



سرشناسه	شجاع صفت، فاطمه، ۱۳۶۶- / مهدی عراقی، محمد طه، ۱۳۶۹ / داودی، فرزین، ۱۳۷۲ / مسائلی، میلاد، ۱۳۶۵
عنوان و نام پدیدآور	جراحی پلاستیک صورت ۲: کتاب آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳: Cummings otolaryngology head and neck, seventh edition , 2020/ ترجمه و تلخیص فاطمه شجاع صفت.
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۱۶۲ ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول.
شابک	۳۴۰۰۰۰۰ ریال: 978-622-8243-80-1
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب Cummings otolaryngology : head and neck surgery, 7th. ed, c2020 " " به ویراستاری پل دبلیو فلینت ... [و دیگران] است.
موضوع	صورت -- جراحی Face -- Surgery جراحی پلاستیک Surgery, Plastic صورت -- آزمون ها و تمرین ها Face -- Surgery -- Examinations, questions, etc. جراحی پلاستیک -- آزمون ها و تمرین ها Surgery, Plastic -- Examinations, questions, etc. فلینت، پل دبلیو. Flint, Paul W. کامینگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م. Cummings, Charles W. (Charles William) ۵۲۲RD ۵۲۰۵۹/۶۱۷ ۹۱۷۶۳۹۲ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: جراحی پلاستیک صورت ۲	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
" Cummings Otolaryngology - Head And Neck Surgery, 7 th . Ed, C2020 "	تیراژ: ۱۰۰ جلد
پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲:	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۸۰-۱
دکتر فرزین داودی - دکتر محمد طه مهدی عراقی	بهاء: ۳۴۰۰۰۰ تومان
ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع صفت.	
ناشر: انتشارات کاردیا	
صفحه آرا: منیرالسادات حسینی - رزیدنت یار	
طراح و گرافیک: رزیدنت یار	

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

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

جراحی پلاستیک

صورت ۲

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورד ۱۴۰۳

CUMMINGS OTOLARYNGOLOGY
HEAD AND NECK SURGERY,
SEVENTH EDITION , 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه شجاع صفت

دارای بورد تخصصی

گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن

از دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲

دکتر فرزین داودی

رتبه دوم بورد تخصصی سال ۱۴۰۲ کشور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمد طه مهدی عراقی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



۱۱.....	فصل ۲۴ – Rhytidectomy and Facial Liposuction
۳۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۴
۴۹.....	فصل ۲۵ – The Aesthetic Brow and Forehead
۶۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۵
۸۳.....	فصل ۲۶ – Blepharoplasty
۱۰۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۶
۱۲۱.....	فصل ۲۷ – Mentoplasty
۱۳۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۷
۱۴۳.....	فصل ۲۸ – Otoplasty
۱۵۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۸

- ریتیدکتومی composite: روش ریتیدکتومی پلن عمقی، که شامل اربیکولاریس اکولی هم بشود.
- ناحیه MLF در ریتیدکتومی بسیار مشکل و بحث برانگیز است، خصوصا در ریتیدکتومی SMAS معمول به راحتی قابل رفع نیست، اما در ریتیدکتومی پلن عمقی (دایسکشن ساب SMAS) با جدا کردن اتصال SMAS به عضلات زایگوماتیک بهتر درمان می شود.

تغییرات مهم پوست با افزایش سن:

