



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË DENTARE
DEPARTAMENTI I KIRURGISË ORALE DHE MAKSILO-FACIALE

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

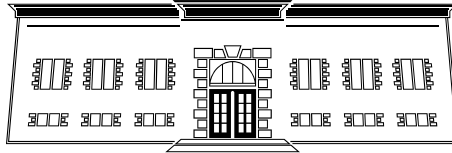
Z. ANDIS QENDRO

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

**DEFEKTET E LINDURA BUZË-QIELLZË DHE
KORRIGJIMI I PASOJAVE TË TYRE POST OPERATORE**

**Udhëheqës Shkencor:
Prof. Dr. Ramazan ISUFI**



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË DENTARE
DEPARTAMENTI I KIRURGISË ORALE DHE MAKSILO-FACIALE

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Z. ANDIS QENDRO

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: KIRURGJI ORO-MAKSILOFACIALE

TEMA:

**DEFEKTET E LINDURA BUZË-QIELLZË DHE
KORRIGJIMI I PASOJAVE TË TYRE POST OPERATORE**

MBROHET MË, DATË: ____ / ____ / 2020 PARA JURISË

1. Prof. As. Edit Xhajanka _____ (Kryetar)
2. Prof. As. Merita Bardhoshi _____ (Oponent)
3. Prof. Gentiana Qirjako _____ (Oponent)
4. Prof. Anila Godo _____ (Anëtar)
5. Prof. Asc. Mirela Mino (Rusta) ____ (Anëtar)

Përmbajtja

Parathënie.....	I
1. Hyrja	II
2. Metodologjia.....	50
2.1. Qëllimi i studimit	50
2.2. Objektivat specifike te studimit	50
2.3. Popullata në studim.....	51
2.4. Tipi i studimit.....	51
2.5. Hipotezat e studimit	51
2.6. Indikacionete zgjedhjes se trajtimit kirurgjikal.....	51
2.7. Mbledhja e të dhënave.....	52
2.8. Përkufizimi i ndryshorëve (Variablave).....	54
Marrja e informacionit dhe kohëzgjatja e plotësimit të skedës individuale.....	55
2.9. Analiza statistikore e të dhënave	56
3. Rezultatet	57
3.1. Përshkrimi i karakteristikave demografike të pacientëve të përfshirë në studim	57
3.1.1. Karakteristikat demografike të pjesëmarrësve në studim	57
3.1.2. Karakteristikat socio-ekonomike të pjesëmarrësve në studim.....	57
3.1.3. Shpërndarja e defekteve buzë-qiellzë sipas gjinisë dhe vendlindjes së pjesëmarrësve në studim	58
3.1.4. Shpërndarja e rasteve të marrë në studim sipas grup-moshës.....	59
3.2. Shpërndarja e defekteve të buzës dhe qiellzës sipas viteve	59
3.2.1. Shpërndarjen në vite të rasteve të diagnostikuara me defekte të buzës dhe qiellzës	59
3.2.2. Shpërndarjen e defekteve buzë- qiellzë sipas gjinisë dhe viteve	60
3.2.3. Shpërndarja e rasteve të defekteve buzë-qiellzë sipas viteve dhe vendlindjes së pacientit.....	61
3.3. Ekzaminimet gjatë shtatëzanisë	61
3.4. Historia familjare e defekteve të lindura buzë-qiellzë	62
3.5. Diagnoza klinike e rasteve të marrë në studim	63
3.5.1. Përshkrim i rasteve të defekteve buzë-qiellzë sipas diagnozës.....	63
3.5.2. Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike dhe shtrirjes së defektit.....	63
3.5.3. Shpërndarja e anomalive të buzës.....	64

