

Original Article

Causes of delay in surgical repair of primary cleft lip and palate

Shahin Abdollahi Fakhim , Nikzad Shahidi* 

Department of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: nikzadsh@yahoo.com

Received: 6 Jun 2020 Accepted: 20 Jul 2020 First Published online: 17 April 2021

Med J Tabriz Uni Med Sciences. 2021;43(1):160-166

Abstract

Background: Cleft lip and palate are the most common congenital malformations of the head and neck. These disorders have high economic cost for families and impose a heavy psychological burden on children. Performing early primary reconstructive surgery on cleft lip and palate is necessary to achieve the desired treatment results. The aim of this study was to evaluate the etiology of primary cleft lip and palate reconstructive surgery retardation.

Methods In this descriptive study, 516 infants referred to Tabriz Children's Hospital and Sina Hospital to do primary cleft lip and palate reconstructive surgery from 2009 to 2014, were studied. Ages at surgery, sex, comorbidities, cause of delay in referring the patients were evaluated. SPSS version 22 was used for statistical analysis.

Results: The mean age of patients at surgery was 16.20 ± 25.97 months. There was a delayed referral for primary reconstructive surgery in 27.13% of the patients. The low weight of the child for surgery (30%), late visit of the child (19.28%), and lack of awareness among parents about the time of the visit (17.85%) were the most common causes of delay of reconstructive surgery.

Conclusion: Based on the findings of this study, the low weight of the child for surgery, late visit of the child, lack of parents' awareness about the time of the visit, comorbidities, late diagnosis, and low level of socio-economic, were the most common causes of delay in referring to reconstructive surgery respectively.

Keywords: Cleft lip, Cleft palate, Repair

<p>How to cite this article: Abdollahi Fakhim Sh, Shahidi N. [Causes of delay in surgical repair of primary cleft lip and palate]. Med J Tabriz Uni Med Sciences. 2021;43(1):160-166. Persian.</p>

مقاله پژوهشی

علل تاخیر در جراحی ترمیمی شکاف اولیه لب و کام

شهین عبداللهی فحیم¹، نیکزاد شهیدی^{2*}گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
*نویسنده مسئول؛ ایمیل: nikzadsh@yahoo.comدریافت: ۱۳۹۹/۳/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳۰ انتشار برخط: ۱۴۰۰/۱/۲۸
مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۴۰۰؛ ۴۳(۱): ۱۶۰-۱۶۶

چکیده

زمینه: شکاف لب و کام شایع‌ترین ناهنجاری مادرزادی سر و گردن می‌باشد. این اختلالات، هزینه‌های اقتصادی فراوانی بر خانواده و بار روانی سنگینی را برای کودک تحمیل می‌سازند. جهت رسیدن به نتایج مطلوب درمانی، انجام به‌موقع جراحی ترمیمی اولیه شکاف لب و کام امری ضروری است. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی علت تاخیر در بیماران شکاف لب و کام در مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۵۱۶ کودک مراجعه کننده جهت جراحی ترمیمی اولیه به مراکز آموزشی - درمانی کودکان و سینا دانشگاه علوم پزشکی تبریز در طول سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۸ بررسی شدند. سن، زمان جراحی، جنس، بیماری‌های همراه، تاخیر در مراجعه و علت آن در بیماران ارزیابی شد. داده‌های حاصله با نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن جراحی در بیماران $16/20 \pm 25/97$ ماه بود. حدود ۲۷/۱۳ درصد از بیماران در مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه تاخیر داشتند. کم بودن وزن کودک برای انجام عمل جراحی (۳۰٪)، مراجعه دیر هنگام خود والدین (۱۹/۲۸٪)، و عدم آگاهی والدین نسبت به زمان مراجعه (۱۷/۸۵٪)، شایع‌ترین علل تاخیر در مراجعه در بیماران مورد مطالعه بودند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج حاصل از این مطالعه کم بودن وزن کودک برای انجام عمل جراحی، مراجعه دیر هنگام خود والدین، عدم آگاهی والدین نسبت به زمان مراجعه، بیماری همراه دیگر، تشخیص دیر هنگام، و سطح پایین اجتماعی - اقتصادی به ترتیب شایع‌ترین علل تاخیر در مراجعه در بیماران برای انجام جراحی ترمیمی اولیه بودند.

