

اصول جراحی دهان فک و صورت – پیترسون ۲۰۲۲

زیبایی (جلد چهارم)

سرپرست مترجمین:

دکتر علیرضا ابراهیم پور

(دستیار تخصصی جراحی دهان فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کمیته تحقیقات دانشجویی)

مترجمین:

دکتر علیرضا ابراهیم پور

(دستیار تخصصی جراحی دهان فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کمیته تحقیقات دانشجویی)

دکتر ارمغان صالحی (دندانپزشک)

علی میرزائی

(دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کمیته تحقیقات دانشجویی)

دکتر مهدی بیابانی سرند

(دستیار تخصصی جراحی دهان فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کمیته تحقیقات دانشجویی)

دکتر علیرضا کشیری

(دستیار تخصصی جراحی دهان فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کمیته تحقیقات دانشجویی)

مقدمه

بنده همان به که زتقصیر خویش عذر بدرگاه خدای آورد

ورنه سزاوار خداوندیش کس نتواند که بجای آورد

دستهایم را به سمت آسمان تو بلند می کنم، میخوام بدانم که دستانم خالیست! اما شکرگزار تمام نعماتی هستم که به من اعطا نمودی حتی اگر اهلش نبودم.

اللَّهُمَّ مَوْلَايَ كَمْ مِنْ ثَنَاءٍ جَمِيلٍ لَسْتُ أَهْلًا لَهُ نَشْرُتُهُ

همه ساله آزمون ارتقا و مورد دستیاران یکی از مهمترین آزمون های ست که به ارزیابی سطح علمی دستیاران میپردازد. منابع اعلام شده جهت این آزمون توسط سازمان سنجش آموزش پزشکی به شرح زیر است که تنها کتاب پیترسون و فونسکا ۲۰۱۷ تغییر داشته است. کتاب حاضر به ترجمه فصول اضافه شده ی کتاب پیترسون پرداخته است که در ۴ جلد تقسیم شده است. از آنجا که هر ساله تغییراتی در فصول کتاب پیترسون از طرف سازمان سنجش آموزش پزشکی اعلام می شود، ترتیب جلد های این مجموعه کتاب نیز بر اساس زمان های اعلام تغییرات است. این کتاب مطمئنا جایگزین کتاب منبع خواهد بود و مطالعه ی کتاب تکست توصیه می شود.

جلد اول: فصول ۹ تا ۱۵

جلد دوم: فصول ۵ تا ۸ و ۴۰ تا ۴۵

جلد سوم: مبحث ارتوگناتیک فصول ۵۸ تا ۷۱

جلد چهارم: مبحث زیبایی فصول ۷۲ تا ۷۷

کتابهای رفرنس اعلام شده به شرح زیر است:

1- Oral and maxillofacial surgery. Fonseca 3 rd ed. 2017

سه جلد به استثناء فصول: جراحی دنتوآلوئولار و ایمپلنت (جلد اول فصول ۲۰-۲۱-۲۲-۲۳ و ۲۶ تا ۴۳) تروما (جلد دوم فصول ۱ تا ۱۵) جراحی ارتوگناتیک و زیبایی (جلد سوم فصول ۱ تا ۲۶)

2- Peterson's principle of oral & maxillofacial surgery. Ghali 4th ed.2022

مباحث دنتوآلوئولر، ایمپلنت، عفونت، بازسازی و جراحی ارتوگناتیک و زیبایی (از ابتدای فصل ۵ تا انتهای ۱۵- فصول ۴۰ تا آخر ۴۵ و فصول ۵۸ تا ۷۷)

3- Schwartz's Principles of surgery. 11th ed. 2019

مباحث جراحی عمومی شوارتز سال ۲۰۱۹ فصول ۲ و ۳ و ۴ و ۵

4- Oral & maxillofacial surgery trauma. Fonseca, walker 4th ed. 2013

کلیه فصول

نگارش این کتاب قطعا خالی از اشکال نیست و از حضور تک تک خوانندگان این اثر درخواست میکنم تا در بهبود این کتاب ما را یاری کنند. در انتها از همکاری صمیمانه انتشارات شایان نمودار کمال تشکر را دارم.

با تشکر و امید موفقیت روز افزون

دکتر علیرضا ابراهیم پور

فهرست مطالب

۵	فصل هفتاد و دوم: بلفاروپلاستی
۲۴	فصل هفتاد و سوم: اصول پایه‌ای رینوپلاستی
۵۲	فصل هفتاد و چهارم: ریتیدکتومی
۶۹	فصل هفتاد و پنجم: Forehead and Brow Procedures
۱۰۱	فصل هفتاد و ششم: جراحی اتوپلاستی برای گوش بیرون زده
۱۱۶	فصل هفتاد و هفتم: اقدامات تکمیلی زیبایی صورت

بلفاروپلاستی

اهداف یادگیری

۱- آناتومی جراحی پلک بالا و پایین

۲- بررسی، تشخیص و مدیریت مناسب بیمار با تقاضای

بلفاروپلاستی

۳- مدیریت عوارض و جراحی‌های تصحیحی متعاقب

بلفاروپلاستی

۷۲،۱ مقدمه

بلفاروپلاستی که معمولاً به آن "لیفت پلک چشم" گفته می‌شود، یک روش جراحی زیبایی است که به طور گسترده پذیرفته شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر اساس یک بررسی اخیر، بلفاروپلاستی پلک بالا و پایین چهارمین عمل زیبایی است که در سال ۲۰۱۶ در ایالات متحده انجام شد، پس از لیپوساکشن بدن، بزرگ کردن سینه و جراحی بینی. [۱] سهولت نسبی عملکرد، توانایی انجام در مطب با حداقل بی‌حسی، و عدم وجود دوره‌ی نقاهت طولانی، به محبوبیت آن کمک می‌کند. تاریخچه بلفاروپلاستی برای اصلاح "اختلالات پلک" به قرن اول پس از میلاد در رم برمی‌گردد، زمانی که Aulus Cornelius Celsus برداشتن پوست پلک چشم را توصیف کرد [۲]. از آن زمان، اصلاحات متعددی پیشنهاد شده است.

چشم‌ها "پنجره‌های روح" هستند. چشم‌های جذاب یکی از ویژگی‌های اصلی یک چهره زیبا و متعادل است (شکل ۷۲،۱) [۳]. برای دستیابی به نتیجه عالی، بلفاروپلاستی پلک فوقانی و تحتانی نیاز به درک روشنی از تشخیص مناسب قبل از عمل، آناتومی ناحیه‌ای، اجرای جراحی و مدیریت هرگونه عارضه پس از عمل دارد. شاید مهم‌تر از مفاهیم فوق‌الذکر، یادآوری این نکته مهم است که هر عمل جراحی زیبایی مستلزم توجه به خواسته‌های بیمار است. اختلاف بین آنچه پزشک می‌خواهد درمان کند و آنچه بیمار می‌خواهد درمان کند، می‌تواند منجر به نتایج غیربهبوده شود. اغلب اوقات، بیماران با شکایت خاصی در رابطه با ظاهر ناحیه اطراف چشم به مطب بالینی مراجعه می‌کنند. بر اساس حجم گسترده‌ای از اطلاعات موجود در اینترنت، اکثر بیماران می‌توانند کاملاً روی نگرانی‌های خود متمرکز شوند. با در نظر گرفتن آناتومی پیچیده ناحیه اطراف چشم، پزشک باید یک برنامه تشخیص و درمان واضح که با نگرانی‌های بیمار مطابقت دارد، تدوین کند. برای مثال، ممکن است یک بیمار از ظاهر پلک‌های بالایی چشم راضی نباشد و شکایت کند که در حین آرایش کردن پلک‌های بالایی صرفاً به دلیل "افتادگی" مشکل

دارد. این بیمار ممکن است برای آنچه که او به عنوان مشکل پلک درک می‌کند مراجعه کند. با این حال، اغلب اوقات، این بیماران از پتوز ابرو رنج می‌برند و در واقع برای رفع افتادگی پلک‌های چشم، نیاز به بالا بردن ابرو دارند (شکل ۷۲،۲).



Fig. 72.1 Open, attractive, youthful eyes. National Geographic, June 1985



Fig. 72.2 Patient complaining of "heavy eye lids." Examination revealed brow ptosis in addition to dermatochalasia of eye lid skin

بنابراین، ارتباط صحیح قبل از عمل و برنامه‌ریزی درمانی برای حصول نتایج رضایت‌بخش و به دست آوردن رضایت بیمار کاملاً ضروری است. هدف این فصل آشنایی خواننده با نامگذاری رایج، آناتومی جراحی، انتخاب بیمار، اجرای جراحی و عوارض احتمالی مرتبط با بلفاروپلاستی پلک بالا و پایین است.

۷۲،۲ نامگذاری

همانطور که در بسیاری از روش‌های زیبایی شناسی رایج است، چندین "عبارات" و "اصطلاحات" برای توصیف ظاهر پلک‌های بالا و پایین استفاده می‌شود. این گاهی اوقات می‌تواند منجر به سردرگمی جراح تازه کار شود. لیستی از تشخیص‌های رایج به شرح زیر است:

- درماتوشالازی: این یک اصطلاح غیر اختصاصی است که به پوست اضافی اشاره دارد. این برای هر قسمتی از پوست صورت قابل استفاده است، معمولاً به دلیل پایه استخوانی ضعیف (ریم اینفرا اوربیتال هیپوپلاستیک در مورد پلک‌های تحتانی)، روند پیری، photoaging، ژنتیک، و دلایل محیطی (شکل ۷۲،۳).



