

شکاف لب همراه یا بدون شکاف کام cleftlip ± Cleft palate

نویسنده: دکتر اکبر فاضل
استادیار و رئیس بخش ماگزیلو فاشیال دانشکده دندانپزشکی دانشگاه
علوم پزشکی تهران

خلاصه:

شکاف لب و کام (اتیولوژی، نحوه درمان، مراحل درمان) موضوع بحث انگیزی است که این امر موجب شده است تا مراکز معتبر درمانی و آموزشی جهان در این زمینه به رشد و شکوفایی قابل توجهی نائل آیند بطوریکه درمان تیمی یا Team work Management بعنوان یک اصل اساسی پذیرفته شده است. از آنجائیکه ارائه سرویسهای درمانی در کشور ما به این گروه بیماران بصورت پراکنده و ناقص انجام می شود لازم است مراکز درمانی خود را با توجه به تجربیات پرارزش سایر مراکز درمانی معتبر دنیا برنامه ریزی کنیم که هدف این مقاله ارائه کلیاتی است بصورت قدم به قدم با توجه به تقویم زمانی مراحل درمانی این بیماران با توجه به آنچه که مورد قبول مراکز معتبر علمی جهان است و از بین مکاتب مختلف آنچه را که از مبانی علمی متقن تری برخوردار است، ارائه می گردد.

مقدمه:

در چهارمین هفته زندگی جنینی، بازشدگی در انتهای قدامی جنین که معروف به STOMADEUM (یا دهان اولیه Primitive mouth) است بوجود می آید. استومادیوم یا دهان اولیه بوسیله برجستگی هائی که در بالای آن زوائد فرونتونازال (پیشانی - بینی) و در طرفین بوسیله زوائد ماگزیلری و در پائین بوسیله زوائد ماندیبولر که حدوداً در هفته پنجم زندگی جنینی از خط وسط بهم متصل می شوند، محدود می گردد. در خلال هفته ششم جنینی، زواید ماگزیلری برجسته شده و به سمت خط وسط رشد می کنند. زوائد میانی کام استخوان ماگزیلا که حامل دندانهای پیشین است از مراکز مختلف استخوان سازی در فک بالا در محل بینی میانی که به استخوان پرمماگزیلا معروف است قرار می گیرد.

در فاصله هفته هفتم تا نهم جنینی، اتصال هر یک از صفحات ماگزیلا با پرمماگزیلا انجام می گیرد

و در همین حال اگر رشد در هر یک از مراحل مذکور متوقف شود، یکی شدن دو یا چند قطعه مذکور ممکن است در زمان طبیعی خود دچار شکست شود و این موجب بعضی نواقص گردد که این امر می تواند به دلایل ژنتیکی و یا عوامل محیطی ایجاد شود.

بیشتر محققین بر موروثی بودن شکاف لب و کام تکیه می کنند. اگر چنین باشد، بنا بر این عامل مسئول نقص رشدی تکاملی باید از قبل در نطفه مرد و یا زن وجود داشته باشد. همچنین این امکان وجود دارد که مراحل رشدی تکاملی بدلیل عوامل محیطی (با تأثیر مشابهی با تغییرات ژنتیکی) تغییر یابد. متأسفانه با وجود مطالعات زیاد اکثراً غیرممکن است که بطور مشخص تعیین کنیم که آیا یک ناهنجاری بدلیل عامل محیطی و یا ژنتیکی است. (۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۳).

طبیعتاً والدین اطفالی که دچار شکاف لب همراه یا بدون شکاف کام هستند سوالات زیادی در

مورد علت این ناهنجاری دارند و معمولاً اولین سوال آنها این است که چرا این امر برای فرزند ما اتفاق افتاد. جواب ساده ای برای این سوال وجود ندارد.

مراحل رشد هر جنینی پیچیده است. در ابتدا با شروع تکثیر سلولها، تعداد زیادی شکاف وجود دارد. در دو ماهگی ساختمان صورت باید شروع به یکی شدن نماید. هنوز کاملاً روشن نشده است که چرا و یا چگونه این امر اتفاق می افتد و وقتی انسان ملاحظه می کند که از یکی شدن دو سلول مستقل یک انسان بوجود می آید متوجه خواهد شد که تولد اکثر نوزادان بدون نقص یک معجزه است.

اکثر والدین از خودشان می پرسند آیا ما مقصریم؟ نه، حقیقتاً هنوز علت آن درک نشده است ولی به هیچ وجه والدین نباید خود را در این شرایط مقصر بدانند.