کلید واژه‌ها: شکاف کام، شکاف لب، ترمیم

نحوه استناد به این مقاله: عبداللهی فحیم ش، نیکزاد شهیدی ن. علل تاخیر در جراحی ترمیمی شکاف اولیه لب و کام. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۴۰۰؛ ۴۳(۱): ۱۶۰-۱۶۶

حق تالیف برای مولفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

شکاف لب و کام شایع‌ترین ناهنجاری مادرزادی سر و گردن می‌باشد (۱). این ناهنجاری ۶۵ درصد ناهنجاری‌های سر و گردن را شامل می‌شود (۲). ماهیت شکاف لب و کام، یک پدیده مولتی فاکتوریال است که هم عوامل محیطی و هم فاکتورهای ژنتیکی را شامل می‌شود (۳).

مصرف داروها، ضد انعقادها، رادیاسیون، و نیز مصرف سیگار و الکل در طول دوره بارداری از جمله فاکتورهای مستعد کننده مرتبط با این ناهنجاری می‌باشند. بر اساس مطالعات قبلی، مصرف اسید فولیک می‌تواند اثرات پیشگیری‌کننده و محافظتی در برابر بروز این ناهنجاری داشته باشد (۴-۶). اکثر مطالعات اپیدمیولوژیک در ارتباط با این موضوع، در اروپا و آمریکا انجام شده‌اند، در حالی که آسیایی‌ها احتمال خطر بالاتری برای ابتلا به این ناهنجاری دارند (۷، ۲).

بر اساس مطالعات، نژاد سیاه پوست کمترین میزان ابتلا به ناهنجاری شکاف لب و کام را دارند (۸). بیش‌ترین میزان بروز شکاف لب و کام در میان بومیان آمریکا با ۳/۷۴ نفر در هزار تولد زنده دیده می‌شود، و پس از آن در ژاپن با ۳/۳۶ در هر هزار تولد زنده گزارش شده است (۹).

در کشور ایالات متحده آمریکا، شکاف لب و کام تقریباً در یک کودک از میان ۷۰۰ کودک دیده می‌شود و میزان بروز آن ۱/۳ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد زنده می‌باشد (۱۰). در کشور ما، آمار دقیقی از میزان بروز شکاف لب و کام موجود نمی‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، میزان بروز شکاف لب و کام در شهر تهران، از ۱/۰۳ تا ۳/۷۳ نفر در هر هزار نفر گزارش شده است (۱۱).

با توجه به میزان نسبتاً بالای بروز شکاف لب و کام در کودکان، درمان به موقع و مناسب این ناهنجاری جهت رسیدن به بهترین پاسخ درمانی، یک امر ضروری می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، بهترین زمان جراحی اولیه شکاف لب در سن ۳ تا ۶ ماهگی و بهترین زمان جراحی اولیه شکاف کام، سن ۶ تا ۱۲ ماهگی می‌باشد.

اگر جراحی ترمیمی اولیه شکاف لب تا ۶ ماهگی صورت نگیرد، تاخیر در انجام جراحی ترمیمی اولیه شکاف لب و اگر جراحی ترمیمی اولیه شکاف کام تا ۱۲ ماهگی صورت نگیرد، تاخیر در انجام جراحی ترمیمی اولیه شکاف کام گفته می‌شود (۱۲). عوامل متعددی در زمان مراجعه برای ترمیم اولیه شکاف موثر می‌باشند.

بر اساس مطالعات انجام گرفته در این زمینه، سطح اجتماعی- اقتصادی خانواده، بیماری‌های همراه، تشخیص به موقع ناهنجاری و انجام توصیه‌های لازم برای والدین از جمله عوامل مؤثر در زمان جراحی اولیه ترمیم شکاف لب و کام می‌باشند (۱۳).