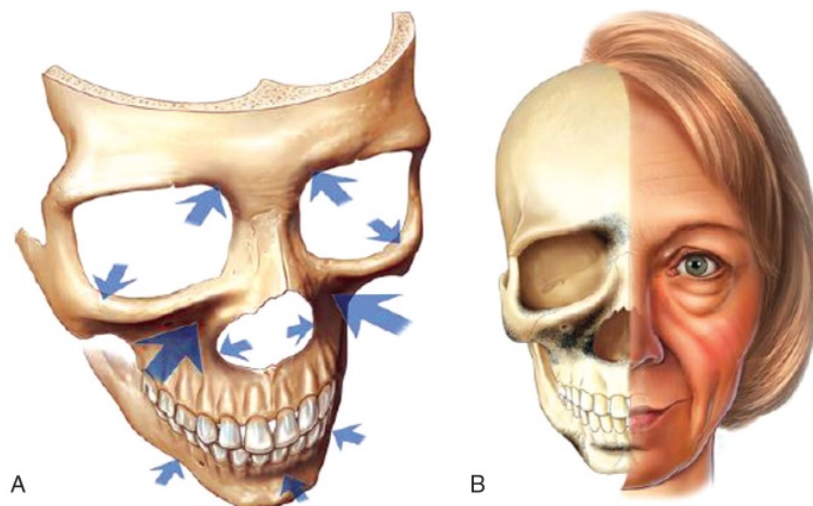


FIGURE 24-1. The aging facial skeleton. The arrows in A represent areas susceptible to resorption. The size of the arrow correlates to the susceptibility, and darker areas are those with the greatest bone loss.

- شل شدن
- کاهش الاستیسیته
- آسیب های نوری مثل تیره شدن



- آکتینیک کراتوز
- تلانژکتازی
- چین‌های ظریف و خشن

تغییرات بافت نرم:

- لیپوآتروفی صورت: ایجاد hollow خصوصا در ناحیه تمپورال، اینفراکمیشر، pre jowl و گونه‌ها
- حرکت چربی گونه به سمت inf med: ایجاد کریز ملولبیال
- حرکت عضله اریکولاریس اکولی به سمت inf lat: ایجاد اسکالرال شو (پلک پایین به زیر لیمبوس تحتانی می‌رود)
- نزول محل اتصال گونه و پلک تحتانی، به پایین تر از ریم اربیت: ایجاد شیار نازوژوگال
- استخوان ماگزایلا و اطراف اربیت، اولین مناطقی هستند که دچار جذب استخوانی می‌شوند.
- ایجاد غبغب در اثر لیپوآتروفی صورت، شلی پوست و کاهش ارتفاع مندیبل رخ می‌دهد و باعث می‌شود که حاشیه مندیبل خوب و مشخص نباشد.

• turkey gobbler:

- به علت شلی پوست، چربی ساب‌منتال، باندینگ قدامی پلاتیسمما، هیوئید پایین و چانه ضعیف
- زاویه سرویکومنتال بلانت می‌شود.
- درمان: ساب‌منتوپلاستی
- زاویه نرمال سرویکومنتال، در حد ۹۰-۱۰۵ درجه است. عوامل موثر بر این زاویه:
- پوست ساب‌منتال سفت با حداقل چربی
- بالا قرار گرفتن هیوئید (اگر پایین یا قدام باشد، اختلال ایجاد می‌کند)
- منتوم قوی

• حد فوقانی پیشانی:

- خط رویش مو (تریکیون)
- فوقانی ترین نقطه عملکرد عضله فرونتالیس
- حد تحتانی پیشانی: گلابلا (پروجکت ترین ناحیه پیشانی از لترال)
- پیشانی زیبا در یک خانم: تحدب ملایم و یکنواخت

• ابرو:

- در خانمها: کمی بالاتر از ریم سوپرااربیتال و با یک انحنای ملایم
- در آقایان: در سطح ریم سوپرااربیتال و با انحنای کمتر
- شروع ابرو: یک خط از آلا ر فاسیال groove تا مدیال کانتوس
- انتهای ابرو: یک خط از آلا ر فاسیال groove تا لترال کانتوس

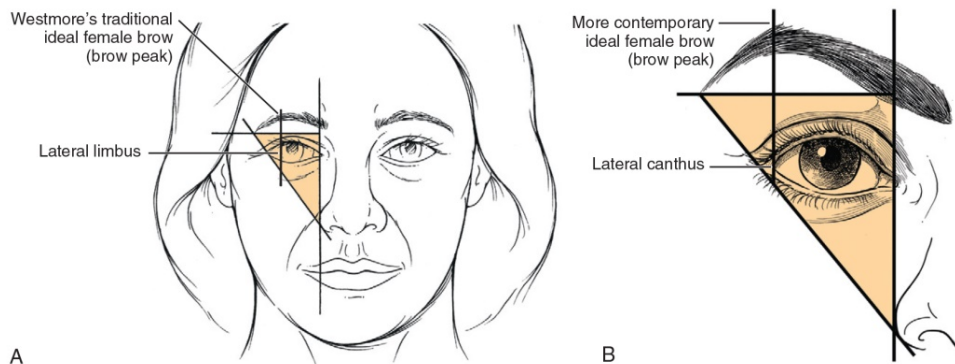


FIGURE 25-4. A, Westmore's traditional ideal female eyebrow with the peak at the lateral limbus. B, A more contemporary ideal female eyebrow with the peak at the lateral canthus.

