



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	مهدی عراقی، محمد طه، ۱۳۶۹ / داودی، فرزین، ۱۳۷۲ رینوپلاستی: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۲ ... پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲: محمد طه مهدی عراقی، فرزین داودی ترجمه و تلخیص فاطمه شجاع صفت. تهران: کاردیا، ۱۴۰۲. ۱۳۴ ص: مصور (رنگی). ۲۶۰۰۰۰ ریال: 978-622-8243-49-8
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیپا کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Cumings otolaryngology : head and neck surgery,7th. ed, c2020 " به ویراستاری پل دلبلیو فلینت ... او دیگران است. عنوان دیگر: رینوپلاستی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس Cummings 2020. جراحی پلاستیک بینی Rhinoplasty جراحی پلاستیک بینی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Rhinoplasty -- Examinations, questions, etc. فلینت، پل دلبلیو. Flint, Paul W. کامینگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م. Cumings, Charles W. (Charles William) ۵/RD۱۱۹ ۵۲۳۰۵۹۲/۶۱۷ ۹۱۵۳۹۹۴ فیپا
یادداشت	
موضوع	شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی

عنوان کتاب: رینوپلاستی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس Cummings 2020	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲ تیراژ: ۱۰۰ جلد
ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع صفت.	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۴۹-۸
پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲: دکتر محمد طه مهدی عراقی، دکتر فرزین داودی ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۲۶۰,۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیر السادات حسینی طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

رینوپلاستی

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورده ۱۴۰۳

CUMMINGS OTOLARYNGOLOGY
HEAD AND NECK SURGERY,
SEVENTH EDITION , 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه شجاع صفت

دارای بورده تخصصی

گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن

از دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲

دکتر محمد طه مهدی عراقی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر فرزین داودی

رتبه دوم بورده تخصصی سال ۱۴۰۲ کشور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



۱۱.....	Nasal Septum – ۲۹ فصل
۲۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۹
۲۹.....	Nasal Fractures – ۳۰ فصل
۵۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۰
۵۵.....	Rhinoplasty – ۳۱ فصل
۷۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۱
۸۱.....	Special Rhinoplasty Techniques – ۳۲ فصل
۹۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۲
۱۰۳.....	Non-Caucasian Rhinoplasty – ۳۳ فصل
۱۱۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۳
۱۱۷.....	Revision Rhinoplasty – ۳۴ فصل
۱۲۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۴

سپتوم بینی:

• عملکرد:

- جدا کردن دو حفره بینی
- حمایت از دورسوم بینی
- حفظ شکل کلوملا و تیپ
- شروع ایجاد بینی: هفته ۴ جنینی
- اتصال مدیال نازال پروسس به ماگزیلاری پروسس: ایجاد کلوملا و فیلتروم
- رشد رو به پایین مدیال نازال پروسس و نازوفرونال پروسس: ایجاد سپتوم
- اتصال سپتوم به پالاتین: هفته ۹
- اتمام تشکیل بینی: هفته ۱۲
- در اواخر جنینی، در دو سمت سپتوم، اپی تلیوم به داخل انواژینه شده و ایجاد ارگان وومرونزال را می‌کند.
- درست قبل از تولد، این ارگان پسرفت کرده و اغلب کاملاً ناپدید می‌شود، فقط غضروف وومرونزال، بین لبه تحتانی غضروف سپتوم و وومر باقی می‌ماند.
- تروما به بینی در کودکی، می‌تواند باعث ایجاد انحراف خلفی سپتوم و یا حتی ایجاد اسپور شود.

قسمت‌های استخوانی سپتوم:

- نازال کرست استخوان پالاتین
- نازال کرست ماگزایلا و پره ماگزایلا
- وومر
- Prependicular plate اتموئید



- نزال کرست فرونتال
- Spine استخوان نزال مقابل

دیواره لترال بینی:

- لامینا پایراسه استخوان لاکریمال
- قسمتی از اتموئید
- IT (کورنه تحتانی) و MT (کورنه میانی)

خون رسانی سپتوم:

- از شاخه های افتالمیک ICA و شاخه های ماگزیلاری و فاسیال ECA است.
- قسمت فوقانی سپتوم: آناستوموز شریان اتموئیدال قدامی و خلفی (شاخه افتالمیک)
- کلوملا و کودال سپتوم: شاخه های سپتال شریان سوپریور لیبال
- قسمت خلفی و تحتانی سپتوم: شاخه اصلی شریان اسفنوپالاتین (از ECA)

