

## دراسة أنثروبومترية للإصلاح الجراحي

### لشق الشفة الأحادي الجانب

محمود الدجاني\*\*

عيسى وهبة\*

#### الملخص

خلفية البحث: مازال الجراحون حتى يومنا هذا يبحثون الخاطئ بحثاً عن الطريقة المثلى لإغلاق شق الشفة. هدف بحثنا هذا إلى إجراء دراسة أنثروبومترية للإصلاح الجراحي لشق الشفة الأحادي الجانب باستخدام طريقة Millard وإجراء دراسة أنثروبومترية موازية للإصلاح الجراحي لشق الشفة الأحادي الجانب باستخدام طريقة Pfeifer ، و من ثم المقارنة بينهما.

المرضى: أجريت الدراسة الميدانية السريرية على 20 مريضاً مصاباً بشق شفة كامل أحادي الجانب: 10 مرضى خضعوا لإغلاق أولي وفق طريقة Millard، و 10 مرضى خضعوا لإغلاق أولي وفق طريقة Pfeifer.

طرائق البحث: تم توثيق هذه الحالات بالتصوير الشمسي الطبي على مدى سنة كاملة بعد الجراحة. كما تم تحليل الصور الشمسية باعتماد طريقة تحليل أنثروبومتري.

النتائج: كان شكل الأنف وشكل فوهة الأنف أفضل قليلاً حين تطبيق طريقة Millard. لكننا وجدنا أن هذه الطريقة لا تفي بالغرض حين وجود نقص كبير في طول الشفة في الجانب المشقوق. أما عند تطبيق طريقة Pfeifer فقد كان طول الشفة وشكل الندبة أفضل نسبياً؛ وذلك لأن الندبة كانت متوضعة على حافات النثرة. كما لاحظنا في أثناء التصحيح الجراحي لشقوق الشفة الواسعة وفق طريقة Pfeifer وجود صعوبة في تشكيل فوهتي أنف متناظرتين، ورغم ذلك كانت النتائج مقبولة نسبياً.

الخلاصة: كان نتائج تصحيح عرض فوهة الأنف وتسطح جناح الأنف أفضل بعد تطبيق طريقة Millard. لكن يفضل عدم استخدام طريقة Millard في معالجة حالات شقوق الشفة المترافقة بنقص كبير في طول الشفة العلوية في الجانب المشقوق. أما طريقة Pfeifer فتحتاج إلى خبرة أكثر وهي أصلح للعمل الجراحي الثانوي باعتبار أن الشكل النهائي للندبة مستقيم و موافق لحافة النثرة.

الكلمات المفتاحية: الإصلاح الجراحي لشق الشفة، دراسة أنثروبومترية، ميلارد، طريقة الإصلاح التقديمي - الدوراني، فايفر، طريقة الإصلاح بالأمواج.

\* أستاذ مساعد - قسم جراحة الفم و الفكين - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق

\*\* مدرس - قسم جراحة الفم و الفكين - كلية طب الأسنان - الجامعة الدولية الخاصة للعلوم

والتكنولوجيا

## Anthropometric Study of Unilateral Cleft Lip Surgical Repair

Issa Wehbeh \*

Mahmoud Al-Dajani \*\*

### Abstract

**Background:** Till today surgeons have hardly tried their best to find the ideal surgical method that can perfectly correct the cleft lip deformity. The aim of this research was to perform anthropometric study for unilateral cleft lip surgical repair by using two commonly-used surgical methods: Millard and Pfeifer.

**Patients:** A clinical study was accomplished on a specimen of 20 patients affected with unilateral complete cleft lip: 10 patients underwent primary surgical closure by using Millard method and the other 10 patients underwent primary surgical closure by using Pfeifer method.

**Methods:** All cases were clinically documented by depending on standardized medical photography throughout a one-year postsurgical follow-up period. The anthropometric analysis method was adopted to evaluate the radiographs.

**Results:** The nose and nasal opening morphology was slightly better in the Millard group. But our findings reveal that Millard method was not suitable especially in cases where a great shortness in the length of the upper lip on the cleft side was noticed. However, when Pfeifer method was applied, the length of the lip and the scar's form were relatively better as a direct result of the scar's positioning on the philtrum's column. Although a clear difficulty in forming symmetric nasal openings was encountered when we tried to correct the wide unilateral cleft lip by using Pfeifer method, results were relatively acceptable.