Fig. 72.3 Patient with dermatochalasia of eye lids and normal brow position



Fig. 72.5 Patient with prolapsed fat pads of lower lids and dermatochalasia of all four lids



Fig. 72.4 Patient with congenital ptosis of bilateral upper lids



Fig. 72.6 Bilateral lower eye lid rounding and scleral show

وجود دارد که از طریق آن چربی برآمده می‌شود (شکل ۷۲،۵).
 • اوربیکولاریس اوکلی هایپرتروفیک: این بخش متمایز و هیپرتروفیک از جزء پرتارسال اوربیکولاریس اوکلی در پلک تحتانی است. اگرچه این امر در بسیاری از افراد می‌تواند زیبا در نظر گرفته شود، در برخی بیماران، این وضعیت ممکن است "برآمدگی و بالج" در پلک تحتانی را تشدید کند.
 • پرولاپس غده اشکی: این اتفاق نادر به دلیل ضعف سپتوم پلک فوقانی است که باعث پری یک طرفه یا دو طرفه در قسمت جانبی پلک های فوقانی به دلیل نزول غده اشکی می‌شود
 • مالیپوزیشن پلک تحتانی: این اصطلاح کلی برای هر درجه از ناهنجاری های مرتبط با پلک پایین اعمال می‌شود. این می‌تواند شامل اکتروپسیون آشکار، انتروپسیون، گرد شدن یا کوتاهی پلک تحتانی، نمایش اسکلرا، و دیستوبی لترال کانثال باشد (شکل ۷۲،۶).

۷۲،۳ آناتومی

آناتومی جراحی پلک چشم نسبتاً پیچیده است [۴-۱۰]. ساختارهای متعددی در هر دو پلک فوقانی و تحتانی با عملکردهای مشابه، اما نام‌های متفاوت وجود دارد (شکل ۷۲،۷). همچنین، لازم به یادآوری است که گاهی اوقات، تغییرات جراحی در آناتومی پلک ممکن است شامل تغییر ساختار ابرو یا میدفیس صورت نیز باشد. بنابراین، درک آناتومی جراحی آن نواحی خاص نیز مفید است.

• بلفاروشالازی: این اصطلاح خاص تری است که به یک جزء التهابی در پوست اضافی پلک‌ها اشاره دارد. این اغلب مربوط به آنژیوادم و تورم و ادم اپیزودیک ناحیه اطراف چشم است.
 • بلفاروپتوز: این وضعیت اکتسابی یا مادرزادی مربوط به افتادگی پلک های فوقانی است. این معمولاً ثانویه به برداشتن (-le vator palpebrae aponeurosis) از صفحه تارسال فوقانی است (شکل ۷۲،۴). این وضعیت با پتوز ابرو که اغلب باعث ایجاد پوست اضافی در پلک فوقانی می‌شود متفاوت است. بلفاروپتوز می‌تواند همزمان با درماتوشالازی رخ دهد و نیاز به ترمیم اختلال عملکرد LPS دارد.

• Pseudoptosis: این اصطلاح را نباید با بلفاروپتوز اشتباه گرفت. این "پتوز"، اگرچه پتوز واقعی نیست، به دلیل ظاهر شدن "افتادگی" پوست پلک فوقانی بدون هیچ گونه اختلال عملکرد لواتور است. این به سادگی پوست بیش از حد و سنگین پلک است که باعث "ظاهر افتاده" می‌شود. هیچ نشانه ای برای جراحی پتوز در این بیماران وجود ندارد. پسودوپتوز همچنین می‌تواند به ظاهر یک گلوب انوفتالمیک اشاره کند (به دلیل جابجایی خلفی گلوب و موقعیت تحتانی پلک بالایی).

• پدهای چربی پرولاپس شده: پدهای چربی برجسته پلک پایین یا پدهای چربی میانی پلک فوقانی می‌توانند به عنوان "برآمدگی" ثانویه به دلیل ضعیف شدن سپتوم اوریتال ظاهر شوند. اصطلاح "پرولاپس" دقیق تر از "فتق" است زیرا سپتوم هنوز دست نخورده است، هرچند ضعیف است، برخلاف فتق که در آن یک منفذ مشخص

پوست بدن است. متوسط ضخامت کمپلکس اپیدرم در پلک بالغین حدود ۱۳۰ میکرون است [۱۱]. این نازکی را می توان هم یک صفت خوب و هم یک ضرر برای جراح در نظر گرفت. در حالی که پوست پلک در صورت لزوم پس از جراحی قابل ماساژ است، همچنین در صورت هندلینگ نادرست در حین جراحی، کاملاً مستعد ابتلا به اسکار می باشد.

یک ناحیه بالینی مهم در پوست پلک فوقانی، چین فوقانی است. این چین (دو چین متمایز در بسیاری از بیماران) نقطه اتصال سپتوم فوقانی به آپونوروز عضله levator palpebrae superioris است. این چین معمولاً در حدود ۸ تا ۱۰ میلی متر سفالیک از مارجین پلک بالایی پیدا می شود. این چین ممکن است در ۵۰ درصد از بیماران آسیایی تبار وجود نداشته باشد. در بیشتر بیماران هیچ چین و چروک مشخصی در پلک تحتانی وجود ندارد. با این حال، با افزایش سن و قرار گرفتن در معرض محیط، چین‌های پلک پایین‌تر از مژه‌ها شروع به رشد می کنند. این چین‌ها در جهت مدیال به لترال قرار دارند و می توانند برای قرار دادن برش برای بلفاروپلاستی پلک تحتانی از طریق پوست استفاده شوند.

Orbicularis oculi یک عضله اسکلتی مدور است که پلک‌ها و بافت‌های مجاور را در بر می گیرد. عضله توسط عصب فاشیال (عصب هفتم جمجمه‌ای) عصب دهی می شود و دارای دو جزء اصلی است: پالپبرال و اربیتال. قسمت پالپبرال بیشتر به دو دسته پری تارسال و پره سپتال تقسیم می شود. قسمت اربیتال (همچنین به عنوان قسمت عمیق نیز شناخته می شود) از ریم اربیتال سوپرامدیال و اینفرامدیال زائده ماگزیلاری استخوان فرونتال، زائده فرونتال ماگزیلا و تاندون مدیال کانتال منشا می گیرد. فیبرها به ترتیب در سراسر پلک‌ها، روی پیشانی و نواحی گونه حرکت می کنند. قسمت اربیتال عضله *supercilii corrugator* را می پوشاند. این قسمت از اوربیکولاریس اوکلی به ندرت در طی بلفاروپلاستی مشاهده می شود. اجزای پره سپتال و پره تارسال بخش پالپبرال عضله دارای حرکات ارادی و غیرارادی هستند. قسمت پره تارسال کاملاً به صفحات تارسال متصل است. جزء پره سپتال به صورت داخلی به تاندون کانتال مدیال متصل می شود و از لترال به ناحیه کانتال لترال متصل می شود. اجزای پالپبرال *orbicularis oculi* مسئول رفلکس پلک زدن و حرکت لایه اشکی مارجینال به سمت پانکتوم اشکی هستند.

۷۲،۳،۲ لاملای میانی

لاملای میانی از سپتوم اربیتال و فت پدهای اربیتال تشکیل شده است (شکل ۷۲،۹). سپتوم در اصل یک غشای فاسیایی است

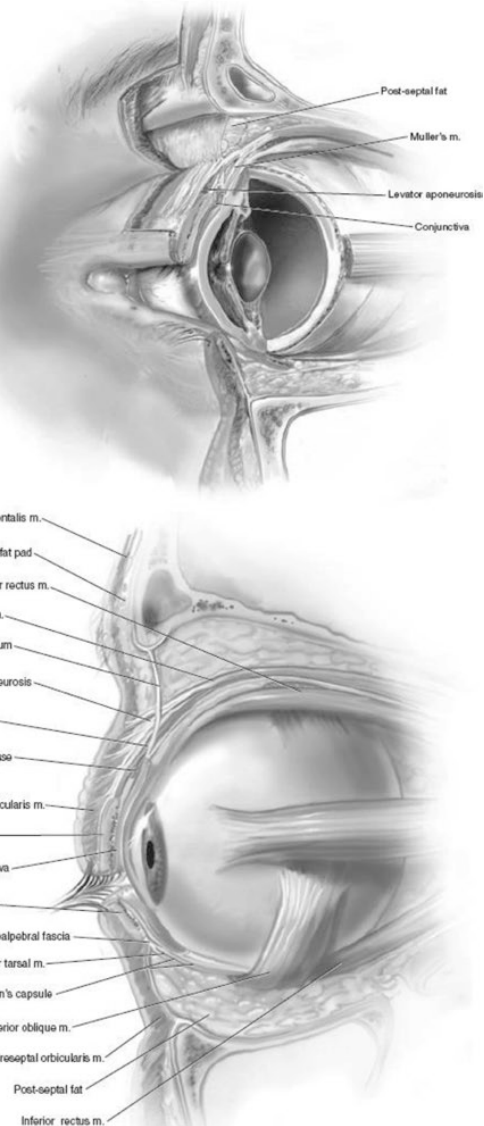


Fig. 72.7 Anatomic details for upper and lower eye lids. (From Peterson, 3rd edition; Fig. 65.7)

سازگارترین روش برای درک آناتومی جراحی پلک‌های فوقانی و تحتانی این است که هر پلک را به سه لاملا تقسیم کنیم: قدامی، میانی و خلفی. هر لاملا دارای اجزای مختلفی است که به صورت جداگانه مورد بحث قرار خواهد گرفت.

- لاملا قدامی: پوست و اوربیکولاریس اوکلای
- لاملا میانی: سپتوم اربیتال و پدهای چربی اربیتال
- لاملا خلفی: زترکتورهای پلک، سیستم *suspensory*، تارس

و ملتحمه

۷۲،۳،۱ لاملای قدامی

لاملای قدامی شامل پوست پلک چشم و عضله اوربیکولاریس اوکلای است (شکل ۷۲،۸). پوست پلک بالا و پایین نازک ترین

کرست خلفی با یکدیگر برخورد می کنند. از طرفی، سپتوم با ناحیه تاندون کانتال لترال جوش می خورد.

درست در عمق سپتوم، فت پدهای اوربیتال پره آپونورتیک و غده اشکی را می بینید (شکل ۷۲،۱۱). در پلک های فوقانی، دو فت پد وجود دارد: نازال و میانی. غده اشکی به صورت لترال فضا را اشغال می کند. این دو فت پد سپتوم را از لواتور آپونوروز زیرین جدا می کنند. تاندون عضله مایل فوقانی چربی مرکزی را از قسمت چربی نازال جدا می کند. در پلک های پایین، سه پد چربی وجود دارد: مدیال، سنترال و تمپورال. فت پد مدیال عروقی ترین است. این امر در حین برداشتن چربی در بلغاروپلاستی به منظور جلوگیری از خونریزی رتروبولبار پس از عمل از اهمیت بالینی برخوردار است. عضله مایل تحتانی قسمت مدیال را از فت پد سنترال جدا می کند (شکل ۷۲،۱۲). فت پد تمپورال ممکن است بیش از یک جزء داشته باشد و شامل یک اکستنشن جانبی به نام فت پد Eisler است.