3.5.4.	Shpërndarja e anomalive të procesit alveolar	64
3.5.5.	Shpërndarja e anomalive të qiellzës.....	65
3.6.	Ndikimi i faktorëve të jashtëm në zhvillimin e defekteve buzë-qiellzë.....	66
3.7.	Vizitat mjekësore konsultative për defektet e lindura buzë-qiellzë	67
3.8.	Ndërhyrjet kirurgjikale për trajtimin e anomalisë.....	67
3.8.1.	Ndërhyrjet e mëparshme kirurgjikale	67
3.8.2.	Ndërhyrjet kirurgjikale aktuale	67
3.8.3.	Ndërhyrjet kirurgjikale sekondare	68
3.8.4.	Lloji i kirurgjisë sekondare	69
3.8.5.	Lidhja (shoqërimi) midis llojit të defektit (i plotë apo i pjesshëm) dhe kryerjes së kirurgjisë sekondare.....	69
3.8.6.	Rikontrolli shëndetësor pas ndërhyrjes kirurgjikale	71
3.9.	Indikatorët e ndërhyrjes kirurgjikale	71
3.9.1.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (mungesa e mobilitetit)	71
3.9.2.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (<i>tërheqja e majës së hundës</i>)	72
3.9.3.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (<i>cikatrice e dukshme</i>)	73
3.9.4.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (<i>diskordancë të linjës së Kupidonit</i>).....	73
3.9.5.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (<i>gjatësi të reduktuar të kolumelës</i>).....	74
3.9.6.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së qiellzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (<i>prani e fistulës oro-nazale</i>)	76
3.9.7.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së qiellzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (<i>insuficiencë velo-faringeale</i>).....	76
3.9.8.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së procesit alveolar (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (<i>prani e fistulës oro-nazale</i>)	78
3.10.	Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe historisë familjare.....	78
3.11.	Lidhja midis anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe karakteristikave socio-ekonomike të pjesëmarrësve në studim.....	79
3.11.1.	Lidhja (shoqërimi) i anomalive të buzës, qiellzës , procesit alveolar dhe nivelit ekonomik të pjesëmarrësve në studim	79
3.11.2.	Lidhja (shoqërimi) i anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit të edukimit të babait të pjesëmarrësve në studim	80
3.11.3.	Lidhja (shoqërimi) i anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit të edukimit të nënës së pjesëmarrësve në studim	81

3.12.	Miratimi i ndërhyrjes nga pacienti.....	82
3.13.	Invaliditeti i pacientëve	82
3.14.	Mbështetja psiko-sociale e prindërve që kanë fëmijë me anomali të buzës dhe qiellzës	83
3.15.	Vështirësitë e hasura në familje gjatë trajtimit të fëmijës me defekte të lindura buzë-qiellzë	83
3.16.	Ndjekja gjatë shtatëzansë së grave me fëmijë më anomali të lindura buzë-qiellzë	84
3.17.	Dëshira për një shtatzani tjetër	85
3.18.	Lidhja (shoqërimi) midis nivelit të edukimit, vendlindjes dhe marrjes së ndihmës psiko-sociale	85
4.	Diskutime.....	87
4.	Përfundime.....	90
5.	Rekomandime	91
	Shtojca 1: Modeli i plotë të skedës së përdorur në studim.	92
	Shtojca 2: Foto	97
	Referencat	102

Parathënie

Ju keni në dorë punimin e plotë të mbrojtjes së dizertacionit për marrjen e Titullit “Doktor i Shkencave” me temë: “Defektet e lindura buzë qiellzë dhe korrigjimi i pasojave të tyre post-operatore”.

Ky punim u ndërmor me sugjerimin dhe nën drejtimin e udhëheqësit shkencor Prof. Ramazan Isufi dhe u bazua tërësisht në pacientët e lindur me këto anomali të cilët morën trajtim pranë Shërbimit të Kirurgjisë Oro-Maksilofaciale, QSU “Nënë Tereza” Tiranë.

Ky studim ishte mjaft i gjerë dhe shpesh herë i koklavitur, siç mund të kuptohet edhe duke patur parasysh llojin e anomalive, shumëllojshmërinë e tyre, protokollin kompleks të trajtimit si edhe numrin e konsiderueshëm të pacientëve të përfshirë në këtë studim.

Megjithë vështirësitë e hasura gjatë rrugës, mendoj që plotësimi i këtij studimi më ka shërbyer dhe shpërblyer mjaft si nga ana profesionale, ashtu edhe nga ajo njerëzore. Kjo pasi thellimi në literaturë, referimi i vazhdueshëm i eksperiencës më të përparuar botërore, ballafaqimi i rezultateve tona me ato të autorëve të ndryshëm, puna me pacientët dhe komunikimi i afërt me familjarët e tyre, ndjekja e pacientëve në vazhdimësi, e kanë bërë këtë eksperiencë tejet të çmuar.