نکات کاربردی

با دانستن علل تاخیر در مراجعه بیماران مبتلا به شکاف لب و کام و آگاهی دادن به والدین و همچنین کادر بهداشتی و درمانی در مورد زمان مناسب جراحی ترمیمی می‌توان از بروز عوارض و ناتوانی‌های ناشی از تاخیر ترمیم جلوگیری نمود و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید.

با توجه به اهمیت انجام به‌موقع جراحی اولیه ترمیم شکاف لب و کام، در رسیدن به نتایج مطلوب درمانی در جراحی ترمیمی کودکان مبتلا به شکاف لب و کام، و همچنین نبود مطالعه جامع در منطقه ما در ارتباط با زمان مراجعه کودکان مبتلا به شکاف لب و کام و عوامل تاخیر در مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی، هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی فراوانی تاخیر در مراجعه و علل تاخیر در جراحی ترمیمی اولیه شکاف لب و کام می‌باشد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۵۱۶ نفر از کودکانی که از سال ۱۳۸۸ لغایت ۱۳۹۳ به مرکز ENT بیمارستان کودکان و سینا مراجعه کرده بودند و تحت جراحی ترمیمی اولیه شکاف لب یا شکاف کام (یا هر دو) قرار گرفته بودند بر اساس شماره پرونده انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات درج شده در پرونده شامل، سن در زمان عمل جراحی، نوع شکاف (شکاف کام، لب، یا توام)، محل شکاف، سندرمیک یا غیر سندرمیک بودن، محل زندگی و همچنین شماره تماس بیماران برای تماس با خانواده بیماران جهت پیگیری علت تاخیر ثبت شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها از پرونده بیماران، کودکانی که تاخیر در مراجعه داشتند با تماس تلفنی با خانواده بیماران، پس از شرح هدف از انجام مطالعه و نحوه انجام آن، علت تاخیر در مراجعه از والدین بیماران پیگیری شد. داده‌ها وارد نرم افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۲ گردید و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده بصورت میانگین \pm انحراف معیار و فراوانی و درصد بیان شد. برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون آماری χ^2 و برای مقایسه متغیرهای کمی آزمون Independent t test مورد استفاده قرار گرفت. در تمامی موارد نتایج در صورت دارا بودن $p \geq 0.05$ از نظر آماری معنی‌دار شناخته شدند. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت، نیاز به اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از بیماران یا خانواده آنها نبود.

یافته‌ها

در ۵۱۶ بیمار بررسی شده، ۲۹۵ بیمار (۵۷/۱۷٪) پسر و ۲۲۱ بیمار (۴۲/۸۲٪) دختر بودند. میانگین سن بیماران در زمان مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه در تمام بیماران $25/97 \pm 16/20$

مطالعه، ارتباط معنی دار وجود داشت ($p=0/001$) و میزان مراجعه با تاخیر در افرادی که مبتلا به شکاف کام تنها بودند، بیشتر بود. جدول شماره ۱ نشان‌دهنده ارتباط محل سکونت بیماران با زمان مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی می‌باشد.

جدول ۱: ارتباط محل سکونت با زمان مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه ($p=0/001$)

محل سکونت/ زمان مراجعه	تبریز	سایر شهرها	روستاها
مراجعه به موقع	۳۱۴ (۸۳/۵۱٪)	۳۹ (۱۰/۳۷٪)	۲۳ (۶/۱۱٪)
تاخیر در مراجعه	۵۵ (۳۹/۲۸٪)	۵۸ (۴۱/۴۲٪)	۲۷ (۱۹/۲۸٪)

بین محل سکونت خانواده‌های بیماران و زمان انجام جراحی ترمیمی اولیه ارتباط معنادار آماری وجود داشت، و بیمارانی که در شهر تبریز سکونت داشتند، به طور معنی‌دار نسبت به سایرین به موقع جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه مراجعه کرده بودند، و بالعکس خانواده‌هایی که در روستاها یا سایر شهرها زندگی می‌کردند، میزان مراجعه با تاخیر در این افراد بیشتر بود ($p=0/001$).