**Conclusion:** The surgical repairing of wide nasal openings and flattened alae were better when Millard method was adopted. It is preferable to avoid the use of Millard method when a great shortness on the lip's length on the cleft side is obvious. However, Pfeifer method needs a deeper experience and it fits more with secondary lip revision as the final form of the scar is straight and in accordance with the philtrum's column.

**Keywords:** Cleft lip surgery, anthropometric study, rotation-advancement, Millard, wavy-line incision method, Pfeifer.

\* Head of Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Damascus University.

\*\* Department of Oral and Maxillofacial Surgery, College of Dentistry, the International University for Science and Technology.

### مقدمة:

يُشكّل شق الشفة واحداً من التشوهات الولادية الشائعة. فمن أصل كل 700 مولود طبيعي هناك مولودٌ واحدٌ مصابٌ بشق فمويّ. وما زال الإغلاق الجراحي لشق الشفة يشكل تحدياً جراحياً حقيقياً. وقد استخدم الجراحون طرائق جراحيةً متنوعةً ومتعددة لإنجاز هذا الإغلاق. إنّ الوفرة في الطرائق الجراحية المستخدمة اليوم هي انعكاسٌ مباشرٌ للتباين الواسع الموجود أساساً في شكل تشوهات الشقوق وحجمها وشدتها من جهة، واختلاف النتائج الوظيفية والتجميلية الناجمة عن كل من طرائق الجراحة من جهة أخرى. وهذا التنوع إنّ دلّ على شيء يدل على عدم وجود طريقة واحدة تلي المتطلبات كلّها لأنواع الشقوق المختلفة الأشكال والدرجات. من الطرائق الجراحية المُستخدمة نذكر:

(1) طريقة الإصلاح بشريحة مُربّعة (Le Mesurier، 1949م).

(2) طريقة الإصلاح بشريحة مثلثية (Tennison، 1952م).

(3) طريقة الإصلاح التقديمي - الدوراني (Millard، 1957م).<sup>1</sup>

(4) طريقة الإصلاح بالأمواج (Pfeifer، 1965م).<sup>2</sup>

لكل طريقة من طرائق التصحيح الجراحي الأولي لشقوق الشفة ميزاتُها الخاصة ومساوئها الخاصة. وما زال الجراحون حتى يومنا هذا يحنون الخطى بحثاً عن الطريقة الأمثل. هدَفَ بحثنا هذا إلى إجراء دراسة أنثروبومترية للإصلاح الجراحي لشق الشفة الأحادي الجانب باستخدام طريقة Millard و إجراء دراسة أنثروبومترية موازية للإصلاح الجراحي لشق الشفة الأحادي الجانب باستخدام طريقة Pfeifer ، و من ثم المقارنة بينهما.

### مواد البحث وطرائق:

أجرينا الدراسة الميدانية السريرية على عينة عشوائية مؤلفة من (20) مريضاً مصاباً بشق شفة كامل أحادي الجانب، ومن كلا الجنسين، ومن المناطق كلّها في الجمهورية

العربية السورية، والمراجعين لمشفى جراحة الفم والوجه والفكين في جامعة دمشق. دامت مدة المتابعة للحالات جميعها سنة بعد العمل الجراحي. جميع من خضعوا للعمل الجراحي كانوا يتمتعون بصحة عامة جيدة. كما أنهم لا يعانون من أية مُتلازمات. اعتبرنا الجانب السليم هو الطرف الشاهد. لم يسبق لهؤلاء المرضى أن تعرضوا لأي تدخل جراحي سابق على الشفة. أصغر الأطفال الخاضعين للدراسة كان لا يقل عمره عن الثلاثة أشهر. ضمت عينة البحث مجموعتين رئيسيتين متساويتين في العدد:

1. مجموعة Millard: و تضم (10) مرضى.

2. مجموعة Pfeifer: و تضم (10) مرضى.

خضع أفراد العينة جميعاً لطرائق الفحص السريري والمخبري والاستجواب والتصوير الشمسي الطبي قبل العمل الجراحي. تابعنا مراقبة المرضى بعد العمل الجراحي مع إجراء التصوير الشمسي الطبي بالوضعية الأمامية وفق مستوى فرانكفورت وعلى فترات متتابعة و ذلك وفقاً للتسلسل الزمني الآتي:

o بعد العمل الجراحي مباشرة.

o بعد أسبوعين من العمل الجراحي.