Nga ana tjetër, mendoj që rezultatet e këtij studimi, problemet që ne kemi hasur gjatë punës, mënyra se si i kemi anashkuar ato, si edhe rekomandimet me të cilat kemi dalë në fund për përmirësimin e mëtejshëm të protokolleve të trajtimit, do t’u shërbejnë sadopak edhe kolegëve specialistë të fushës dhe jo vetëm, në menaxhimin e pacientëve të lindur me këto anomali.

Do të doja të falenderoja me këtë rast, të gjithë ata të cilët kanë bërë të mundur plotësimin e këtij punimi: udhëheqësin shkencor Prof. Ramazan Isufin, kolegët mjekë të Shërbimit të Kirurgjisë OMF, personelin e Statistikës së QSUT, personelin infermieror të Shërbimit të Kirurgjisë OMF si edhe mjekët specializantë, ndihma e të cilëve ka qenë shumë e çmuar gjatë gjithë etapave të punës me pacientët.

Së fundmi, falenderoj familjen time që më ka qëndruar pranë dhe mbështetur vazhdimisht.

Shpresoj që ky punim të meritojë vlerësimin tuaj.

Me respekt:
Andis QENDRO

Tiranë, 2020.

1. Hyrja

Defekte të lindura të buzës dhe të qiellzës, quhen ato të çara ose hapje të buzës, të qiellzës, ose të të dyjave, të cilat vijnë si rezultat i mos bashkimit të strukturave faciale gjatë periudhës intrauterine të jetës së fëmijës.

Defektet e lindura të buzës dhe qiellzës njihen ndryshe me termin: *skiza, klefte, çarje, buzë lepuri, gojë ujku etj.*

Defektet e buzës dhe të qiellzës, përbëjnë malformacionet e lindura më të shpeshta të regionit kokë qafë. Prevalenca e tyre ndryshon sipas popullatës, gjinisë dhe gjendjes socio-ekonomike. Kështu p.sh, popullatat aziatike, kanë prevalencën më të lartë të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës (15.0-36.0/10,000), e ndjekur kjo nga popullatat europiane (10.0/10,000); ndërsa popullatat afrikane kanë prevalencën më të ulët (5.0/10,000)^{1,2,3,4}.

Përsa i përket seksit, raporti mashkull/femër është afërsisht 2:1 në rastin e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, ndërkohë që, përsa i takon defekteve të izoluar të qiellzës, raporti është 3:2 në favor të femrave^{2,5}.

Defektet e izoluar të palatumit hasen rreth 1:2000 lindje dhe, kjo shifër është e njëjtë për të gjithë llojet e rracave⁶. Në rastin e defekteve unilaterale, raporti është 2:1 në favor të anës së majtë⁴. Gjithashtu, individë të cilët lindin në zona rurale dhe që i përkasin një niveli të ulët socio-ekonomik, kanë një risk më të lartë për tu prekur nga këto defekte sesa individë të tjerë të cilët lindin në zona më të zhvilluara². Pacientët me malformacione të tilla, paraqesin probleme me të folurit, përthypjen dhe gëlltitjen e ushqimit si edhe deformime të dukshme të aspektit estetik si edhe të rritjes faciale. Duke qenë se këto deformime janë të dukshme, ato përbëjnë një vuajtje të madhe si për të pacientët, ashtu edhe për rrethin familjar të tyre.

Për hir të lokalizimit të tyre të veçantë, pacientët e prekur kanë nevojë, përveç të tjerave, për një kujdes stomatologjik gjatë gjithë periudhës së trajtimit të tyre; kjo pasi problemet dentare shoqëruese janë të shumta si: dhëmbë të mbinumërt, anodonti të pjesshme, dhëmbë të keqpozicionuar, malokluzion i cili shpesh kërkon trajtim ortodontik me ose pa kirurgji ortognatike shoqëruese.