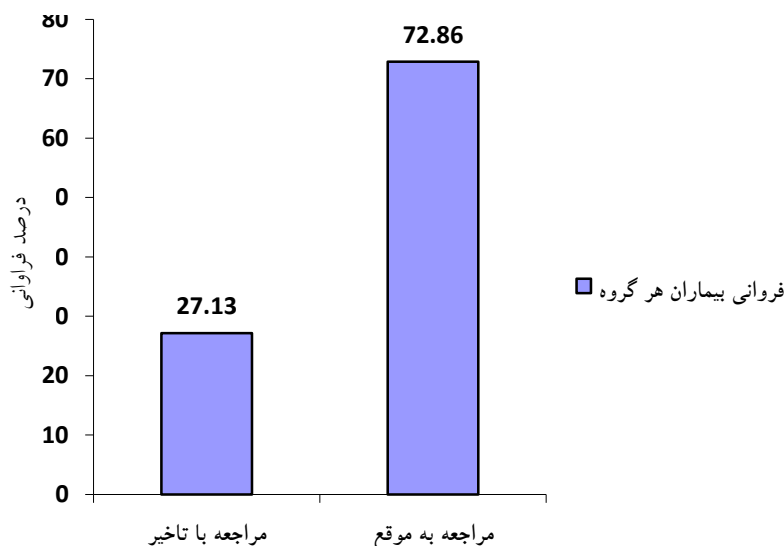
در بررسی علت مراجعه با تاخیر بیماران، ۴۲ نفر (۳۰٪) کم بودن وزن کودک برای انجام عمل جراحی، ۲۷ نفر (۱۹/۲۸٪) مراجعه دیرهنگام خود والدین، ۲۵ نفر (۱۷/۸۵٪) عدم آگاهی والدین نسبت به زمان مراجعه، ۱۶ نفر (۱۱/۴۲٪) به دلیل بیماری همراه دیگر، ۱۴ نفر (۱۰٪) به دلیل تشخیص دیر هنگام، ۸ نفر (۵/۷۱٪) به دلیل سطح پایین اجتماعی-اقتصادی و ۸ نفر (۵/۷۱٪) به دلیل عدم دسترسی به شماره تلفن والدین یا به دلیل عدم پاسخ‌دهی والدین بدون علت مشخص بودند (نمودار ۲).

ماه، در گروه با تاخیر در مراجعه $42/34 \pm 38/96$ ماه، و در گروه بدون تاخیر در مراجعه $6/47 \pm 3/73$ ماه بود. بین دو گروه مراجعه کننده با تاخیر و بدون تاخیر، از لحاظ سن مراجعه، تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ($p=0/001$). والدین ۳۸۰ کودک (۷۳/۶۴٪) ازدواج فامیلی داشتند، و والدین ۱۳۶ کودک (۲۶/۳۵٪) ازدواج فامیلی نداشتند. ۱۱۴ نفر (۲۲/۰۹٪) از کودکان سابقه فامیلی شکاف orofacial داشتند، ۴۰۲ نفر (۷۷/۹۰٪) از کودکان هیچ‌گونه سابقه فامیلی شکاف نداشتند.

صد و هفتاده و هشت بیمار شکاف کام (۳۴/۴۹٪)، ۱۷۲ نفر (۳۳/۳۳٪) شکاف لب، ۱۶۶ نفر (۳۲/۱۷٪) شکاف کام و لب را با هم داشتند. ۲۰۶ نفر (۳۹/۹۲٪) از بیماران سندرمیک بودند و انواع مختلفی از ناهنجاری‌های دیگر را همراه داشتند، اما (۶۰/۰۷٪) از بیماران هیچ بیماری همراه دیگری نداشتند.

