ***هیپوپلازی بینی، بازسازی، گرافت گوش، نقایص مادرزادی بینی.***

## مقدمه

نقائص مادرزادی بینی یکی از عوامل ایجاد بدشکلی و نقص زیبائی در صورت می‌باشد که بیماران برای برگرداندن زیبائی خود به کلینیک جراحی ترمیمی مراجعه می‌کنند. شیوع هیپوپلازی مادرزادی alar بینی (ناحیه‌ای که در طرفین نوک بینی قرار دارد) بسیار کم است. Kobayashi و همکارانش ۸ مورد از آن را گزارش کردند(۱). برای ترمیم نقص هیپوپلاستیک بینی از روشهای مختلفی می‌توان استفاده کرد(۱۰-۱). بهترین نسج برای بازسازی alar بینی نسج composite گوش می‌باشد که از نظر رنگ و بافت پوست و غضروف موجود در دو لایه پوست شبیه alar بینی می‌باشد (۲و۱). در این مقاله ترمیم یک مورد بینی هیپوپلاستیک که قسمتی از alar در آن تشکیل نشده بود با استفاده از composite graft گوش از ناحیه Helix گزارش می‌شود.

## گزارش مورد

بیمار خانم ۱۹ ساله اهل بابل می‌باشد که بعلت هیپوپلازی مادرزادی alar در طرف چپ بینی خود در خرداد ماه ۱۳۷۹ به درمانگاه جراحی ترمیمی بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه نمود. دوبار برای ترمیم این نقص به مرکز جراحی ترمیمی گوش و حلق و بینی مراجعه کرده و تحت عمل جراحی با composite graft گوش قرار گرفت و هر دو بار نیز با شکست درمانی مواجه شد. در آن

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.10.5 ]

روشها گرافت کمپوزیت در محل نقص آناتومیکی بدون توجه به آناتومی صحیح alar بینی قرار داده شده بود(شکل ۲و۱).

در روش جدید برای ترمیم این نقص با استفاده از Helix گوش بصورت composite graft گوش تحت عمل جراحی قرار گرفت. ابتدا یک شکاف مورب در ناحیه alar groove در محل مناسب داده شد و لوبول بینی بطرف پائین کشیده شد و سپس گرافتی که قبلاً از ناحیه Helix گوش برداشته شده بود بصورت مناسب طراحی و در محل آناتومیکی نقص مادرزادی و شکاف ایجاد شده قرار داده شد و ترمیم بوسیله نخ بخیه ویکریل ۵ صفر در ناحیه مخاط داخلی و نایلون ۵ صفر در ناحیه پوست انجام گردید. بیمار تا یک ماه بعد از عمل تحت مراقبت بوده و زخمها کاملاً بهبود یافته و این نقص اصلاح گردید (شکل۳و۴).

## بحث

زیبائی صورت از اهمیت خاصی برخوردار بوده و افراد با نقص زیبائی صورت چه بصورت مادرزادی یا تروماتیک از اجتماع دوری کرده و ایجاد مسائل روانی و اجتماعی برای خود و جامعه می‌نمایند، اصلاح نقص alar بینی چه بصورت مادرزادی و یا تروماتیک یکی از مشکلترین ترمیم‌های بینی می‌باشد(۳).

روشهای متعددی برای اصلاح نقصalar وجود دارد که می‌توان از آن استفاده کرد(۱۰-۱). Raulo و همکاران در سال ۹۴-۱۹۹۳ در یک مطالعه و Boyd و همکارانش در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۰ از Flap پیشانی و Svedman در سال ۱۹۹۰ از فلپ گونه‌ای و Jourdain در سال ۲۰۰۰ از فلپ تمپورال همراه با فلپ فرونتال استفاده کرده‌اند(۷-۴). بهترین نسج برای جایگزینی alar نسج Helix گوش می‌باشد(۲و۱). استفاده از Helix به سه روش امکان پذیر است.