Po ashtu, këta pacientë shpesh herë paraqesin probleme të dëgjimit, probleme të cilat kërkojnë trajtim herët.

Ardhja në jetë e një fëmije me defekt të lindur të buzës, qiellzës, apo të kombinuar, përbën shpesh një dramë për prindërit dhe familjen. Misioni ynë si mjekë specialistë është: së pari të informojmë dhe t'u shpjegojmë prindërve natyrën e defektit; së dyti t'i sigurojmë ata se këto probleme trajtohen me sukses duke mos lejuar që defekti të ndikojë negativisht në të ardhmen e fëmijës dhe, së fundmi, të fillojmë organizimin e punës për trajtimin protokollar të tyre, pasi të jetë marrë më parë aprovimi i prindërve.

Po ashtu, prindërit informohen saktësisht për strukturat spitalore dhe jo vetëm, të cilat ofrojnë trajtimin e këtyre defekteve në Shqipëri.

Trajtimi i këtyre defekteve paraqitet tepër i veçantë pasi duhen zgjidhur disa probleme njëherësh, si p.sh: problemet dentare, psikologjike, të të folurit, të përthypjes, të gëlltitjes, otologjike si edhe ato estetike.

Vlerësimi dhe menaxhimi bashkëkohor i pacientëve me defekte të lindura oro-faciale, paraqet një sfidë të vërtetë për personelin mjekësor dhe mund të arrihet vetëm nëpërmjet një pune në *ekip multidisiplinar*. Në përbërje të ekipit multidisiplinar ka mjekë të specialiteteve të ndryshme, si psh: kirurg oro-maksilofacial ose plastik, pedodont, ortodont, protezist, audiolog, logoped, ORL, peditër, psikiater/psikolog si edhe punonjës social. Pikërisht ky numër i madh specialistësh të ndryshëm në përbërje të ekipit, reflekton edhe njëherë kompleksitetin e problemeve me të cilat përballemi në defektet e lindura oro-faciale.

Të dhëna historike

Në botë:

historia e korrigjimit të defekteve në vite mbetet e lidhur me profesionin e mjekut stomatolog dhe të kirurgut oro-maksilofacial. Rasti i parë i dokumentuar, daton në vitin 390 PK; pacienti ishte një individ i cili, sipas historisë, më pas u zgjodh guvernator i përgjithshëm i disa krahinave të Kinës. Nuk ka të dhëna për kirurgun i cili kreu operacionin.

Jehan Yperman(c.1260-c.1331), një kirurg hollandez, besohet të ketë qenë i pari i cili përshkruan teknikën e korrigjimit të defektit uni dhe bilateral të buzës^{7,8}.

Ambroise Paré(1510-1590) në shekullin e 14-të, hartoi të detajuar teknikën e korrigjimit të defektit të buzës si edhe përdorimin e obturatorit palatinal⁹.

Shumë vite më pas, më 1766 në Paris, një dentist me emrin Le Monier, kryen dhe dokumenton me sukses korrigjimin e parë të një defekti të lindur të qiellzës^{9,10}.

Në mesin e shekullit të 19-të, Hullihen, i cili njihet edhe si babai i kirurgjisë oro-maksilofaciale të Amerikës, publikon një traktat për trajtimin e plotë të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës¹¹.

Konceptet e korrigjimit të defekteve në vite kanë evoluar, nga mbyllja e tyre në vijë të drejtë, në teknikat me formimin e trekëndësheve, zgjatimet e ndryshme, incizionet e lirimit etj^{9,12,13,14,15,16,17,18,19}.

William Rose në 1891, përshkruan teknikën e mbylljes në vijë të drejtë të një defekti të buzës; kjo teknikë është përdorur gjerësisht në Shërbimin tonë të kirurgjisë OMF për trajtimin e defekteve të lindura unilaterale të buzës deri në fundin e viteve '90.

Më pas, përshkruhen në literaturë teknikat gjeometrike të korrigjimit të defekteve. Me teknikë gjeometrike kuptohet ajo teknikë rezultati final i së cilës, përfshin një ndërprerje zig-zage të pjesës vertikale të filtrumit.