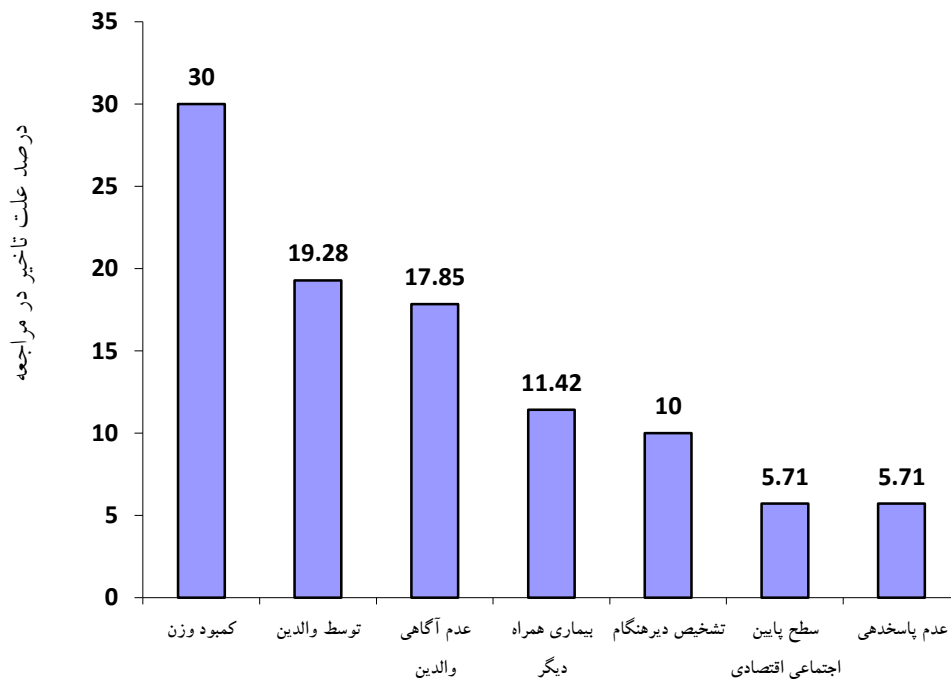
در میان ۵۱۶ بیمار مطالعه شده، ۳۷۶ بیمار (۷۲/۸۶٪) از بیماران مراجعه به موقع جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه داشتند، و ۱۴۰ بیمار (۲۷/۱۳٪) با تاخیر جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه مراجعه کرده بودند (نمودار ۱). ۷۵ نفر (۵۳/۵۷٪) از کودکان مراجعه کننده با تاخیر جهت انجام جراحی، پسر و ۶۵ نفر (۴۶/۴۲٪) دختر بودند.

تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و زمان مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه میان بیماران وجود نداشت ($p=0/182$). در میان افرادی که با تاخیر جهت انجام جراحی مراجعه کرده بودند، ۸۸ نفر (۶۲/۸۵٪) از این افراد شکاف کام، ۲۵ نفر (۱۷/۸۵٪) شکاف لب، و ۲۷ نفر (۱۹/۲۸٪) از این افراد شکاف توام کام و لب داشتند. بین نوع شکاف و تاخیر در مراجعه در بین گروه‌های مورد



نمودار ۱: درصد فراوانی بیماران بر اساس زمان مراجعه

■ علت تاخیر در مراجعه



نمودار ۲: درصد فراوانی علت تاخیر در مراجعه بیماران

بیماران مبتلا به شکاف کام و لب انجام گرفت. در این مطالعه کودکان مبتلا به شکاف کام و شکاف لب که در طول سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۳ در مراکز آموزشی و درمانی کودکان و سینا دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تحت عمل جراحی ترمیمی اولیه قرار گرفته بودند، بررسی شدند. اطلاعات اولیه همانند سن زمان جراحی، جنس، نوع شکاف، و دوطرفه یا یکطرفه بودن آن، از پرونده بیماران استخراج شد. در بررسی پرونده بیماران، همچنین شماره تماس والدین بیماران جهت بررسی علت تاخیر در مراجعه ثبت شد. علت تاخیر در مراجعه، با تماس تلفنی به والدین بیماران توسط محقق، پیگیری شد. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر، ۲۷/۱۳٪ از ۵۱۶ بیمار مورد بررسی تاخیر در مراجعه داشتند. به ترتیب فراوانی، کمبود وزن (۳۰٪)، تاخیر توسط خود والدین (۱۹/۲۸٪)، ناآگاهی والدین (۱۷/۸۵٪) شایع‌ترین علل تاخیر در مراجعه بودند. پس از عوامل ذکر شده، عواملی همانند، بیماری همراه دیگر (۱۱/۴۲٪)، تشخیص دیر هنگام (۱۰٪)، و سطح پایین اجتماعی-اقتصادی (۵/۷۱٪) از جمله عوامل دیگر تاخیر در مراجعه بودند. در مطالعه حاضر ۸ نفر (۵/۷۱٪) از بیمارانی که تاخیر در مراجعه داشتند، به دلیل عدم دسترسی به والدین و یا پاسخ‌دهی نامناسب والدین و عدم همکاری آنها، علت مشخصی

