

## ریتیدکتوومی

### مقدمه

صورت را امکان‌پذیر ساختند.

تکنیک high-SMAS (ابداع شده به وسیله Barton) و تکنیک two-plane (ابداع شده توسط Stuzin) تکنیک‌هایی در پلن عمقی هستند که از طریق روش‌های مختلف suspension جهت برطرف کردن شلی بخش میانی و تحتانی صورت، امکان محو شدن nasolabial fold و غبغب<sup>۳</sup> را فراهم می‌آورند. اگر چه این تکنیک‌های پلن عمقی هنوز هم محبوب بوده و به صورت گسترهای مورد استفاده قرار می‌گیرند اما تنوعات جدیدتر که شامل دایسکشن کمتر و روی هم تا خوردن<sup>۴</sup> SMAS و lateral SMASectomy هستند به دلایل زیر محبوبیت بسیار زیادی پیدا کرده‌اند: ایجاد نتایج مطلوب در بیماران دارای شلی خفیف تا متوسط در ناحیه قدامی بخش میانی صورت، آسان‌تر بودن اجرا از نظر تکنیکی و به حداقل رساندن آسیب به عصب فاسیال. به طور کلی ریتیدکتوومی چهار نسل دارد (جدول ۱۸-۱). با ظهور روش‌های کمتر تهاجمی جوان‌سازی صورت مانند فیلرهای با ویسکوژیتی بالا، بسیاری از بیماران به انتخاب درمان‌های غیر جراحی روی آورده‌اند. طی سال‌ها جمعیت بیماران خواستار جراحی‌های فیس لیفت نیز دچار تحول شده است. اگر چه این جراحی زمانی فقط برای زنان سالخورده‌تر انجام می‌شد اما امروزه انجام آن برای مردان و زنان از اوایل دهه ۴۰ تا دهه ۹۰ زندگی غیرشایع نیست.

### ارزیابی بیمار

ارزیابی بیماران کاندید جراحی فیس لیفت شامل سه حیطه اصلی است: (۱) تاریخچه پزشکی، (۲) ارزیابی صورت از دیدگاه زیبایی و (۳) ملاحظات روانی-اجتماعی.<sup>۵</sup> لزوم مداخله جراحی در هر سه حیطه پیش از تعیین طرح درمان جراحی اهمیت دارد.

3. Jowls

4. SMAS plication

5. Psychosocial

سال‌هاست که فیس لیفت قسمت مهمی از جراحی زیبایی محسوب می‌شود. در سال‌های آغازین جراحی فیس لیفت یک بخش بیضوی شکل از پوست اطراف گوش‌ها خارج می‌شد و با نزدیک کردن لبه‌های پوست به یکدیگر صرفاً لیفت پوست (skin-only lift) انجام می‌شد. امروزه انواع فیس لیفت از تکنیک‌های ساده خارج‌سازی پوست به همراه لیفت با نخ تا فیس لیفت در پلن عمقی sub-SMAS، که مؤلفه‌های کششی پیچیده‌ای را ایجاد می‌کند، متنوع هستند. کماکان شایع‌ترین جراحی زیبایی، بعد از بلفاروپلاستی، فیس لیفت است.

اولین جراحی فیس لیفت گزارش شده در سال ۱۹۰۱ توسط Hollander در برلین انجام شد که شامل خارج‌سازی قطعه‌ای بیضوی شکل از پوست ناحیه تمپورال بود. تا دهه ۱۹۷۰ که Skoog (superficial musculopaponeurotic system) به جراحان معروف شد، تکنیک‌های خارج‌سازی پوست بخش اصلی جراحی فیس لیفت محسوب می‌شدند. با معرفی SMAS، پلنی عمقی‌تر برای دایسکشن فیس لیفت، یعنی عمق SMAS، ارایه گردید. در آغاز، دایسکشن‌های انجام شده در این پلن از قدام به محدوده قدامی کپسول پاروتید محدود می‌شدند. دایسکشن‌های محدود به قدام پاروتید، که امروزه نیز به صورت گسترهای مورد استفاده قرار می‌گیرند، شل شدگی<sup>۱</sup> بخش قدامی گونه را به طور کامل برطرف نمی‌کنند. در دهه ۱۹۹۰ و با پیشرفت در درک آناتومیک از نحوه انشعاب عصب فاسیال، امکان دایسکشن قدامی بیشتر در عمق SMAS و پلاتیسما فراهم شد. این تکنیک‌ها که شامل composite flap face-lift (دایسکشن en block پوست و two-plane face-lift) SMAS (یک فلب پوستی و یک فلب SMAS جدأگانه) بودند آزاد شدن بیشتر بافت‌های بخش میانی صورت<sup>۲</sup> و همچنین مؤلفه‌های کششی بیشتر در بخش میانی

1. Laxity

2. Midface

جدول ۱۸-۱ نسل‌های ریتیدکتومی

Generations of Rhytidectomy	
I	Subcutaneous dissection only with variable skin undermining
II	Subcutaneous dissection with SMAS plication or imbrication
III	Subcutaneous dissection with SMAS plications or imbrication + deep mid-face dissection
IV	Composite dissection (Deep plane face-lift)

به مخاطره انداخته و احتمالاً اثرات ثانویه‌ای بر ساختار عروق میکرونی<sup>۴</sup> فلپ دارند. سوء مصرف کنندگان هروئین و تریاک نیز به دلیل واضح فاقد صلاحیت برای اعمال جراحی انتخابی هستند. مصرف زیاد الكل نیز باید مورد بررسی قرار بگیرد چون موجب به مخاطره افتادن وضعیت انعقادی و تغذیه‌ای شده که نتیجه آن به ترتیب تشکیل همatom و قابلیت ضعیف التیام خواهد بود.

سابقه همه جراحی‌ها و بیهوشی‌های قبلی: رعایت احتیاط پیش از شروع جراحی در مواردی که لیستی از اعمال جراحی زیبایی قبلی ذکر می‌شود ضروری است زیرا چنین مواردی نشانگر body dysmorphic disorder غیر واقعی از جراحی هستند. سابقه بیهوشی‌های قبلی ممکن است شامل تهوع و استفراغ پس از عمل باشد که برای تمامی بیماران قرار گرفته تحت جراحی به خصوص بلا فاصله بعد از جراحی فیس لیفت ناخوشایند است. در چنین مواردی متخصص بیهوشی عموماً رژیم داروهای بیهوش کننده را به نحوی تنظیم می‌کند که تهوع و استفراغ بعد از عمل به حداقل رسانده شود.

تاریخچه روانی: شرایط روانی کنترالاندیکاسیون جراحی زیبایی انتخابی هستند. در بیمارانی که سابقه اعمال جراحی زیبایی مکرر یا بسیار زیاد وجود دارد احتمال همچنین بیماران دارای انتظارات غیر واقعی نباید تحت اعمال جراحی زیبایی قرار بگیرند.

معاینه فیزیکی: ارزیابی سیستم‌های قلبی-عروقی، ریوی، معده-روده‌ای و نورولوژیک (شامل معاینه اعصاب مغزی) باید انجام شود.

معاینه صورت: معاینه صورت با تهیه فوتوگرافی‌های بی‌نقص قبل از عمل آغاز می‌گردد. این فوتوگرافی‌ها باید با یک پشت زمینه سیاه یا آبی و در نور بدون سایه تهیه شوند. فوتوگرافی‌ها باید شامل نمای فرونتال صورت در حالت استراحت و لبخند، نماهای سه چهارم دو طرف، نماهای لترال دو طرف و پشت گوش هر سمت باشند. فوتوگرافی‌های جداگانه از خط رویش مو، ابروها، چشم‌ها و نواحی اطراف دهان نیز باید تهیه شود.