Gjatë viteve 1950, Asensio, një kirurg maksilofacial nga Guatemala, përpilon dhe zbaton një teknikë të re rrotullimi të filtrumit për korrigjimin e defekteve të buzës; kjo nuk publikohet për disa vite^{20,21}.

Në mesin e viteve 1950, Dr. Ralf Millard nga Miami, përshkruan për herë të parë korrigjimin e defekteve të lindura të buzës nëpërmjet **lembove me rrotullim-avancim**; konceptet e tij ndryshuan mënyrën e trajtimit të këtyre defekteve përgjithnjë^{22,23}.

Millardi ka meritën më të madhe në revolucionarizimin e mënyrës së korrigjimit të defekteve të lindura të buzës; kudo në botë sot, çdo kirurg maksilofacial ose plastik, përdor teknikën e tij, ose ndonjë variant shumë të përafërt të saj.

Tennison më 1952 dhe më pas Randall më 1959, aplikuan gjerësisht teknikën e trekëndshave në korrigjimin e defekteve të buzës me disa modifikime të tyre.

Më 1958, Farina realizon riparimin në një seancë të vetme të defektit të buzës, procesit alveolar dhe të qiellzës²⁴.

Merita më e madhe në përpilimin e koncepteve dhe të protokolleve që kanë të bëjnë me **trajtimin multidisiplinar** të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, i takon Robert Ivy, i cili ishte një dentist me specializim në kirurgji oro-maksilofaciale dhe më pas në kirurgji plastike²⁵.

Në vitet 1950, Schmid aplikoi i pari teknikën e **bone graftit** primar në defektet e maksilës i cili ishte monoblok dhe rezultoi i pasuksesshëm në një pjesë të mirë të rasteve të trajtuara prej tij²⁶.

Në fillimin e viteve 1970, kirurgët Boyne dhe Sands aplikuan për herë të parë graftimin e defekteve të maksilës me kockë autologe spongioze dhe në moshën e denticionit të përzierë; rezultatet ishin shumë të kënaqshme dhe, megjithë ngurrimin fillestar, kirurgët dhe specialistët në mbarë botën e përqafuan këtë teknikë e cila edhe sot mbetet baza e trajtimit protokollar të këtyre defekteve^{27,28}. Sot ka studime ende në stad eksperimental për aplikimin e inxhinierisë indore në graftimin e procesit alveolar.

Kirurgjia ortognatike në kuadrin e korrigjimit të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, ka qenë objekt diskutimi për një kohë të gjatë. Në vitet 1970, Bell kryente osteotomi maksilare Le Fort I si pjesë e protokollit të trajtimit të këtyre defekteve.

Dy nga nxënësit e tij, Fonseca dhe Turvey, perfeksionuan më tej këto teknika gjatë viteve në vazhdim.

Aktualisht në botë ka dy qendra të mëdha për trajtimin e defekteve të lindura:

- Eurocleft me rreth 201 ekipe në përbërje të tij dhe
- Americlefti

Në vendin tonë:

egziston një ekpëriencë mbi 4 dekadash në trajtimin e këtyre defekteve.²⁹

Përpara viteve 70-të, defektet e lindura të buzës dhe qiellzës, janë trajtuar nga mjekët ORL dhe kirurgët e përgjithshëm. Arriheshin rezultate të mira në korrigjimin e buzës, por trajtimi i qiellzës linte për të dëshiruar. Pas vitit 1970, me lindjen e Shërbimit të KOMF, trajtimi i këtyre defekteve filloi të bëhet mbi baza shkencore.

Në Shqipëri, vlerësohet se prevalenca e fëmijve me defekt është rreth 1:1000 lindje (bazuar në një studim të bërë në Spitalin Obsetrik Gjinekologjik, Tiranë).

1975-1999:

Prof. Dhori Pojani ishte i pari që filloi të trajtonte këto defekte; mosha e operimit të fëmijëve ishte rreth 1-3 vjec. Korrigjimi i defektit të buzës bëhej duke freskuar buzët e defektit dhe suturuar në 3 shtresa (Rose flap), nën anestezi lokale. Në defektet e mëdha rezultonte shpesh një asimetri e nareseve, devijim i theksuar i kolumellës, tërheqje e majës së hundës si edhe një buzë e shkurtër dhe me lëvizshmëri të kufizuar. Komplikacionet më të shpeshta në plastikën e palatumit ishin fistulat oro-nazale, inkontinenca velo-faringeale, vështirësi në të folur, zhvillim anormal të maksilës (hypognati) dhe deformim të dhëmbëve.