بحث

شکاف لب و کام به تنهایی و یا همراه با هم، شایع‌ترین مالفورماسیون مادرزادی در ناحیه سر و گردن می‌باشد. مطالعات متعددی فاکتورهای مختلفی همانند استعداد ژنتیکی و تغذیه نامناسب مادر در دوران بارداری را در بروز شکاف لب و کام مؤثر می‌دانند (۱۴). با توجه به شیوع نسبتاً بالای این ناهنجاری و هزینه‌های سنگین آن بر خانواده بیماران و نیز بر سیستم بهداشتی درمانی، نیازمند درمان مناسب و به موقع بیماران جهت جلوگیری از تشدید عوارض جدی و ناگوار این بیماری هستیم. یکی از مهم‌ترین اقدامات اساسی در برخورد با این ناهنجاری، درمان جراحی ترمیمی اولیه به موقع این بیماران می‌باشد. عدم کمپلیانس در جراحی اول، مشکلی است که در افراد با شکاف کام و لب دیده می‌شود. این مشکل بیشتر در کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد و اغلب ناشی از فقر یا عدم توجه به اهمیت درمان جراحی به موقع و تاخیر در مراجعه می‌باشد (۱۵). با توجه به اهمیت مراجعه به موقع جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه در بیماران شکاف کام و شکاف لب، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی تاخیر در مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه در

در مراجعه جهت انجام جراحی ترمیمی اولیه، مطالعات چندانی انجام نشده است. با توجه به اهمیت بالینی انجام به موقع عمل جراحی ترمیمی اولیه و ضرورت در نظر گرفتن این موضوع، بویژه در مراکز مرجع، جهت رسیدن به نتایج قطعی تر در مورد علت تاخیر در مراجعه در کشور ما، نیازمند مطالعات بیشتر در این زمینه می‌باشیم.

نتیجه گیری

مطالعه ما نشان داد که بخش قابل توجهی (۲۷/۱۳٪) از بیماران مبتلا به شکاف کام و لب، در مراجعه برای انجام جراحی ترمیمی اولیه تاخیر دارند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، می‌توان علل تاخیر در مراجعه بیماران شکاف کام و شکاف لب را برای انجام جراحی ترمیمی دریافت و بر اساس آن و همچنین افزایش سطح آگاهی والدین و نیز کادر درمانی مربوطه، از تاخیر در مراجعه این کودکان برای جراحی جلوگیری کرد و شاهد بهبود نتایج درمانی و کاهش مشکلات ناشی از ابتلا به این ناهنجاری باشیم.

پیشنهادها

افزایش سطح آگاهی والدین در مورد شکاف لب و کام و قابل ترمیم بودن آن توسط جراحی.
 ۱. بررسی کامل و دقیق نوزادان تازه متولد شده از نظر وجود شکاف لب یا کام.
 ۲. افزایش سطح آگاهی پزشکان مرتبط و افزایش ارتباط مؤثر پزشکان با والدین بیماران جهت رسیدن به اهداف درمانی مطلوب.

قردانی

از همه همکاران و پرستاران محترم بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان‌های کودکان و سینا که در انجام این تحقیق کمک نمودند کمال تشکر را داریم. شماره پایان نامه: ۴/۸ - ۹۲/۱

ملاحظات اخلاقی

با توجه به این‌که مداخله خاص درمانی بر بیماران اعمال نشده است نیاز به ملاحظات اخلاقی خاصی وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی ندارد.

منافع متقابل

مولفان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تالیف یا انتشار این مقاله وجود ندارد.