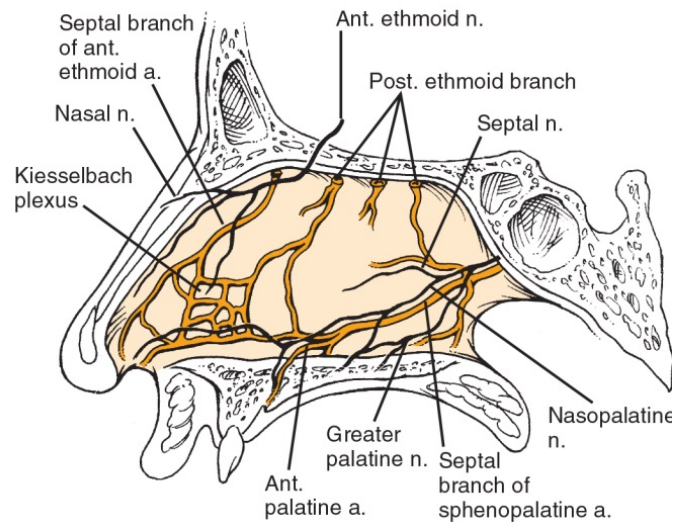


FIGURE 29-3. Depiction of the blood and neural supply to the nasal septum.

- شکستگی بینی در آقایان، دو برابر خانمها و در دهه ۲ و ۳ شایع تر است.

- **علائم مطرح کننده شکستگی بینی:**

- دفورمیتی

- تورم

- اپیستاکسی

- انسداد بینی

- اکیموز پری اریبتال

- **علائم دیاگنوستیک:**

- کریپتاسیون در لمس

- حرکت یک قطعه استخوانی در لمس

- **عوارض شکستگی بینی:**

- دفورمیتی خارجی

- انسداد بینی

- پرفوراسیون سپتوم

- تاخیر رشد بینی و midface در کودکان

آناتومی:

- قسمت استخوانی بینی یک ساختار هرمی شکل است، که در مرکز آن دو استخوان نازال و در

لترال آن، فرونتال پروسس ماگز یلاست.



- استخوانی شدن این هرم از طریق داخل غشایی است و در پایان سه ماهه سوم شروع شده، تا چند سال اول زندگی ادامه دارد.
- ضخامت استخوان نازال، بالای سطح خط اینترکانتال، بیشتر است و به سمت سوچور نازوفرونتال تدریجاً کمتر می‌شود.
- زیر خط اینترکانتال استخوان بینی نازک‌تر است و به قدام می‌رود تا به ULC وصل شود. نقطه اتصال این دو، همان رینیون است.

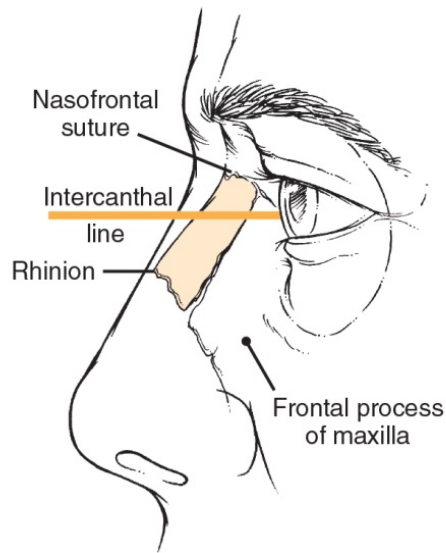


FIGURE 30-1. The intercanthal line demarcates the transition point between thicker nasal bone superiorly and thinner bone inferiorly. Most nasal fractures occur below this level.

- در سطح داخلی بینی، perpendicular plate اتموئید در خط وسط به استخوان بینی وصل می‌شود تا ساپورت اضافه‌تری برای هرم بینی باشد و ساختاری شبیه خیمه ایجاد می‌کند. این ارتباط باعث می‌شود که ترومای خارجی بتواند ایجاد شکستگی در سپتوم (پرپندیکولار پلیت) ایجاد کند.
- قسمت میانی بینی از ULC و قسمت دورسال غضروف quadrangular ساخته شده است که از غضروف هیالن است.