Pjesë e stafit të mjekëve të Shërbimit që kanë dhënë kontributin e tyre në trajtimin e këtyre patologjive kanë qënë: Prof.Samedin Gjini, Prof.As.Gafur Shtino.

1999 dhe në vazhdim:

Mosha e korrigjimit të defekteve të lindura të buzës u bë 3-6 muajsh dhe, për qiellzën 1-2 vjeç. Teknikat e perdorura për korrigjimin e defekteve të buzëve janë kryesisht teknikat me rrotullim-avancim: Tennyson, Millard, Black, ndërsa për qiellzën, von Langenbeck, etj... Fillon gjithashtu të aplikohet graftimi i defekteve të procesit alveolar nëpërmjet kockës së marrë nga crista iliaca.

Kirurgjia ortognatike gjithashtu pëson një transformim cilësor pasi, anomalitë e nofullave fillojnë të trajtohen sipas protokolleve bashkëkohore: aplikohen osteotomitë Le Fort I dhe BSSO Obwegesser-Dal Pont.

Gjatë kësaj periudhe, Prof.Ramazan Isufit i takon një meritë e veçantë pasi diti të aplikojë dhe të ndërthurë protokollet dhe eksperiencën ndërkombëtare në menaxhimin dhe trajtimin e këtyre defekteve, me eksperiencën e Shërbimit tonë.

Prof. Richard Topazian nga Shtetet e Bashkuara, kryen për herë të parë një korrigjim defekti të buzës duke aplikuar teknikën Millard në vitin 2001.

Ekipe mjekësh specialistë nga Universitete të ndryshme vijnë dhe shkëmbejnë eksperiencën e tyre me ekipin tonë, si p.sh: Prof.Jack McCann dhe Dr.Patrick McCann nga Gallway Irlandë, Prof. Uwe Eckelt, Prof. Gunther Lauer, Dr.Mathias Schneider, Dr.Minnie Pradel, Dr.Henry Leonhard nga UniKlinikum "Karl Gustav Karus", Dresden Gjermani, Prof.Branko Vasilievski nga Shkupi Maqedoni, etj...

Modifikimi dhe përmirsimi i teknikave operatore dha si rezultat final: buzë më të plota, me lëvizshmëri të mirë dhe nares më simetrike.

Rastet me fistula në qiellzë u ulën gjithashtu.

Ka rezultate të përmirësuara në të folur dhe të ushqyer, si edhe arrihet ruajtja e një zhvillimitë mirë maksilar duke vazhduar trajtimin me aparate ortodontike.

Sipas një studimi të vitit 2013, defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës përbëjnë rreth 11% të të gjithë nozologjive kirurgjikale të trajtuara pranë Shërbimit të Kirurgjisë Oro Maksilofaciale të QSUT.¹³⁹

Aktualisht po punohet për të ngritur ekipin multidisiplinor të defekteve të lindura oro-faciale në shkallë vendi.

Embriologjia e buzës dhe e qiellzës

Në mënyrë që kirurgu të kuptojë sa më mirë objektivat e korigjimit të defekteve të lindura nga pikpamja anatomike e tyre, është shumë e rëndësishme të njihet mirë pikërisht me dështimin e fuzionit ose shkrirjes së prominencave të ndryshme gjatë procesit të embriogjenezës në jetën intrauterine; është ky proces shkrirjeje i cili mundëson krijimin e vazhdimesisë ose kontinuitetit të buzës, procesit alveolar dhe të qiellzës dhe që, në rastin e defekteve të lindura, është ndërprerë.