در تمامی فوتوگرافی‌ها خط رویش مو باید مشخص باشد بنابراین موهای چتری<sup>۵</sup> لازم است توسط هدبند کنار زده شوند و در فوتوگرافی‌های لترال و پشت گوش نیز تمامی موها در حالی که خط رویش مو مشخص است باید نمایان باشند.

ارزیابی صورت: به شیوه سیستماتیک انجام می‌شود. صورت شامل یک‌سوم‌های افقی و یک پنجم‌های عمودی است. یک‌سوم فوقانی شامل پیشانی، ابروها و پلک‌های فوقانی می‌باشد. این نواحی در جراحی فیس لیفت تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند. یک‌سوم

تاریخچه پزشکی: اخذ تاریخچه پزشکی اغلب با یک پرسش‌نامه که شامل کلیه شرایط پزشکی حاضر یا پیشین و نیز همه اعمال جراحی قبلی است آغاز می‌گردد. تمامی عوارض مرتبط با اعمال جراحی قبلی نیز باید ذکر شود؛ از جمله خونریزی زیاد مرتبط با عمل، عفونت بعد از عمل، مشکلات التیام زخم و همه عوارضی که منجر به عدم رضایت بیمار از عمل شده‌اند. آمادگی فیزیکی کلی بیمار برای جراحی باید شامل ارزیابی وضعیت فیزیکی کلی، ریسک بیهوشی و توانایی التیام پس از عمل باشد. مشاوره‌های اختصاصی برای بیماران دارای بیماری‌های قلبی-عروقی، ریوی، کلیوی، خونی یا سایر بیماری‌های سیستمیک اثرگذار بر نتیجه جراحی باید اخذ گردد.

داروهای مصرفی: همه داروها شامل داروهای بدون نسخه و مکمل‌های گیاهی و نیز این که آیا بیمار واقعاً آن داروها را مصرف می‌کند یا خیر باید لیست شوند. داروهای ضد انعقاد شامل NSAIDs، مکمل‌های گیاهی از قبیل ginseng و ginkgo biloba و دوزهای بالای ویتامین E و روغن ماهی اهمیت ویژه‌ای دارند. در صورت امکان مصرف همه داروهای ضد انعقاد باید قبل از جراحی قطع گردد. در بیمارانی که امکان قطع ضد انعقادها وجود ندارد یک دوره کوتاه‌مدت داروی ضد انعقاد مثل هپارین با وزن مولکولی پایین تجویز می‌شود و بنابراین امکان قطع داروی ضد انعقاد در فاز immediate perioperative و قطع داروی ضد انعقاد در فاز ادامه آن پس از عمل فراهم خواهد شد.

تاریخچه اجتماعی: هر گونه سابقه سیگار کشیدن باید کاملاً مورد بررسی قرار بگیرد. بیمارانی که در حال حاضر سیگاری هستند باید از لیست بیماران کاندید جراحی زیبایی انتخابی حذف شوند. میزان پوسته<sup>۶</sup> پوست در افراد سیگاری تقریباً سه برابر افراد غیر سیگاری است (۷/۵ درصد در مقایسه با ۲/۷ درصد). مصرف کنندگان داروهای غیر قانونی مانند کوکائین و MDMA<sup>۷</sup> نیز فاقد شرایط لازم به عنوان کاندیدهای آتی جراحی زیبایی انتخابی هستند زیرا این داروها سلامت قلبی-عروقی را

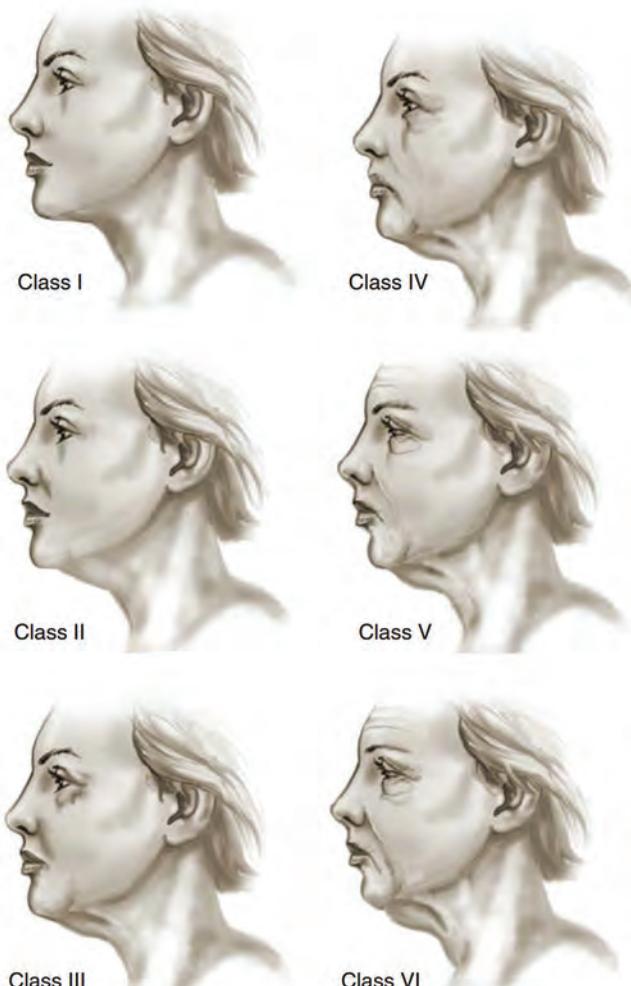
1. Short-term anticoagulant bridge

2. Sloughing

3,4 Methylene dioxymethamphetamine

نیز شکایت دارند نمای نیمرخ گردن هم باید ارزیابی شده و توسط سیستم طبقه‌بندی Dedo توصیف گردد (جدول ۱۸-۲). استفاده از این سیستم طبقه‌بندی جراح را در تعیین اعمال جراحی مناسب جهت اصلاح یک‌سوم تحتانی صورت یاری خواهد کرد (شکل ۱۸-۱). سایر عواملی که لازم است درباره گردن در نظر گرفته شوند عبارتند از میزان پوست اضافی، میزان platysmal banding، زاویه گردن-چانه، موقعیت استخوان هایوئید و تجمع چربی زیر چانه. زاویه مطلوب گردن-چانه ۹۰ درجه است. در بیماران دارای موقعیت رو به پایین هایوئید (پایین‌تر از مهره چهارم گردنی)، زاویه منفرجه گردن-چانه توسط سرویکوپلاستی یا پلاتیسم‌پلاستی اصلاح خواهد شد. افتادگی<sup>۳</sup> غدد سابمندیبولا ر نیز می‌تواند موجب ظاهر نامطلوب گردن شود؛ این حالت مستلزم یک عمل suspension جدأگانه برای گده سابمندیبولا در کنار اعمال جراحی مرسوم لیفت گردن می‌باشد.

جلسه مشاوره قبل از عمل باید شامل توضیح زمان التیام پس از عمل، لزوم رفع درد و انتظار تورم، کبودی و از کار



• شکل ۱۸-۱ شش کلاس نیمرخ صورت و گردن بر اساس Dedo.

