● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال هفتم، شمارهٔ ۱ (پی‌درپی ۲۵)، صفحه ۳۷ الی ٤١، زمستان ۱۳۸۳
دریافت: ۸۲/۸/۲۸، پذیرش: ۸۲/۱۱/۲

ارزیابی نتایج استئوتومی لترال بینی به روش اکسترنال و اینترنال در عمل جراحی زیبایی بینی

دکتر محمد خاکزاد*
استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: عمل جراحی زیبایی بینی یکی از متداول ترین اعمال جراحی پلاستیک می باشد. این مطالعه به منظور اثر بخشی دو شیوه متداول استئوتومی لاترال در جراحی زیبایی بینی در بابل انجام شد.
مواد و روشها: این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی در بیمارانی که جهت جراحی زیبایی از مهرماه ۸۰ تا خرداد ماه ۸۲ به مرکز جراحی پلاستیک مراجعه نمودند انجام شد. بیماران بطور دلخواه یکی از دو روش استئوتومی اینترنال یا اکسترنال را انتخاب نمودند. اکیموز و ادم بعد از عمل و مدت زمان برطرف شدن ادم و عوارض دیررس مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل و برای مقایسه نسبتها از تست X^2 و تست دقیق فیشر استفاده شد.
یافته ها: در این مطالعه ۱۰۰ بیمار با میانگین سنی ۲۳/٤٤±٥/٧٦ و ۷۷ بیمار با میانگین سنی ۲٤±٦/٥ سال به ترتیب به روش استئوتومی اینترنال و اکسترنال تحت عمل جراحی قرار گرفتند (p=۰/٥٩٧). ادم شدید در روش استئوتومی اینترنال به مراتب بیشتر از روش اکسترنال بود (به ترتیب ١٦٪ و ۱/۳٪، p=۰/۰۰۰۰۱). میانگین مدت زمان از بین رفتن ادم نیز در روش استئوتومی اینترنال بیشتر از اکسترنال بود (به ترتیب ۳±۱۱/٥ روز و ۲±۸/٤ روز، p=۰/۰۰۰۰۱).
عارضه دیررس بصورت موکوسیست و step در بیماران عمل شده به روش استئوتومی اینترنال در ۳ مورد دیده شد ولی در روش اکسترنال عارضه دیررس دیده نشد.
نتیجه گیری: نتیجه این بررسی نشان می دهد که میزان اکیموز و ادم و عوارض دیررس در استئوتومی به روش خارجی تا حدودی کمتر از روش داخلی است. پیشنهاد می شود که در اعمال جراحی زیبایی بینی از این روش استفاده شود.
واژه های کلیدی: *استئوتومی لاترال، رینوپلاستی، عوارض،ادم، اکیموز.*

مقدمه

رینوپلاستی یکی از متداول ترین اعمال در جراحی پلاستیک است. عمل جراحی زیبایی بینی یک کار بسیار دقیق بوده که فرق بین نتیجه خوب و بد ممکنست بین ۱ تا ۲ میلی متر باشد(۲و۱). استئوتومی لترال قسمتی از عمل جراحی است که در تمام اعمال جراحی رینوپلاستی کامل انجام می شود و انجام دقیق آن در نتیجه عمل بسیار موثر می باشد. استئوتومی لترال روشهای متعددی دارد، که استئوتومی لترال از داخل و خارج بینی از سایر روشها متداول تر است(۳). در مطالعات متعدد برتری روش استئوتومی اکسترنال نسبت به اینترنال گزارش شده است(۶-۳). در یک مطالعه که Rohrich و همکارانش در بخش جراحی پلاستیک دانشگاه تکزاس (دالاس) انجام دادند گزارش کردند که استئوتومی لترال به روش اکسترنال کمترین عارضه را داشته و نسبت به روشهای دیگر از جمله

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.6.9]

استئوتومی داخلی ارجحیت دارد(۳). در مطالعه دیگر Goldfarb و همکارانش تعداد ۱۰۶ مورد رینوپلاستی را با تکنیک استئوتومی خارجی تحت عمل جراحی قرار دادند که در مقایسه با بیماران قبلی که با تکنیک های دیگر استئوتومی شده بودند، نتیجه بهتری گرفتند و عوارض کمتری نیز داشتند(۴). چون شایع ترین عمل جراحی پلاستیک رینوپلاستی می باشد این مطالعه به منظور مقایسه دو شیوه استئوتومی لترال متداول در جراحی رینوپلاستی انجام شده است.