ارزیابی قبل از عمل:

• معاینه:

- آناتومی بیمار، به همان اندازه مهارت جراح اهمیت دارد.
- کیفیت پوست هم در نتیجه جراحی نقش دارد:
 - پوست بسیار ضخیم پر از غدد سباسه و بافت زیرجلد، بدترین نتیجه را دارد، چون مستعد اسکار بافت نرم و دفورمیتی polly beak است و در این موارد باید مواظب باشیم که اسکلت را overreduct نکنیم.
 - پوست بسیار نازک رنگ پریده با فرکل و تقریبا شفاف هم، مستعد رتراکشن پیش رونده نامطلوب پوست است و بینی غیرطبیعی و زاویه دار می شود.
 - بهترین پوست، حد وسط بین این دو نوع است.
- Tip recoil: برگشت سریع تیپ پس از فشار بینی با انگشت به سمت پایین، نشانه مکانیسم های حمایتی تیپ است. تیپ ضعیف اغلب نیاز به حمایت دارد و اغلب همراه با پوست و دیواره آلابی نازک است.
- لمس بالوتمان کراس لترال بین دو انگشت، بین مارژین های سفالیک و کودال برای ارزیابی سایز، شکل، جهت گیری و مقاومت غضروف آلابی. با این مانور در مورد حفظ یا تشدید یا کاهش پروجکشن تیپ تصمیم گرفته می شود.
- لمس وستیبول داخل بینی، برای بررسی ناحیه کلوملا از لحاظ پیچ خوردن یا زاویه دار بودن سپتوم است. در این مانور، پهنا و طول کراس مدیال و کلوملا هم سنجیده می شود. مدیال کرورای کوتاه، نیاز به استرات غضروفی برای حفظ روتیشن و مدیال کرورای بلند، نیاز به کاهش عرض و طول دارد.

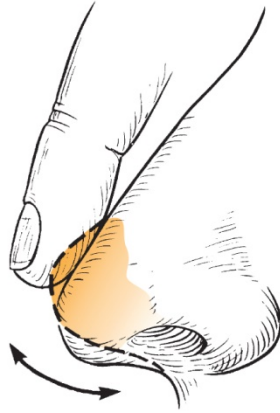


FIGURE 31-5. Forceful depression of nasal tip structures, with assessment of tip recoil, guides the surgeon to a better understanding of the strength and integrity of tip-support mechanisms. This information is vital in selecting proper tip sculpture technique.

- سایز و پوزیشن ANS و ارتباط آن با کودال سپتوم هم باید ارزیابی شود.
- پوزیشن زاویه نازوفرونتال و نازولببیل، شکل و سایز آلا، پهنای کلی یک سوم میانی و فوقانی بینی، ارتباط بینی با بقیه صورت و لندمارکها هم باید ارزیابی شوند.
- دریچه داخلی بینی بین سپتوم، کودال ULC، سر IT و کف بینی است. برای بررسی این زاویه یک بینی بیمار را گرفته و از بیمار می‌خواهیم نفس سریع و عمیق بکشد و از صفر تا ۱۰ به باز بودن مسیر نمره بدهد. سپس با لوپ یا کورت گوش که بین ULC و LLC قرار داده‌ایم، جلوی کلاپس را می‌گیریم و دوباره نفس بکشد و نمره بدهد. اگر ۲ یا بیشتر نمره اضافه شد نشانه کلاپس دینامیک است.

• فوتوگرافی: فوتوگرافی استاندارد شامل نماهای حداقل فرونتال، لترال، ابلیک و بازال است.

• ارزیابی آزمایشگاهی: آزمایشات لازم قبل از عمل:

- CBC, diff

- UA

- PT/PTT/ INR

- BT

• داروهایی مثل ASA، باید ۲ هفته قبل از عمل قطع شوند.

• اندیکاسیون‌های روش اکسترنال:

- نیاز به ایمپلنت
- Cleft lip nose یا سایر آنومالی‌های مادرزادی
- غیرقرینگی LLC و دیواره لترال
- دفورمیتی ظاهری که آنالیز آن مشکل باشد.
- دورسوم غضروفی یا استخوانی پهن

اصلاح سپتوم و کلوملا:

- در جراحی رویژن، فلپ سپتوم را از قسمت دورسال و خلفی راحت‌تر می‌توانیم بلند کنیم چون قبلاً دست کاری کمتری شده است، اما شروع از بالا و رسیدن به قدام و پایین پلن بهتری ایجاد می‌کند.
- سپتوم بهترین ایمپلنت برای اصلاح دورسوم، استرات کلوملا، شیلد گرفت، اسپریدر و باتن گرفت است.
- برای اصلاح انحراف سپتوم می‌توان از scoring در سطح مقعر یا برداشتن wedge در سمت محدب استفاده کرد.