2. Cervicental angle  
3. Ptosis

میانی شامل بینی، پلک‌های تحتانی و nasolabial folds گونه‌ها است. در جراحی فیسلیفت صرفاً گونه‌ها در این یک‌سوم متأثر می‌گردند. در جراحی‌های فیسلیفت extended nasolabial fold با وجود دارد. بیمار باید آگاه باشد که جراحی‌های فیسلیفت superficial-plane با حداقل برطرف شدن nasolabial fold عمیق همراه هستند. همچنین در حین ارزیابی یک‌سوم میانی صورت، ضخیم یا نازک بودن پوست بیمار نیز باید تعیین شود چون این عامل بر نتایج طولانی مدت جراحی تأثیرگذار خواهد بود. یک‌سوم تحتانی صورت شامل لبها و نواحی اطراف دهان، بخش تحتانی گونه‌ها، غبغ و گردن می‌باشد. جراحی فیسلیفت تنها عملی است که بر روی غبغ تأثیرگذار می‌باشد. اصلاح گردن به وسیله سرویکوپلاستی یا پلاتیسم‌پلاستی امکان‌پذیر است و بنابراین بیمار باید از این موضوع آگاه باشد زیرا ممکن است انتظار برطرف شدن شلی گردن وجود داشته باشد. چروک‌های اطراف دهان توسط فیسلیفت یا سرویکوپلاستی برطرف نمی‌گردد و از آنجایی که این ناحیه جزء شکایات رایج بیماران مسن می‌باشد، لازم است این موضوع برای آن‌ها روشن گردد.

دیگر یافته‌های مهم در زمان ارزیابی صورت عبارتند از: خط رویش مو، رنگ پوست (معیار Fitzpatrick)، چین و چروک‌ها (معیار Glogau)، آفتاب سوختگی، اسکارها و ناقربینگی‌های صورت. توجه ویژه به نرمه گوش<sup>۱</sup> ضروری است چون تکنیک بخیه فیسلیفت بر روی ظاهر نرمه گوش تأثیرگذار است. بنابراین قبل از عمل وجود هر گونه انحراف از حالت نرمال در نرمه گوش باید به اطلاع بیمار رسانده شود.

از آنجایی که اکثر بیماران خواهان فیسلیفت از شلی گردن

جدول ۱۸-۲ طبقه‌بندی Dedo برای نیمرخ‌های صورت

Patient Profile	Surgeon
I Normal	Well-defined cervicental angle Good muscle tone No submental fat
II Cervical skin laxity	Obtuse cervicental angle due to relaxed skin
III Submental fat accumulation	Requires submental lipectomy
IV Platysma muscle banding	Requires muscle clipping, plication, or imbrication
V Retrognathia or micrognathia	Requires genioplasty or orthognathic surgery
VI Low hyoid	Difficult to alter Inform patient of limitations

Adapted from Dedo DD: "How I do it"—Plastic surgery: Practical suggestions on facial plastic surgery. A preoperative classification of the neck for cervicofacial rhytidectomy. *Laryngoscope* 90:1894-1896, 1980.

1. Earlobe

این ناحیه به منظور پیشگیری از تشکیل هماتوم در ناحیه خلفی گوش و گردن حائز اهمیت می‌باشد.

شریان transverse facial مهمترین منبع شریانی ناحیه لترال صورت به حساب می‌آید. قبل از عمل محل عبور این شریان (۲/۵ سانتی‌متر لترالی‌تر و ۳ سانتی‌متر تحتانی‌تر از کانتوس خارجی چشم) بر روی پوست علامت‌گذاری می‌شود. دایره‌ای به شعاع ۰/۵ سانتی‌متر و با مرکزیت این نقطه به عنوان ناحیه احتیاط جهت دایسکشن مشخص می‌گردد. قطع شریان transverse facial می‌تواند منجر به نکروز فلپ و تشکیل هماتوم شود.

### آناتومی عصب فاسیال

عصب فاسیال مسئول حالت‌دهی صورت است و اختلال در عملکرد آن بعد از جراحی فیس‌لیفت آزاردهنده خواهد بود. عصب فاسیال پس از خروج از سوراخ استایلوماستوئید به پایین، بین عضلات دیگاستریک و استایلوهایوئید و به قدام، در درون بافت غده پاروتید طی مسیر می‌کند. این عصب با عبور از بافت فیبروز درون غده پاروتید این غده را به لوب‌های سطحی و عمقی تقسیم می‌نماید. عصب به دو انشعاب اصلی تقسیم می‌گردد: فوقانی و تحتانی. انشعاب فوقانی به شاخه‌های تمپورال و زایگوماتیک و انشعاب تحتانی به شاخه‌های باکال، مارجینال مندیبولاًر و سروپیکال تقسیم می‌شود. هر دو انشعاب در جراحی فیس‌لیفت اهمیت داشته و احتیاط در محافظت از این شاخه‌ها جهت دستیابی به نتایج موفقیت‌آمیز ضروری است. شاخه‌های باکال و زایگوماتیک در سمت مدیال خط عمودی گذرنده از کانتوس خارجی انشعابات زیادی دارند و آسیب این شاخه‌ها که باعث صدمه درازمدت قابل توجه شود غیر محتمل می‌باشد. شاخه‌های فرونتمال و مارجینال مندیبولاًر شاخه‌های انتهایی بوده و دارای کمترین انشعاب هستند. بنابراین دایسکشن محتاطانه جهت جلوگیری از اثر طولانی مدت صدمه که منجر به ضعف دایمی یا فلنج دایمی صورت می‌گردد اهمیت دارد. شاخه‌های عصب فاسیال، تمامی عضلات حالت دهنده صورت را از طرف عمقد این عضلات عصب‌دهی می‌کنند به جز سه عضله که از طرف سطحی خود عصب‌دهی می‌شوند: باکسیناتور، منتالیس و بالا برنده گوشه دهان.

عضلات صورت در زیر زایگوما توسط SMAS و در بالای زایگوما توسط فاشیای تمپوروپاریتال احاطه می‌گردد. در بخش تحتانی صورت، عصب فاسیال به استثنای مناطقی که عضلات باکسیناتور، منتالیس و بالا برنده گوشه دهان را عصب‌دهی می‌کند، از عمق عضله پلاتیسما عبور می‌کند. عصب مارجینال مندیبولاًر پس از خروج از غده پاروتید به طرف پایین و در امتداد کناره تحتانی مندیبل، عمقد از پلاتیسما و درون لایه سطحی

افتادگی<sup>۱</sup> باشد. بیماران باید به عدم مصرف هر گونه محصول حاوی نیکوتین از قبیل e-cigarette، آدامس نیکوتینی و چسب‌های<sup>۲</sup> نیکوتینی ترغیب شوند. همچنین قطع مصرف مواد رقیق کتنده خون مانند آسپیرین، NSAIDs و روغن ماهی از ۲ هفته قبل از عمل حائز اهمیت است. ذکر این نکته برای بیمار حائز اهمیت است که کبوdí بعد از عمل معمولاً تا حداقل ۲ هفته طول خواهد کشید و پس از آن نیز با آرایش قابل محو شدن خواهد بود. تورم بعد از عمل ممکن است ماه‌ها باقی بماند و بنابراین نتیجه نهایی جراحی فیس‌لیفت تا چند ماه پس از عمل به دست نخواهد آمد. به علاوه باید به بیمار گوشزد شود که پیگیری مرتب پس از عمل الزامی خواهد بود.