سئوال دیگری که والدین می پرسند این است که آیا فرزند بعدی هم دچار همین مشکل خواهد

شد؟

واقعیت این است که در حال حاضر دقیقاً راهی پیدا نشده است که تولد نوزاد همراه با شکاف لب و کام را پیش بینی کند. بعضی افراد، معتقد به موروثی بودن آن می باشند که البته این می تواند حدوداً در ۲۵ درصد موارد باشد. خیلی از خانواده ها از بین چهار فرزند خود تنها دارای یک فرزند با شکاف لب و یا کام هستند. آمار نشان می دهد که شانس وقوع بین ۱۵ تا ۲۰ درصد از فرزندی به فرزند دیگر افزایش می یابد (۱۵ و ۶). نژاد و جنسیت نیز بر روی احتمال وقوع شکاف لب و کام مؤثر است. بطوریکه در نژاد قفقازی از هر ۶۰۰-۷۰۰ نفر یک نفر مبتلا است. برای نژاد سیاه، این رقم به یک نفر از هر ۲۰۰۰ نفر نوزاد می رسد. احتمال وقوع شکاف لب همراه یا بدون شکاف کام بیشتر در جنس مذکر شایع است، در حالیکه شکاف کام تنها در جنس مؤنث شایع است. بطور کلی وقوع شکاف (cleft) در مردان نسبت به زنان شایعتر است. اگر والدین بدون شکاف (cleft) باشند و صاحب فرزندی با شکاف لب و یا کام شوند، شانس داشتن فرزند دیگری با شکاف کام و یا لب یک در بیست و پنج (یک بیست و پنجم) می باشد و اگر یکی از والدین دچار

به ذکر است که کلاس III و IV می تواند همراه با شکاف لب باشد.

طبقه بندی تسبیح، که شکاف های صورت و جمجمه را با شماره گذاری مشخص کرده که از شماره ۱-۹ بنام شکافهای صورتی یا FACIAL در زیر گوشه چشم یا خط پلکی و از ۱۰-۱۴ بنام شکافهای CRANIAL در بالای گوشه چشم می باشد. شماره صفر شکاف میانی است.

طبقه بندی Y توسط آقای KERNAHAN در سال ۱۹۷۱ بصورت حرف Y پیشنهاد شد که حروف R مشخص کننده سمت راست و L مشخص کننده سمت چپ می باشد. شماره های ۱ و ۴ نشان دهنده شکاف لب و شماره های ۲ و ۵ آلونول و

شکاف لب و یا کام باشند و فرزندی با همین نقص داشته باشند، شانس داشتن فرزند دیگری با همین نقص یک در پنج (یک پنجم) خواهد بود (۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۸).

انواع شکاف ها:

در مورد شکافها چندین نوع طبقه بندی وجود دارد که هر کدام محاسن و معایبی دارد، از جمله: طبقه بندی VEAU که از کام نرم (خلف) شروع شده و به قدام و در چهار کلاس ختم می گردد.

کلاس I شکاف فقط کام نرم را مبتلا کرده، کلاس II: شکاف، کام نرم و سخت را گرفتار کرده است. کلاس III، کام نرم و سخت همراه پرماکزینا بصورت یکطرفه گرفتار شده است. کلاس IV علاوه بر شکاف کام نرم و سخت، پرماکزینا بصورت دوطرفه گرفتار شده است. لازم

نرم می باشد (شکل ۳).

شماره ۱۲ نشان دهنده حلق است که اگر کفایت انسداد کامی-حلقی را داشته باشیم، وصل و در غیر اینصورت قطع خواهد بود. همچنین شماره ۱۳ که با فلش و نقطه چین به تنه وصل می شود میزان بیرون زدگی پرماکزینا را نشان می دهد.

آقای FOGH ANDERSON در سال ۱۹۸۸ پیشنهاد استفاده از علائم اختصاری زیر را دادند:

شکاف کام = CP

شکاف لب و کام = CLP

شکاف زیر مخاطی کام = SMCP

شکاف لب = CL

یکطرفه = U دوطرفه = B

جهت شرح بیشتر ضایعه شکاف های لب و کام، به چهار درجه (GRADE) تقسیم می شوند:

شکاف های لب درجه ۱، تا یک سوم ارتفاع لب.

شکاف های لب درجه ۲، از یک سوم تا دو سوم ارتفاع لب.

شکاف های لب درجه ۳، بیشتر از دو سوم ارتفاع لب.

شکاف های لب درجه ۴، شکاف کامل لب را گویند.

شکاف های کام درجه ۱، فقط کام



شماره های ۶ و ۳ نشان دهنده کام سخت از آلونول تا سوراخ انسیزیو و شماره های ۷ و ۸، کام سخت پس از سوراخ انسیزیو و شماره ۹ نمایشگر شکاف کام نرم می باشد (شکل ۲).

شکافهای کام زیر مخاطی، با خطوط افقی هاشور مانند و شکافهای معمولی با نقطه چین مشخص می شود. طبقه بندی Y توسط NABIL

ELSAHY از مصر در سال ۱۹۷۲ به شرح زیر اصلاح شد، که دو مثلث فوقانی بدون شماره نشان دهنده گرفتاری شکاف در بینی است. شماره های ۱ و ۵ نشان دهنده شکاف کف بینی است.

