

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۱، شماره ۱، صفحات ۸۰-۸۴ (فروردین - خرداد ۱۳۷۶)

بررسی عوامل ریسکی دخیل در ایجاد شکاف لب و کام

دکتر محترم نجفی*

خلاصه

با هدف بررسی شیوع مواردی مانند پیشینه مصرف دارو، پرتوتایی و وجود مسائل استرس‌زا برای مادر، وجود ناهنجاریهای مشابه در فامیل، همراه بودن با سندرم خاص و نسبت خویشاوندی پدر و مادر در بیماران مبتلا به شکاف لب و کام مطالعه‌ای در ۱۱۱ مورد بیماران مبتلا به ناهنجاریهای شکاف لب و کام - که جهت عمل جراحی ترمیمی طی ۴/۵ سال به بخش گوش و گلو و بینی و جراحیهای سر و گردن بیمارستان لقمان حکیم مراجعه کرده بودند - صورت گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌هایی که در اولین مراجعه بیمار با پرسش از والدین تکمیل می‌شد، تهیه شد. تعداد کل بیماران ۱۱۱ نفر، که شامل ۶۳ مورد (۵۶/۷ درصد) شکاف کام، ۳۷ مورد (۳۳/۳ درصد) شکاف لب و ۱۱ مورد (۱۰ درصد) شکاف لب و کام توام، که همگی از نوع غیر سندرومیک (عدم تظاهر به شکل سندرم خاص) بودند.

مصرف دارو در ۳۹/۶ درصد، خویشاوندی پدر و مادر در ۳۱/۵ درصد، وجود مسایل استرس‌زا برای مادر در ۲۱ درصد، وجود ناهنجاریهای مشابه در فامیل در ۱۷ درصد و سابقه پرتوتایی در دوره حاملگی در ۱/۸ درصد موارد مثبت بوده است. در بیماران مورد مطالعه همراهی با سندرم خاص مشاهده نشد.

متاسفانه مواردی مانند کمبود ویتامین‌ها، مصرف الکل، سیگار کشیدن، سن والدین و مصرف داروهای سنتی و گیاهی مورد بررسی قرار نگرفت.

* استادیار گوش، گلو و بینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان لقمان حکیم)

مقدمه

شکاف لب و کام از بدشکلی (دفورمیتی)هایی هستند که در نوزادان و والدین آنان موجب بروز مشکلات عدیده‌ای می‌شوند؛ از جمله تغییر شکل‌های اساسی تشریحی، رشد ناکامل صورت، مشکلات دندانی، اختلالات گوش و اختلالات روانی در کودکان و خانواده آنان. با توجه به این مشکلات است که مطالعه در زمینه شیوع، شناخت اتیولوژی و عوامل ریسکی احتمالی قابل حذف از اهمیت زیادی برخوردار است.

اتیولوژی شکاف لب / کام به طور دقیق مشخص نشده است (۱، ۸ و ۱۸). علاوه بر ارث (۲ و ۱۴) ژنتیک (۲ و ۱۴)، نژاد (۱۴) و جنس، در نوشتارهای پزشکی مواردی به عنوان ریسک فاکتورهای دخیل در ایجاد این ناهنجاریها ذکر شد؛ از جمله: دارو (۱۱)، پرتوتابی، ابتلای مادر به سرخچه (۱۱)، کمبود ویتامین‌ها (۱۱)، سن والدین (۶)، سیگار کشیدن والدین (۷)، صرع در مادر (۹ و ۱۳) و عوامل اجتماعی و اقتصادی. به دلیل اینکه در این مورد در ایران بررسی خاصی انجام نگرفته است، نگارنده بر آن شد تا با تکمیل پرسشنامه‌هایی از والدین کودکانی که برای ترمیم شکاف لب / کام به بیمارستان لقمان حکیم مراجعه می‌کردند شیوع چند ریسک فاکتور که احتمال اثر آنها بیشتر است را بررسی کند. با این امید که در آینده با مطالعه جامعتری شیوع این ناهنجاریها و ریسک فاکتورهای دخیل در بروز آن بررسی شود.

روش بررسی

این بررسی با مراجعه به پرونده بیمارانی که از اوایل سال ۱۳۶۷ لغایت اواسط سال ۱۳۷۲ (به مدت ۴/۵ سال) در ۱۱۱ بیمار مبتلا به ناهنجاری شکاف لب / کام که جهت جراحیهای ترمیمی به بخش گوش، گلو و بینی و جراحی‌های سر و گردن

