

Η αποκατάσταση των σχιστιών του χείλους

ΕΜΜ. ΚΟΥΔΟΥΜΝΑΚΗΣ

Αν. Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Περίληψη

Οι σχιστίες του χείλους (εικόνα 1) είναι γνωστές από αρχαιοτάτων χρόνων. Αγαλματίδια με παρόμοιες γναθοπροσωπικές ανωμαλίες υπάρχουν στο Μουσείο της Κορίνθου. Η πρώτη αναφορά που περιγράφει τη χειρουργική σύγκλειση χειλοσχιστίας υπάρχει από το 1125 και έχει γίνει από Κινέζο χειρουργό. Το 1884 ο Mirault παρουσίασε για πρώτη φορά τη χρήση δερματικών κρημνών για την αποκατάσταση της χειλοσχιστίας, βάζοντας έτσι τα θεμέλια της σύγχρονης χειρουργικής, που είναι η δημιουργία και η μετακίνηση δερματικών κρημνών.

Στο ειδικό κέντρο αντιμετώπισης συγγενών γναθοπροσωπικών ανωμαλιών που λειτουργεί στο Νοσοκομείο μας, αντιμετωπίζουμε κάθε χρόνο περίπου 34 περιστατικά με σχιστία του χείλους και η φιλοσοφία της ύπαρξης του κέντρου είναι ότι για τη σωστή αντιμετώπιση των σχιστιών γενικά δεν αρ-

κεί μόνο η παρουσία του χειρουργού σχιστιών, αλλά μιας ομάδας 11 ειδικών, που συνεργάζονται και επεμβαίνουν σύμφωνα με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα.

Η συχνότητα της σχιστίας του χείλους, με ή χωρίς σχιστία της υπερώας, κυμαίνεται από 1/500 έως 1/1.000 γεννήσεις. Στο 80% των περιπτώσεων είναι συνήθως ετερόπλευρη και μόνο στο 20% είναι αμφοτερόπλευρη.

Η μέθοδος που χρησιμοποιούμε είναι η μέθοδος Millard και η τροποποιημένη κατά Salyer.

Ο χρόνος που επεμβαίνουμε στο χείλος είναι ο δεύτερος ή τρίτος μήνας της ζωής του παιδιού, αν και η προσπάθεια γενικότερα είναι η επέμβαση να γίνεται από τον πρώτο μήνα της ζωής.

Λέξεις κλειδιά: σχιστία του χείλους, ειδικό κέντρο αντιμετώπισης σχιστιών, μέθοδοι Millard και Salyer, μετεγχειρητικές δυσμορφίες.

Χειρουργική αποκατάσταση της ετερόπλευρης σχιστίας του χείλους

Το παιδί τοποθετείται σε ύπτια θέση με ελαφρά έκταση της κεφαλής. Ο χειρουργός ευρίσκεται σε καθιστή θέση πάνω από την κεφαλή του παιδιού.

Μετά τον καθαρισμό του χειρουργικού πεδίου, ορίζουμε με bleu du methylene τα βασικά σημεία της τεχνικής (εικόνα 2) που είναι η περιοχική της στυλίδας της ρινός (Α), η κορυφή της παρυφής του ερυθρού του χείλους της υγιούς πλευράς (Β), η εντομή της ανώτερης παρυφής στη μεσότητα (Γ) και σημείο (Δ) στο ερυθρό του χείλους όπου (ΒΓ)=(ΓΔ). Το σημείο (Δ) θα ενωθεί με το ερυθρό του χείλους της πλευράς της σχιστίας και θα αποτελέσει την αντίστοιχη κορυφή της παρυφής του. Το σημείο (Ε) ορίζεται σαν σημείο που θα ενωθεί με το σημείο (Δ), αλλά θα επιτρέψει τη δημιουργία δερματικού κρημού, το εύρος του οποίου θα εί-