شماره های ۲ و ۶ نشان دهنده شکاف لبهاست. شماره های ۷ و ۳ نشان دهنده شکاف آلونول است. شماره های ۸ و ۴ نشان دهنده شکاف کام سخت قبل از سوراخ ثنایایی است. شماره های ۱۰ و ۹ نشان دهنده شکاف کام سخت بعد از سوراخ ثنایایی است و شماره ۱۱ نشان دهنده شکاف کام

نرم را دربر گرفته است. شکاف های کام درجه ۲، کام نرم و تا یک سوم کام سخت را دربر گرفته است.

شکاف های کام درجه ۳، کام نرم و بیشتر از یک سوم کام سخت را دربر گرفته است.

شکاف های کام درجه ۴، کام نرم و سخت را بطور کامل در بر گرفته است.

بهرحال انواع شکافها را بطور ساده به شکاف لب، شکاف کام، شکاف لب و کام و شکاف زیر مخاطی می توان تقسیم نمود (۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳).

امروزه با استفاده از روشهای اولتراسونیک می توان به وجود شکاف لب و کام قبل از تولد

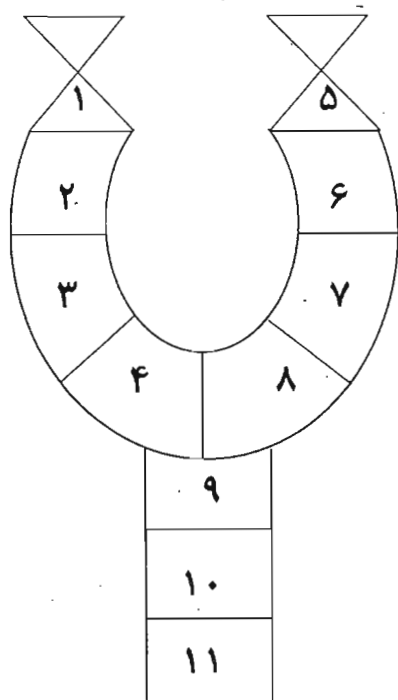
چنینی پی برد که این امر کمک بسیار مؤثری به آمادگی والدین و اطرافیان برای پذیرش امر و فراهم

کردن مقدمات درمانهای بعدی که با تولد نوزاد شروع می شود می نماید.

عمق ۳۰ تا ۳۵ درصد می باشد. و نیز این را می دانیم که رشد ارگانیک، یک پدیده دینامیک بوده و استاتیک نیست و میزان و سرعت این رشد در سنین مختلف و بسته به جنس (زن - مرد) متفاوت می باشد بطوریکه نام جهش رشدی را به آن داده اند. بطور مشخص دو زمان جهش رشدی برای افراد وجود دارد، یکی بین سنین تولد تا سه سالگی و دیگری بین سنین یازده تا دوازده سالگی که معمولاً جهش رشدی در جنس مؤنث حدود یک تا دو سال زودتر از جنس مذکر است (۷، ۱۰، ۱۱، ۱۳).

البته میزان رشد جمجمه که قبل از تولد در دوران جنینی، سریع می باشد تا یکسالگی بطور هماهنگ با مغز ادامه می یابد. پس از آن میزان رشد کاهش می یابد تا سن شش سالگی، که به ۵/۶ حجم نهایی خود و تا حدود ۷ سالگی که جمجمه به حدود ۹۰ درصد حجم نهایی خود می رسد، در حالیکه رشد صورت که در بدو تولد بالا است سریعاً افت پیدا می کند و به حداقل خود قبل از دوران بلوغ می رسد. این امر در دخترها زودتر از پسرها انجام می شود. سپس میزان رشد به اوج خود در سن بلوغ می رسد و مجدداً رشد، سیر نزولی یافته، تا حدود بیست سالگی که متوقف می شود (۳۵ و ۸۶ از ۱۹). جهت رشد صورت نسبت به جمجمه به سمت پائین و جلو است (۱۱، ۱۲، ۲۲ از ۱۹).

دوره اوج رشد بلوغ فکین چند ماهی دیرتر از



طب و تزکیه

بهار ۱۳۷۶

خوردن باشد و یا سریع خوردن و یا وارد شدن ناگهانی شیر بداخل نای. سوراخ سرستانک باید نسبتاً بزرگ باشد، البته نه آنقدر که وقتی شیشه را وارونه می کنیم شیر با جریان شدید خارج شود. جریان مایعات باید با توجه به توانایی بلع طفل تنظیم شود. زمان و سرعت تغذیه باید طولانی نباشد که طفل خسته شود. البته بعداً و به مرور، طفل می تواند بوسیله قاشق غذا بخورد.

رعایت بهداشت دهان در این اطفال همانند سایر بچه ها باید انجام گیرد. بعد از هر وعده غذا باید مقداری آب به بچه بدهید تا بقایای مواد غذایی در داخل دهان و احتمالاً داخل شکاف تمیز شود و با یک دستمال مرطوب اطراف لب و شکاف لب را تمیز کرد. البته روشهای تغذیه توصیه شده ای وجود دارد که از بحث این مقاله خارج است و خود مقاله ای جدا را می طلبد. همچنین تغذیه پس از جراحی لب و کام، باز مقوله ای است که باید به آن توجه کرد.