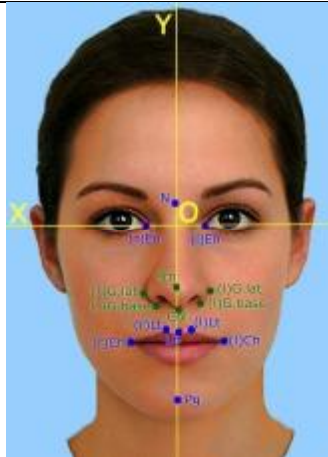
o بعد سنة من العمل الجراحي.

تم اتباع البروتوكول نفسه في تصوير المرضى كلهم مع الحد- قدر الإمكان- من معظم المتغيرات. ومن ثم تم تحليل الصور الشمسية باستخدام طريقة التحليل الأنثروبومتري. ولابد من الإشارة هنا إلى أننا في أثناء إجراء التقييم الشكلي لجأنا إلى التعامل مع صور المرضى المصابين بشق شفة أيمن كمرضى مصابين بشق شفة أيسر؛ ذلك بتطبيق طريقة التحليل الأنثروبومتري على صور المرضى بعد عكسها، أي تعاملنا مع صور معكوسة. وقد اعتمدنا كنقاط علام وجاهية في أثناء الدراسة التحليلية الأنثروبومترية على نقاط العلام التي حددها (Yamada وآخرون، 2002م،

2003م)؛ و ذلك لبساطتها وسهولة تحديدها من جهة ولتسهيل الدراسة المقارنة لنتائج بحثنا بنتائج البحوث العالمية المشابهة من جهة أخرى.<sup>5,4,3</sup> يُوضَّح الجدول (1) والشكل (1) كيفية تحديد نقاط العلام المعتمدة.

جدول (1) : نقاط العلام التي تم اعتمادها في الدراسة التحليلية الأنثروبومترية.<sup>5,4,3</sup>

Landmark	نقطة العلام	الاختصار Abbreviation
Endocanthion	اللاحظ الإنسي للعين	En
Soft pogonion	بوغونيون (على الأنسجة الرخوة)	Pg
Soft nasion	نازيون (على الأنسجة الرخوة)	N
Columella base	قاعدة العميد	Col
Top of Cupid's bow	ذروة قوس كوبيد (قمته)	Lt
Bottom of Cupid's bow	قاع قوس كوبيد	Lb
Cheilion	زاوية فتحة الفم	Ch
Pronasale	ذروة الأنف	Prn
Lateral point of the alar groove	النقطة الأكثر وحشية على ميزاب جناح الأنف	G.lat
Inferior point of the alar groove	النقطة الأكثر انخفاضاً على ميزاب جناح الأنف	G.base



شكل (1) : نقاط العلام في طريقة التحليل الأنثروبومتري المستخدمة.

حللت البيانات عن طريق دراسة الارتباط النسبي بين القياسات الخطية؛ ولإجراء ذلك حسب قيم كلٍّ من النسب الآتية :

- .Lb(x):En-En
- .(r:l)Ch-Lt
- .(r:l)Lt(y)
- .Col(x):En-En
- .Prn(x):En-En
- .(r:l)Col-G.base

بعد اكتمال هذه البيانات جمعت النتائج مع إجراء الاختبارات الإحصائية اللازمة؛ ولاسيما اختبار كاي مربع Chi-Square Tests و اختبار ويلكوكسون Wilcoxon test لتحديد الأهمية الإحصائية للبيانات.

#### النتائج:

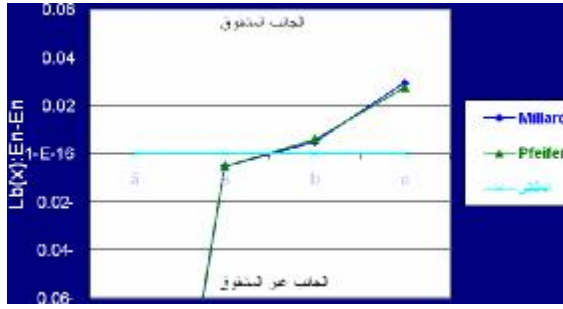
بدايةً يوضَّح الجدول (2) مقارنة بين متوسطات القيم المُلاحَظَة في الفترات الثلاث: قبل العمل الجراحي ( $\bar{a}$ )، و بعد العمل الجراحي مباشرةً ( $a$ )، و بعد أسبوعين من العمل الجراحي ( $b$ )، و بعد سنة من العمل الجراحي ( $c$ ).