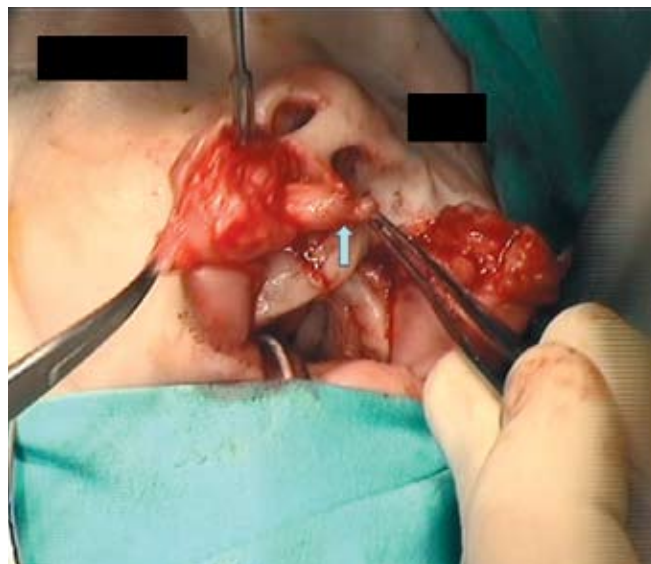
Εικόνα 1. Ετερόπλευρη σχιστία του χείλους με συνοδό σχιστία της γνάθου και της υπερώας.



Εικόνα 2. Τομές και οδηγία σημεία για την αποκατάσταση της ετερόπλευρης χειλοσχιστίας με την μέθοδο Millard.



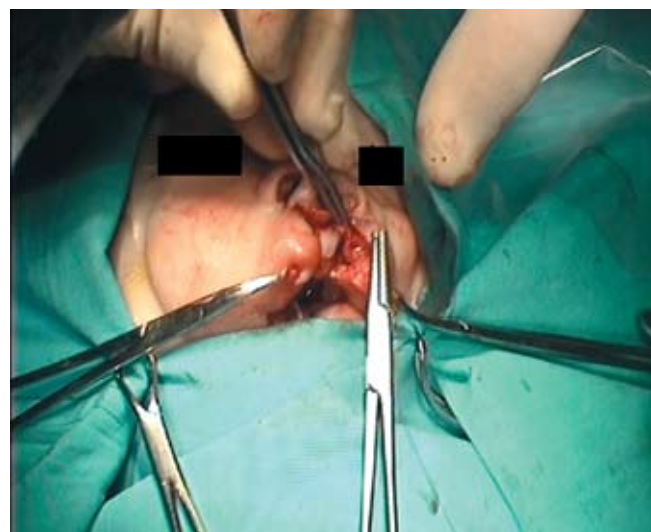
Εικόνα 3. Παρασκευή των δερματομυϊκών κρημνών.



Εικόνα 4. Παρασκευή και μετακίνηση του μυϊκού στρώματος του άνω χείλους.



Εικόνα 5. Συρραφή της οπίσθιας επιφάνειας του άνω χείλους.



Εικόνα 6. Συρραφή του βλεννογόνου και του μύος του άνω χείλους.

ναι ίσο με το εύρος του χείλους της υγιούς πλευράς. Το ανωτέρω σημείο δεν είναι σταθερό, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με το ύψος του χείλους που επιθυμούμε.

Μετά τη χάραξη των τομών κάνουμε διήθηση της σχιστίας και των μυκτάρων με διάλυμα adrenaline - xylocaine, για να πετύχουμε αιμόσταση κατά τη διάρκεια της επέμβασης και αναλγησία μετεγχειρητικά.

Οι τομές αρχίζουν από το σημείο Α με μαχαιρίδιο Νο 11. Γίνεται τοξοειδής τομή μέχρι το σημείο Δ και αφαιρείται

η περίσσεια του ερυθρού του χείλους. Η επόμενη τομή είναι κάθετη από το σημείο Ε μέχρι την είσοδο του μυκτάρου και πάνω στο όριο μεταξύ δέρματος και ερυθρού του χείλους. Η τομή αυτή και ανάλογα με την παραμόρφωση του πλάγιου τοιχώματος της ρινός, μπορεί να επεκταθεί λίγο πάνω από την κάτω ρινική κόγχη, προκειμένου να έχουμε πρόσβαση για να αποκολλήσουμε τους πλάγιους ρινικούς χόνδρους (εικόνα 3).

Η επόμενη κίνησή μας είναι να παρασκευάσουμε από τους κρημνούς των

χειλέων το μυϊκό στρώμα του σφιγκτήρα του άνω χείλους, ενέργεια απαραίτητη για τη σωστή κινητικότητα του (εικόνα 4).