مواد و روشها

این مطالعه به روش کارآزمائی بالینی جهت مقایسه اثربخشی دو روش استئوتومی لاترال در جراحی زیبایی بینی از مهرماه ۸۰ تا خرداد ۸۲ توسط اینجانب در بابل انجام شده است. پس از کسب اجازه نامه کتبی از بیماران و توضیح عمل جراحی بعد از انجام بیهوشی عمومی، بیماران بصورت دلخواه به روش اکسترنال و اینترنال لاترال استئوتومی شدند.

در روش استئوتومی داخلی پس از ایجاد یک شکاف ۳ میلی متری در ناحیه پری فورم در داخل و دو طرف بینی پریوست از استخوان جدا شده و بوسیله استئوتوم گارددار و چکش استئوتومی تا کانتوس داخلی انجام گرفت در روش اکسترنال یک شکاف ۳ میلی متری روی پوست طرفین بینی داده شد و بوسیله یک استئوتوم چیزل (chisel) ۳ میلی متری استئوتومی در محل برجستگی استخوان طرفین بینی استئوتومی از ناحیه پری فورم تا کانتوس داخلی انجام شد و سپس محل شکاف با نایلون صفر با یک سوچور بسته شد. هدف از مطالعه مقایسه کبودی و ادم و مدت زمان برطرف شدن ادم واکیموز و بررسی عوارض دیررس در دو گروه فوق الذکر بود و در هیچ کدام از بیماران جهت کاهش ادم و یا اکیموز از کورتیکواستروئیدها استفاده نشد. مقدار کبودی و ادم بصورت زیر با استفاده از مطالعه Erisi و همکارانش در نظر گرفته شد(۷).

ادم و کبودی + وقتی اطلاق شد که یک سوم داخلی پلک تحتانی را در برگرفته بود.

ادم و کبودی ++ موقعی تعریف شد که دوسوم قسمت داخلی پلک تحتانی را گرفته باشد.

ادم و کبودی +++ موقعی بود که تمام پلک تحتانی و یک سوم داخلی پلک فوقانی را گرفتار کرده بود.

ادم و کبودی ++++ وقتی گفته شد که کل پری اوربیت و پلک تحتانی و فوقانی گرفتار باشد.

بعد از عمل جراحی کلیه بیماران در روزهای دوم و پنجم و دهم و ۲۱ از نظر میزان کبودی و ادم و نیز در ماه سوم و ششم بعد از عمل از نظر احتمال ایجاد عارضه دیررس ویزیت شدند.

میزان ایجاد هماتوم ومدت زمان از بین رفتن ادم بعد از عمل و ایجاد عوارض دیررس در دو گروه تحت بررسی با تست X^2 و تست دقیق فیشر مورد مقایسه قرارگرفت.

یافته ها

در طی مطالعه ۱۰۰ نفر از بیماران روش استئوتومی اینترنال و ۷۷نفر روش اکسترنال راجهت عمل جراحی انتخاب نمودند. میانگین سنی بیمارانی که به روش اینترنال عمل شدند۵/۷۶±۲۳/۴۴ سال و میانگین سنی بیماران عمل شده به روش اکسترنال ۶/۵±۲۴ سال بود. بین گروههای عمل شده از نظر سنی اختلاف معنی داری وجود نداشت(جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات بیماران عمل شده به روش اوستئوتومی داخلی و خارجی در شهر بابل در سال های ۸۲-۸۰

گروه های بیماران / متد جراحی	مرد	زن	جمع
External	۲۰	۵۷	۷۷
Internal	۳۲	٦٦	۱۰۰
جمع	٥٤	۱۲۳	۱۷۷

کبودی و ادم شدید در ۱/۳٪ بیماران عمل شده به روش اکسترنال وجود داشت در صورتیکه در روش استئوتومی اینترنال۱۶٪ موارد بوده است(جدول ۲). ایجاد کبودی و ادم در بیماران عمل شده به روش اکسترنال به مراتب کمتر از بیماران عمل شده به روش اینترنال بوده است(p=۰/۰۰۰۱). میانگین مدت زمان از بین رفتن ادم به روش اینترنال ۳±۱۱/۵ روز و در روش اکسترنال ۲±۸/۴ روز

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.6.9]

بود (p=۰/۰۰۰۰۱). در روش جراحی اینترنال سه نفر دچار عارضه شدند. دو مورد بعلت high استئوتومی مبتلا به عارضه step در لاترال بینی گردید و یک مورد نیز در لترال بینی دچار موکوسیست شد. در حالیکه در روش اکسترنال در هیچکدام از بیماران عارضه دیررس دیده نشد تست دقیق فیشر اختلاف معنی داری را بین ایجاد عوارض دیررس درد و شیوه جراحی مورد بررسی نشان نداد.