جدول (2) : مقارنة بين متوسطات القيم  $\bar{a}$  و  $a$  و  $b$  و  $c$ .

مجموعة الإصلاح بالأمواج Pfeifer				مجموعة الإصلاح التقديمي-الدوراني Millard				
متوسط c	متوسط b	متوسط a	متوسط $\bar{a}$	متوسط c	متوسط b	متوسط a	متوسط $\bar{a}$	
الشفة								
0.027	0.006	-0.005	-0.225	0.029	0.005	-0.005	-0.232	Lb(x): En-En
1.073	1.012	1.007	1.007	1.059	1.011	1.007	1.011	(r:l)Ch -Lt
1.035	1.022	1.015	1.084	1.046	1.027	1.024	1.086	(r:l)Lt( y)
الأنف								
-0.056	-0.036	-0.028	-0.26	0.004	0.012	0.003	-0.249	Col(x) :En- En
0.056	-0.003	-0.015	-0.124	0.03	-0.007	-0.019	-0.129	Prn(x) :En- En
0.813	0.942	0.968	0.377	0.86	0.953	0.96	0.349	(r:l)Co l- G.bas e

من الجدول (2) نلاحظ ما يأتي:

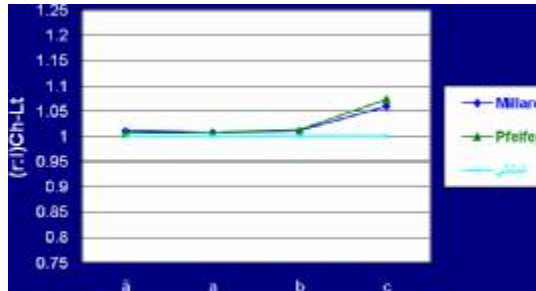
@ لاحظنا خلال الفترة قبل العمل الجراحي ( $\bar{a}$ ) وجود انزياح أفقي لمركز الشفة أو قاع قوس كوييد (Lb(x):En-En) نحو الجانب غير المشقوق. لكن بعد العمل الجراحي تمّ تصحيح هذا الانزياح ليصبح مركز الشفة قريباً من الخط المتوسط. كما وجدنا أنه بعد سنة من العمل الجراحي ظهر انزياح أفقي لمركز الشفة نحو الجانب المشقوق. يُوضّح الشكل (2) التغير الحاصل في القيم المتوسطة للنسبة (Lb(x):En-En).



شكل (2) : متوسطات قيم  $Lb(x):En-En$ .

(تدل على الانزياح الأفقي لمركز الشفة - القيمة المثالية تساوي الصفر)

@ لاحظنا خلال الفترة بعد العمل الجراحي أنّ بُعد ذروة قوس كوبيد عن زاوية فتحة الفم في الجانب المشقوق كان مماثلاً تقريباً لنظيره في الجانب غير المشقوق. لكن بعد سنة من العمل الجراحي حدث نقصٌ نسبيٌّ في بُعد ذروة قوس كوبيد عن زاوية فتحة الفم في الجانب المشقوق مقارنةً بنظيره في الجانب غير المشقوق. يوضّح الشكل (3) التغير الحاصل في القيم المتوسطة للنسبة  $((r:l)Ch-Lt)$ .



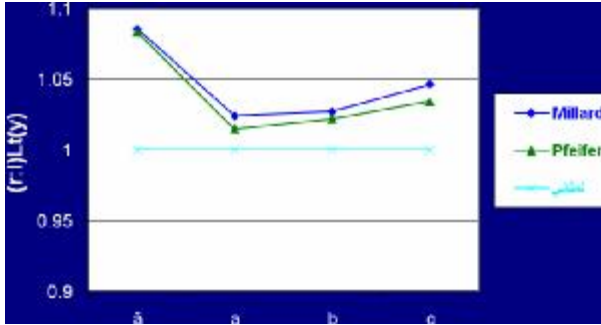
شكل (3) : متوسطات قيم  $(r:l)Ch-Lt$ .