که پلک ها را از هم جدا می کند. ۷۲،۳ سپتوم فت پدهای اوربیتال را در سطح خلفی خود حفظ می کند. در هر دو پلک، سپتوم از آرکوس مارجینالیس، محل تلاقی پریوستئوم دور چشم و پریوستئوم استخوان های صورت منشأ می گیرد. در پلک فوقانی، سپتوم به لواتور آپونوروز، حدود ۲ تا ۵ میلی متر بالاتر از لبه فوقانی صفحه تارسال متصل می شود. این همجوشی نشان دهنده کریزهای سوپرا تارسال بوده که از نظر بالینی مهم است. همانطور که قبلاً ذکر شد، این کریز ممکن است در حدود ۵۰ درصد از جمعیت آسیایی وجود نداشته باشد. در این گروه از بیماران، سپتوم مستقیماً به قسمت فوقانی تارس فوقانی متصل می شود (شکل ۷۲،۱۰). در پلک تحتانی، سپتوم مستقیماً به قسمت تحتانی صفحه تارسال متصل می شود. سپتوم های اوربیتال پلک های تحتانی و فوقانی در واقع به صورت مدیالی دقیقاً تا عمق عضله اوربیکولاریس اوکلای در اطراف لاکریمال

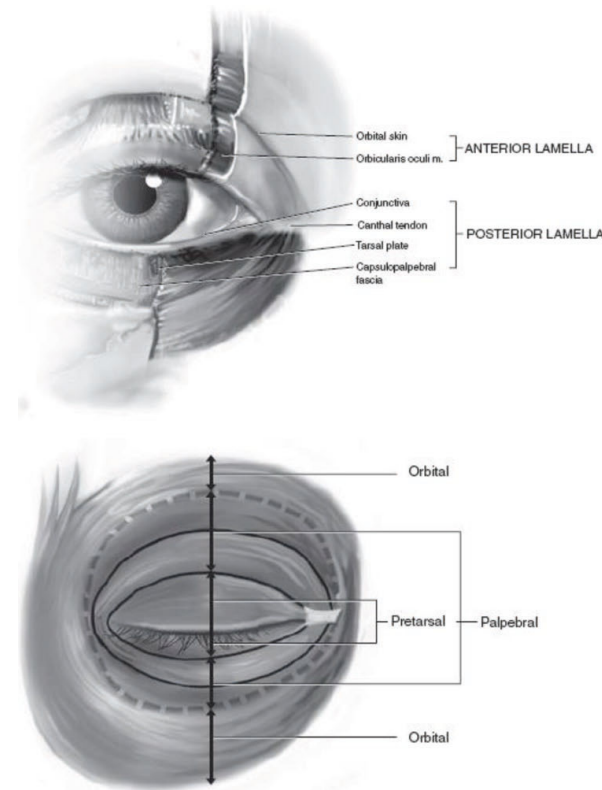


Fig. 72.8 Components of the anterior lamella. (From Peterson, 3rd edition; Fig. 65.8)

from the deeper orbital contents. The septum maintains the orbital fat pads on its posterior surface. In both lids, the septum originates from the *arcus marginalis*, the confluence of the periorbital periosteum and the periosteum of the facial bones. In the upper lid, the septum attaches to the levator aponeurosis, about 2–5 mm above the superior edge of the tarsal plate; this fusion represents the clinically significant suprataral crease. As previously mentioned, this crease may not be present in approximately 50% of the Asian population. In this group of patients, the septum attaches directly to the

superior aspect of the upper tarsus (Fig. 72.10). In the lower lid, the septum attaches directly on the inferior aspect of the tarsal plate. The orbital septums of the lower and upper lids actually meet each other medially just deep to the orbicularis oculi muscle around the posterior lacrimal crest. Laterally, the septum fuses with the lateral canthal tendon region.

Just deep to the septum, one finds the preaponeurotic orbital fat pads and the lacrimal gland (Fig. 72.11). In the upper lids, there are two fat pads: nasal and middle. The lacrimal gland occupies the space

عضله پاراسمپاتیکی (عصب کرانیال III) است که از بال کوچک استخوان اسفنوئید منشاء می‌گیرد، بالاتر از عضله رکتوس فوقانی حرکت می‌کند و با اتصال به ۲/۳ پایین سطح قدامی تارسال پلیت فوقانی، آپونورتیک می‌شود. عضله مولر عضله ای است با عصب دهی سمپاتیک (زنجیره گردنی فوقانی) که از سطح داخلی LPS سرچشمه می‌گیرد و در لبه فوقانی صفحه تارسال فوقانی قرار می‌گیرد. هر دو عضله لواتورهای پلک فوقانی هستند. در پلک تحتانی، رترکتورهای پلکی شامل فاسیای کپسولوپالپیرال و یک عضله کمتر مشخص به نام عضله تارسال تحتانی یا پالپیرال است که به عضله هورنر نیز معروف است. فاسیای کپسولوپالپیرال امتدادی از عضله رکتوس تحتانی است که به لبه تحتانی صفحه تارسال تحتانی متصل می‌شود.

عضله هورنر بخشی از سر عمقی عضله اوربیکولاریس اوکلی است. این دو رترکتور پلک پایین به ترتیب مشابه لواتور آپونوروز LPS و عضله مولر در پلک بالایی هستند.

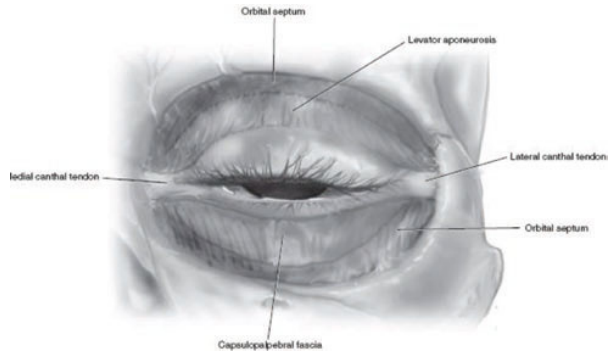


Fig. 72.9 Components of the middle lamella. (From Peterson, 3rd edition; Fig. 65.9)

۷۲،۳،۳ | امل ا خلف □

رترکتورهای پلک، سیستم ساسپنسوری، تارسوس و ملتحمه لاملای خلفی پلک ها را تشکیل می‌دهند (شکل ۷۲،۱۳). رترکتورهای پلک با عملکرد اوربیکولاریس اوکلی مخالف هستند. در پلک فوقانی، رترکتورها شامل لواتور آپونوروز (تراکم فاسیای levator Müller) و عضله Müller است. LPS ، palpebrae aponeurosis

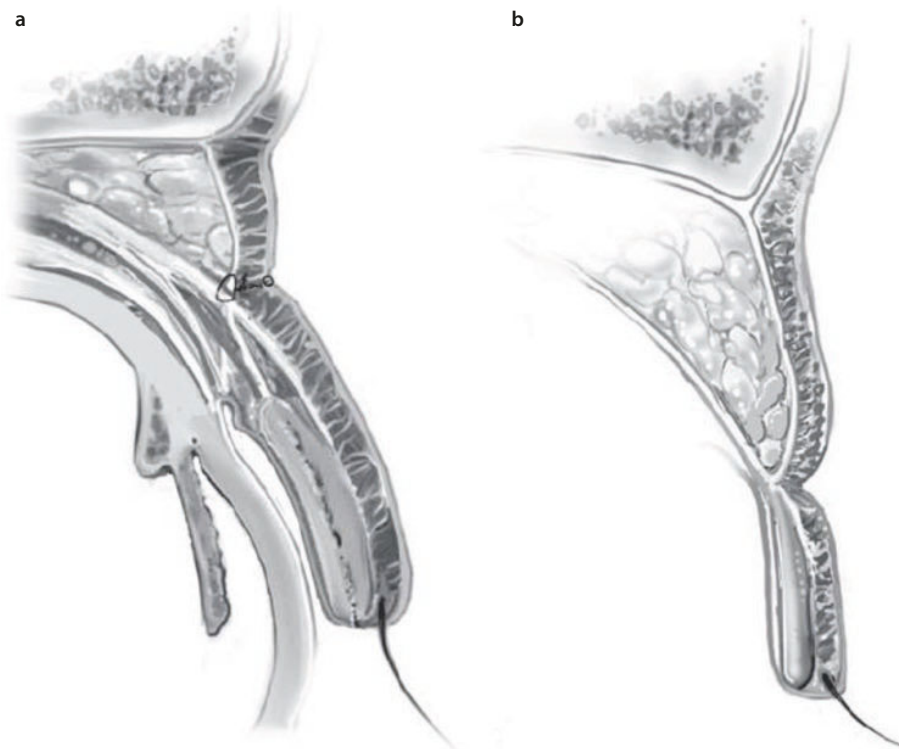


Fig. 72.10 Differences in the attachment of levator aponeurosis in Asians a and non-Asians b. (From Peterson, 3rd edition; Fig. 65.10)