Bakhach و همکاران در سال ۱۹۹۹ قسمتی از Helix را بصورت فلپ جزیره‌ای روی شریان تمپورال سطحی به بینی منتقل کرده است (۸). در یک مطالعه Tanaka در سال ۱۹۹۳ و در مطالعه دیگری Shanaq در سال ۱۹۸۹ قسمتی از Helix را بصورت Free flap با استفاده از تکنیک میکرو واسکولار بصورت Composite جهت اصلاح کمبود alar بینی منتقل کرده‌اند (۱۰و۹).

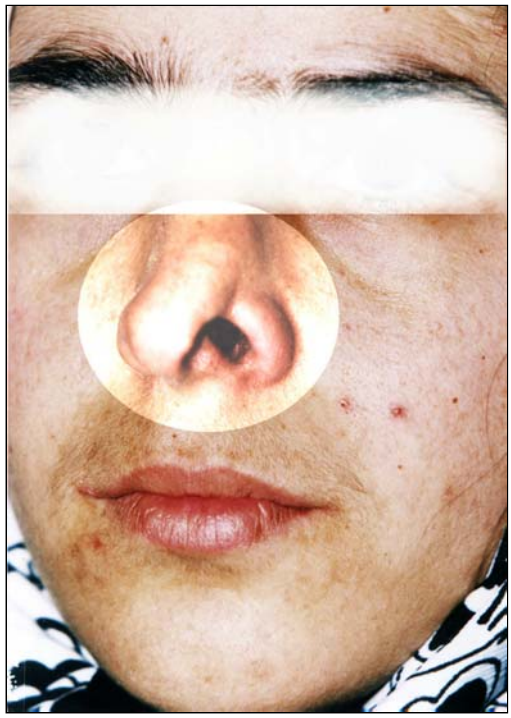
روش دوم نیز انتقال قسمتی از گوش بصورت composite graft است (۲و۱). انتقال قسمتی از گوش برای ترمیم بینی بصورت Free flap و یا Island flap از نظر تکنیکی مشکل بوده و در تمام مراکز امکان پذیر نیست ولی composite گرافت روش ساده‌ای است که در همه مراکز می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد، اما کمپوزیت گرافت از نظر مقدار محدودیت دارد.

در مطالعات مختلف این محدودیت‌ها متفاوت است و بین ۱/۵-۱ سانتی‌متر گزارش شده است، بیش از یک سانتی‌متر همراه با جمع شدگی بود و احتمال نگرفتن گرافت وجود دارد(۱۱) زیرا که composite graft در اندازه بیش از یک سانتی متر بعلت نداشتن خونرسانی خوب با نکروز و شکست عمل جراحی همراه است در روش پیشنهادی ما گرچه اندازه graft بزرگتر است (بیش از ۱/۵ سانتی متر) ولی بعلت قرار دادن قسمتی از گرافت در بین شیار alar خونرسانی بخوبی انجام شده و نکروز اتفاق نمی‌افتد. در این بیمار چون نقص مادرزادی alar زیاد بوده و اندازه گرافت بیش از ۱/۵ سانتی متر بوده است علت عدم موفقیت دو عمل قبلی نیز ممکنست بهمین دلیل باشد. باتوجه به آناتومی بینی این بیمار، یک شکاف در ناحیه alar groove بینی داده شد و قسمتی از گرافت Helix گوش در بین لبول alar و کنار خارجی بینی قرار گرفت و این تکنیک امکان گرفتن گرافت به اندازه ۲×۱ سانتیمتر را بوجود آورد و از نظر زیبائی نیز امکان اینکه لبول alar در محل مناسب قرار داده شود نیز ایجاد گردید. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در ترمیم alar، بینی بطور دقیق بررسی و محل کمبود بخصوص در هیپوپلازیهای بینی دقیقاً مشخص شده وگرافت تکنیک فوق در محل مناسب قرار داده شود تا هم از نظر زیبائی و هم از نظر مقدار گرافت با مشکل مواجه نگردد.