(تدل على تغير بُعد ذروة قوس كوبيد عن زاوية فتحة الفم - القيمة المثالية تساوي الواحد)

لاحظنا بعد سنة من العمل الجراحي أنّ البُعد العمودي لذروة قوس كوبيد في الجانب المشقوق عن المحور الأفقي En-En كان أقل من البُعد العمودي لذروة قوس كوبيد في



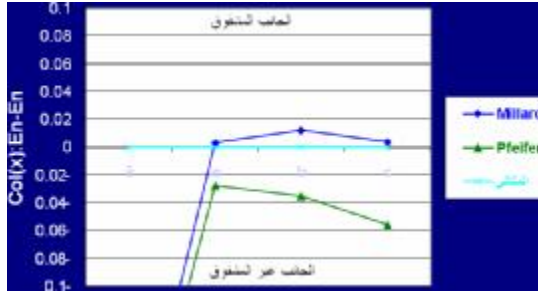
الجانب غير المشقوق؛ أي أن ذروة قوس كويبيد كانت أعلى نسبياً في الجانب المشقوق. على كل حال، كان هذا التباين أكثر وضوحاً في مجموعة Millard. يُوضَّح الشكل (5) التغير الحاصل في القيم المتوسطة للنسبة  $(r:l)Lt(y)$ .



شكل (5) : متوسطات قيم  $(r:l)Lt(y)$ .

( تدل على تغير طول الشفة - القيمة المثالية تساوي الواحد )

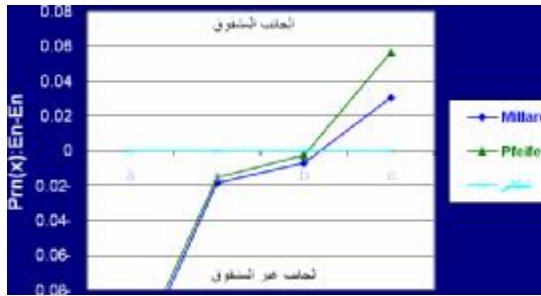
لاحظنا خلال الفترة قبل العمل الجراحي (  $\bar{a}$  ) وجود انزياح أفقي لقاعدة العُميد نحو الجانب غير المشقوق. بعد العمل الجراحي في مجموعة Millard كان الانزياح الأفقي لقاعدة العُميد عن الخط المتوسط للوجه قليلاً جداً نسبياً؛ وقد حافظت قاعدة العُميد نسبياً على هذا الوضع بعد سنة من العمل الجراحي. أمّا بعد العمل الجراحي في مجموعة Pfeifer فأصبحت قاعدة العُميد أقرب إلى الخط المتوسط للوجه مع بقائها منزاحة باتجاه الجانب غير المشقوق. كما زاد هذا الانزياح بشكل واضح بعد سنة من العمل الجراحي. يُوضَّح الشكل (6) التغير الحاصل في القيم المتوسطة للنسبة  $(Col(x):En-En)$ .



شكل (6) : متوسطات قيم Col(x):En-En.

( تدل على الانزياح الأفقي لقاعدة العُميد - القيمة المثالية تساوي الصفر )

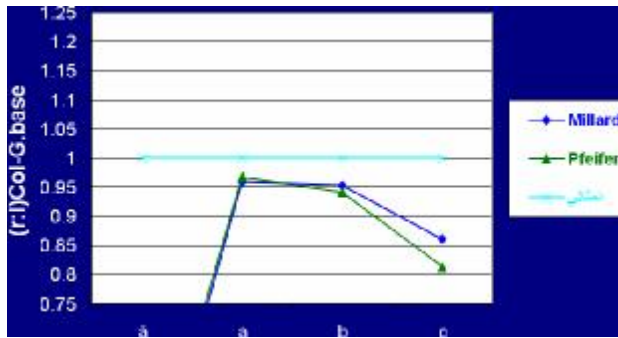
لاحظنا خلال الفترة قبل العمل الجراحي (  $\bar{a}$  ) أنّ ذروة الأنف كانت مُنزاحة نحو الجانب غير المشقوق. أما بعد العمل الجراحي مباشرةً فقد وجدنا أنّ ذروة الأنف أصبحت أقرب إلى الخط المتوسط للوجه. إلا أنه بعد سنة من العمل الجراحي انزاحت ذروة الأنف نحو الجانب المشقوق. على كل حال، كان هذا الانزياح أقل نسبياً في مجموعة Millard. يُوضّح الشكل (7) التغير الحاصل في القيم المتوسطة للنسبة (Prn(x):En-En).