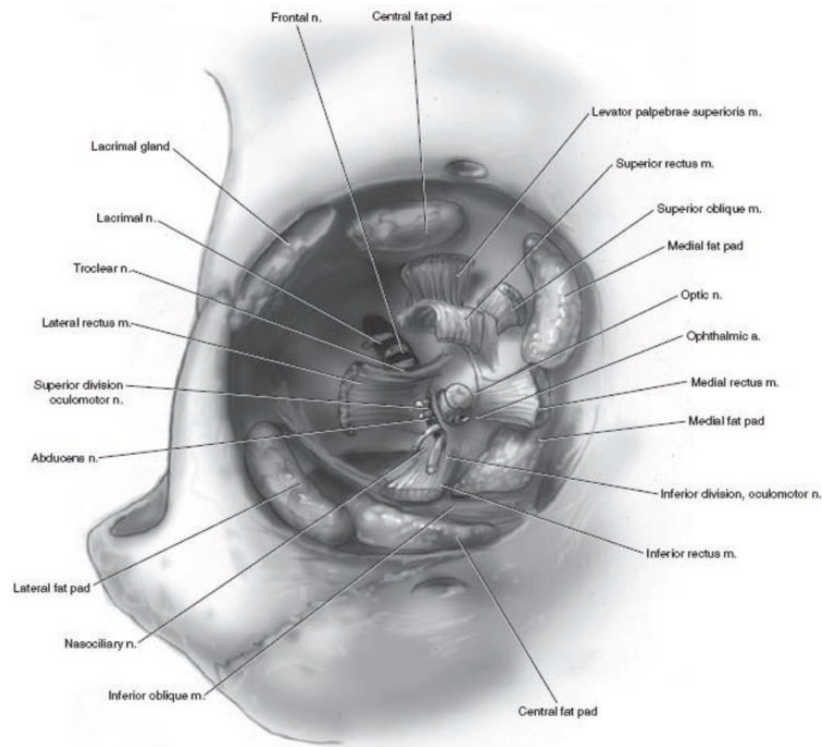


Fig. 72.11 Anatomy of the right eye with septum removed. (From Peterson, 3rd edition; Fig. 65.11)

بالاتر از LPS اما در عمق سپتوم قرار دارد. رباط ساسپنسوری Lockwood یک تراکم فاسیایی از کپسول تنون (فاسیای بولبار) است که بین دیواره مدیال اوربیت حرکت کرده و به لترال رتیناکولوم متصل می شود. سیستم ساسپنسوری Lockwood درست جلوتر از فاسیای کپسولوپالپبرال است.

صفحات تارسال تکیه گاه اصلی اسکلتی را برای پلک های فوقانی و تحتانی فراهم می کنند. آنها از بافت فیبرو الاستیک متراکم پوشیده شده با غدد میومین ساخته شده اند. در پلک پایین، صفحه تارسال تنها ۴-۶ میلی متر ارتفاع دارد. در پلک بالایی، صفحه ۸ تا ۱۰ میلی متر ارتفاع دارد.

ملتحمه آخرین جزء لاملای خلفی را تشکیل می دهد. این قسمت داخلی پلک ها (ملتحمه پالپبرال) را می پوشاند، فورنیکس را تشکیل می دهد، سپس به سمت اوربیت می چرخد و قسمت قدامی قرنیه (ملتحمه بولبار) را می پوشاند.

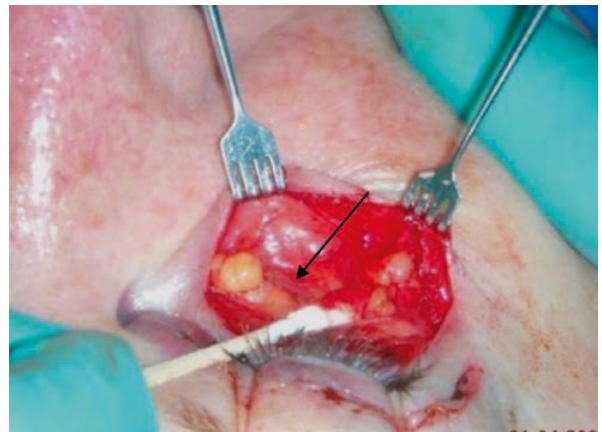
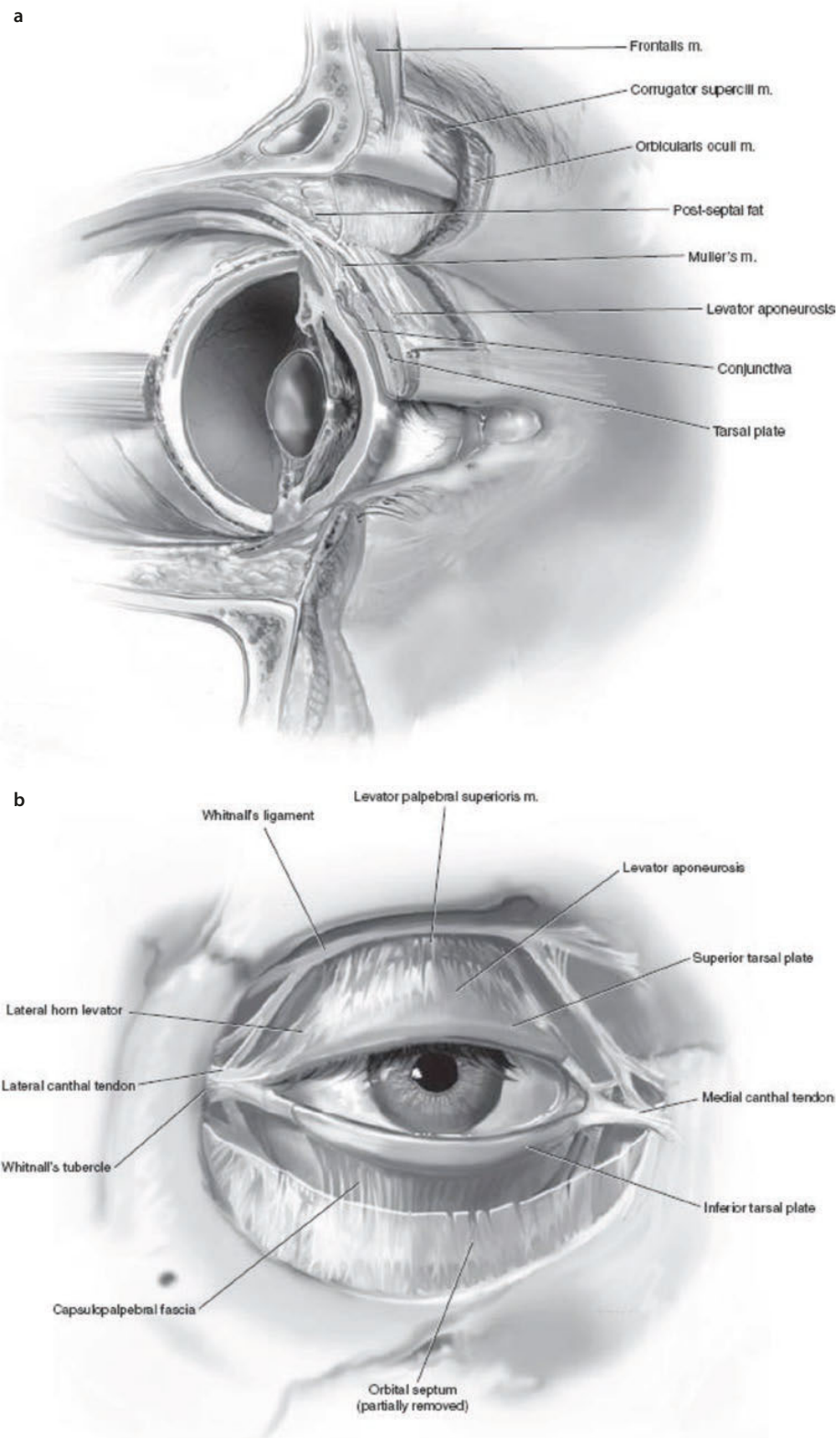


Fig. 72.12 Inferior oblique muscle (arrow) separating the nasal and medial fat pads

دو سیستم ساسپنسوری گهواره مانند (hammock-like) پلک های فوقانی و تحتانی به ترتیب شامل رباط Whitnall و رباط Lockwood است. آنها همچنین به عنوان رباط های ساسپنسوری عرضی فوقانی و تحتانی شناخته می شوند. آنها مانع حرکت کرانیو-کائودال اوربیت می شوند. رباط Whitnall یک تراکم فاسیایی است که از تروکلئا منشأ می گیرد و به لوب اربیتال غده اشکی می چسبد. این رباط



■ Fig. 72.13 Components of the posterior lamella a, b. (From Peterson 3rd edition; Fig. 65.12)

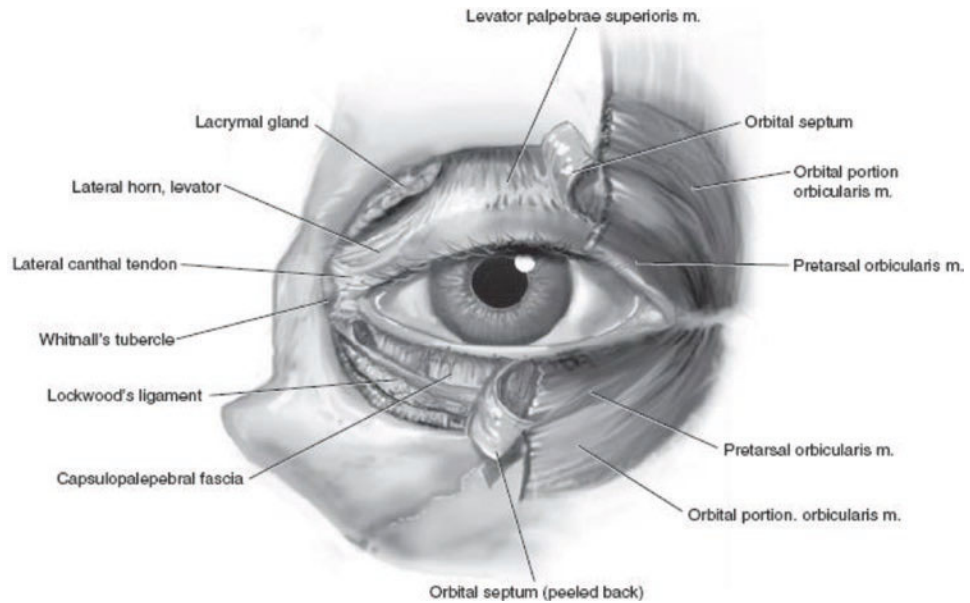


Fig. 72.14 Components of the lateral retinaculum. (From Peterson 3rd edition; Fig. 65.13)

۷۲،۴ عصب دهی و تامین خون

عصب حسی پلک ها توسط عصب پنجم کرانیال (تریجمینال) به ویژه شاخه اول و دوم (افتالمیک و ماگزیلاری) انجام می شود. عصب لاکریمال در جهت فوقانی و جانبی حرکت می کند و به غده اشکی، پلک فوقانی و ناحیه ابرو حس می دهد. عصب فرونتال به دو قسمت سوپرااوربیتال (مرکزی) و سوپراتروکلئار (در مدیال) تقسیم می شود تا حس پلک فوقانی، میانی ابرو، پیشانی، اسکالپ و پل بینی تامین کند. عصب nasociliary شاخه هایی را برای ایجاد حس به گلوب ایجاد می کند. عصب اینفرااوربیتال از فورامن خود بیرون می آید تا حسی به پلک پایین، گونه میانی و لب بالایی و دندان های قدامی فک بالا بدهد. عصب زیگوماتیک به اعصاب زیگوماتیکو-تمپورال و زیگوماتیکو-فاشیال تقسیم می شود تا به ترتیب حس شقیقه و لترال ابرو و قسمت های لترال پلک تحتانی و گونه را ایجاد کند.