Με ένα αμβλύ ψαλίδι κάνουμε καλή αποκόλληση της στυλίδας από την πρόσφυση της στο διάφραγμα, χειρισμός που θα επιτρέψει τη μετακίνηση της στυλίδας σε επιθυμητή θέση.

Τέλος, αρχίζει η συρραφή των ιστών, με πρώτο το βλεννογόνο της οπίσθιας επιφάνειας του χείλους με Vicryl 4-0, το μυϊκό με Vicryl 3-0 και το δέρμα με 4-0 ή 5-0 ράμματα. Ο τριγωνικός κρημνός



Εικόνα 7. Προετοιμασία για την συρραφή του δέρματος και του ερυθρού του χείλους.

τή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου μετά τη μετακίνηση και συρραφή των κρημνών παρατηρείται κάμψη του μυκτήρα. Μετά την αποκόλληση των πλαγίων χόνδρων, τοποθετείται στο μυκτήρα γάζα Fucidin, η οποία στερεώνεται με εξωτερικό ράμμα και γάζα υποστήριξης για 10 ημέρες (εικόνα 9).

Η μετεχειρτητική αγωγή στο παιδί περιλαμβάνει ενδοφλέβια αντιβιοτικό και καθημερινή περιποίηση του τραύματος. Η σίτισή του είναι ελεύθερη, αλλά γίνεται με κουταλάκι ή σύριγγα. Η παραμονή στο Νοσοκομείο είναι περίπου 5 ημέρες.

Χειρουργική αποκατάσταση της αμφοτερόπλευρης σχιστίας του χείλους

Η χειρουργική αποκατάσταση της αμφοτερόπλευρης σχιστίας του χείλους παρουσιάζει αρκετές τεχνικές δυσκολίες, κυρίως σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το τομικό οστόν προέχει και είναι παρεκτοπισμένο.

Στις περιπτώσεις συμμετρικής σχιστίας χωρίς ιδιαίτερη προβολή του τομικού οστού, δημιουργούνται τρεις κρημοί από την περιοχή του τομικού οστού, οι πλάγιοι χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία του εδάφους του μυκτήρα και ο κεντρικός μαζί με τους κρημούς των χειλέων χρησιμοποιείται για τη δημιουργία του άνω χείλους. Η ανεύρεση και η συρραφή των μυϊκών στοιχείων του άνω χείλους επιχειρείται, αλλά δεν είναι πάντοτε εφικτή (εικόνες 10 και 11).

Οι αμφοτερόπλευρες σχιστίες του χείλους, όπου δεν υπάρχει σχιστία της άνω γνάθου, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία.

Αντιθέτως, στις περιπτώσεις σχιστιών με παρεκτόπιση και στρέβλωση του τομικού οστού, μπορούμε σε πρώτο χρόνο να κλείσουμε την πλευρά με το μεγαλύτερο εύρος και σε δεύτερο χρόνο την άλλη ή να κάνουμε απλή σύγκλιση των κρημών των χειλέων με το δέρμα που καλύπτει το τομικό οστόν. Στην περίπτωση αυτή είναι πρακτικά ανέφικτη η συρραφή των μυϊκών στρωμάτων (εικόνα 12).

Μετεχειρτητικές επιπλοκές

Η καλή και υπό ιδανικές συνθήκες αντισψίας συρραφή των κρημών και



Εικόνα 8. Αποκατάσταση του χείλους με την μέθοδο Millard.