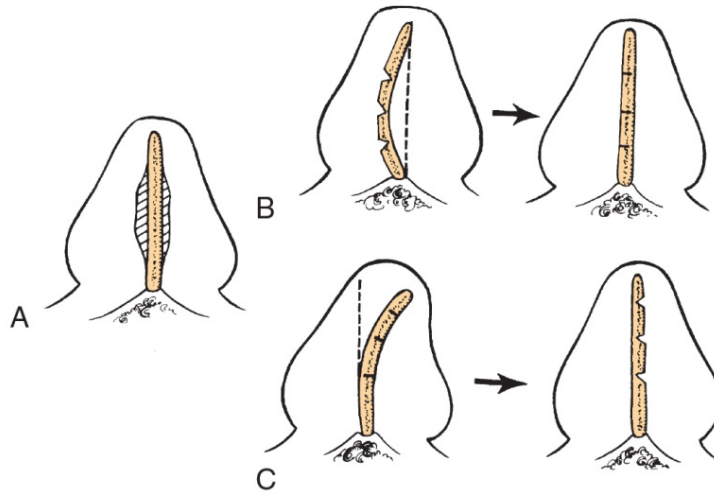


FIGURE 32-2. Correcting septal curvature. A, Vertical shave to reduce septal thickening. The shave may also be used to reduce bowing. B, Removal of cartilage wedges to straighten the septum in the midline. C, Scoring to allow the cartilage to open and return to the midline.

• سوچور coaptation: چسباندن مخاط دو طرف سپتوم که غضروف ندارد.

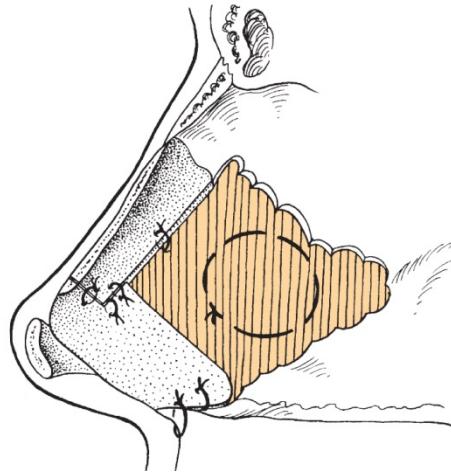


FIGURE 32-4. Coaptation sutures. Further modifications of the septal reconstruction, in which it has been necessary to remove a significant amount of cartilage and bone. Coaptation sutures may be either a single suture, mucoperichondrium through-and-through sutures, or a continuous suture passed back and forth, through and through, and tied to the original free end.

Non-Caucasian Rhinoplasty

اهداف:

- باریک کردن هرم بینی
- تقویت دورسوم و Refinement تیپ (مهم‌ترین)

ویژگی‌ها:

- غضروف ضعیف
- پوست ضخیم
- استخوان بینی کوتاه
- ANS کمتر تکامل یافته
- Sill بینی پایین
- غضروف چهارگوش کوچک و نازک
- IT هیپرتروفیه
- دورسوم پهن و under proj
- Low radix
- Low nasion
- تیپ بولبوس
- Undefined tip
- تیپ پتوتیک
- تیپ under projected
- Over rotated tip
- کلوملا کوتاه
- آلا ر بیس پهن و flaring

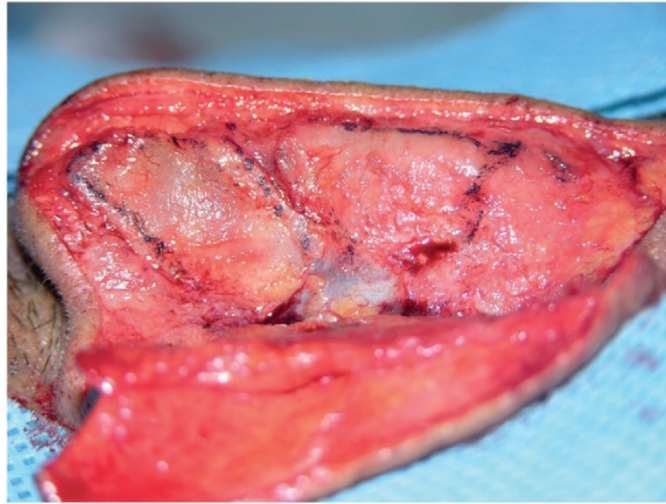


FIGURE 33-1. The anatomy of a typical non-Caucasian nose. Note the weak cartilages, short nasal bones, and thick skin.