خون رسانی به پلک ها توسط سیستم کاروتید داخلی و خارجی تامین می شود. شریان افتالمیک، شریان فاشیال و شریان اینفرا اوربیتال شریان های اصلی این ناحیه هستند. شریان افتالمیک شاخه های از سیستم کاروتید داخلی است و دارای انشعابات متعدد (سوپرا اوربیتال، سوپرا تروکلئار، اتموئیدال، مارجینال و اکسترنال نازل) است. شریان فاشیال به شریان انگولار در ناحیه مدیال کانتال

کانتوس های لترال و مدیال نقش مهمی در رابطه عرضی و فضایی پلک های تحتانی و فوقانی دارند، اگرچه به طور خاص از اجزای لاملا خلفی نیستند. کانتوس های لترال و مدیال امتداد فیبری لترال و مدیال صفحات تارسال هستند. هر دو کانتوس دارای دو سر هستند: سطحی و عمیق (قدامی و خلفی). سر قدامی کانتوس مدیال و سر خلفی کانتوس لترال ضخیم تر از همتای خود هستند. دو سر تاندون کانتال مدیال کیسه اشکی را می پوشانند. دو سر تاندون کانتال لترال فت پد Eisler را می پوشانند.

رتیناکولوم لترال (LR) یک ساختار بالینی مهم در ریم لترال اوربیت است (شکل ۷۲،۱۴) [۱۲-۱۴]. LR در اصل هزارتویی از بافت همبند است که در ریم لترال اوربیت انکور گرفته و موقعیت یکپارچگی و عملکرد گلوب را حفظ می کند. این به توبرکل Whit-nalls یک برجستگی استخوانی ۱۰ میلی متر پایین تر از سوچور zygomaticofrontal و ۳mm خلفی (عمیق) نسبت به ریم لترال اوربیت در داخل استخوان زیگوما متصل است. ساختارهای زیر به LR متصل می شوند:

- تاندون لترال کانتال (سر خلفی)
- شاخ لترال آپونوروزیس LPS
- رباط Lockwood از پلک پایین
- رباط عضله رکتوس لترال

بیماری قلبی، اختلال عملکرد کبد، اختلالات خونریزی دهنده، و آلرژی فصلی و ادم باید رد شوند. بسیاری از این شرایط ممکن است در تشخیص صحیح و اجرای جراحی بلفاروپلاستی اختلال ایجاد کند. تعیین اینکه آیا بیمار در ۶ ماه گذشته جراحی لیزیک ایجاد کرده است یا خیر بسیار مهم است زیرا ملتحمه ممکن است به دنبال این روش بی‌حس شود و علائم مرتبط با خشکی چشم را بپوشاند. پس از تکمیل تاریخچه، باید یک رویکرد گام به گام برای ارزیابی پلک‌ها انجام شود. در تمام اقدامات زیبایی، ابتدا باید نمای کلی صورت را قبل از تمرکز بر ناحیه خاص اندازه‌گیری کرد. این تصویر کلی اغلب اوقات مقدار زیادی اطلاعات در مورد روند پیری ارائه می‌دهد که سپس می‌تواند در طول ارزیابی صورت به بیمار منتقل شود. پس از این ارزیابی کلی، پزشک باید موقعیت ابروها و پیشانی را ارزیابی کند. اگر به نظر می‌رسد که بیمار دچار درماتوشالازی پلک‌های بالایی باشد، باید مطمئن شد که درماتوشالازی به دلیل پتوز ابرو نیست. ارزیابی پلک‌های بالایی فقط با ابروهای در حالت خنثی می‌تواند به درستی انجام شود. انجام بلفاروپلاستی فوقانی در صورت وجود پتوز ابرو تنها باعث نزول بیشتر ابرو شده و منجر به نتیجه غیر زیبایی می‌شود. اگر ابرو پتوتیک به نظر می‌رسد، بیمار ممکن است نیاز به لیفت ابرو (آندوسکوپی، باز، بارو پکسی، و غیره) قبل از بلفاروپلاستی فوقانی داشته باشد [۱۸]. اندازه‌گیری‌های خاصی برای ابروی ایده آل برای مردان و زنان وجود دارد. به طور کلی، ابرو دارای سه قسمت است: میانی، اپکس و دم. در یک مرد، هر سه ناحیه باید ریم سوپرا اوربیتال در یک راستا باشند. ابروهای مردانه ابرویی است که در اپکس یا دم خود ارتفاع کمی دارد. از سوی دیگر، ابروی خانم‌ها باید elevation کمی در سمت مدیال داشته (۰-۲ میلی‌متر در مقایسه با سوپرا اوربیتال ریم زیرین) و در اپکس تا ۱۰ میلی‌متر بالا آمده (در مقایسه با سوپرا اوربیتال ریم زیرین)، و سپس کمی به سمت دم پایین بیاید. ارزیابی کامل ابرو و پیشانی در فصل دیگری از این کتاب شرح داده شده است. در مرحله بعد، توجه باید به سمت پلک‌های بالایی معطوف شود. تعیین وجود یا عدم وجود کریز سوپراتارسال باید انجام شود. به طور معمول، کریز سوپراتارسال حدود ۹-۱۱ میلی‌متر بالاتر از مارجین پلک است. این را می‌توان با یک خط کش اندازه‌گیری کرد در حالی که ابرو را با یک دست بالا آورده شده و از بیمار می‌خواهیم که به پایین نگاه کند. اگر کریز سوپراتارسال به طور قابل توجهی بیشتر از ۹ تا ۱۱ میلی‌متر باشد، باید احتمال جدا شدن لواتور از سپتوم را در نظر گرفت. با نگر داشتن ابرو در وضعیت

تبدیل می‌شود و با شاخه‌های شریان افتالمیک در قسمت مدیال کیسه اشکی آناستوموز می‌دهد. شریان infraorbital از شریان ماگزیلاری خارج شده و ناحیه پلک تحتانی را تامین می‌کند. آبشارهای مارجینال و پریفرال (آناستوموز بین سیستم کاروتید داخلی و خارجی) در داخل پلک وجود دارد که مسئول خون‌رسانی به مژه‌ها و تارسوس (مارجینال) و ملتحمه و عضلات پلک (پریفرال) است. سیستم وریدی منعکس کننده سیستم شریانی است، اگرچه آناستوموزهای عمیق با شبکه وریدی pterygoid و ورید افتالمیک فوقانی وجود دارد که ممکن است منجر به عوارض عروقی ناشی از تزریقات یا منجر به عفونت رتروگرید از منابع دیگر شود.

۷۲،۵ سیستم اشکی

سیستم اشکی با استقرار غده اشکی در حفره اشکی شروع می‌شود. اشک در غده تولید می‌شود و سپس با رفلکس چشمک زدن در یک جهت لترال به مدیال به سمت پانکتوم‌های اشکی حرکت می‌کند. غدد اشکی جانبی در فورنیکس‌های فوقانی و تحتانی وجود دارد که به غدد Kraus و Wolfring معروف هستند. اشک وارد کانالیکول‌های فوقانی و تحتانی می‌شوند که تقریباً ۸ تا ۱۰ میلی‌متر از کیسه اشکی فاصله دارند. هر دو کانالیکول دارای یک جزء عمودی ۲ میلی‌متری قبل از چرخش ۹۰ درجه‌ای برای تشکیل کانال مشترک هستند. کانال مشترک به اعماق پره تارسال اوربیکولاریس اوکلی می‌رود تا به داخل مجرای نازولاکریمال تخلیه شود که آن نیز به داخل مئانوس تحتانی با فاصله ۱۵ میلی‌متری از کف بینی حرکت می‌کند.

۷۲،۶ ارزیابی بیمار

شاید مهم‌ترین جزء هر جراحی زیبایی شناخت کامل نیازها و خواسته‌های بیمار باشد. جراح باید شکایت بیمار را بشناسد و سپس تعیین کند که آیا انتظارات بیمار واقع بینانه است یا خیر. بیمارانی که به دنبال بلفاروپلاستی هستند معمولاً از «کیسه‌های زیر چشم»، «پوست اضافی در پلک‌های بالایی»، «همیشه خسته به نظر می‌رسند»، «کاهش دید جانبی» و «ناتوانی در آرایش کردن پلک‌های بالایی» شکایت دارند. [۱۵-۱۷] مهم است که دلیل دقیقی را که بیمار به دنبال انجام عمل جراحی است مشخص شود. این کار با دادن یک آینه دستی به بیمار و درخواست از او برای اشاره به مناطق مورد نظر تسهیل می‌شود. هنگامی که شکایت اصلی مطرح شد، باید یک تاریخچه پزشکی کامل انجام شود. شرایط پزشکی مانند بیماری تیروئید،

شده را در امتداد پلک‌های پایینی پیدا کرد. وجود فت پدهای پرولاپس شده پلک تحتانی را می‌توان با درخواست از بیمار برای نگاه کردن به سمت بالا یا با فشار ملایم بر پلک‌های فوقانی (در حالی که چشم بسته است) ارزیابی کرد تا هرگونه برآمدگی و بالج پلک تحتانی را تعیین کرد. (شکل ۷۲، ۱۶). عضله اوربیکولاریس اوکلی‌هایپرتروفیک را می‌توان با درخواست از بیمار برای لبخند زدن از یک فت پد پرولاپس شده پلک تحتانی متمایز کرد. انیمیشن و حرکات ماهیچه‌های حالت دهنده صورت بر هیپرتروفی عضله اوربیکولاریس اوکلی تأکید می‌کند. رترکشن پلک تحتانی را می‌توان با اندازه‌گیری فاصله از لیمبوس تحتانی تا قسمت مرکزی پلک تحتانی ارزیابی کرد. معمولاً پلک پایینی در سطح لیمبوس تحتانی قرار دارد. روش دیگر فاصله رفلکس مارجینال-۲ (MRD-2) است. MRD-2 فاصله رفلکس نور قرنیه تا قسمت مرکزی پلک تحتانی با چشمان بیمار در primary position است. این فاصله باید تقریباً ۵-۵٫۵ میلی متر باشد [۲۰]. این فاصله در رترکشن پلک پایین افزایش می‌یابد.