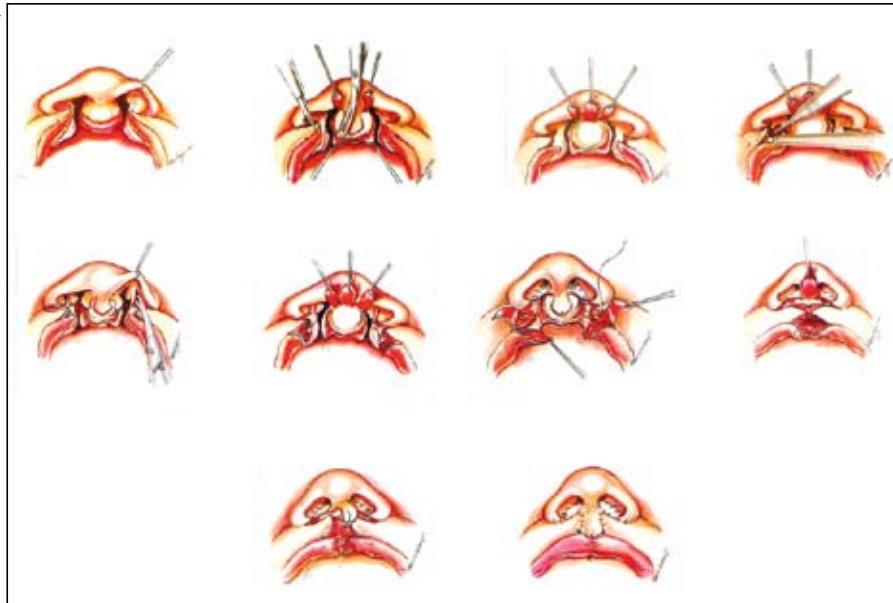
Εικόνα 9. Τροποποιημένη μέθοδος Millard κατά Salyer.

της στυλίδας μετακινείται και καθλώνεται στην πλευρά της σχιστίας, σε θέση τέτοια που η στυλίδα να ευρίσκεται στη μέση γραμμή (εικόνες 5 και 6).

Μεγάλη προσοχή και προσπάθεια χρειάζεται κατά τη σύγκλιση του ερυθρού του χείλους στην περιοχή του χειλικού φύματος. Πρέπει αλλού να διατηρηθεί ιστός και αλλού να αφαιρεθεί, προκειμένου να πετύχουμε ομαλή επιφάνεια και να αποφευχθούν μετεχειρτητική

εντομή ή ουλή (εικόνες 7 και 8).

Η τροποποιημένη μέθοδος της ανωτέρω τεχνικής κατά Salyer περιλαμβάνει επέκταση της τομής στην πλευρά της σχιστίας προς τη ρινική θάλαμη και κάτω από την κάτω ρινική κόγχη, με σκοπό να προσπελάσουμε και να αποκολλήσουμε με ψαλίδι τους πλάγιους ρινικούς χόνδρους και να διαμορφώσουμε ομαλή και συμμετρική παρυφή του μυκτήρα. Η μέθοδος αυ-



Εικόνα 10. Σχηματική αποκατάσταση αμφοτερόπλευρης συμμετρικής σχιστίδας του χείλους με κρημνούς από τα χείλη και το τομικό οστούν.



Εικόνα 12. Σύγκλιση αμφοτερόπλευρης σχιστίδας του χείλους με απλή συρραφή των κρημνών.



Εικόνα 11. Σύγκλιση αμφοτερόπλευρης σχιστίδας.

η καθημερινή σχολαστική περιποίηση του τραύματος είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για να μη δημιουργηθεί αιμάτωμα, διαπύση και διάσπαση του τραύματος, που είναι και οι βασικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Μετεγχειρητικές δυσμορφίες

Οι δυσμορφίες αυτές προκύπτουν από την επουλωτική δραστηριότητα, τη λανθασμένη συρραφή των κρημνών ή από τη διάσπαση μερικών ραμμάτων και έχουν σαν αποτέλεσμα την ασυμμετρία της στυλίδας, τη δημιουργία νησίδας ερυθρού του χείλους στο δέρμα και τη δημιουργία εντομής κατά τη σύγκλιση του στόματος.

Οι δυσμορφίες αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά τουλάχιστον δύο χρόνια μετά την αρχική επέμβαση, διότι έχουν παρατηρηθεί σημαντικές βελτιώσεις από την ενέργεια του τετράγωνου μυός του άνω χείλους, που διαμορφώνονται μέχρι και τρία χρόνια μετά τη σύγκλιση (εικόνες 13Α και Β).

Summary The treatment of cleft lips Em. Koudounakis

Cleft lips (picture 1) have been known since the ancient times. Statuettes with

similar craniofacial anomalies can be found at the Corinth museum.

The first reference describing a surgical closure has been in existence since 1125 and it was conducted by a Chinese surgeon. In 1884 Mirault for the first time presented the use of skin flaps for the lip closure, thus founding modern surgery which actually is the formation and transfer of skin flaps. In the special centre which deals with the treatment of congenital craniofacial anomalies that functions in our hospital, we each year treat 34 cases of cleft lips.