شكل (7) : متوسطات قيم Prn(x):En-En.

( تدل على الانزياح الأفقي لذروة الأنف - القيمة المثالية تساوي الصفر )

بعد سنة من العمل الجراحي لاحظنا حدوث ازدياد في عرض جناح الأنف في الجانب المشقوق مقارنةً بنظيره في الجانب غير المشقوق؛ و كان هذا الازدياد أقل نسبياً في مجموعة Millard. بشكل عام، لاحظنا وجود عدم تناظر في فتحتي الأنف عند المرضى بعد سنة من العمل الجراحي. يُوضَّح الشكل (8) التغير الحاصل في القيم المتوسطة للنسبة (r:l)Col-G.base).



شكل (8) : متوسطات قيم (r:l)Col-G.base.  
( تدل على تغير عرض جناح الأنف - القيمة المثالية تساوي الواحد)

#### المناقشة:

إنَّ التوجه التقليدي للجراحين مبنيٌّ على اعتبار أنَّ الجلد والأنسجة الأخرى في الشفة تُؤلَّفُ فيما بينها مجموعة مُركَّبة يجب أن تتم إعادة ترتيبها هندسياً في أثناء إصلاح شق الشفة. لعل هذا التوجُّه يُوضَّح ولو جزئياً سببَ هذا التنوع الهائل في الطرائق الجراحية المستخدمة اليوم في إغلاق شق الشفة. هذا فضلاً عن السعي الحثيث والدؤوب لتعديل هذه الطرائق وتطويرها؛ وذلك بهدف إطالة العميد وزيادة حجم الشريحة الشفوية الوحشية في الجانب المشقوق وتحسين التناظر الأنفي (Menard وSchendel، 1997م).<sup>6</sup> إنَّ كثرة التعديلات المُدخلة على طرائق التصحيح الجراحي لا تَدُلُّ فقط على مرونة هذه الطرائق وقدرتها على التكيف، بل تَدُلُّ أيضاً على التباين

الواسع المُشاهد في شقوق الشفة الأحادية الجانب. وقد أشارَ (Delaire، 1978م) إلى أنَّ كلاً من طول الشفة النهائي وشكل الشفة البُنْيويّ في أثناء حركات التعبير الوجهي يرتبطان مباشرةً بمدى القدرة على تصحيح التشوه العضلي.<sup>7</sup> على كل حال، غالباً ما يكون إصلاح شكل الأنف غير كامل في معظم طرائق إغلاق شق الشفة (Schendel، 2000م).<sup>8</sup>

في الواقع فإنَّ لكل طريقة فوائدها الخاصة و مساوئها الخاصة. لكننا نؤكدُ هنا أنه حتى الآن لا يمكننا الاعتماد فقط على طريقة واحدة مفردة بهدف علاج كل أنماط تشوهات شقوق الشفة الأحادية الجانب المتنوعة جداً. وهنا علينا أنْ نُميِّزَ بِشكْلٍ واضحٍ بين الغاية والوسيلة؛ فالغاية من وراء إغلاق شقوق الشفة تتضمن الحصول على شفة مقبولة من الناحيتين التجميلية والوظيفية. أمَّا الطرائق الجراحية المُستخدَمة لإنجاز هذه الغاية هي ببساطة الوسيلة، وهي تختلف من جراحٍ إلى آخر ومن حالةٍ إلى أخرى. من جهةٍ أخرى وبناءً على معالجة الأطفال المصابين بأنماط متنوعة من الشقوق الفموية مدة 30 سنة، استنتج (Berkowitz، 1996م) أنَّ نجاح العمل الجراحي، أو إخفاقه يعتمد على درجة شدة التشوه الحنكي وعمر المريض حين إجراء العمل الجراحي ونموذج النمو الوجهي الحادث، ومهارة الجراح وطريقة العمل الجراحي، المستخدم.<sup>9،10</sup> إذ يعتمد إحرار أي تقدم في العلاج على نموذج النمو الوجهي والهيكل الموروث لدى المريض، وعلى مدى تأثير الجراحة في هذا النمو الوجهي. على كل حال فإنَّ طرائق التصحيح الجراحي لشقوق الشفة جميعها تُؤثِّرُ وتُتأثِّرُ بالنمو الوجهي؛ وهذا ما يتفق مع أكدَّه (Ross، 1987م) من أنَّ إصلاح الشفة يثبط نمو الفك العلوي.<sup>11</sup> أكدَّ كل من (Laitung وآخرين، 1993م<sup>12</sup>؛ و Russell وآخرين، 2000م<sup>13</sup>؛ و Bilwatsch وآخرين، 2006م<sup>14</sup>) ضرورة التقييم الدقيق للملامح الوجهية المختلفة باستخدام طرائق تحليل أنثروبومتري كميَّة ومعياريَّة مع تحليل النتائج المُستخلَّصة إحصائياً، وذلك بهدف تقييم فاعلية طرائق المعالجة الجراحية المختلفة والمتعددة وكفائها؛ ومن ثمَّ تحديد مدى ملاءمة الطريقة الجراحية المُستعمَلة في تحسين مظهر مرضى شقوق