شلی پلک تحتانی نیز باید توسط تست snap و distraction تعیین شود (شکل ۷۲، ۱۷). تست snap با کشیدن پلک پایین به سمت پایین و سپس رها کردن آن انجام می‌شود تا مشخص شود که با چه سرعتی پلک به جای خود باز می‌گردد. این باید در کمتر از ۱ ثانیه یا با یک یا دو پلک زدن رخ دهد. آزمایش dis-traction پلک با دور کردن پلک از گلوب در جهت قدامی و تحتانی انجام می‌شود. اگر پلک بیش از ۷ میلی متر منحرف شود، پلک به طور غیر طبیعی شل در نظر گرفته می‌شود. در صورت مثبت بودن تست‌های snap و distraction، جراح باید در زمان بلفاروپلاستی روش سفت کردن پلک را در نظر بگیرد تا از ایجاد ناهنجاری پلک بعد از عمل جلوگیری شود.

طبیعی خود، پوست اضافی پلک بالایی باید بین دو انگشت پینچ می‌شود تا میزان درماتوشالازی مشخص شود. این را می‌توان به صورت ذهنی از ۰ تا ۳ درجه بندی کرد، در حالی که ۳ هودینگ قابل توجهی است که در آن پوست اضافی پلک بالایی مژه‌ها قرار دارد تا ۰ بدون بافت اضافی (این سیستم درجه بندی به طور کلی استفاده نمی‌شود). ارزیابی فت پدهای پلک بالایی نیز باید انجام شود. معمولاً در پلک فوقانی، به خصوص در یک بیمار مسن تر، فت پد مدیال افتادگی پیدا می‌شود. ملاحظات مهم دیگر وجود پتوز پلک (بلفاروپتوز) است [۷، ۱۹]. این را می‌توان از دو طریق تعیین کرد. روش اول اندازه‌گیری palpebral fissure است. این فاصله بین قسمت سنترال پلک فوقانی تا قسمت سنترال پلک تحتانی در حالی است که بیمار در وضعیت اولیه خیره می‌شود.

این عرض باید به صورت دو طرفه تقریباً ۱۰ میلی متر باشد در صورت کاهش قابل توجه در ارتفاع فیشور پالپرال باید مشکوک به پتوز پلک بالایی شد. روش دیگر فاصله رفلکس مارجینال-۱ (MRD-1) است. این فاصله بین رفلکس نور در قرنیه بیمار تا مارجین مرکزی پلک فوقانی با چشمان بیمار در موقعیت اولیه نگاه (primary position) است. پلک بالایی معمولاً ۲ میلی متر از لیمبوس فوقانی عنبیه را می‌پوشاند (شکل ۷۲، ۱۵). MRD-1 طبیعی حدود ۴-۵ میلی متر است. مقدار کمتر ممکن است نشان دهنده پتوز پلک فوقانی باشد. MRD-1 دقیق‌تر از عرض فیشور پالپرال است، زیرا دومی را می‌تواند با مالپوزیشن‌های پلک پایین (گرد، اکتروپسیون) تغییر یابد.

بعد از پلک بالایی، تمرکز باید روی پلک‌های پایینی باشد. باید به وجود ریتیدهای ظریفی که درست در پایین تر از مژه‌ها هستند توجه داشت. هرگونه پوست اضافی در زیر واحد پلک تحتانی باید ارزیابی شود. معمولاً می‌توان فت پدهای پرولاپس

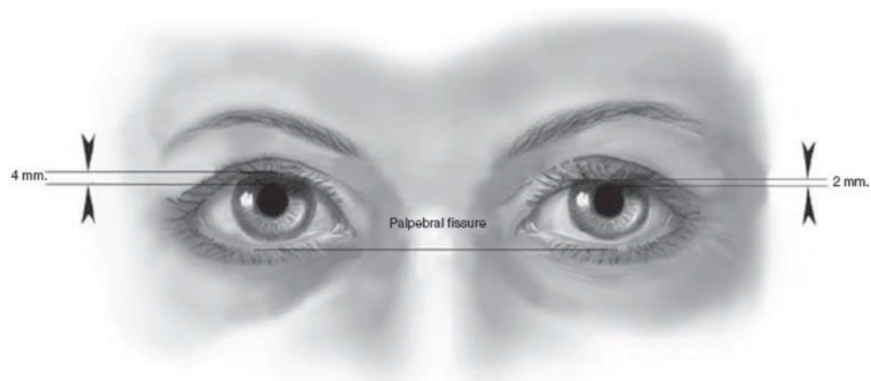


Fig. 72.15 Normal MRD-1 of the right eye and abnormal MRD-1 of the left eye denoting left upper eye lid ptosis

باید برای جلوگیری اکسپوژر قرنیه و خشک شدن آن در صورت ایجاد lagophthalmos پس از جراحی ارزیابی شود. از بیمار خواسته می‌شود که چشمان خود را محکم ببندد. سپس پزشک پلک را باز می‌کند تا موقعیت قرنیه را ارزیابی کند. یک Bell's phenomenon طبیعی، باعث چرخیده شدن گلوب و قرنیه در موقعیتی رو به بالا با بسته شدن شدید پلک‌ها می‌شود (شکل ۱۸، ۷۲).



■ Fig. 72.18 Normal Bell's phenomenon. Note the upward rotation of the iris as the lids are forcefully opened

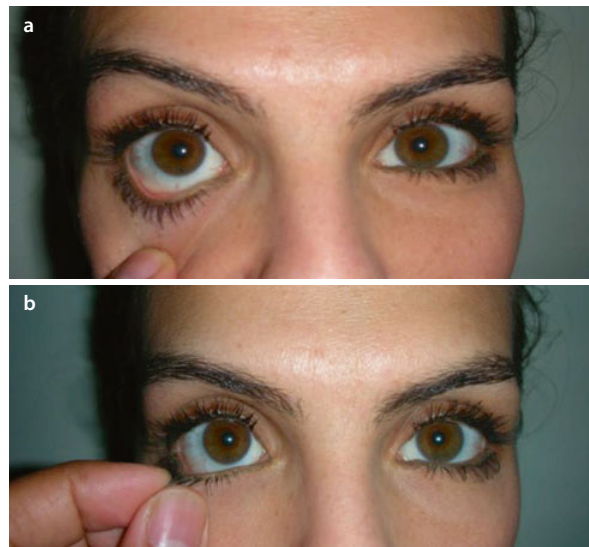
اگر بیمار علائم قابل توجهی از خشکی چشم را گزارش کرده باشد، آزمایش شیرمر برای ارزیابی تولید و ترشح اشک استفاده شده است. آزمایش‌های جدیدتر که میزان پروتئین‌های خاص در اشک‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند یا می‌توانند تصویری از غدد اشکی کوچک را ثبت کنند، اکنون به جای آزمایش Schirmer استفاده می‌شوند. پس از خشک شدن فورنیکس تحتانی پلک تحتانی، یک نوار شیرمر خم شده و در قسمت لترال فورنیکس تحتانی قرار می‌گیرد. برای جلوگیری از رفلکس چشمک زدن ممکن است نیاز به کم شدن نور اتاق باشد. یک تست معمولی شیرمر ۱۵ میلی‌متر رطوبت روی نوار بعد از ۵ دقیقه است. ۵ تا ۱۰ میلی‌متر رطوبت نشان دهنده کاهش ترشح است، در حالی که کمتر از ۵ میلی‌متر نشان دهنده خشکی چشم است. اگر تست شیرمر غیرطبیعی باشد، بررسی بیشتر ضروری است. این بیماران قطعاً به یک بلفاروپلاستی بسیار "محافظه کارانه" نیاز دارند و ممکن است بعد از عمل به لوبریکانت‌های چشمی مکرر نیاز داشته باشند.

مجموعه کامل از عکس‌ها در هر جراحی زیبایی یک ضرورت مطلق است. برای بلفاروپلاستی، پیشانی در حالت استراحت، پیشانی در حالت تحرک (لیخند)، ۳/۴، پروفایل و عکس با نگاه بیمار به سمت بالا لازم است.

همچنین باید به ناحیه میدفیس توجه کرد. اگر شواهدی از پتوز میدفیس وجود داشته باشد (چین‌های نازولبیال برجسته، چین‌های نازوژوگال، و غیره)، باید در مورد سایر روش‌های مشخص شده مانند لیفت میدفیس، ریپوزیشن چربی، ایمپلنت گونه، و فیلرهای پوستی به بیمار توصیه شود.