برای تاخیر این بیماران یافت نشد. قابل توجه می‌باشد که ناآگاهی والدین، خود متأثر از چندین عامل، همانند سطح پایین دانش والدین، عدم آگاهی مناسب پزشکان، و عدم آگاهی دهی مناسب پزشکان به والدین می‌باشد.

در بررسی انجام شده، مطالعه‌ای شبیه به مطالعه حاضر در منطقه ما، و در سطح جهانی نیز یافت نشد. بنابراین مقایسه مستقیم نتایج به دست آمده با سایر مطالعات امکان پذیر نمی‌باشد. در یک مطالعه نسبتاً مشابه، توسط اونا و همکاران در نیجریه با هدف بررسی الگوی‌های آنومالی، بیماران مراجعه کننده به دو مرکز آموزشی درمانی در نیجریه و همچنین زمان مراجعه بیماران مورد بررسی قرار گرفتند. در مطالعه مذکور، اطلاعات بیماران از ژانویه ۱۹۹۳ تا دسامبر ۱۹۹۹ مورد بررسی قرار گرفت و در سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۶ مورد بررسی مجدد و پیگیری قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که از ۹۳ بیمار ۴۷ نفر پسر بودند و بیماران با شکاف لب و کام بیشترین تعداد را با ۴۶ درصد به خود اختصاص می‌دادند و شکاف کام با ۱۵ درصد کمترین تعداد را داشتند. در بررسی زمان مراجعه نتایج نشانگر بازه زمانی ۰ تا ۴۳ ماه بود، که ۵۳ درصد در سه ماهه اول تولد و ۱۹ درصد بین سه ماه تا یک سال و ۲۸ درصد پس از یک سال مراجعه داشتند. در بررسی‌های انجام شده برای علت تاخیر در مراجعه تشخیص دیررس شکاف به خصوص در شکاف ایزوله کام و محدودیت‌های مالی و بی‌اهمیت دانستن مشکل مطرح شد (۱۵). در یک بررسی دیگر، سبحانی و همکاران، مطالعه‌ای را با هدف بررسی الگوی شکاف‌های کام و لب انجام دادند. نمونه‌گیری در سه مرکز آموزشی درمانی عربستان سعودی در بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۵ صورت گرفت. در این مطالعه ۸۰۷ بیمار مورد بررسی قرار گرفت که ۴۵۱ پسر و ۳۵۶ دختر بودند و نسبت پسر به دختر ۱/۳ به ۱ بود. ۴۸/۵ درصد بیماران شکاف کام و لب و ۳۶/۴ درصد از بیماران شکاف کام و ۱۵/۱ درصد از بیماران شکاف لب داشتند. بیش از ۵۰ درصد والدین این کودکان ازدواج فامیلی داشتند و یک چهارم این کودکان سابقه فامیلی وجود شکاف را داشتند. ۲۹/۵ درصد از کودکانی که شکاف لب و کام داشتند، آنومالی همراه دیگری را نیز داشتند و بیشترین سیستم درگیر شونده سیستم قلبی عروقی بود (۱۶). در مطالعه حاضر نیز پسر به دختر، ۱/۳ به ۱ بود. ۳۴/۴۹٪ از بیماران شکاف کام، ۳۳/۳۳٪ از بیماران شکاف لب، و ۳۲/۱۷٪ شکاف کام و لب را با هم داشتند. در مطالعه اخیر، ۷۳/۶۴٪ از والدین کودکان ازدواج فامیلی داشتند، و ۲۲/۰۹٪ از کودکان سابقه فامیلی شکاف orofacial داشتند. ۳۹/۹۲٪ از بیماران، انواع مختلفی از ناهنجاری‌های دیگر را همراه داشتند، و همچنین شایع‌ترین ناهنجاری همراه نیز در مطالعه حاضر، آنومالی همراه قلبی در ۲۰/۳۴٪ از بیماران بود. مطالعات متعددی، به بررسی شیوع شکاف کام و لب در نواحی مختلف دنیا پرداخته اند، اما در ارتباط با بررسی علت تاخیر

مشارکت مولفان

ش ع طراحی مطالعه و اجرا و ن ش تحلیل نتایج و تهیه دست نوشته مطالعه را بر عهده داشتند. همچنین مقاله را تألیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تأیید کرده‌اند.