### ملاحظات آناتومیک

#### آناتومی عروقی

آناتومی تغذیه شریانی صورت و تخلیه وریدی آن در ناحیه دایسکشن فیس‌لیفت هم از نظر اجتناب از آسیب عروقی و هم از نظر حفظ حیات فلپ در دوره بعد از عمل اهمیت دارد. از دیدگاه جراحی شایع ترین عروقی که امکان مواجهه با آن‌ها در حین جراحی فیس‌لیفت وجود دارد عبارتند از: ورید transverse facial و شریان external jugular

مواجهه با ورید internal jugular در طول دایسکشن گردن که از پشت گوش آغاز شده و به صورت سطحی تا بالای عضله استرنوکلیدوماستوئید پایین می‌آید رخ می‌دهد. پیش از جراحی، نقطه McKinney ۶/۵ سانتی‌متر پایین تر از مجرای شنوایی خارجی استخوانی و در وسط عضله استرنوکلیدوماستوئید بر روی پوست علامت‌گذاری می‌شود. نقطه McKinney مشخص کننده محل عصب greater auricular در حین عبور آن از روی بطن عضله استرنوکلیدوماستوئید است. دایره‌ای به شعاع ۱ سانتی‌متر و با مرکزیت این نقطه در تمام جهات علامت‌گذاری می‌شود. لبه قدامی این دایره محل ورید jugular را در حین عبور آن از کناره قدامی عضله استرنوکلیدوماستوئید معین می‌کند (شکل ۱۲-۱۸). در طول دایسکشن فلپ گردنی، باقی ماندن در پلن سطحی به منظور اجتناب از آسیب این رک ضروری است. در صورت آسیب این رگ، جراح با خونریزی قابل توجهی روی رو خواهد شد. کنترل این خونریزی از طریق ligation انتهای پروگریمال و دیستال رگ با نخ silk امکان‌پذیر است. پیش از بخیه نهایی، اطمینان یافتن از برقرار بودن هموستانز در

1. Down-time

2. Patches

پاک نشدنی مشخص می‌گردد. چین جلوی گوش<sup>۱</sup> محل مناسبی برای برش است. در محل تراگوس برش را می‌توان از جلوی تراگوس (pre-tragal؛ ترجیح نویسنده) یا روی مارجین تراگوس یا داخل آن (intratragal) عبور داد.

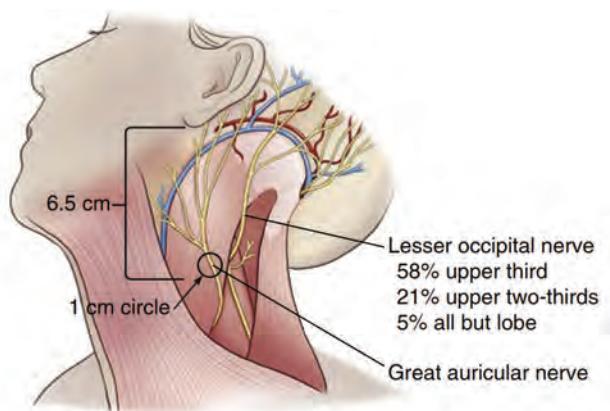
برش‌هایی که از داخل تراگوس عبور می‌کنند به خوبی مخفی می‌مانند اما از آنجایی که در پی اتفاقاً، تراگوس به سمت قدام کشیده می‌شود نمایی غیر طبیعی در کانتورهای گوش و نیز دید مستقیم به داخل کانال گوش (علامتی واضح از سابقه جراحی فیس لیفت) ایجاد می‌گردد. در ناحیه فوقانی، خط برش سطح فوقانی گوش را دور می‌زند تا پیش از چرخش قدامی و فوقانی به شکل منحنی در خط رویش مو، یک پایه<sup>۲</sup> باقی گذاشته شود. خط برش در ناحیه تحتانی، نرمه گوش را از زیر دور می‌زند و با طی مسیر درست در خلف چین خلفی گوش تا دو سوم سطح خلفی گوش به طرف بالا امتداد داده می‌شود. برش‌هایی که دقیقاً در داخل چین خلفی گوش قرار می‌گیرند به سمت عقب دچار جمع شدگی گشته و سبب بر جای ماندن اسکار در ناحیه‌ای قابل رؤیت در پشت گوش می‌شوند. خط برش خلفی در محدوده فوقانی خود با الگویی قوسی شکل به طرف عقب و درون خط رویش مو امتداد داده می‌شود تا یک نیم دایره را شکل دهد و پس از گسترش خلفی-تحتانی در داخل خط رویش مو در سطح تحتانی زایده ماستوئید خاتمه داده می‌شود.

محل عبور شریان transverse facial (۲ سانتی‌متر لترالی تر و ۳ سانتی‌متر تحتانی تر از کانتوس خارجی چشم) نیز علامت‌گذاری می‌شود.

در حالی که بیمار سعی در چرخاندن سر به سمت مخالف دارد لبه قدامی عضله استرنوکلیدوماستوئید در هر دو طرف علامت‌گذاری می‌شود. نقطه McKinney ۶ سانتی‌متر پایین‌تر از تراگوس (EAM) و در وسط عضله استرنوکلیدوماستوئید علامت‌گذاری می‌گردد. با مشخص کردن دایره‌ای به شعاع ۱ سانتی‌متر و با مرکزیت این نقطه محل عصب greater auricular، عصب مغزی زوج XII و ورید internal jugular، که همگی در محدوده‌ای ۱ سانتی‌متری از این نقطه از عضله استرنوکلیدوماستوئید خارج می‌گردند معین می‌شود.

### تکنیک جراحی

صورت باید چرخانده شود تا اولین سمت فیس لیفت نمایان گردد. در هر دو سمت لازم است خط رویش مو در بالای گوش و محدوده خلفی برش‌ها کنار زده شده و بسته شود. این نویسنده صورت را دو بار prep می‌کند؛ ابتدا توسط کلرهگزیدین و شامل شدن موها. یک گلوله پنبه‌ای آغشته به بتادین نیز



• شکل ۱۸-۲ علامت گذاری نقطه McKinney

فاشیای عمقی گردن طی مسیر می‌نماید. در مطالعه آناتومیک Grabb و Dingman موارد عصب مارجینال مندیبولاًر در خلف شریان فاسیال در فاصله‌ای حداقل ۱ سانتی‌متری از کناره تحتانی مندیبیل و در قدام شریان فاسیال در ۱۰۰ درصد موارد از رو یا بالاتر از کناره تحتانی مندیبیل عبور می‌کند. شایان ذکر است که در برخی مطالعات آناتومیک این عصب تا ۴ سانتی‌متر پایین‌تر از کناره تحتانی مندیبیل نیز یافت شده است.

انشعاب فوقانی عصب فاسیال در بافت غده پاروتید به سمت بالا و در امتداد خط Pitanguy به طرف ناحیه تمپورال طی مسیر می‌کند. این خط توسط یک نقطه تحتانی (۰/۵) ۱/۵ سانتی‌متر بالاتر پایین‌تر از تراگوس (و یک نقطه فوقانی ۰/۵) ۲/۵ سانتی‌متر از لترال ابرو) مشخص می‌گردد. شاخه‌های این انشعاب پس از خروج از غده پاروتید، تقریباً ۲/۵ سانتی‌متر جلوتر از مجرای شنوایی خارجی از روی قوس زایگوما عبور می‌کنند. عصب در محل عبور از روی قوس زایگوما بیشترین استعداد آسیب را دارد. اما در پلن دایسکشن sub-SMAS به دلیل قرارگیری عصب در داخل بافت چربی که درست در عمق فاشیای تمپوروپاریتال قرار دارد، از آسیب محافظت می‌گردد.