جدول ۲..مقایسه مقدارادم ایجاد شده در۲روش جراحی استئوتومی داخلی و خارجی بینی در شهر بابل ۸۲-۸۰

مقدار ادم / روش عمل	+	++	+++	++++	جمع
in	۰	(۲۸)۲۸	(۵۶)۵۶	(۱۶)۱۶	۱۰۰
Ex	(۲/۶)۲	(۷۰/۱)۵۴	(۲۶)۲۰	(۱/۳)۱	(۱۰۰)۷۷
جمع	(۱/۱)۲	(۴۶/۳)۸۲	(۴۲/۹)۷۶	(۹/۶)۱۷	(۱۰۰)۱۷۷

بحث

این مطالعه نشان داد که اکیموز و ادم بعد از عمل و مدت زمان از بین رفتن ادم در استئوتومی بروش اکسترنال به مراتب کمتر از استئوتومی به روش اینترنال بوده و عوارض بعد از عمل نیز در روش اکسترنال دیده نشد. در مطالعه ای که بوسیله Goldfarb و همکارانش انجام شد در ۱۰۶ بیماری که بروش اکسترنال استئوتومی شدند نتایج بهتر و عالی تری نسبت به روش اینترنال بدست آوردند (۴). در مطالعه دیگری که بوسیله Giaromarra و همکارانش انجام گرفت خونریزی حین عمل و اکیموز بعد از عمل در روش اکسترنال بمراتب کمتر از روش اینترنال بود(۵). همچنین در مطالعه rehrich و همکارانش در استئوتومی لترال بروش اکسترنال پارگی مخاط و خونریزی متعاقب آن در ۱۱٪ موارد و در روش اینترنال در ۷۴٪ موارد بوده است(۶) در مطالعه ما نیز خونریزی حین عمل در روش اکسترنال نسبت به اینترنال به مراتب کمتر بوده که با مطالعات فوق مطابقت دارد.

چون یکی از عوارض رینوپلاستی اکیموز و ادم شدید پری اوربیتال است که ممکنست در موارد بسیار شدید حتی منجر به کوری گردد(۷) لازمست که در این گونه اعمال جراحی روشی بکار رود که حتی الامکان از ایجاد اکیموز و ادم شدید جلوگیری شود زیرا که استئوتومی لترال بینی قسمتی از عمل جراحی رینوپلاستی است که در اکثر بیماران باید انجام گیرد.

در مطالعه ای که بوسیله Kara و همکارانش انجام شد، اکیموز و خونریزی ملتحمه ای در ۱۹/۱٪ بیماران دیده شد(۸). بنابراین باید سعی شود که از این گونه عوارض که متعاقب استئوتومی لترال بوجود می آید کمتر در بیماران ایجاد گردد.

در بینی های که فضای استخوانی آنها بطور طبیعی تنگ است پس از استئوتومی لترال این تنگی بیشتر شده و باعث کمتر شدن فضای عبور هوا می گردد. Ford و همکارانش نشان دادند که اگر پریوست استخوانهای بینی در استئوتومی لترال سالم بمانند احتمال تنگی فضای بینی کمتر می شود(۹). با توجه به تحقیقات Rehrich و همکارانش که نشان دادند در استئوتومی اکسترنال پارگی پریوست و مخاط بمراتب کمتر از نوع اینترنال است(۶) ارجحیت روش اکسترنال بیشتر روشن می گردد. در استئوتومی به روش اینترنال مخاطره جهت ضایعات مجاری اشکی وجود دارد که ممکنست منجر به قطع و بسته شدن مجرای اشکی گردد و ضایعه دائمی در مجرای اشکی ایجاد نماید در حالیکه این خطر و ایجاد عوارض در روش اکسترنال حداقل است سایر محققین نیز موافق ایجاد چنین عوارض در روش استئوتومی اینترنال می باشند(۱۰).