■ Fig. 72.16 Asking the patient to look up will accentuate the borders of the lower eye lid fat prolapse



■ Fig. 72.17 Snap and distraction test. **a** In the snap test, the lower eye lid is pulled inferiorly to assess how quickly it resumes its normal position next to the globe. **b** In the distraction test, the lid is pulled in an anterior direction to assess its laxity

سایر اجزای معاینه فیزیکی باید شامل معاینه بینایی باشد. اگر به دلیل هودینگ بیش از حد پلک‌های فوقانی، یا به دلیل سایر مشکلات ذاتی گلوب، بینایی کاهش یافته باشد، باید یک آزمایش رسمی میدان بینایی توسط چشم‌پزشک یا اپتومتریست انجام شود. بسیاری از مواقع، شرکت‌های بیمه قبل از مجوز بلفاروپلاستی فوقانی به چنین آزمایشی نیاز دارند. حرکات اکسترا اوکلار باید قبل از عمل ثبت شود تا از حرکات کامل و بدون محدودیت به صورت دو طرفه اطمینان حاصل شود. Bell's phenomenon نیز

باید برش داده شود. یک برش عرضی از طریق سپتوم اوربیتال، فت پدهای سنترال و مدیال پلک فوقانی زیرین را آشکار می کند (شکل ۷۲،۲۲). سپس قسمت پرولاپس شده فت پدها با هموستات گرفته شده و با قیچی بریده می شود و برای اطمینان از هموستاز کامل قبل از رها کردن هموستات و نیز امکان جمع شدن فت پدها به سمت عقب، الکتروکوتر روی لبه های بریده شده فت پد اعمال می شود. تا زمانی که هر دو طرف از برداشت مساوی پوست، عضله و چربی اطمینان نیافتند، بستن ناحیه انجام نمی شود. یک لگوفتالموس خفیف (حدود ۲ میلی متر) در این حالت مطلوب است (شکل ۷۲،۲۳).

۷۲



Fig. 72.20 Typical markings for upper eye lid blepharoplasty



Fig. 72.21 Resection of strips of muscle from the superior aspect of the incision in order to avoid the LPS

این در عرض چند روز برطرف می شود. بسته شدن پوست با بخیه ۶-۵ می باشد. اگر چین سوپراتارسال وجود نداشته باشد، فلپ پوستی-عضلانی را می توان به طور همزمان بالا برد. لبه تحتانی برش در این شرایط حدود ۹ تا ۱۰ میلی متر بالای مژه ها خواهد بود. فلپ پوستی عضلانی امکان ایجاد یک کریز جدید سوپراتارسال با چسباندن مستقیم لواتور آپونوروز به لبه تحتانی برش، فراهم می کند.

بلفاروپلاستی پلک فوقانی با علامت گذاری بیمار در ناحیه قبل از عمل شروع می شود [۲۱-۲۴]. بیمار باید در حالت نشسته رو به جراح باشد. اکثر بیماران دارای کریز سوپراتارسال هستند. اگر کریز در پوزیشن نرمالی باشد، می توان از این کریز به عنوان قسمت تحتانی برش استفاده کرد. ابرو با دست غیر غالب بالا می رود. یک نشانگر با نوک ریز برای ترسیم کریز استفاده می شود. این برش دقیقاً در بالای پانکتوم فوقانی علامت گذاری شده است و به صورت لترالی گسترش می یابد و در یکی از پنجه کلاگی ها محو می شود. حفظ برش در زیر واحد پلک و عدم گسترش بیش از حد لترالی بسیار مهم است. قسمت بالایی برش با پینچ کردن پوست اضافی پلک فوقانی توسط یک فورسپس بلانت نازک تا زمانی که مژه های چشم شروع به برگشتن کنند، تعیین می شود (شکل ۷۲،۱۹). این موقعیت در بالاترین پوزیشن خود علامتگذاری می شود. سپس برش فوقانی به صورت مدیالی و لترالی به برش تحتانی اتصال می یابد. شکل اصلی برش تقریباً بیضی (oval or ellipse) است (شکل ۷۲،۲۰). در حالی که فلپ پوست/عضله را می توان به طور همزمان بالا برد، ساده ترین روش بالا بردن صرف فلپ پوستی است. این کار به راحتی پس از اعمال بی حس کننده موضعی با یک تنگ کننده عروقی برای اهداف هموستاز انجام می شود. لبه پوست توسط قیچی Iris بریده شده و آندرماین می شود. هموستاز با الکتروکوتر به دست می آید. در این مرحله، اوربیکولاریس اوکلی هیپرتروفیک یا پتوتیک را می توان با احتیاط از قسمت فوقانی برش جدا کرد تا از آسیب به LPS اجتناب شود (شکل ۷۲،۲۱).



Fig. 72.19 Fine forceps grasping the excess upper lid skin until the lashes evert

این امر سپتوم اوربیتال را بیشتر نمایان می کند که در صورت نیاز به برداشتن فت پدهای پره آپونورتیک (معمولاً فت پد نزال)

و لیزر CO₂) و (۳) بلفاروپلاستی پلک تحتانی به روش "pinch" [۲۵-۳۳]. این تصمیم باید قبل از عمل گرفته شود و به طور طولانی با بیمار صحبت شود. اگر بلفاروپلاستی پلک تحتانی ترنس کوتانئوس در نظر گرفته شود، باید همزمان روش سفت کردن پلک به شدت در نظر گرفته شود تا از ایجاد مالپوزیشن پلک بعد از عمل جلوگیری شود، به خصوص اگر بیمار قبل از عمل شلی پلک داشته باشد (یعنی تست snap و distraction مثبت و بلفاروپلاستی قبلی پلک تحتانی).

برای بلفاروپلاستی ترانس کانجکتیوال پلک تحتانی، بیمار در ناحیه قبل از عمل با فشار ملایم کره چشم یا درخواست از بیمار برای نگاه کردن به بالا و تعیین نواحی پرولاپس چربی علامت گذاری می‌شود. این مناطق با یک قلم مارکینگ مشخص شده اند. بلفاروپلاستی پلک تحتانی ترانس کانجکتیوال با رترکشن ملایم گلوب با یک رترکتور گلوب و به دنبال آن برش ملتحمه پالپیرال و فاسیای کیسولوپالپیرال با الکتروکوتر انجام می‌شود (شکل ۲۴، ۷۲). این برش حدود ۵-۶ میلی متر پایین تر از مارجین پلک است. این امکان دسترسی آسان به سه پد چربی پلک پایین را بدون ایجاد اختلال در سپتوم اوربیتال فراهم می‌کند. با فشار ملایم روی گلوب، چربی به راحتی در میدان جراحی بیرون زده می‌شود [۳۴]. هر فت پد پرولاپس شده با هموستات کلمپ می‌شود، چربی اضافی تریم شده، و برای اطمینان از هموستاز، برای کوتر کردن کلمپ قبل از رهاسازی از الکتروکوتر استفاده می‌شود. عاقلانه است که اطمینان حاصل شود که هیچ عضله ای قبل از رزکشن به چربی متصل نیست. سپس هر دو طرف به طور همزمان ارزیابی می‌شوند تا از حذف یکسان چربی اطمینان حاصل شود. برش با بخیه قابل جذب بسته می‌شود و در صورتی که قرار باشد عمل سفت کردن پوست همزمان انجام شود، جراح در صورت لزوم اقدام می‌کند. بلفاروپلاستی پلک تحتانی از طریق پوست با علامت گذاری پوستی برای برش ایده آل آغاز می‌شود. علامت گذاری قبل از عمل برای محل فت پدهای پرولاپس شده همانطور که قبلاً توضیح داده شد انجام می‌شود. محل ایده‌آل برش بلفاروپلاستی پلک تحتانی در فاصله ۳-۴ میلی متری مژه‌های پایینی است (شکل ۲۵، ۷۲).

برش به صورت مدیالی درست در زیر پونکتوم شروع می‌شود و به سمت لترال گسترش می‌یابد. در ناحیه کانتال لترال، برش باید به دنبال کرو بالارونده پلک پایین بالا رفته و سپس به آرامی پایین آمده و با یکی از پنجه کلاگی‌ها ترکیب شود. یک فلپ فقط پوستی ابتدا بالا می‌رود. هنگامی که فلپ پوست به سمت پایین رترکت می‌شود، یک فلپ عضلانی به صورت بلانت دایسکت

برای بلفاروپلاستی پلک تحتانی، اولین تصمیمی که باید گرفته شود این است که بلفاروپلاستی از طریق ملتحمه انجام شود یا از طریق پوست. اگر بیمار بدون پوست اضافی دچار پرولاپس فت پد پایینی شده باشد، بلفاروپلاستی پلک تحتانی از طریق ملتحمه اندیکاسیون دارد. شایان ذکر است، در صورت نیاز می‌توان فت‌پدها را در ناحیه نازوژوگال از طریق یک رویکرد transconjunctival "ریپوزیشن" کرد. با این حال، اگر پوست اضافی در پلک پایین وجود داشته باشد، جراح سه انتخاب دارد:



Fig. 72.22 Exposure of the nasal fat pad after incising the septum

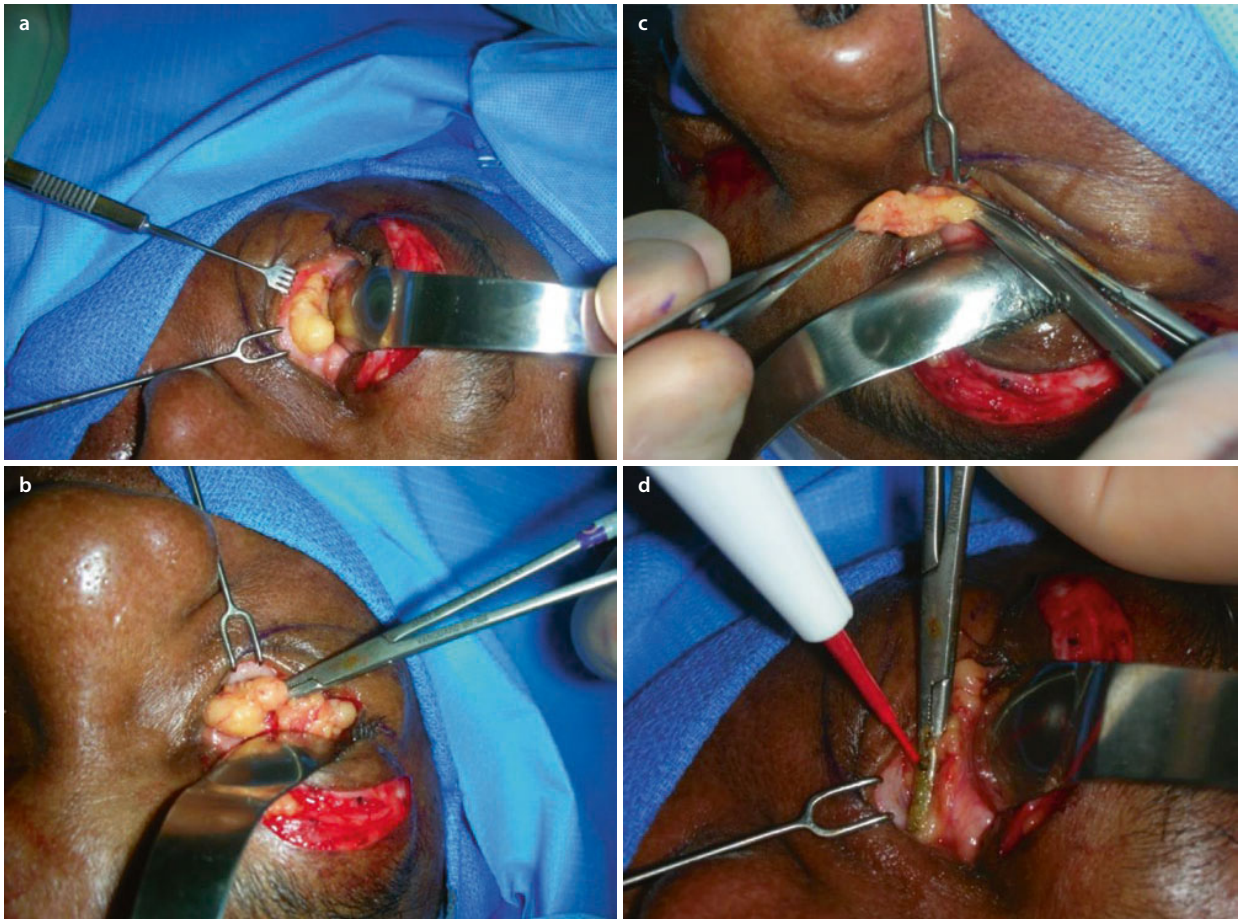


Fig. 72.23 Slight lagophthalmos at the time of upper eye lid blepharoplasty closure

(۱) بلفاروپلاستی از طریق ترنس کوتانئوس پلک تحتانی با برداشتن چربی و پوست، (۲) بلفاروپلاستی پلک تحتانی از طریق ملتحمه برای برداشتن چربی با روش سفت کردن (tightening) پوست در همان زمان یا زمان بعدی (یعنی لایه برداری شیمیایی

چسبیدن عضله به تراکم ضخیم فاسیایی دیواره لترال اربیتال به طور قابل توجهی خطر مالپوزیشن پلک تحتانی را پس از عمل کاهش می دهد [۳۵]. پس از انجام این کار، فلپ پوست تحتانی از لبه جانبی آن گرفته می شود، سفالیک کشیده و پوست اضافی با قیچی برداشته می شود. سپس فلپ عضلانی بسته می شود و پس از آن برش پوستی با استفاده از نخ ۰-۶ بخیه بسته می شود. اگر بلفاروپلاستی فوقانی به طور همزمان انجام شود، برش پلک فوقانی می تواند به suspend کردن پلک تحتانی کمک کند (شکل ۷۲، ۲۶). نویسندگان به طور معمول از بخیه های فراست یا تارسورافی معمول در هر بیمار با شلی پلک تحتانی حتی پس از کانتوپکسی استفاده می کنند.

شده و مانند پله بالا می رود. این مرحله باید بروز رترکشن پلک تحتانی را کاهش دهد زیرا برش پوست و برش عضلانی در یک مکان قرار نمی گیرند. هنگامی که عضله بالا آمد، سیتوم اربیتال به وضوح دیده می شود. یک برش عرضی از طریق سیتوم اربیتال ایجاد می شود و لایه های چربی زیرین را آشکار می کند. هر فت پد به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می گیرد. چربی اضافی کلمپ شده و برداشته می شود و هموستاز همانطور که قبلاً توضیح داده شد به دست می آید. هنگامی که چربی برداشته شد، توجه به سمت لترال برش معطوف می شود، جایی که لترالی ترین قسمت فلپ عضله اربیکولاریس اوکلی پره سپتال (خارج از قسمت تحتانی برش) با یک بخیه ۰-۴ به لترال رتیناکولوم suspend می شود. این



■ Fig. 72.24 Lower eye lid transconjunctival blepharoplasty. a Exposure of the fat pads. b Clamp is applied at the base of each fat pad. c Scissors are used to cut the excess fat. d Electrocautery is utilized on the clamped fat pad for hemostasis prior to releasing the fat pad

پس از جراحی نباید از لنز تماسی استفاده کرد. به بیماران آموزش داده می‌شود که برای کاهش احتمال پارگی مویرگ‌ها و کبودی در ۲ هفته اول بعد از عمل از ورزش و بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنند. قطره های چشمی استروئیدی ممکن است برای کاهش کموز (chemosis) استفاده شود. تمام بخیه‌های غیر قابل جذب در ۵ روز برداشته می‌شوند. در صورت لزوم می‌توان از نوارهای چسپ برای حمایت از برش‌ها استفاده کرد (شکل ۷۲،۲۸).

۷۲،۹ عوارض و مدیریت

عوارض جزئی و عمده‌ای در ارتباط با بلفاروپلاستی وجود دارد [۷، ۳۶-۳۹]. خوشبختانه مشکلات عمده نادر هستند. مشکلات جزئی شامل کموز، کبودی، خونریزی زیر ملتحمه و تاری دید است. همه این مشکلات گذرا هستند و در ۷ تا ۱۴ روز اول پس از جراحی برطرف می‌شوند.

عوارض عمده بیشتر شامل مواردی است که با زیبایی، موقعیت پلک و عملکرد چشم مرتبط است. عوارض زیبایی شامل باقی ماندن فت پدهای اوربیتال، پوست اضافی یا زائد و عدم تقارن بین دو طرف است. با ارزیابی دقیق قبل از عمل می‌توان از این امر جلوگیری کرد. فت پد لترال پلک پایین معمولاً سخت‌ترین پد برای دسترسی است. برداشت کم چربی اکثراً با این پد خاص مرتبط است.

با اندازه‌گیری و علامتگذاری بیمار در حالی که نشسته است می‌توان از ایجاد پوست اضافی باقی مانده بعد از عمل جلوگیری کرد. هنگامی که بیمار به پشت دراز می‌کشد، ابروها بالا می‌روند. این می‌تواند بخشی از درماتوشالازی را از بین ببرد و منجر به برداشتن کم از پوست اضافی شود. عدم تقارن معمولاً به دلیل حذف نابرابر چربی و پوست از هر دو طرف رخ می‌دهد. تمام چربی‌ها و پوست‌های بریده شده باید در طول عمل نگه داشته و برچسب گذاری شوند تا از میزان مساوی رزکسیون اطمینان حاصل شود (با فرض اینکه هیچ‌گونه عدم تقارن قبل از عمل وجود نداشته باشد). عدم تقارن همچنین می‌تواند به دلیل موقعیت چین سوپراتارسال یا اینسیژن باشد. اندازه‌گیری فاصله بین مژه‌ها و چین (برش) در صورت وجود هرگونه شک در مورد عدم تقارن احتمالی بین دو طرف ضروری است.

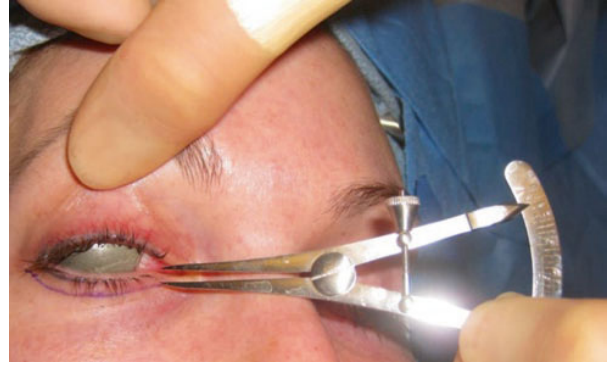


Fig. 72.25 Placement of lower eye lid transcutaneous blepharoplasty. The incision is about 4 mm inferior to lower lashes

بلفاروپلاستی پلک تحتانی با پینچ در بیمارانی که پرولاپس چربی ندارند اما دارای پوست اضافی پلک هستند اندیکاسیون دارد. این روش با "پینچ" پوست اضافی با فورسپس ریز در جهت سفالیک به سمت مژه‌ها شروع می‌شود. سپس، پوست پلک تحتانی «چرخیده شده» به سادگی با برش ۳ تا ۴ میلی‌متری زیر مژه‌ها برداشته می‌شود. در این مانور هیچ برداشت عضلانی یا چربی وجود ندارد (شکل ۷۲،۲۷). بستن برش پوست با استفاده از نخ ۶-۰ انجام می‌شود.

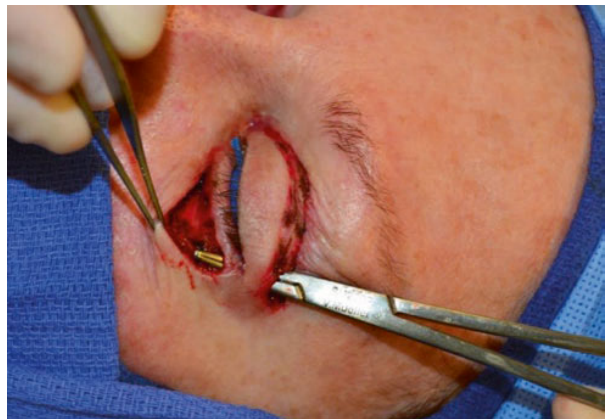


Fig. 72.26 Approaching the lower lid through an upper blepharoplasty prior to lid tightening

۷۲،۸ مراقبت‌های بعد از عمل

از آنجایی که بلفاروپلاستی پلک بالا و پایین به عنوان یک زخم جراحی "تمیز" در نظر گرفته می‌شود، پوشش آنتی بیوتیکی بعد از عمل برای بیش از ۲۴ ساعت توصیه نمی‌شود. همه بیماران باید از کمپرس سرد یخ بر روی محل جراحی در اتاق ریکاوری و برای ۴۸ ساعت اول پس از عمل استفاده کنند. در چند روز اول