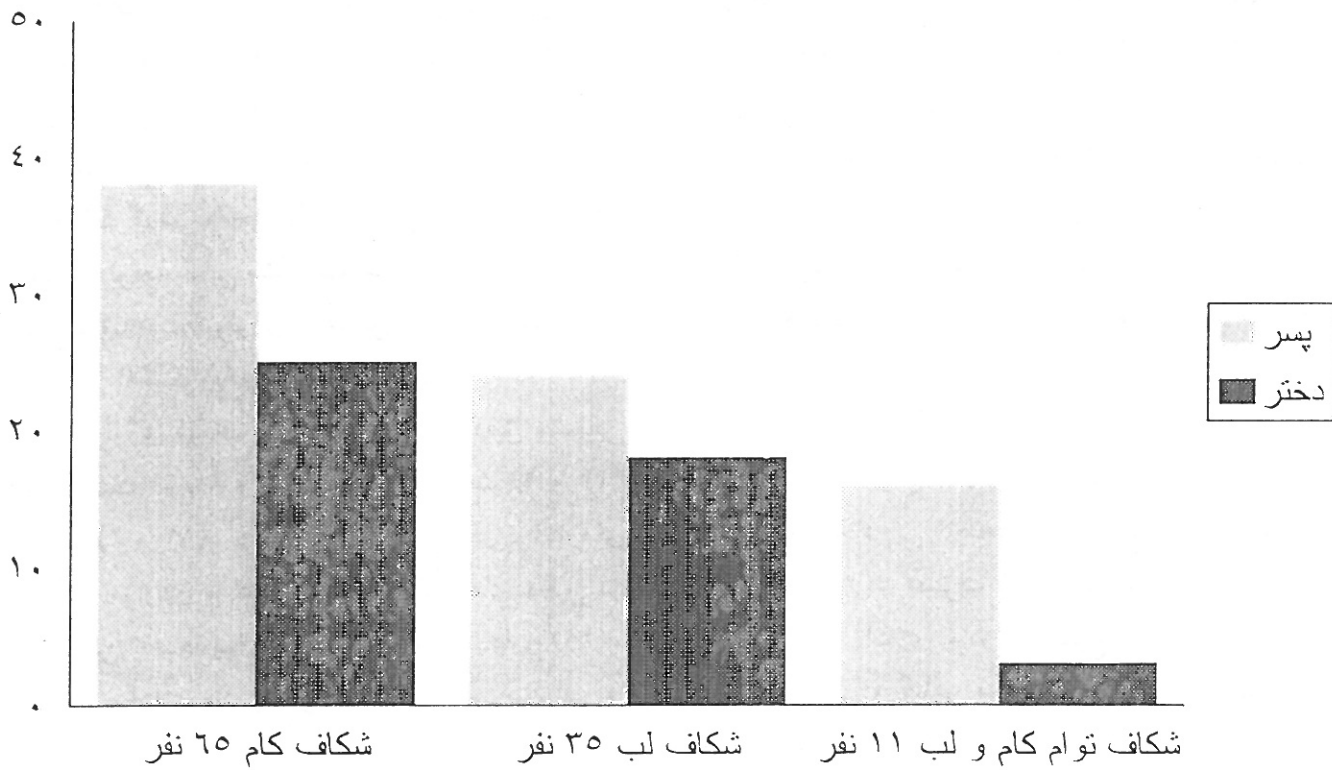
بیمارستان لقمان مراجعه کرده‌اند، صورت گرفته است. جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه به پرسشنامه‌ای که هنگام مراجعه بیمار و با کمک والدین آنان تکمیل می‌شد، استخراج شد و مواردی مانند همراه بودن با ناهنجاریهای دیگر و اختلالات کروموزومی - از نظر سندرومیک یا غیرسندرومیک بودن - (۴، ۱۱ و ۱۹)، مصرف دارو (۱۸)، پرتوتابی، وجود مسائل استرس‌زا برای مادر در دوران حاملگی، وجود ناهنجاریهای مشابه در خانواده (۱۵) و نسبت خویشاوندی پدر و مادر بررسی شد.

متاسفانه سن والدین (بیشتر بالا بودن سن پدر) (۶) که در نوشتارهای پزشکی به عنوان ریسک فاکتورهای دخیل در ایجاد این ناهنجاریها ذکر شد (۶)، کمبود ویتامین‌ها (۱۱)، مصرف الکل (۱۵)، سیگار کشیدن والدین (۷)، ابتلای مادر به صرع (۱۳) و مصرف داروهای سنتی و گیاهی و عوامل اجتماعی و اقتصادی مورد بررسی قرار نگرفت.

یافته‌ها

از ۱۱۱ بیمار ۶۳ مورد (۵۶/۷ درصد) شکاف کام، ۳۷ مورد (۳۳/۳ درصد) شکاف لب و ۱۱ مورد (۱۰ درصد) شکاف لب و کام توام بوده، که همگی از نوع غیرسندرومیک (عدم تظاهر به صورت سندرم خاص) بودند. شیوع از نظر جنس در نمودار ۱ آمده است. شیوع موارد بررسی شده (جدول ۱) به قرار زیر است:

(۱) سابقه مصرف دارو در ۴۴ مورد (۳۹/۶ درصد) مثبت بوده است که به تنهایی یا توام با داروهای دیگر مصرف شده است (متاسفانه همزمانی مصرف دارو با سن حاملگی به دلیل عدم همکاری بیماران به طور کامل قابل بررسی نبود). این داروها شامل مسکن‌ها در ۲۷ مورد (۱۸ مورد با داروهای دیگر)، داروهای گوارشی ۲۲ مورد (۷ مورد با داروهای دیگر)، داروهای آرامبخش ۱۸ مورد



نمودار ۱) شیوع جنسی در هر یک از انواع شکافهای لب و کام

مورد اسکن تیروئید بود (متاسفانه همزمانی پرتوتابی با سن حاملگی، به دلیل عدم همکاری بیماران، به طور کامل قابل بررسی نبود).