TABLE 33.1

Characteristics of the Non-Caucasian Nose

Site	Unique Characteristic
Radix	Low and inferior; short nasal bones
Dorsum	Underprojected and short
Tip	Bulbous, poor definition, underprojected, and weak lower lateral cartilages
Ala	Thick and flared with short columella
Skin	Thick
Septum	Straight, less volume, and thinner; small anterior nasal spine
Inferior turbinate	Hypertrophied

- در این بیماران over correction یک اصل است، چون پوست ضخیم، تغییرات ساختاری را کمتر به نمایش می گذارد.
- به علت کوتاهی کلوملا، برش ترانس کلوملا باید پایین تر از محل نرمال باشد.
- با هامپ رزکشن مختصر، مستعد دفورمیتی inverted V هستند.
- مستعد اسکار، کلونید و پیگمانتاسیون پوست هستند.
- علت اصلی گرفتگی بینی پس از جراحی: ITH (هیپرتروفی کورنه تحتانی)

• بررسی‌های قبل از عمل:

- معاینه پوست از لحاظ کیفیت و ضخامت
- لمس اسکلت بینی از لحاظ شکل، قدرت و قرینگی
- مقاومت و recoil تیپ بینی
- پوزیشن و تداوم کودال سپتوم
- سابقه استفاده از آلوپلاست یا فیلر در بینی
- پروجکشن تیپ (متد good): فاصله بین کریز آلاز تا نقطه تیپ (۶۰-۵۵٪ طول بینی)
- روتیشن تیپ با زاویه نازولبیبال سنجیده می‌شود، که ایده‌آل آن در آقایان ۹۵-۹۰ درجه و در خانم‌ها ۱۱۰-۹۵ درجه است.
- انسزیون کلوملا، مختصری بالاتر از اسکار قبلی باید زده شود.

• متریاال:

• غضروف سپتوم:

- موربیتی کم، دسترسی آسان و شکل‌گیری راحت دارد، اما ممکنه در جراحی قبلی برداشته شده باشد.
- می‌توانیم با یک نیدل ۲۵ سپتوم را لمس کنیم، تا مطمئن شویم که سپتوم وجود دارد یا نه.
- باید حتما 15 mm غضروف، به عنوان L strut باقی بگذاریم.

• غضروف اوریکل:

- کل غضروف کونکا را می‌توان برداشت.
- استفاده از اپروچ پوستریور ارجح است.



- اندیکاسیون استفاده:
 - غضروف سپتوم در دسترس نباشد.
 - گرفت کوچکی مورد نیاز باشد.
 - گرفت نیاز به ساپورت ساختاری مازور نداشته باشد.
 - غضروف دنده به علت کلسیفیکاسیون قابل استفاده نباشد.
- معایب: انحنای دارد، ضعیف است و موربیدیتی دهنده وجود دارد.
- **غضروف دنده:**
 - اتوژن یا رادیوترایی شده از جسد قابل استفاده است.
 - وقتی غضروف سپتوم کافی نباشد یا کیفیت بدی داشته باشد استفاده می شود.
 - فواید: در دسترس، قوی، کاهش عفونت و اکستروژن (در برابر آلوپلاست)
 - اتوژن:
 - اغلب از دنده ۶
 - عارضه: موربیدیتی محل دهنده و افزایش زمان جراحی
 - سن ایده آل برداشتن غضروف دنده: ۳۰-۵۰ سالگی
 - جوان تر: غضروف نرم و افزایش احتمال خم شدن
 - پیرتر: غضروف کلسیفیه و شکننده و کاهش احتمال خم شدن
 - پریکندر سطحی: استفاده جهت گرفت onlay
 - بعد از برداشتن دنده، در ۳ سگمان آن را برش طولی می دهیم.
 - ضخامت هر سگمان بستگی به نیاز بیمار دارد.
 - قبل از ترخیص، یک CXR جهت رد کردن نوموتوراکس دارد.
 - همولوگ: حسن آن فقدان موربیدیتی دهنده و کاهش زمان جراحی است، اما پریکندر جهت گرفت onlay ندارد و احتمال جذب آن هم بیشتر است و گران است.
- **استخوان کالواریوم:**
 - به عنوان دهنده، از تابل خارجی استخوان پریتال استفاده می شود.
 - حسن آن مقدار زیاد آن است.