### تکنیک جراحی

#### علامت‌گذاری پوست بیمار

تشخیص لندهای کلیدی بیمار جهت تعیین میزان دایسکشن هم در پلن زیر جلدی و هم در پلن sub-SMAS (در صورت لزوم) کمک کننده است. کلیه علامت‌گذاری‌ها باید پیش از عمل و در حالی که بیمار در موقعیت upright قرار دارد انجام شوند. خط برش در هر دو سمت توسط یک قلم علامت‌گذاری

1. Preauricular crease

2. Pedicle



• شکل ۱۸-۳ دایسکشن فلپ پوستی.

علامت‌گذاری شده سعی در اجتناب از آسیب عصب greater auricular (که در ۵ درصد جراحی‌های ریتیدکتومی دچار صدمه می‌شود) داشته باشد. در این محل فلپ پوستی باید سطحی باقی بماند زیرا دایسکشن عمقی ممکن است موجب تروماتیزه شدن عصب accessory یا ورید jugular گردد. آسیب ورید jugular عارضه‌ای است که کنترل هموستاتیک آن دشوار می‌باشد زیرا حصول دید مستقیم در حین دایسکشن با وجود خونریزی غالباً غیر ممکن است. استفاده از کوتربipolar بر روی فلپ پوستی در سرتاسر دایسکشن جهت پرهیز از نکروز پوست باید با احتیاط انجام شود. دایسکشن باید همیشه در محیط خشک و با دید مطلوب انجام شود. امکان تکمیل دایسکشن فلپ پوستی به وسیله تیغ شماره ۱۰ یا قیچی وجود دارد.

بعد از اندرماین کافی فلپ پوستی جراح به سراغ SMAS می‌رود. یک فیس لیفت skin-only و بدون دستکاری SMAS، شل شدگی قسمت قدامی گونه و nasolabial fold عمیق را برطرف نخواهد کرد. دستکاری SMAS از سه طریق قابل انجام است: روی هم تا زدن (plication)، همپوشانی کردن (imbrication) و دایسکشن sub-SMAS (شکل ۱۸-۴). Plication فرآیندی است که در آن SMAS بر روی خودش تا زده می‌شود تا موقعیت آن تغییر داده شود. Imbrication شامل بریدن SMAS توسط خارج‌سازی (excision) یا همپوشانی (overlapping) لبه‌های آن با هدف کسب موقعیت مطلوب می‌باشد.

#### أنواع بخیه‌های plication عبارتند از:

- عبور نخ‌های بخیه از SMAS در محاذات انگل مندیبل و بخیه زدن آن‌ها از بالا به فاشیا در محل سطح زیرین تراگوس.

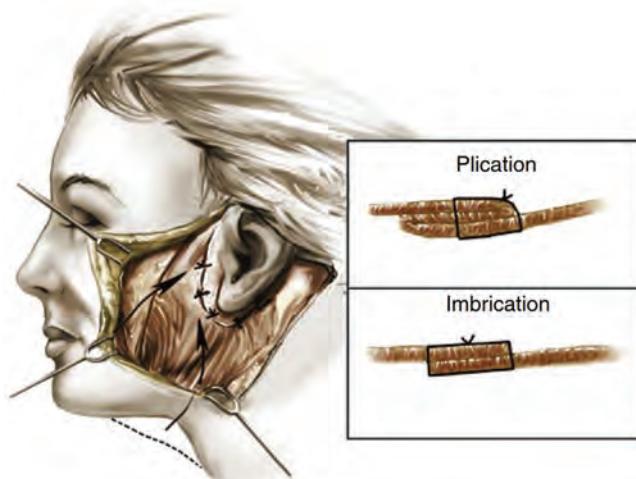
در داخل هر EAM قرار داده می‌شود. در این حین از داخل دهان ۳ میلی‌لیتر متیلن بلو در مجرای Stenson هر دو سمت تزریق می‌گردد. این ماده با رنگ کردن غده پاروتید به رنگ آبی، شناسایی فاشیای پاروتیدوماستریک را در طول دایسکشن بسیار آسان خواهد نمود. سپس prep دوم پوست به وسیله بتادین انجام می‌شود.

بیحسی موضعی (لیدوکائین ۲ درصد با اپی‌نفرین ۱:۱۰۰۰۰۰) در طول خط برش تزریق می‌گردد. تزریق مقادیر بیشتر بیحسی موضعی با فرمول متورم کننده<sup>۱</sup> به منظور hydrodissection و هموستاز در پلن زیرجلدی اختیاری است. یک نمونه از فرمول‌های tumescent، مخلوط ۲۰ میلی‌لیتر لیدوکائین ۲ درصد با اپی‌نفرین ۱:۱۰۰۰۰ و ۱۸۰ میلی‌لیتر نرمال سالین است که موجب به دست آمدن یک محلول لیدوکائین ۰/۲ درصد با اپی‌نفرین ۱:۱۰۰۰۰۰ می‌شود. محلول tumescent توسط کانولا در چهار ناحیه مجزا تزریق می‌گردد: تمپورال، اینفرا‌الوبولا، ماستوئید و ساب‌منتال (در صورت انجام سروبیکوپلاستی، ساب‌منتوپلاستی یا پلاتیسم‌پلاستی به همراه ریتیدکتومی). محلول tumescent در پلن زیرجلدی بالاتر از SMAS و پلاتیسما و حدوداً ۱ سانتی‌متر فراتر از محدوده دایسکشن زیرپوستی برنامه‌ریزی شده تزریق می‌گردد. برای این منظور به طور کلی تقریباً ۲۰۰ میلی‌لیتر از این محلول برای هر دو طرف صورت مورد نیاز است. اثرگذاری مطلوب محلول tumescent نیازمند ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان بوده و بنابراین تزریق آن باید ۵ دقیقه قبیل از برش انجام شود.

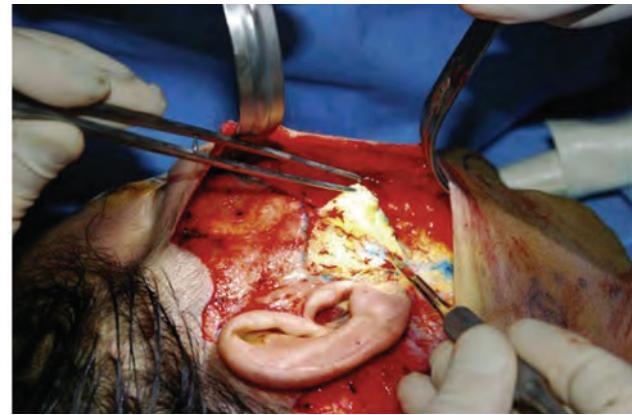
برش از ناحیه تمپورال و به وسیله یک تیغ شماره ۱۰ یا شماره ۱۵ آغاز می‌شود. تیغ با زاویه‌ای تندر و به صورت مایل بر پوست و به طرف فلپ پوستی جهت داده می‌شود. این نحوه برش (scything) سبب حفظ فولیکول‌های مو و ممانعت از بی‌مویی<sup>۲</sup> در طول خط برش خواهد شد. برش در امتداد نواحی جلوی گوش، زیر نرمه گوش و ناحیه خلفی گوش و سپس ناحیه ماستوئید و درون خط خلفی رویش مو ادامه می‌یابد. دایسکشن فلپ زیرجلدی نیز با همین ترتیب، یعنی شروع از ناحیه تمپورال و امتداد به سمت گونه از ناحیه جلوی گوش و درون گردن از زیر نرمه گوش و تا نواحی ماستوئید انجام می‌شود. دایسکشن زیرجلدی تا فاصله حدودی ۵ تا ۷ سانتی‌متری از خط برش در ناحیه جلوی گوش ادامه می‌یابد و لازم است دست کم ۴ میلی‌متر پوست به منظور حفظ جریان خون فلپ پوستی باقی گذاشته شود (شکل ۱۸-۳). رعایت احتیاط در حین دایسکشن زیرجلدی گردن در پشت گوش و به طرف SCM حائز اهمیت است؛ جراح باید دائمًا با در نظر داشتن نقطه McKinney

1. Tumescent

2. Alopecia



• شکل ۱۸-۵ imbrication و plication



• شکل ۱۸-۴ علامت گذاری و دایسکشن زیر SMAS.