الشفة والسنخ والحنك. فالبيانات التي نَحْصَلُ عليها من الدراسات التحليلية الأنتروبومترية تَسْمَحُ بالوصول إلى فَهْمٍ أدق لتأثير العمل الجراحي في النمو الوجهي عند مرضى شقوق الشفة.

على الرغم من حصولنا على قوس كوبيد وأحمر شفاه متناظرين نسبياً بعد العمل الجراحي، أظهرت نتائج هذه الدراسة التحليلية وجود تَغْيِيرٍ غَيْرٍ متناظرٍ في ارتفاع قوس كوبيد وعرضه وفي طول الشفة بين الجانبين المشقوق وغير المشقوق بعد سنة من العمل الجراحي. كما لاحظنا ظهور انزياحٍ أفقيٍّ لمركز الشفة نحو الجانب المشقوق بعد سنة من العمل الجراحي. وهذا يتفق مع ما ذكره (Yamada وآخرين، 2002م<sup>4</sup>؛ Reddy، 2005م<sup>15</sup>؛ Bilwatsch وآخرون، 2006م<sup>14</sup>)؛ في حين يختلف هذا مع ما ذكره (Lee، 1999م) الذي أشار إلى أنَّ شق الشفة الأحادي الجانب المُصَحَّح جراحياً و المُتَابَعُ مدة ثلاث سنوات تقريباً يُحَافِظُ على ثباتٍ واضحٍ في الأبعاد الأفقية و العمودية المُحدَّدة وقت إجراء العمل الجراحي.<sup>16</sup> على كل حال بعد سنة من العمل الجراحي كان طول قوس كوبيد في الجانب المشقوق أقل منه في الجانب غير المشقوق؛ وهذا يتفق مع ما ذكره (Yamada وآخرين، 2002م<sup>3</sup>؛ Bilwatsch وآخرون، 2006م<sup>14</sup>) و يختلف مع ما ذكره (Lee، 1999م<sup>16</sup>). كما حدث نقص واضح في طول الشفة في مجموعة Millard؛ وهذا يتفق مع ما ذكره كلٌّ من (Yamada وآخرون، 2002م<sup>3</sup>؛ Reddy، 2005م<sup>15</sup>؛ Bilwatsch وآخرون، 2006م<sup>14</sup>)؛ إلا أننا هنا نختلف مع ما ذكره (Li و آخرون، 2006م<sup>17</sup>) من أنَّ النقص الحادث في طول الشفة عند استخدام طريقة Millard ليس ناجماً عن العمل الجراحي بحد ذاته؛ وإنما هذا النقص ناجمٌ فقط عن العَوَزِ أو القصور الولادي في نمو الفك العلوي.

تَكشِفُ نتائج هذه الدراسة التحليلية أنَّ شكل الأنف و شكل فوهة الأنف كانتا أفضل قليلاً في مجموعة Millard. نحن نعتقد أنَّ إعادة بناء القسم العلوي من العضلة

المدورة الشفوية مع تقديم القسم الوحشي للشفة في الجانب المشقوق كان أسهل حين تطبيق طريقة Millard؛ وهذا بدوره قد يُسهم في استقرار قاعدة الأنف ويجعل جناح الأنف أكثر قابلية للدوران. على كل حال، نؤكد هنا أننا لاحظنا في أثناء التصحيح الجراحي لشقوق الشفة الواسعة وفق طريقة Pfeifer وجود صعوبة في تشكيل فوهتي أنف متناظرتين، ورغم ذلك كانت النتائج مقبولة نسبياً.