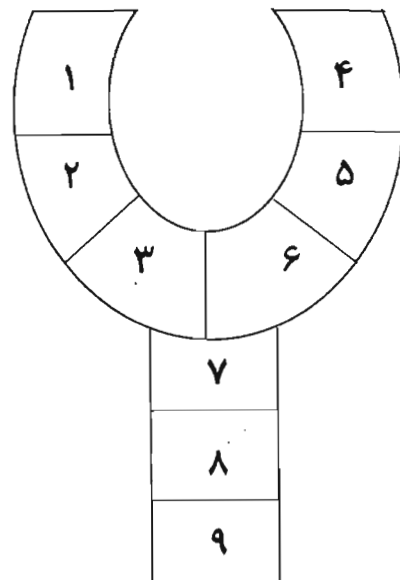
غذا و رابطه آن با دندانها و اینکه یک رژیم غذایی روزانه خوب شامل چه غذاهایی است باید برای تیم عمل کننده و والدین طفل مورد توجه قرار گرفته و به روشنی بیان شود.

گوش و حلق و بینی (Otorhinolaryngology)

از دیگر مسائلی که از بدو تولد نوزاد همراه با شکاف کام باید مورد نظر قرار داشته باشد، کنترل سلامتی طفل از نظر گوش و حلق و بینی است. همانطور که می دانیم ورود بقایای غذا از ناحیه شکاف کام به فضای بینی و از آنجا ورود این مواد به شیپور استاش موجب عفونت مزمن گوش میانی و در صورت بی توجهی، کم شدن حس شنوایی و نهایتاً کری کامل طفل می شود که در صورت انجام چنین اتفاقی، یادگیری تکلم طفل که شرط اولش شنیدن است نیز به خطر می افتد. بنابر این کنترل ادواری طفل توسط متخصص گوش و حلق و بینی و بررسی میزان شنوایی او امری الزامی است.

رشد و نمو در بیماران شکاف کام و لب:

همانطور که می دانیم میزان رشد استخوانهای جمجمه در افراد معمولی در بدو تولد در جهت عرضی، ۵۵ تا ۶۰ درصد وضعیت نهایی فرد بالغ است. از جهت ارتفاع، ۴۰ تا ۴۵ درصد و از جهت



تغذیه:

یک رژیم غذایی خوب به یک طفل مبتلا به شکاف کام کمکهای زیر را می کند:

- ۱- قدرت و مقاومت طفل را در برخورد با اعمال جراحی آتی افزایش می دهد.
 - ۲- ترمیم (Healing) بعد از جراحی را بهبود می بخشد.
 - ۳- تقویت تونوس عمومی عضلات.
 - ۴- افزایش بهبود و سلامتی دندانها و لثه.
- مشکلاتی که والدین با آن مواجه می شوند عبارتند از:

۱- در اوایل شیرخوارگی، مکیدن شیر بدلیل وجود شکاف دچار اشکال می شود که البته نوزادان خیلی سریع یاد می گیرند که پستان را مقابل شکاف لب و کام قرار دهند و شیر بخورند.

۲- مسئله دیگری که وجود دارد، بلعیدن مقدار زیادی هوا هنگام شیر خوردن است که با حالت نیمه قائم قرار دادن طفل هنگام شیر خوردن و استفاده از شیشه و پستانکهای مخصوص و نهایتاً تهیه پروتز Feeding Obturator می توان کمک زیادی به طفل نمود، بخصوص هنگامیکه غذاهای سفت به رژیم غذایی طفل اضافه می شود. (شکل ۴)

۳- سومین مسئله، ترس بیموردی است که والدین هنگام تغذیه طفل دارند که فکر می کنند ممکن است طفل دچار خفگی شود که هراسی نباید داشت. خفگی ممکن است یا بدلیل زیاد از حد

اوج رشد بدن است. رشد فک پائین بطور متوسط حدود دو سال طولانی تر از رشد فک بالا است (۱۱، ۱۲، ۱۳ از ۱۶).

رشد قدامی خلفی کف جمجمه، عمدتاً بوسیله رشد غضروفی **Spheno_ occ_ synchondrosis** انجام می شود. این اتصال غضروفی تا سن ۱۲ الی ۱۶ سالگی استخوانی نمی شود. بنابر این زمان رشد فعال آنرا سن بلوغ می توان دانست (۹۴ از ۱۹). رشد عرضی کف جمجمه احتمالاً بوسیله درزهای کناری استخوان های

شب پره و پس سری تا سن ۶ الی ۷ سالگی انجام می شود. رشد **Periosteal and Endosteal** موجب شکل گرفتن زواید آلوتولی همزمان با رویش دندانها و نهایتاً موجب افزایش فضای فک بالا توأم با تحلیل و فرم گرفتن مجدد آن می شود (۶۴ از ۱۹).