بریده می‌شود؛ بخیه عبور کننده از اینجا به طور محکم به فاشیا در سطح فوقانی-خلفی-لتراالی قوس گونه بخیه می‌گردد. سپس قسمت اضافی SMAS با قیچی بریده شده و لبه‌های باقیمانده به ترتیب به سطوح خلفی و فوقانی SMAS بخیه می‌شوند تا میزان مطلوب لیفت در این جهات ایجاد گردد. در کنار بخیه‌های اصلی، بخیه زدن SMAS را می‌توان با ناخهای بخیه ۰-۲-۰ آهسته جذب و با الگوی running یا interrupted انجام داد.

به دنبال اتمام بخیه زدن SMAS، سر بیمار به موقعیت طبیعی (بدون خمیدگی یا کشیدگی گردن) بازگردانده می‌شود. پوست برگردانده می‌شود. قسمت اضافی پوست به دقت و به نحوی که با خط برش تطابق پیدا کند بریده می‌شود. به منظور به حداقل رسیدن تشکیل اسکار و کمتر شدن احتمال نکروز پوست، بستن فلپ پوستی با حداقل کشش<sup>۳</sup> یا بدون آن حائز اهمیت است. راستی پوست باید از راستی SMAS، یعنی جهت خلفی-فوقانی تبعیت کند. قبل از بریدن لبه‌های اضافی پوست، فلپ به کمک گیره‌های پوستی<sup>۴</sup> تثبیت گشته و سپس پوست اضافی در قطعات کوتاه به وسیله تیغ شماره ۱۵ بریده می‌شود.

بستن پوست در کلیه نواحی ابتدا با بستن لایه subdermal به وسیله بخیه‌های ۰-۳ قابل جذب با الگوی interrupted و گره‌های مدفون شده آغاز می‌گردد. پوست ناحیه تمپورال به وسیله نخهای ۴-۰ gut یا ۵-۰ زودجذب و با الگوی running interlocking، که به بهترین نحو سبب eversion لبه‌های پوست می‌گردد، بسته می‌شود. از نخ nylon یا Prolene ۶-۰ پوست می‌گردد running interlocking که به بهترین نحو موجب با الگوی eversion لبه‌های پوست می‌گردد، برای بستن جزء عمودی برش در ناحیه جلوی گوش و نیز ناحیه پشت گوش استفاده می‌شود (شکل ۱۸-۷).

- یک بخیه ثانویه از SMAS در سمت لترالی گوش به دهان<sup>۱</sup> عبور داده شده و به فاشیای پوشاننده سطح زایگوما در بالای تراگوس بخیه می‌گردد.

- بخیه‌های بیشتر پس از عبور از SMAS به نواحی خلفی گوش و گونه‌ها بخیه می‌شوند تا کشیدگی<sup>۲</sup> مطلوب در جهات متعدد فوقانی-خلفی و لترالی تأمین گردد (شکل ۱۸-۵).

تکنیک‌های جلوی گوش تا پلاتیسما امتداد می‌یابد و جزء افقی که از ناحیه جلوی گوش تا پلاتیسما امتداد می‌یابد و تا محل چرخش رو به پایین قوس گونه در ناحیه لترال گونه‌ای (یعنی همان نقطه‌ای که پیش از این بر روی پوست به عنوان محل ظهر شاخه perforating facial شریان transverse facial علامت‌گذاری شده بود) امتداد می‌یابد. دایسکشن زیر SMAS از طریق شناسایی رنگ آبی غده پاروتید (که پیش از این با متیلن بلو رنگ شده است) تسهیل می‌گردد. این امر امکان شناسایی راحت پلن sub-SMAS را بدون گسترش عمقی به فاشیای پاروتیدوماستریک، یعنی جایی که عصب زوج هفتم مغزی عبور می‌کند فراهم می‌آورد.

پس از اتمام برش SMAS، این لایه توسط پنس گرفته شده و دایسکشن sharp به کمک تیغ شماره ۱۵ در زیر SMAS تا اندازه مورد نظر انجام می‌شود. پس از اندرمانی شدن فلپ SMAS امکان کشیدن آن در جهات مختلف به منظور حصول لیفت مطلوب فراهم خواهد شد. در مرحله بعد گوشه فوقانی-خلفی SMAS در محل تقاطع گوش و زایگوما و در ناحیه بخیه اصلی<sup>۳</sup> مورد نظر با زاویه حدودی ۴۵ درجه به وسیله قیچی



•**شکل ۱۸-۶ خارج سازی SMAS.** (A) نمای حین عمل از علامت گذاری ناحیه دایسکشن SMAS و خارج سازی آن جهت انجام .SMAS-ectomy زیر SMAS به منظور خارج سازی آن. (C) نمای قطعه خارج شده SMAS برای SMAS-ectomy



•**شکل ۱۸-۷ بخیه.** (A) بخیه استاندارد با نخ running interlocking nylon و با الگوی gut plain می‌باشد. (B) روش جایگزین بخیه با بخیه‌های زیر جلدی و استفاده از درمابوند (Dermabond) در ناحیه جلوی گوشی و بستن زخم با staple پشت گوش.

هماتوم به حداقل رسانده شود. بستن بیش از حد محکم این پانسمان موجب ناراحتی قابل توجه بیمار شده و باید از آن اجتناب گردد. همچنین گوش‌ها نباید خم شوند و باید در موقعیت نرمال خود بیرون از پانسمان قرار بگیرند. پانسمان تا ۱ روز بعد از عمل (حداقل ۱۲ ساعت و حداقل ۳۶ ساعت) باقی می‌ماند. سپس جراح پانسمان را با هدف بررسی تشکیل احتمالی هماتوم یا نکروز زودهنگام فلپ برمی‌دارد. برخی جراحان اعتقاد دارند که باید از پانسمان استفاده گردد زیرا اگر چه پانسمان تشکیل هماتوم را کمتر می‌کند اما سبب افزایش نکروز ناشی از فشار فلپ نیز خواهد شد. در چنین موقعی توصیه می‌شود یک درن TLS حداقل در ناحیه فلپ پشت گوش، یعنی جایی که بیشترین تشکیل هماتوم اتفاق می‌افتد، جایگذاری شده و ۱ روز پس از عمل خارج گردد.