بحث

اگرچه تعداد موارد تحت بررسی زیاد نبود ولی با توجه به شیوع یافته‌ها، مطالعه در جمعیت بزرگتری از متولدین با ناهنجاریهای شکاف لب / کام و مقایسه این ریسک فاکتورها در نزد والدین نوزادان بدون این ناهنجاریها پیشنهاد می‌شود. در خاتمه از آقای دکتر اباذر خاکباز که در انجام این مطالعه زحمت زیادی کشیدند، تشکر می‌شود.

(۱۳) مورد با داروهای دیگر) و آنتی‌بیوتیک‌ها ۱۴ مورد (۷ مورد با داروهای دیگر) بوده است.

(۲) نسبت خویشاوندی پدر و مادر در ۳۵ مورد (۳۱/۵ درصد) وجود داشت که به ترتیب شامل: پسر خاله و دختر خاله ۴۲/۶ درصد، پسر عمو و دختر عمو ۳۱/۵ درصد، دختر (پسر) عمه و پسر (دختر) دایی ۲۰ درصد و خویشاوندی‌های دورتر ۵/۹ درصد بوده است. (۳) موارد استرس‌زا برای مادر در ۲۳ مورد (۲۱ درصد) مثبت بوده است.

(۴) وجود ناهنجاریهای مشابه در خانواده ۱۰ مورد (۱۷ درصد) بود.

(۵) در ۲ مورد (۱/۸ درصد) در طول حاملگی پیشینه پرتوتابی وجود داشت که یک مورد پرتونگاری ساده و یک

مراجع

- 1) Avery ME, First LR. Pediatric Medicine. Second edition, Williams & Wilkins, Baltimore 1994, P 1338.
- 2) Behrman RG, Kliegmen RM, Arvin AM. Nelson Textbook of pediatrics. WB Saunders, Phil 1996, Volume 2, P 1041.
- 3) Blueston CD, Stool SE, Scheetz MD. Pediatric Otolaryngology. Volume 1. WB Saunders, Phil, 1990, P 694.
- 4) Calzolaril E, Millan M, Cavazzuti, et al. Epidemiology and genetic study of 200 cases of oral cleft in the Emilia Romagna region of Northern Italy. Teratology 38(6): 559-64, 1988 (Abstract).
- 5) Campbell AGM, McIntosh N. Forfar and Avneil's Textbook of paediatrics. 4th edition, Churchill Livingstone, Edinburgh 1992, P 1879.
- 6) Cummings CW, Fredrickson JM, Harkerl LA, et al. Otolaryngology Head & Neck Surgery. Volume 2. Second edition, Mosby Year Book, Baltimor, 1993, PP 1128, 32.
- 7) Eden VD, et al. A case control study of maternal smoking and congenital malformations. Paediatr Perinat Epidemiol 4(2): 147-55, 1990 (Abstract).
- 8) Forfur JG, Arveil GC. Textbook of paediatrics. Volume 1, Churchill Livingstone, Edinburgh 1990, P 422.
- 9) Gadoth N, Millo, et al. Epilepsy among parents of children with cleft lip and palate. Brain Dev 9(3): 296-9, 1987 (Abstract).
- 10) Kerr AG, Evan JNG. Scott Brown's Otolaryngology. Volume 6. Butterworths, London, 1987, P 345.
- 11) McCarty JG, May JW. Plastic Surgery. Volume 4, Cleft Lip & Palate and craniofacial anomalies. WB Saunders, Phil 1990, PP 2529-2540.
- 12) Paparella MM, Shumrick DA, Caluckman JL, Meyerhoff W. Otolaryngology. Volume 3, WB Saunders, Phil, 1991, PP 1980-83.
- 13) Robertson NRC. Textbook of Neonatology. Second edition, Churchill Livingstone, Edinburgh 1993, PP 656-8.
- 14) Rudolph AM. Rudolph's Pediatrics. 19th edition, Appleton & Lange, California, 1991, P 433.
- 15) Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Tomich CE. A Textbook of oral pathology. 4th edition, WB Saunders, Phil 1983, PP 11-13.
- 16) Slavkin HC. Incidence of cleft lip and palate rising. J Am Dent Assoc 123(11): 61-5 (Abstract) 1992.
- 17) Tan KL. Incidence and epidemiology of cleft lip / palate in Singapore. Ann Acad Med Singapore 17(3): 311-14 (Abstract) 1988.
- 18) Woad NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral lesion, Mosby Year Book, Baltimore, 1991, P 683.