درمان:

امروزه برای تمامی مراکز علمی و معتبر جهان بطور قطع ثابت شده است که درمان این بیماران به صورت تیمی

(Team work) یا Mylty Disciplinary Management نتایج بسیار رضایتبخشی را بدنبال خواهد داشت. اعضاء و قسمتهای متشکل این تیم عبارت خواهند بود از متخصصین پروتز، جراح پلاستیک، ارتودنسیست، جراح دهان و فک و صورت، متخصص گفتار درمانی، دندانپزشک متخصص اطفال، پزشک متخصص اطفال و تغذیه، متخصص گوش و حلق و بینی و مشاورینی همچون روانپزشک، مشاور مسائل اجتماعی. طرح درمان بصورت تیمی برای نوزاد مشخص می شود و گردش کار نوزاد و مراجعه والدین به مرکز شکاف لب و کام که در برگیرنده امکانات، تجهیزات و تخصص های لازم است برای والدین تشریح می شود. مراحل درمانی توضیح داده می شود و هریک از افراد تیم، به وظایف خود کاملاً آگاه بوده و نسبت به انجام دقیق و صحیح آن متعهد میباشند. بطور خلاصه این مراحل عبارتند از: تنظیم پرونده بیمار و مشخصات و پرونده پزشکی و ...، تشریح وضعیت والدین، روشن شدن و نحوه حل مسائل مالی بهر صورت برای مرکز و والدین و تنظیم

مراحل درمانی در تیم و تقسیم کارها توسط اعضاء تیم، پس از آن قالب گیری و حفظ کست های اول و تهیه **Feeding obturate** که نحوه قالب گیری و رعایت نکات لازم و نیز آمادگی های لازم برای پیامدهای احتمالی آن، خود مقاله ای جدا را می طلبد. آموزش نحوه شیردادن و تغذیه طفل به مادر بخصوص تأکید بر اینکه طفل هنگام شیرخوردن حالت نیمه قائم داشته باشد ضروری است.

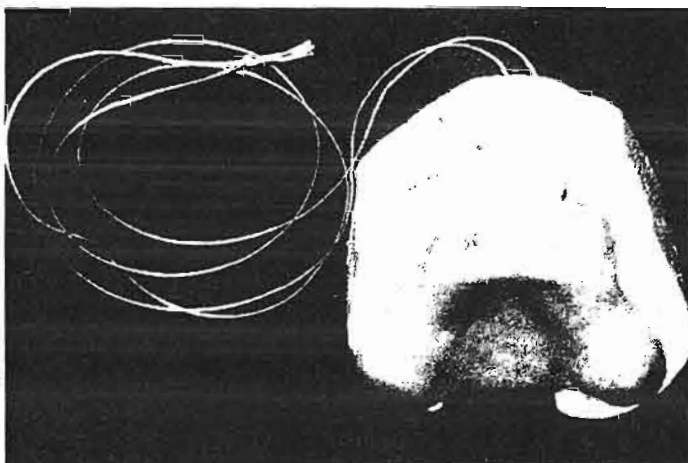
شکاف لب و کام تحت درمان بوده اند شاهد بودم که در بعضی موارد حتی تا حدود ۱۱ میلیمتر نزدیکی قوس ها بهم انجام می شد. در تحقیقی که روی شکافهای یکطرفه ۴۸ بیمار که تحت درمان ارتودنسی قبل از جراحی قرار گرفته بودند نتایج زیر حاصل شد:

۱- کلاپس قوسها و **Cross bite malocclusion** بیمارانی که درمان ارتودنسی دریافت کرده اند به مراتب کمتر است.

۲- این امر موجب کاهش عرض شکاف کام در قسمت خلفی و نهایتاً راحت تر بسته شدن شکاف کام در جراحی های بعدی می شود (۱۴).

اولین جراحی: (Primary Repaire)

نظرات متفاوتی در مورد زمان اولین جراحی وجود دارد. از نخستین روزهای تولد تا شش ماهگی را ذکر می کنند که البته بین یک تا سه ماهگی معمولتر است. البته رعایت قانون سه ده (Three Ten) یعنی سن ۱۰ هفته وزن ۱۰ پوند، میزان هموگلوبین 10g/dl



درمان ارتودنسی:

با توجه به نتایج رضایتبخشی که درمان ارتودنسی بخصوص در اطفالی که دچار شکاف کام و لب دوطرفه می باشند دارد، امروزه در مراکز معتبر و تیم های درمانی شکاف کام، این امر بصورت معمول اجراء می گردد. روش کار بر اساس نزدیک ساختن قوسهای ماگزینلا به یکدیگر و استفاده از ساده ترین روش ها است که معمولاً با استفاده از یک قطعه کش نواری به عرض یک سانتیمتر که دو سر آن بوسیله چسب روی گونه های طفل قرار داده شده است انجام می پذیرد (شکل ۵). این عمل توسط مادر نیز قابل انجام می باشد. البته کنترل منظم آن توسط پروتزیست عضو تیم، امری ضروری و الزامی است. این روش موجب می شود که قسمتهای قوسهای ماگزینلا و پرماگزینلا که توسط شکاف از هم باز شده اند تا آماده شدن طفل برای اولین جراحی هر چه بیشتر به هم نزدیک شود و نتیجه جراحی اول که بسته شدن شکاف لب است بمراتب بهتر باشد (۱۷). این روش در طول ۱۰ هفته اول تولد باید انجام پذیرد و من خود در بیمارانی که در مرکز