## تقدیر و تشکر

از پرسنل محترم بخش جراحی پلاستیک بیمارستان شهید بهشتی و از آقای دکتر محمدرضا حسنجانی روشن قدردانی می‌شود.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.10.5 ]



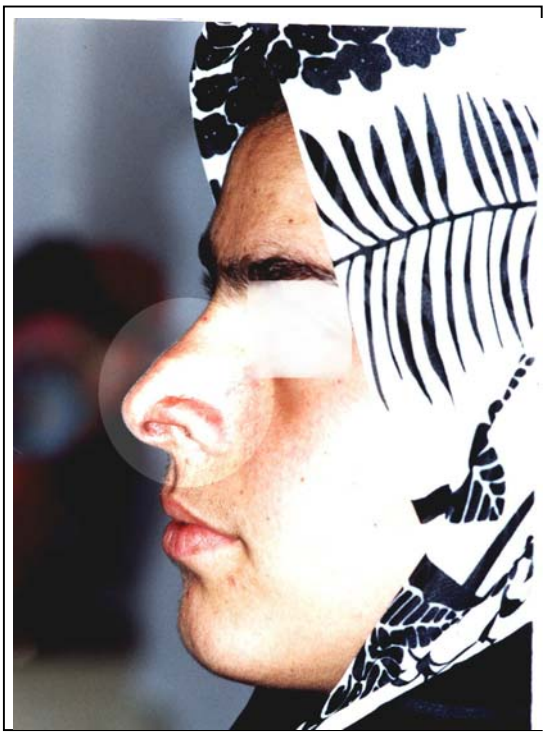
شکل ۱. تصویر رخ بیمار قبل از عمل



شکل ۳. تصویر رخ بیمار بعد از عمل



شکل ۲. تصویر نیم رخ بیمار قبل از عمل



شکل ٤. تصویر نیم رخ بیمار بعد از عمل

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.10.5 ]

## References

1. Kobayashi S, Haramoto U, Qhmoi K. Correction of the hypoplastic nasal alar using an auricular compsite graft. Ann Plast Surg 1996; 37(5): 490-4.

2. Raghavan U, Jones NS. Use of auricular composite graft in nasal reconstruction. J laryngol 2001; 115(11): 885-93.

3. Eichhorn K, Ponitzsch I, Havstein UF. Combination of an island advancement flap and a composite graft for reconstruction of the nasolabial defect: Dermatol Surg 1997; 23(11): 1071-3.

4. Raulo Y, Baruch J. Nasal reconstruction by frontal flaps: Chirurgie 1993-94; 119(9): 493-6.

5. Boyd CM, Baker SR, Fader DJ, et al. The forhead flap for nasal reconstruction. Arch Dermatol 2000; 136(11): 1365-70.

6. Svedman P. Advancement flaps for alar reconstruction. Ann Plast Surg 1990; 25(6): 502-7.

7. Jourdain A, Darsonvad V, Lacceurreye L, et al. Indications for the schmid-meyer frontal – temporal flap nasal reconstruction four clinical cases. Ann Chir Plast Esthet 2000; 45(1): 24-30.

8. Bakhach J, Conde A, Demiri E, et al. The reverse auricular flap: a new flap for nose reconstruction. Plast R

9. econstr Surg 1999; 104(5): 1280-8.

10. Tanaka Y, Tajima S, Tsujiguchi K, et al. Microvascular reconstruction of nose and ear defects composite auricular free flaps. Ann Plast Surg 1993; 31(4): 298-302.

11. Shanaq SM, Dinh TA, Spira M, et al. Nasal alar reconstruction with an ear helix free flap. J Reconstr Microsurg 1989; 5(1): 63-7.

11. Barton FE, Byrd HS. Acquired deformities of the nose. Mc Carthy Plastic Surgery. WB Saunders Co 1990; 3: 1924-2008.

*آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش جراحی، تلفن: ٤-۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱۱.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.10.5 ]