The philosophy that lies behind the existence of our centre is that in order to properly treat clefts in general, the presence of a cleft surgeon is not enough, therefore there is a team of 11 specialists working together and operating according to a set timetable.

The frequency of a cleft lip with or without a cleft palate ranges between 1/500 to 1/1.000 births. In 80% of the cases it is usually lateral and there is only a 20% bilateral.

The method we use is a Millard modified by Salyer method. We operate on the lip during the 2nd or 3rd month although our aim and our effort in general is to operate on the child as early as the 1st month after birth.



Εικόνα 13. Α. Χειρουργική αποκατάσταση εντομής της παρυφής του χείλους και της στυλίδας. **Β.** Αφαίρεση της νησίδας του ερυθρού του χείλους από το δέρμα.

Key words: cleft lip, special treatment centre, methods Millard and Salyer, post surgical deformities.

Βιβλιογραφία

1. Abyolm F. Primary closure of cleft lip and palate. Saunders 1996; p. 370-383.
2. Bardach J. New method of reconstruction of deformed nasal alae in adolescents and adults following unilateral cleft lip repair. Acta Chir Orthop Traumatol 1957; p. 72-78.
3. Bardach J. Organization of the treatment center for the treatment of congenital facial deformities. Stomatol Rev 1965; p. 2-17.
4. Bardach J. Cleft lip and palate 1967.
5. Bardach J. The influence of cleft lip repair on facial growth. 1989; p. 76-78.
6. Bardach J, Cutting C. Anatomy of unilateral and bilateral cleft nose. WB Saunders 1990; p. 150-159.
7. Bardach J, Klausner E, Eisbach K. The relationship between lip pressure and facial growth after cleft lip repair. Cleft palate 1979; p. 109-117.
8. Bardach J, Morris H. Multidisciplinary management of cleft lip and palate. WB Saunders, 1990.
9. Bardach J, Noordhoff MS. Correction of secondary bilateral deformities. Surgical techniques in cleft lip and palate. St Louis: Mosby-Year book 1991; P. 58-73.
10. Bardach J, Salyer KE. Surgical techniques in cleft lip and palate. Mosby-Year book 1991; p. 74-112.
11. Bardach J, Salyer KE, Noordhoff MS. Correction of nasal deformity associated with unilateral cleft lip. St Louis: Mosby-Year Book 1991; p. 74-112.
12. Cutting CB, Bardach J, Pang R. A comparative study of the skin envelope of the unilateral cleft lip nose subsequent to rotation-advancement and triangular flap lip repairs. Plast Reconstr Surg 1989; p. 409-417.
13. Cutting C, Grayson B. The prolabial unwinding flap method for one-stage repair of bilateral cleft lip, nose and alveolus. Plast Reconstr Surg 1993; p. 37-47.
14. Grayson B, Cutting C, Wood R. Preoperative columella lengthening in bilateral cleft lip and palate. Brief communication. Plast Reconstr Surg 1993; p. 1422-1423.
15. Jackson I, Munro I, Salyer KE, Whitaker L. The atlas of craniomaxillofacial surgery. St Louis: CV Mosby 1982.
16. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: a 15-year review and a new treatment plan. Plast Reconstr Surg 1990; p. 882-889.
17. Mulligan JB, Pensler JM, Kosakewich HP. The anatomy of Cupid's bow in normal and cleft lip. Plast Reconstr Surg 1993; 92:395-403.
18. Noordhoff MS. Reconstruction of vermillion in unilateral and bilateral cleft lip. Plast Reconstr Surg 1984; 73:52-60.
19. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft and lip nose: a 15-year experience. Plast Reconstr Surg 1986; 77:558-566.
20. Salyer KE. Unilateral cleft lip and cleft lip nasal reconstruction. Philadelphia: WB Saunders 1989; p. 173-189.
21. Salyer KE. Early and late treatment of unilateral cleft deformity. Cleft Palate- Craniofacial Journal 1992; 29:556-569.
22. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft lip- nose: a 25-year experience. Reconstructive and Aesthetic Surgery 1995; p. 51.