گاهی بعلت کجی شدید استخوانهای بینی که متعاقب شکستگی های قدیمی ایجاد می شود، جراحان از روشهای مختلفی جهت اصلاح آن استفاده می نمایند، که یکی از آنها دوبار استئوتومی کردن استخوانهای بینی در سطوح مختلف است. بسیاری از محققین برای اصلاح این نوع دفورمیتی ها از روش فوق نتیجه مطلوبی بدست آوردند(۱۱). در این گونه موارد که استئوتومی های لترال بصورت دوبل انجام می شود، بنظر می رسد روش اکسترنال مناسب تر و مطمئن تر و کم عارضه تر از روش اینترنال بوده که در این مورد نیاز به بررسی بیشتر است. در روش اکسترنال یک برش ۳ میلی متری که در طرفین بینی داده می شود با نایلون ۶ صفر سوچور شده و یا اینکه بدون بخیه باقی گذاشته می شود که هیچگونه اسکار قابل دیدی بعد از یک ماه بجا نمی گذارد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.6.9]

در این مطالعه در روش استئوتومی اکسترنال عارضه ای دیده نشد در صورتیکه در روش اینترنال از ۱۰۰ نفر بیمار مورد مطالعه دو مورد از آنها دچار عارضه Step در محل استئوتومی گردیده که این عارضه با استئوتومی مجدد اصلاح شد. یک مورد نیز موکوسیست در ناحیه استئوتومی در زیر کانتوس داخلی دیده شد که با عمل مجدد کیست برداشته شد، این عارضه در روش استئوتومی اکسترنال دیده نمی شود. در مطالعه Kofzur و همکارانش نشان داده شد که موکوسیست متعاقب استئوتومی لاترال به روش اینترنال ممکنست دیده شود(۱۲) علت ایجاد این عارضه انتقال قسمتی از مخاط بینی بوسیله استئوتوم در حین عمل می باشد. از نظر زیبایی تغییرات میلی متری در وضعیت بیمار در قضاوت و میزان رضایت مندی در نتیجه عمل بسیار موثر است(۲). نتایج این مطالعه نشان می دهد که روش استئوتومی اکسترنال در رینوپلاستی بمراتب بهتر و آسان تر و کم عارضه تر از روش اینترنال می باشد، لذا توصیه می شود که از این روش در جراحی پلاستیک بینی و اصلاح دفورمیتی های استخوان بینی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر روشن و آقای محمود حاجی احمدی که در تدوین این مقاله همکاری داشته تشکر می شود.

****

References

1. Mc Chrthy JG, Wood Smith D. Rhinoplasty: Mc chrthy plasic surgery. W.B Saunders Co 1990; 3: 1785-894.

2. Rohrich RJ, Muzaffar AR. Primary rhinoplasty. Plastic surgery indications, Opertions and outcomes. Mosby Co 2002; 5: 2651-71.

3. Rohrich RJ, Krveger JK, Adams WP, et al. Achieving consistency in the lateral nasal osteotomy during rhinoplasty: An external perforated technique. Plast Recanstr Surg 2001; 108(7): 2122-30, 2131-2.

4. Goldfarb M, Callups JM, Gerwin JM. Perforating osteotomies in rhinoplasty. Arch Otolaryngl Head Neck Surg 1993; 119(6): 624-7.

5. Ciacomarra V, Russolo M, Arnez ZM, Tirelli C. External osteotomy in rhinoplasty. Larygoscope 2001; 111(3): 433-8.

6. Rohrich RJ, Minolij J, Adams WP, Hollierl H. The lateral nasal osteotomy in rhinophlasty: An anatomic endoscopic comparison of the external versus the internal approach. Plast Reconstr Surg 1997; 99(5): 1309-12.

7. Kara Co, Kara IC, Yaylali V. Subconjunctival ecchymosis due to rhinoplasty. Rhinology 2001; 39(30): 166-8.

8. Erisir F, Oktwm F, Inc E. Effects of steroids on edema and ecchymosis in rhinoplasty. Turk Arch Orl 2001; 39(3): 171-5.

9. Ford CN, Battaglia DC, Centry LR. Preservation of periosteal attachment in lateral osteotomy. Ann Plast Surg 1984; 13(2): 107-11.

10. Thomas JR, Criner N. The relationship of lateral osteotomies in rhinoplasty to lacrimal drainage system. Otolarygol Head Neck Surg 1988; 94(30): 362-7.

11. Fanos SN. Unilateral osteotomies for external bony deviation of the nose. Plast Reconstr Surg 1997; 100(10): 115-23.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.6.9]

12. Kotzur A, Gubisch W. Mucos cyst a postrhinoplasty complication: outcome and prevention. Plast Reconstr Surg 1997; 100(2): 520-4.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه جراحی، تلفن:٤-٢٢٥٢٠٧١ -٠١١١.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.7.1.6.9]