برش گسترش یافته از پشت گوش تا ناحیه خلفی ماستوئید که به طرف پایین در طول خط رویش مو امتداد یافته است با نخ running interlocking و با الگوی plain gut بسته می‌شود. پیش از اتمام بستن پوست یک سمت، بیحسی موضعی سمت دیگر حدوداً ۵ تا ۸ دقیقه قبل از برش آن تزریق می‌گردد. همچنین پیش از بستن پوست برقراری هموستاز عالی به وسیله کوتر الکتریکی و با aerosolized fibrin glue (در صورت لزوم) ضروری است. از این طریق احتمال تشکیل هماتوم به حداقل می‌رسد. در صورت استفاده از fibrin glue، پیش از زدن بخیه لازم است فلپ پوستی به مدت ۵ دقیقه محکم فشار داده شود. یک پماد آنتی‌بیوتیک بر روی خط برش استعمال شده و سپس بر روی آن گاز و یک پانسمان فشاری باندازی، مانند پانسمان Barton-style، قرار داده می‌شود تا احتمال تشکیل

است (در یک مطالعه شیوع آن در مردان  $4/4$  درصد و در زنان  $1/3$  درصد گزارش شده است). عواقب قابل توجه هماتوم بعد از عمل بر روی نتیجه جراحی فیس لیفت شامل نکروز فلپ و در موارد شدید به مخاطره افتادن راه هوایی می‌شود. فاکتورهای مهم مؤثر بر تشکیل هماتوم عبارتند از سیگار کشیدن، آسپرین یا NSAIDs، جنسیت مذکور، فشار خون بالا در محدوده زمان جراحی و انجام همزمان پلاتیسمالاсти.

جراح باید از احتیاطات قبل، حین و بعد از جراحی به منظور پیشگیری از تشکیل هماتوم بهره گیرد.

- **احتیاطات پیش از عمل:** انتخاب بیمار در دستیابی به موفقیت اهمیت زیادی دارد. افراد سیگاری و افراد با کنترل ضعیف فشار خون نباید تحت اعمال جراحی زیبایی قرار بگیرند. داروهای مهارکننده پلاکت و کلیه ضد انعقادهای پزشکی یا گیاهی باید دست کم ۲ هفته قبل از عمل قطع شوند.

- **احتیاطات حین و بعد از عمل:** برقراری هموستاز در سرتاسر جراحی و توجه خاص به عروق خونریزی دهنده کوچک الزامی است. ارزیابی مجدد هموستاز پیش از زدن بخیه و با برقراری فشار خون نرمال قبل از عمل بیمار باید انجام شود. توصیه نویسنده آن است که بهترین شیوه چک کردن هموستاز خاموش کردن چراغ‌های بالای سر در اتاق عمل و استفاده از تابش نور head light جراحی به زیر فلپ می‌باشد. در صورت جایگذاری درن، قسمت فعال آن باید پس از عبور از جلوی گوش و نزول تا مندیبل و درون ناحیه لترال گردن، از بخیه ناحیه ماستوئید یا پیرامون آن خارج گردد. پانسمان فشاری به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت و تا اولین ویزیت بعد از Barton-like عمل باقی می‌ماند (شکل ۱۸-۹).



**شکل ۱۸-۹** هماتوم (A) و (B) نمای هماتوم قبل از تخلیه. به ظاهر boggy dark نواحی جلوی گوش و پایین گوش بلا فاصله بعد از عمل توجه شود. (C و D) عکس‌های حین عمل از تخلیه هماتوم.

## مراقبت‌های فوری پس از جراحی

بعد از خارج‌سازی پانسمان یا درن، نحوه مراقبت از زخم به بیمار آموزش داده می‌شود. محل برش باید دو بار در روز توسط آب گرم و یک gentle baby washcloth یا محلول  $50/50$  آب  $H_2O_2$  شسته شود. بعد از شسته شو لایه‌ای نازک از پماد آنتی‌بیوتیک استعمال می‌گردد. امکان استفاده از شامپوی از روز سوم بعد از عمل با پرهیز از خطوط برش و صرفًا با شامپوهای بی‌بو و ملایم مانند Johnson and Johnson ناچیه جلوی گوش در روز ۵ تا ۷ بعد از جراحی خارج می‌گردد. استفاده از رنگ مو تا ۶ هفته بعد از جراحی ممنوع است. قرار نگرفتن خطوط برش در معرض نور خورشید تا ۶ ماه بعد از عمل حائز اهمیت می‌باشد (شکل ۱۸-۸).

## عوارض

کنترالاندیکاسیون‌های نسبی جراحی فیس لیفت عبارتند از سیگار کشیدن، فشار خون بالا با کنترل ضعیف، مصرف ضد انعقادها، وضعیت تغذیه‌ای ضعیف، مصرف داروهای سرکوبگر ایمنی و تمامی شرایط پزشکی با کنترل ضعیف از قبیل دیابت یا COPD. شیوع کلی عوارض در پی جراحی فیس لیفت تقریباً  $1/5$  درصد است که شامل عوارض موضعی و سیستمیک می‌باشد. شیوع عوارض سیستمیک جدی مانند اختلال عملکرد قلبی-ریوی یا ترومبوآمبولیسم وریدی کمتر از  $0/1$  درصد است.

## هماتوم

تشکیل هماتوم شایع‌ترین عارضه به دنبال جراحی فیس لیفت است و هماتوم جدی نیازمند مداخله جراحی در  $1/1$  درصد از بیماران رخ می‌دهد. تشکیل هماتوم در مردان رایج‌تر از زنان



**شکل ۱۸-۸** عکس‌های قبل و بعد از عمل. به اصلاح شدن غبغب در نمای نیمرخ و resuspension توده چربی گونه‌ای در جهت خلفی-لتالی توجه گردد.

## نکروز پوست

ممکن است برش و درناز نیز ضرورت پیدا کند. استعمال پماد Bacitracin به مدت ۵ روز بعد از عمل در پیشگیری از عفونت کمک کننده خواهد بود. همکاری بیمار در انجام مراقبت‌های زخم در دوره بعد از عمل مانند دو بار در روز شستشوی ملایم Johnson and Johnson محل برش با صابون ملایم (مثل Purpose) و آب گرم سبب کاهش بروز عفونت می‌گردد.

ریسک عفونت بعد از عمل در بیماران دارای ضعف عملکرد ایمنی بیشتر است. در بیماران مصرف کننده سرکوبگرهای ایمنی مانند etanercept و adalimumab لازم است پیش از جراحی فیس‌لیفت این داروها با تأیید پزشک تجویز کننده قطع شده و بعد از عمل ادامه پیدا کنند. در صورتی که قطع این داروها امکان پذیر نباشد یک دوره آنتی‌بیوتیک طولانی مدت بعد از عمل باید تجویز گردد. کنترل دقیق قند بیماران مبتلا به دیابت در محدوده زمان جراحی ضروری است.

## آسیب عصبی

شیوع آسیب دائمی به عصب فاسیال ۱/۱ درصد گزارش شده است. اختلال موقتی در عملکرد عصب در دوره زودهنگام بعد از عمل طبیعی بوده و ناشی از ادم، اثر طولانی شده بیحسی‌های موضعی یا کشیده شدن<sup>۱</sup> عصب می‌باشد. بهبود خودبهخودی در دوره زودهنگام پس از عمل در موارد ناشی از ادم یا اثر طولانی شده بیحسی‌های موضعی یا تا ۳-۴ ماه در موارد ناشی از کشیده شدن یا دایسکشن قابل توجه عصب دیده می‌شود. شاخه باکال شایع‌ترین شاخه‌ای است که دچار صدمه می‌گردد اما به دلیل داشتن انشعابات فراوان، آسیب‌های وارد شده به این شاخه کمترین اثر بالینی را در مقایسه با سایر شاخه‌های عصب فاسیال نشان می‌دهند. آسیب‌های دائمی شاخه فرونتمال یا شاخه مارجینال مندیبولا را از نظر زیبایی کمتر قابل چشمپوشی هستند. آسیب شاخه مارجینال مندیبولا موجب لبخند نامتقارن و ناتوانی در غنچه کردن لبها می‌شود. انجام جراحی فیس‌لیفت در پلن سطحی با شیوع کمتر آسیب شاخه عصبی فرونتمال همراه است؛ چون این عصب توسط چربی پوشانده زایگوما محافظت می‌گردد. آسیب شاخه فرونتمال سبب افتادگی ابرو و اختلال در عملکرد عضلانی پیشانی در همان سمت می‌شود. آسیب عصب مارجینال مندیبولا را توسط لبخند نامتقارن ناشی از اختلال عملکردی عضلات پایین کشنه لب مشخص می‌گردد و از طریق دایسکشن دقیق در سطح مندیبل و پایین‌تر از آن قابل اجتناب است (شکل ۱۸-۱۱). آسیب شاخه‌های سروپکال می‌تواند علایمی شبیه آسیب شاخه مارجینال مندیبولا را داشته باشد. برای افتراق از بیمار خواسته می‌شود که لب پایین خود را برگرداند. اگر عملکرد عضله متالتیس سالم باشد آسیب