الاستنتاج: يفضل عدم استخدام طريقة Millard في معالجة حالات شقوق الشفة المترافقة بنقص كبير في طول الشفة في الجانب المشقوق. إذ وجدنا أن هذه الطريقة لا تفي بالغرض حين وجود هذا النقص في الجانب المشقوق. أيضاً كانت نتائج تصحيح عرض فوهة الأنف و تسطح جناح الأنف أفضل بعد تطبيق طريقة Millard.

### Referensce

- 1- Costella BJ, Ruiz RL: Cleft lip and palate: comprehensive treatment planning and primary repair. In: Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD (ed): Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. BC Decker Inc, Hamilton, 2<sup>nd</sup> edition, Volume 2, Chapter 42; p.839-858, 2004.
- 2- Pfeifer G: The wave-line procedure for primary cleft lip surgery. In: Johonson B., ed. *Proceedings of the Second International Congress on Cleft Palate*, Abstract, 190, 1973.
- 3- Yamada T, Mori Y, Minami K, Mishima K, Sugahara T: Three-dimensional facial morphology, following primary cleft lip repair using the triangular flap with or without rotation advancement. *J Craniomaxillofac Surg*, 30(6):337-342, Dec 2002.
- 4- Yamada T, Mori Y, Minami K, Mishima K, Tsukamoto Y: Surgical results of primary lip repair using the triangular flap method for the treatment of complete unilateral cleft lip and palate: a three-dimensional study in infants to four-year- old children. *Cleft Palate Craniofac J*, 39:497-502, Sep 2002.
- 5- Yamada T, Mori Y, Minami K, Sugahara T: Nasolabial and alveolar morphology following presurgical orthopaedic treatment in complete unilateral clefts of lip, alveolus and palate. *J Craniomaxillofac Surg*, 31:343-347, 2003.
- 6- Menard RM, Schendel SA. Rotation-Advancement Repair of Unilateral Cleft Lip: Current Status and Future Horizons. *Adv Plast Recons Surg Ch 8: 14;247-278*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1997.
- 7- Delaire J: Theoretical principles and technique of functional closure of the lip and nasal aperture. *J Maxillofac Surg*, 6:109, 1978.
- 8- Schendel SA: Unilateral cleft lip repair—state of the art. *Cleft Palate Craniofac J*, 37:335-341, 2000.
- 9- Berkowitz S: Cleft Lip and Palate: Perspectives in Management. Volume I & Volume II, Singular Publishing Group, Inc., San Diego, California, 1996.
- 10-Berkowitz S: The Value of Longitudinal Facial and Palatal Records in Clinical Research. In: Cleft Lip and Palate Textbook. Vol I, Singular Publishing Group, P. 7, 1996.
- 11-Ross RB: Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate J*, 24:5-77, 1987.
- 12-Laitung JK, Coghlan BA, Pigott RW: A comparison of computer versus panel assessment of two groups of patients with cleft lip and palate. *Br J Oral Surg*, 46:18-22, 1993.

- 13-Russell KA, Waldman SD, Lee JM: Video-imaging assessment of nasal morphology in individuals with complete unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*, 37:542-550, 2000.
- 14-Bilwatsch S, Kramer M, Haeusler G, Schuster M, Wurm J, Vairaktaris E, Neukam FW, Nkenke E: Nasolabial symmetry following Tennison-Randall lip repair: A three dimensional approach in 10-year-old patients with unilateral clefts of lip, alveolus and palate. *J Craniomaxillofac Surg*, 34:253-262, 2006.
- 15-Reddy L: Comparison of Millard rotation-advancement variant incision and the Pfeifer wavy incision for unilateral cleft lip repair. *AAOMS*, Abstract, 52, 2005.
- 16-Lee TJ: Upper lip measurements at the time of surgery and follow-up after modified rotation-advancement flap repair in unilateral cleft lip patients. *Plast Reconstr Surg J*. 104(4):911-915, Sep 1999.
- 17-Li Y, Shi B, Song QG, Zuo H, Zheng Q: Effects of lip repair on maxillary growth and facial soft tissue development in patients with a complete unilateral cleft of lip, alveolus and palate. *J Craniomaxillofac Surg*, 34:355-361, 2006.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2009/5/3.  
تاريخ قبوله للنشر: 2009/6/16.