• بالاترین نقطه ابرو:

- به طور کلاسیک: بالای لترال لیمبوس



- اخیراً: بالای لترال کانتوس

- مدیال و لترال ابرو، باید در یک خط افقی قرار بگیرند.
- Brow fat span (BFS): فاصله لبه تحتانی ابرو تا کریز پلک فوقانی
- Tarsal platform show (TPS): بین مارژین پلک فوقانی و کریز پلک
- نسبت TPS به BFS، ۱ به ۱/۵ در مدیال و ۱ به ۳ در لترال است.
- با افزایش سن TPS افزایش یافته و BFS کاهش می‌یابد، که این وضع باعث توهم پتوز ابرو می‌شود، اما در واقع حتی ابرو بالاتر می‌رود.

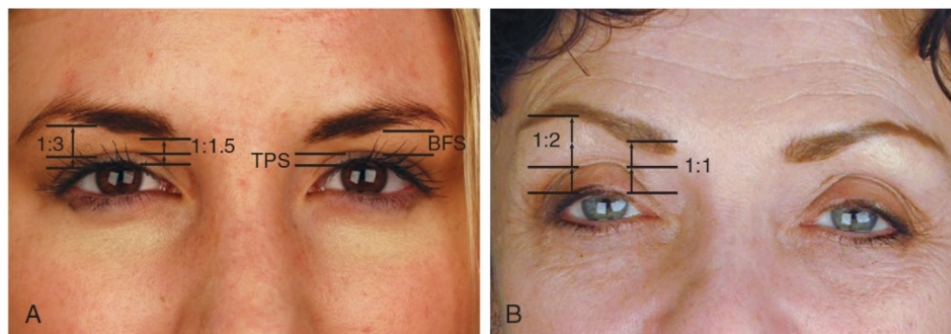


FIGURE 25-2. A, The tarsal plate show (TPS) is the distance from the lash line to the upper lid crease. The brow fat span (BFS) is the distance between the lid crease and inferior edge of the brow. The youthful TPS to BFS ratio is 1 : 1.5 medially and 1 : 3 laterally. B, With age, bone and soft tissue loss around the eye increases the amount of TPS and decreases the BFS. In some patients, this can give the illusion of brow ptosis, when in fact the actual distance of the brow from the lash line is the same or even increased.

آناتومی:

- در لبه تحتانی ابرو، پوست ضخیم پیشانی به پوست نازک پلک تبدیل می‌شود.
- عضله اربیکولاریس اکولی، سطحی‌تر از فرونتالایس است و به عنوان دپرسور مدیال و لترال ابرو عمل می‌کند.

- پروسه پیری در اثر فاکتورهای داخلی و خارجی رخ می‌دهد:

- فاکتورهای داخلی، آثار گذر زمان بر پوست:

- نازک شدن اپیدرم و چربی زیر جلد
- تاثیر بر جانکشن درم و اپیدرم
- کاهش تعداد سلول‌های لانگرهانس و ملانوسیت‌ها
- تغییر مورفولوژی کراتینوسیت‌ها
- فقدان پیشرونده ارگانیزاسیون فیبرهای الاستیک و کلاژن (الاستوز)
- ضعف عضلات زیر پوست

- فاکتورهای خارجی:

- جاذبه
- سیگار
- نور خورشید

- در نمای ماکروسکوپیک، پیری باعث ایجاد موارد زیر می‌شود:

- پتوز ابرو
- Hooding لترال ابرو
- Crow s feet
- چین‌های ظریف و عمیق
- فقدان الاستیسیته



آناتومی

اربیت:

- ساختار هرمی استخوانی که از ۷ استخوان فرونتال، ماگزیلاری، اسفنوئید، زایگوماتیک، اتموئید، پالاتین و لاکریمال تشکیل شده است.