نکروز پوست در ۱-۳/۶ درصد از جراحی‌های فیس‌لیفت گزارش شده است. از آنجایی که ایسکمی به میزان بیشتری در فلپ‌های پوستی نازک به وقوع می‌پیوندد وقوع نکروز پوست در تکنیک زیرجلدی بیشتر از تکنیک sub-SMAS است. سایر عوامل مؤثر در نکروز پوست عبارتند از کشش بیش از حد فلپ پوستی در حین زدن بخیه، تشکیل هماتوم، پانسمان‌های بیش از حد فشاری و سیگار کشیدن. شایع‌ترین مکان‌های وقوع نکروز پوستی شامل فلپ پوستی درست در بالای لاله گوش و فلپ پوستی بر روی زایده ماستوئید، یعنی نواحی دارای نازک‌ترین پوست در جراحی فیس‌لیفت، هستند. برای مناطق دچار نکروز اقدامات موضعی مراقبت زخم انجام می‌شود. اکثر موارد نکروز بدون نیاز به دربیدمان یا پیوند پوست بهبود می‌یابند (شکل ۱۸-۱۰).

## عفونت

عفونت یک عارضه نادر جراحی فیس‌لیفت است که در کمتر از ۰/۳ درصد از بیماران رخ می‌دهد. پیشگیری از عفونت شامل تزریق آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی با هدف قرار دادن گونه‌های استافافیلوکوک در محدوده زمان جراحی و پیش از برش می‌شود. آنتی‌بیوتیک‌های رایج پیش از برش بر روی عفونتها گونه‌های عمل گوش اثر ندارند زیرا معمولاً در این عفونتها گونه‌های سودوموناس نقش دارند. این نوع از عفونتها بعد از عمل غالباً به وسیله کوئینولون‌های خوراکی درمان می‌شوند اما



• شکل ۱۸-۱۰ نکروز پوست در قسمت‌های جلوی گوشی و بالای گوشی فلپ. این نما در ناحیه پشت گوش و درست بر روی زایده ماستوئید نیز مشهود است. در این نواحی فلپ پوستی می‌تواند شدید نازک شده و سبب نکروز پوست گردد.



•**شکل ۱۸-۱۲ pixie ear deformity.** به از بین رفتن حالت آزاد لوبول نرمه گوش و در نتیجه طویل شدن آن در بی طویل شدن محل اتصال آن به بافت گونه توجه شود.

پلن سطحی باقی بماند. آسیب این عصب منجر به پارستزی دو سوم تحتانی گوش و نیز پوست مرتبط جلو و پشت گوش می‌گردد.

### اسکار و بی موبی

امکان اسکار هایپرتروفیک پس از هر عمل جراحی وجود دارد. تشکیل کلوئید در بیماران افریقایی-امریکایی بیشترین شیوع را دارد. بیمارانی که ریسک اسکار هایپرتروفیک دارند باید قبل از عمل از این موضوع آگاه شوند و بهتر است پیش از جراحی، برنامه‌ای جهت مدیریت اسکار در دوره پس از عمل در نظر گرفته شود. اقدامات ممکن در حیطه زمان جراحی عبارتند از silicone sheeting، تزریق استروئید و پیگری درازمدت.

هایپرپیگمنتاسیون اسکار در پی تابش مستقیم نور خورشید رایج بوده و لازم است بیماران تا ۶ ماه بعد از جراحی در معرض نور مستقیم خورشید قرار نگیرند و پس از این دوره نیز از کرم ضد آفتاب وسیع الطیف (UVA و UVB) با حداقل SPF 30 یا SPF 50 بیشتر و به مقدار فراوان استفاده کنند.

بی موبی در امتداد خط برش چند علت دارد. کشش بیش از حد پوست در هنگام زدن بخیه موجب یک اسکار صاف عریض<sup>۱</sup> می‌شود که مرکز آن بی مو خواهد بود. تکنیک نامناسب beveling در نواحی مودار نیز باعث بی موبی می‌شود. زاویه bevel باید به نحوی باشد که فولیکول‌های زنده مو در عمق فلپ سطحی، پس از قرارگیری مجدد لبه‌ها در کنار یکدیگر، قرار بگیرند. محدود کردن استفاده از کوتر الکتریکی در لبه اسکالپ و پرهیز از کاربرد کوتر الکتریکی در لبه فلپ پوستی در پی بریدن و خارج کردن پوست اضافی باعث کاهش احتمال بروز بی موبی خواهد شد. روش درمان بی موبی در محل برش، خارج کردن ناحیه بی مو و بستن لبه‌های حاصله به صورت اولیه و بدون کشش است.



•**شکل ۱۸-۱۱ آسیب شاخه عصبی مارجینال مندیبولا ر.** به آسیب شاخه مارجینال مندیبولا رسمت راست که با ضعف عضلات پایین کشنه سمت راست لب و قسمت تحتانی صورت ظاهر پیدا کرده است توجه گردد.

متوجه شاخه مارجینال مندیبولا نبوده است. اگر در حین عمل قطع عصب رخ دهد لازم است عصب با نخ ۷-۰ nylon یا دیگر بخیه‌های غیر قابل جذب ترمیم شود. در موارد نقايسی دایمی عصب، بیمار به منظور ترمیم عصب یا اقدامات بازگرداننده حرکات صورت به متخصص ارجاع داده می‌شود. با این حال چنین اقداماتی موفقیت ناچیزی خواهد داشت.

اختلالات عصبی حسی در دوره زودهنگام بعد از عمل شایع بوده و معمولاً گذرا هستند و تا ۴-۶ هفته بعد از عمل دوام دارند. این نوع از هایپواستزی موقت ناشی از انقطاع عصبدهی پوست در پی کنار زدن فلپ پوستی می‌باشد.

پارستزی دایمی در ۵ درصد از جراحی‌های فیس لیفت رخ می‌دهد. عصب greater auricular شایع‌ترین عصب حسی است که دچار آسیب می‌گردد. محل این عصب، یعنی نقطه McKinley در وسط عضله SCM و ۶/۵ سانتی‌متر کودالی‌تر از مجرای شنوایی خارجی استخوانی باید پیش از عمل مشخص گردد. حاشیه‌ای ۱ سانتی‌متری در پیرامون این نقطه (ممولاً ۰/۵ سانتی‌متر جلوتر از عصب) محل ورید internal jugular را مشخص می‌سازد و بنابراین لازم است دایسکشن در این ناحیه در