نیز خود معیار خوبی برای تشخیص و تعیین زمان مناسب برای جراحی اول می باشد. گاهی اضافه بر شرایط ذکر شده، تعداد گلبولهای سفید تا حدود ۱۰۰۰۰ را نیز اضافه می کنند (۷، ۱۰، ۱۳). لازم به ذکر است که منظور از اولین جراحی تنها بستن شکاف لب و یا بعبارتی کار روی نسج نرم می باشد که معمولاً توسط جراح پلاستیک عضو تیم انجام می پذیرد. پس از انجام این عمل، مراقبت های بعد از عمل و نحوه تغذیه طفل و جلوگیری از باز شدن مجدد شکاف در اثر فشارهای ناشی از کشیدگی در قسمت بهم آمده و قالب گیری مجدد برای تهیه **Feeding Obturator** جدید با توجه به شرایط بعد از عمل معمولاً توسط پروتزیست عضو تیم انجام می گیرد و طفل از نظر سلامتی و تغذیه باید آماده برای جراحی دوم گردد.

دومین جراحی:

جراحی دوم که بمنظور بستن شکاف کام انجام میشود، معمولاً در سنین بین یک تا دو سالگی انجام می شود. انتخاب این زمان به دلیل شروع

تکلم و فراگیری ادای کلمات و صحبت کردن طفل در این سالهاست، گرچه بعضی معتقدند که این جراحی را بمنظور جلوگیری از آسیب رساندن به مراکز رشدی فک بالا که در پشت توبروزیته ها واقع است باید حتی المقدور به عقب انداخت و در سنین ۷-۸ سالگی آنرا انجام داد، ولی امروزه با اتخاذ روشهای دقیق جراحی سعی می کنند حداقل تروما به مراکز مزبور و حداقل نسج اسکار را ایجاد نمایند و جراحی را در همان سنین ۱۲-۲۴ ماهگی انجام دهند (۷، ۱۰، ۱۳).

اهداف عمل شکاف کام :

اولین و مهمترین آنها کمک به بیمار برای تکلم خوب است. و این امر نیازمند یک کام با قابلیت تحرک و طول کافی است. دومین هدف، بازسازی عمل عضله شیپور استاش کامی برای شنیدن طبیعی است.

سومین هدف، بازسازی عملکرد طبیعی دندانها و زیبایی بیمار است. عمل جراحی کام در یک یا دو مرحله برحسب مورد و بمنظور حصول مناسبترین انسداد که بدنبال آن رشد طبیعی صورت و کام را در برداشته باشد انجام می پذیرد.

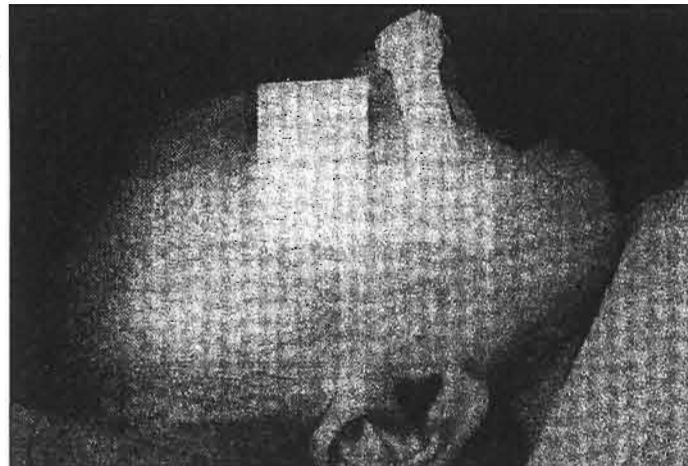
مراقبت بعد از عمل شکاف کام:

تغذیه بعد از عمل شکاف کام با نوشیدن یک جرعه آب شروع می شود و با رژیم غذایی معمولی برای اطفال در این سن که معمولاً غذاهای مایع و نرم است ادامه می یابد. بخیه ها برای مدت طولانی می مانند و پس از سپری شدن این مدت آن تعدادی را که باقی مانده است درمی آوریم. در هنگام تغذیه طفل بوسیله قاشق باید از کنار آن استفاده کنیم تا مبدا خط بخیه را دچار مشکل کند. از دادن چیزهای سفت مثل شکلات، سیب زمینی، چیپس، شیرینی و غیره باید خودداری کنیم تا ترمیم کامل انجام پذیرد. همچنین باید مراقب بود که طفل اسباب بازیهای کوچک را داخل دهان خود نبرد.