• ابعاد اربیت:

- حجم هر اربیت: 30 mm²
- فاصله دو اربیت: 25 mm
- ارتفاع ورودی اربیت: 40 mm
- عرض ورودی اربیت: 35 mm
- پهن ترین قسمت اربیت: 1 mm در خلف مارژین قدامی
- پریوست اربیت (پری اربیتا): به سختی به استخوان چسبیده است، خصوصاً در محل درزهای استخوانی.
- حفره غدد لاکریمال، در superior, anterior و lateral اربیت قرار دارد.
- شریان و عصب سوپرا اربیتال، در اغلب افراد از طریق یک ناچ عبور می کنند، اما در ۲۵٪ افراد از طریق یک فورامن واقعی رد می شوند.
- سینوس فرونتال در بالا، و سینوس اتموئید در مدیال اربیت است.

• دیواره لترال اربیت:

- تشکیل شده از بال بزرگ S و زایگوما
- طول: 47 mm

• لترال اربیتال توبرکل (whitnall):

- 10 mm زیر سوچور زایگوماتیکو فرونتال و 4 mm پشت قدام ریم لترال اربیت است.

- این توبرکل محل اتصال موارد زیر است:

- لترال کانتال تاندون
- لیگامان whitnall
- لیگامان lock wood

جدول ۲۷-۱ بسیار مهم بوده و برای انتخاب پروسیجر مناسب بر اساس دفورمیتی موجود کاربرد دارد:

TABLE 27.1
Mentoplasty Procedures

Horizontal (Anteroposterior)	Deformity Vertical	Transverse	Procedure
D	N or Sl D	N	Chin implant, genioplasty, or filler injection
D	E	N	Genioplasty (advancement with possible osteotomy if vertical excess is significant)
D	D	N	Bony advancement with downgrafting for chin lengthening or filler injection
N	N	Asymmetric	Bony osteotomy with bony resection or downgrafting or filler injection
E	N	N	Bony osteotomy with setback
E	E	N	Bony osteotomy with osteotomy

D, Deficient; E, excessive; N, normal; Sl, slight.

ارزیابی بیمار:

- در شرح حال سابقه تروما، ارتودنسی و جراحی دهان را باید پرسیم.
- در معاینه مشاهده و لمس چانه، لب، بینی و دندان‌ها مهم است.
- با افزایش سن، ممکنه پتوز بافت نرم چانه رخ دهد.
- در بیماران با دفورمیتی open bite و lip incompetence، ممکنه هیپراکتیویته عضله منتالیس رخ دهد.
- در همه بیماران فوتوگرافی در سه نمای فرونتال، لترال یا پروفایل و ابلیک حتما لازم است.

- در مشاهده فوتوگرافی دو حالت داریم:



- اگر دفورمیتی مینور بود و با augmentation با آلوپلاست قابل درمان بود، دیگر نیاز به اقدام دیگری نداریم.
- اگر دفورمیتی پیچیده بود، نیاز به گرافی وجود دارد:
 - پانورکس: پوشش کورتیکال مندیبل، ارتفاع عمودی مندیبل، پوزیشن ریشه دندان‌ها، کانال اینفریور آلوتولار و فورامن منتال را نشان می‌دهد.
 - سفالومتریک AP: برای ارزیابی غیرقرینگی عرضی اسکلت چانه، خصوصاً در سندرم گلدن هار یا میکروزومی همی فاسیال. وقتی غیر قرینگی عرضی زیادی دیده شود، در بیمار با میکروگناتی می‌توان با augmentation با آلوپلاست دفورمیتی را رفع کرد.
 - سفالومتریک لترال: ارزیابی جزئیات بافت نرم و اسکلت صورت. باید در فاصله استاندارد در حالتی گرفته شود، که خط افقی فرانکفورت موازی با سطح زمین باشد.
- عصب اینفریور آلوتولار شاخه‌ای از شاخه سوم تریژمینال است، که از کانال مندیبولار عبور کرده و از فورامن منتال با نام عصب منتال خارج می‌شود و حس پوست و مخاط لب تحتانی و چانه را می‌دهد.
- مندیبولار کانال، اغلب 2-3 mm زیر سطح فورامن منتال است.
- استئوتومی استخوانی، باید حداقل 5 mm زیر فورامن منتال انجام شود، تا به باندل نوروواسکولار آن آسیب نرسد.
- **آنالیزهایی که روی گرافی لترال انجام می‌دهیم:**
 - آنالیز ریگتز: خط مماس به پوگونیون و پروجکت‌ترین قسمت تیپ را کشیده، فاصله لب فوقانی و تحتانی تا این خط به ترتیب باید 4 mm و 2 mm باشد.
 - آنالیز steiner: پوگونیون، قدام‌ترین نقطه لب بالا و پایین و نقطه inflection کلوملا باید در یک خط باشند.
 - آنالیز burstone: ساب‌نازال و پوگونیون را به هم وصل می‌کنیم، لب بالا و پایین به ترتیب ۳/۵mm و ۲/۲mm قدام به این خط هستند.