References

1. Tamashiro-Higa T, Ventura-Platero F, Rivera-Pérez VS, Inurreta-Preciado RE, Mata-Gómez I. Cirugía de labio y paladar hendido en el Hospital General de Ensenada, BCN. *Cirugía y Cirujanos*. 1996 Nov 30;64(6):171-4.
2. Gorlin RJ, Cohen Jr MM, Hennekam RC. *Syndromes of the head and neck*. Oxford University Press; 2001 Sep 27.
3. Cohen MM. Perspective on craniofacial anomalies, syndrome and other disorders. *Craniofacial surgery: science and surgical technique*. Philadelphia: WB Saunders, 2002;448-53.
4. Carinci F, Rullo R, Farina A, Morano D, Festa VM, Mazzarella N, Del Viscovo D, Carls PF, Becchetti A, Gombos F. Non-syndromic orofacial clefts in Southern Italy: pattern analysis according to gender, history of maternal smoking, folic acid intake and familial diabetes. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2005 Apr 1;33(2):91-4. doi: 10.1016/j.jcms.2005.01.001
5. Honein MA, Paulozzi LJ, Watkins ML. Maternal smoking and birth defects: validity of birth certificate data for effect estimation. *Public Health Reports*. 2001 Jul;116(4):327. doi: 10.1016/s0033-3549(04)50054-7
6. Jaber L, Nahmani A, Halpern GJ, Shohat M. Facial clefting in an Arab town in Israel. *Clinical genetics*. 2002 Jun;61(6):448-53. doi: 10.1034/j.1399-0004.2002.610609.x
7. Rajabian MH, Sherkat M. An epidemiologic study of oral clefts in Iran: analysis of 1669 cases. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2000 Mar;37(2):191-6. doi: 10.1597/1545-1569_2000_037_0191_aesooc_2.3.co_2
8. Gilmore SI, Hofman SM. Clefts in Wisconsin: incidence and related factors. *The Cleft Palate Journal*. 1966 Apr 1;3(2):186-99.
9. Lowry RB, Trimble BK. Incidence rates for cleft lip and palate in British Columbia 1952-71 for North American Indian, Japanese, Chinese and total populations: Secular trends over twenty years. *Teratology*. 1977 Dec;16(3):277-83. doi: 10.1002/tera.1420160306
10. Thomas PC. Multidisciplinary care of the child born with cleft lip and palate. *ORL-head and neck nursing: official Journal of the Society of Otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses*. 2000 Jan 1;18(4):6-16.
11. Taher AA. Cleft lip and palate in Tehran. *Cleft Palate Craniofac J*. 1992 Jan;29(1):15-6. doi: 10.1597/1545-1569_1992_029_0015_clapit_2.3.co_2.
12. Ziak P, Fedeles J Jr, Fekiacova D, Hulin I Jr, Fedeles J. Timing of primary lip repair in cleft patients according to surgical treatment protocol. *Bratisl Lek Listy*. 2010;111(3):160-2. doi: 10.4149/bll_2012_068
13. Cassell CH, Daniels J, Meyer RE. Timeliness of primary cleft lip/palate surgery. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009 Nov;46(6):588-97. doi: 10.1597/08-154.1
14. Elliott RF, Jovic G, Beveridge M. Seasonal variation and regional distribution of cleft lip and palate in Zambia. *Cleft Palate Craniofac J*. 2008 Sep;45(5):533-8. doi: 10.1597/07-086.1
15. Onah II, Opara KO, Olaitan PB, Ogbonnaya IS. Cleft lip and palate repair: the experience from two West African sub-regional centres. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008 Aug;61(8):879-82. doi: 10.1016/j.bjps.2007.06.002
16. Aljohar A, Ravichandran K, Subhani S. Pattern of cleft lip and palate in hospital-based population in Saudi Arabia: retrospective study. *Cleft Palate Craniofac J*. 2008 Nov;45(6):592-6. doi: 10.1597/06-246.1