سومین جراحی:

از جراحی های اصلی که در بهبود وضعیت

آناتومیکی و ثبات قوس های دندانی اطفال مبتلا به شکاف کام می باشند انجام Bone graft در ناحیه شکاف می باشد. با توجه به آشنائی خوب متخصصین Oral and Maxillofacial Surgen ایده آل است که این عمل توسط این گروه از متخصصین انجام شود. در مورد زمان جراحی، اختلاف نظر وجود داشت و گروهی



طرفدار Early bone graft بمنظور ثبات قوسها بودند که نتایج، چندان رضایت بخش نبود (۱۹). آنچه امروزه عمل می شود و مورد قبول است این عمل پس از انجام حداکثر رشد ماگزویلا و قبل از زمان رویش دندانهای کانین یعنی در سنین حدود ۷-۹ سالگی است که این امر موجب می شود رویش دندانهای کانین که در محل شکاف انجام می گیرد در داخل استخوان پیوندی انجام شود و از سائورت استخوانی مناسب در حین و پس از رویش برخوردار باشد.

جراحی های کمکی و ثانویه:

الف - ممکن است پس از جراحی اول که بستن شکاف لب بود، نتیجه جراحی بدلیل بقایای اسکار و نیز احتمالاً انحراف نوک بینی، ایده آل نباشد که یک جراحی روی نسج نرم می تواند کمک به بهبود وضعیت و رفع نواقص جراحی اول باشد. بعضی اطفال در سنین ۱۹-۱۳ سالگی احتیاج به یک عمل رینوپلاستی برای بهبود ظاهر و نیز تنفس از راه بینی دارند. تقریباً دو سوم اطفال با شکاف کامل لب و کام دچار انحراف سپتوم بینی می باشند. تمام این نکات مطالبی است که در معاینات ادواری بوسیله جراح پلاستیک گروه ارزیابی می شود.

ب - بمنظور جلوگیری از ورود هوای بازو، حفره بینی هنگام تکلم و کمک به مکانیسم Velopharyngeal Closure و ارزیابی گفتار درمانی ممکن است طفل نیاز به عمل Pharyngoplasty با استفاده از فلپ های فارتزیال داشته باشد. این عمل معمولاً قبل از رفتن طفل به مدرسه انجام می پذیرد. همچنین گاهی اوقات پس از عمل انسداد کام، سوراخ هایی در کام باقی می ماند که با بستن آنها عملکرد و تکلم بهبود می یابد. بدنبال اعمال جراحی ثانویه، متخصص گفتار درمانی به تصحیح عادات ضعیف تکلم می پردازد. البته هر چه زمان دومین عمل (بستن شکاف کام) عقب بیفتد تصحیح مشکلات تکلم پیچیده تر می شود و شاید یکی از دلایل طرفداران انجام جراحی دوم در سنین ۱۸-۲۴ ماهگی دقیقاً بخاطر رعایت همین نکته است.

ج - Orthognatic Surgery

این جراحی معمولاً در سنین بعد از ۱۸-۱۷ سال که جهش رشدی انجام شده است و بمنظور تصحیح ارتباط فکین که حالت کلاس III پیدا می کند انجام می پذیرد.

مراقبتهای دندانی:

در طول مدت درمان، حفظ و مراقبت دندانهای شیری طفل زیر نظر دندانپزشک و در صورت امکان زیر نظر متخصص دندانپزشکی کودکان باید انجام پذیرد. این مراقبتها همانند اطفال سالم خواهد بود و شامل آموزش بهداشت دهان طفل به والدین بخصوص مادر و در سنین بالاتر به خود طفل، استفاده از فلوراید، کاربرد روشهای مختلف پیشگیری از پوسیدگی ها و غیره می باشد.

درمانهای ارتودنسی:

با شروع رویش دندانهای شیری، کنترل مرتب طفل با استفاده از رادیوگرافی ها، عکس ها، تهیه کست ها و سفالومتری ها، مطالعات تشخیصی انجام می پذیرد. به کمک این مطالب الگوی رشد و نمو سر - صورت و جمجمه تعیین می شود.

عموماً طرح درمان ارتودنسیک بیمارانی که شکاف کام از یک روش یا تکنیک مشخص تبعیت نمی کند. البته متخصص ارتودنسی از

محدودیت‌های درمانی خود باید آگاه باشد. اگر قدم بعدی (بعد از درمان ارتدنسی) تهیه پروتز ثابت و یا متحرک برای بیمار است متخصص ارتودنسی باید طرح درمان خود را با مشورت و هماهنگی با متخصص پروتز تنظیم نماید گرچه در پایان این مرحله مسئولیت اصلی ارتودنسیست خاتمه می‌پذیرد. لیکن آشنایی با بیمار، در طول این مدت باعث پایدار بودن روابط بینمارو ارتودنسیست می‌شود.

درمان پروتزی:

یکی از مشکلات شایع در بیماران شکاف لب و کام، عدم وجود دندانهای لترال در ناحیه شکاف است. در صورتی که مراحل درمانی، قدم به قدم انجام نشده باشد دومین مشکل در این بیماران در معرض خطر از دست رفتن دندانهای مجاور شکاف

P.F.M پروتز پارسیل متحرک و یا کاربرد ایمپلنت‌های دندانی می‌توان به جایگزینی دندانهای ازدست رفته پرداخت.