- شایع ترین دفورمیتی مادرزادی سر و گردن: گوش های برآمده
- شایع ترین ابنورمالیتی مرتبط در سفید پوستان: (به ترتیب)
 - آنتی هلیکس پیچ نخورده
 - جام کونکای هیپرتروفیک برآمده (اغلب همراه است با دفورمیتی آنتی هلیکس)

آناتومی:

- پینا یک برجستگی غضروفی فیبروالاستیک است، که با پوست خیلی نازک پوشیده شده است.
- در قدام پوست به پریکندر متصل است، اما در خلف یک لایه نازک بافت همبند بین پوست و پریکندر وجود دارد.
- غضروف اوریکل یک گسترش از غضروف کانال گوش است، که با لیگامان های مختلفی stable می شود.
 - در قدام، یک لیگامان، تراگوس و ریشه هلیکس را به زایگوماتیک پروسس وصل می کند.
 - در خلف، یک لیگامان، کونکا را به ماستوئید وصل می کند.

- سه محل انحنای در اوریکل:

- Cavum concha
- Cymba concha
- Fossa triangularis

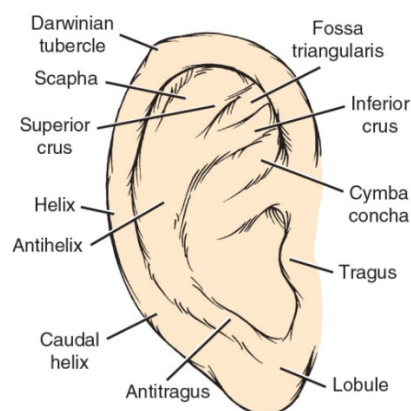


FIGURE 28-1. Anatomic landmarks of the normal ear. (Modified from Adamson PA, Tropper GJ, McGraw BL. Otoplasty. In Krause CJ, Mangat DS, Pastorek N, eds: Aesthetic facial surgery. Philadelphia: JB Lippincott; 1991:709.)

- حس اوریکل:
- عصب ۵ (اوریکولوتمپورال)
- عصب ۷
- عصب ۱۰ (آرنولد)
- C2/C3 از شبکه براکیال
- خون رسانی اوریکل: (به ترتیب اهمیت)
- ECA (شاخه های پوستریور اوریکولار و تمپورال سطحی)
- شریان اکسی پیتال
- نمو جنینی اوریکل:
- هفته ۳: تشکیل اوتیک پلاکود
- هفته ۴: تشکیل اوریکل، از مزودرم آرک ۱ و ۲ برانکیال
- هفته ۷: شروع شکل گیری غضروف، از اکتودرم شیار برانکیال اول
- هفته ۱۲: اتصال اجزا به هم، که اگر ناکامل باشد سینوس پره اوریکولار ایجاد می شود.
- هفته ۱۶-۱۲: پیچ خوردن آنتی هلیکس اتفاق می افتد که اگر کامل نباشد، protruding scapha ایجاد می شود.