بهرحال طرح درمانی تیمی امروزه در تمام مراکز علمی جهان مورد تأیید و نتایج آن بسیار رضایتبخش تر از حالتی است که کارها، بطور انفرادی و بدون هماهنگی تیمی انجام می‌شود. امیدواریم این نوشتار طلیعه‌ای باشد بر تشکیل چنین تیمهای درمانی اعم از خصوصی و ایده‌آل تر از آن در مراکز آکادمیک و دانشگاهی کشور و کمکی باشد به اطفالی که با این نقیصه متولد می‌شوند و والدینشان در گوشه و کنار این مرزوبوم در جستجوی مرکز و یا مراکزی هستند که پاسخگوی ابهامات، سئوالات و التیام بخش نگرانی‌ها و نهایتاً روشن کردن آینده این اطفال و طرح درمان صحیح و قدم بقدم طفلشان باشد.

که همانا کانین و سانترال است می‌باشد و عدم سایورت استخوانی مناسب برای این دندانها اگر شکاف بصورت دوطرفه باشد مشکلات شدیدتر و پیچیده‌تر می‌شود. سومین مسئله قابل توجه عدم هماهنگی دندانها و قوسهای دندانی بالا و پائین با یکدیگر است که هم دندانی و هم اسکلتی است. بدلیل انجام جراحی‌های متعدد و دست‌اندازی به مناطق رشد فکی در فک بالا معمولاً با عدم رشد کافی ماگزینا نسبت به ماندیبل و نهایتاً ایجاد یک وضعیت کلاس III اکلوژن خواهد بود که همانطوریکه در بحث جراحی‌های کمکی یا ثانوی به آن اشاره شد می‌توان با این عمل به بهبود و رفع این مشکل پرداخت. در صورتی که طفل از ابتدا تحت کنترل و درمان تیمی باشد همه چیز پیش بینی شده و نهایتاً با استفاده از روشهای مختلف پروتزی از قبیل مریبلند بریج، انواع بریجهای اچ کست، بریج‌های

REFERENCES:

- 1-Bixler, D., (1981) Genetics and clefring. Cleft palate J. 18:19-23, Jan.
- 2- Burdi, A., et.al. (1972) Etiology and pathogenesis of congenital cleft lip and cleft palate, and NIDR state of the art Report. Teratology, 6:255-70 Dec.
- 3- Canik, M.L., (1954) Cleft lip and palate, a review of embryology. Pathologic anatomy and Etiology. plast. Reconstruct Surg. 14:3046, July.
- 4- Dronamraju, K.R., (1971) Genetic Studies of a Cleft palate clinic population. Birth Defects: Original Article Series, 7:54-57 June.
- 5- Fraser, F.C.,(1970) The genetics of cleft lip and cleft palate. Am J Human Genetics, 22:336-52, May.
- 6- Geis, N., et. al(1981) Genetics and clefring. Cleft palate J. 18:19-23 Jan.
- 7- Grabb, Rosenstein, Bzoch: 1971 Cleft lip and palate surgical, Dental, and speech Aspects (Text book).
- 8- Haskins, C . S., et. al, (1962) A classification of cleft lip and palate plastic Reconstruct. Surg., 29:31_39, Jan.
- 9- Kawamoto, (1976). The kaleidoscopic world of Rare craniofacial clefts: Order out of chaos (Tessier classification) plastic sSurgery Vol.3. No 4. October 1976.
- 10- Kercahan, Rosenstein (1990) Cleft Lip and palate A Susten of Management (Text book).
- 11- Krogman, W.M., (1951) The problem of timing in facial growth with special Refrence to the period of the changing dentition. Am. J. Orthodont. 37: 253-76 Apr.
- 12- Lynch, H.T. and Kimberling, W.J., (1981) Genetic Counseling in cleft Lip and cleft palate. plast. Reconst. Surg. 68: 675-81 Nov
- 13- Millard (1976) Cleft craft. The Ecolution of its Surgery the Unilateral Deformity.
- 14- O'Donnell, J. P., Krisher, J.P. and Shiere F.R., (1974) An analysis of presurgical orthopedics in the treatment of cleft Lip and palate. Cleft palate J., 11:374-93, Oct.
- 15- Pruzansky., S. and Rollnick, B.R. (1981) Genetic Sercices at a center for Cranifacial anomalies. Cleft palate J. 18:304-313, oct
- 16- Pruzanski, S., (1964) Presurgical orthopedics and vone grafting for infants with cleft lip and plate: a dissent cleft palate J., 1:164-187, Apr.
- 17- Robertson, N., Shaw, W., and Volp C. (1977) The changes produced by presurfical orthopedic treatment of bilateral cleft Lip and palate. plastic and Reconst. Sury., 50:86-93.
- 18- Siegel, B., (19790) a racial Comparison of cleft patients in a clinic population: associated anomalies and recurrence raters. Cleft palate J. 16:193-7 Apr.

۱۹- دکتر اکبر فاضل (رساله تخصصی کتابخانه دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران) بررسی اثر راهنمای قدیمی در کلاس I-II-III اکلوژن