Jeta intrauterine ose prenatale ndahet në : **periudhën embrionike**, e cila përbëhet nga 8 javët e para të shtatzanisë dhe, në **periudhën fetale** e cila përfshin periudhën nga java e 9-të intrauterine deri në lindje. Periudha embrionike është veçanërisht e rëndësishme sepse gjatë kësaj periudhe ndodh formimi i sistemeve të organeve; po ashtu, edhe anomalitë e lindura formohen gjatë kësaj periudhe. Gjatë periudhës fetale të jetës intrauterine nga ana tjetër, kemi rritje të vrullshme dhe maturim të indeve dhe organeve të ndryshme. Anomalitë ndodhin atëherë kur procesi normal i zhvillimit të komponentëve të ndryshëm, turbullohet ose ndërpritet.

Buza e sipërme dhe palatumi primar formohen rreth javës 6-të të periudhës intrauterine si një ndarëse midis kavitetit nazal dhe atij oral. Palatumi primar formohet nga shkrirja e prominenciave mediane nazale bilaterale. Kjo shkrirje formon edhe buzën e sipërme (pjesën meziale), pjesën meziale të procesit alveolar sëbashku me centralin dhe lateralin, si edhe pjesën anteriore të palatumit (përpara foramenit inciziv). Zhvillimi i palatumit primar ndryshon nga zhvillimi i palatumit sekondar i cili lokalizohet pas foramenit inciziv.

Proceset mediane nazale, gjatë javës së 6-tëshkrihen duke formuar premaksilën, filtrumin, kolumelën dhe majën e hundës, ndërsa pjesa laterale e buzës, zygoma, faqet, formohen nga shkrirja e proceseve maksilare bilaterale. Buza e sipërme pra, formohet si nga proceset nazale, ashtu edhe nga ata maksilare.

Megjithëse prominencat nazale laterale nuk marrin pjesë drejtpërdrejt në formimin e buzës së sipërme, është pikërisht mungesa e fuzionimit fillestar të tyre me prominencat nazale meziale që shkakton defektin e plotë të buzës së sipërme me shtrirje nga buza deri në nares³⁰.

Palatumi sekondar fillon të zhvillohet rreth javës së 8-të intrauterine, pasi të jetë formuar palatumi primar. Proceset maksilare migrojnë mezialisht dhe inferiorisht. Fillimisht midis tyre ndodhet gjuha e cila si rezultat i zhvillimit të mandibulës, spostohet përpara duke lënë vend të mjaftueshëm që gjysmat palatinale të mund të bashkohen përgjatë linjës mediane. Në rast se mandibula nuk zhvillohet normalisht, atëherë këto dy gjysma palatinale nuk do të kontaktonin me njëra-tjetrën; si pasojë nuk do të ndodhte shkrirja e tyre por do të formohej defekti palatinal.

Kronologjia normale e formimit të palatumit fillon atëherë kur pjesët palatinale takohen me septumin nazal dhe vazhdon sipas drejtimit antero-posterior. Mbyllja palatinale fillon në foramenin inciziv rreth javës së 8-të dhe vazhdon drejt uvulës e cila formohet rreth javës së 12-të. Fuzionimi realizohet atëherë kur ndodh procesi i apoptozës në buzët e pllakave. Ektoderma shpërbëhet dhe mezenkima shkrihet duke bërë bashkimin e pllakave palatinale. Menjëherë pas kësaj, palatumi primar shkrihet dhe bashkohet me palatumin sekondar. (Fig.1 dhe 2).

Forma e defektit të qiellzës është tregues për etiologjinë e tij. Defektet në formë V-je janë pasojë e indit të pamjaftueshëm për të plotësuar fuzionimin, ndërsa ato në formë U-je, janë

pasojë e mikrognatisë dhe e glosptozës. Shembulli që e ilustron këtë është rasti i sindromit Pierre Robin: mikrognati, makroglosi relative dhe defekt palatinal me një palatum në formën e shkronjës U. Gjuha këtu, projektohet midis pllakave duke penguar fuzionimin³¹.

Defektet pra, mund të jenë të ndryshëm si p.sh: uvula bifida, defekt submukozal i palatum mollae, defekt i plotë i palatumit; mund të jenë uni ose bilateral. Lloji i defektit do të varet nga:

- momenti se kur është ndërprerë procesi i fuzionimit ose i shkrirjes si edhe
- nga intensiteti i veprimit të faktorit shkaktar³².

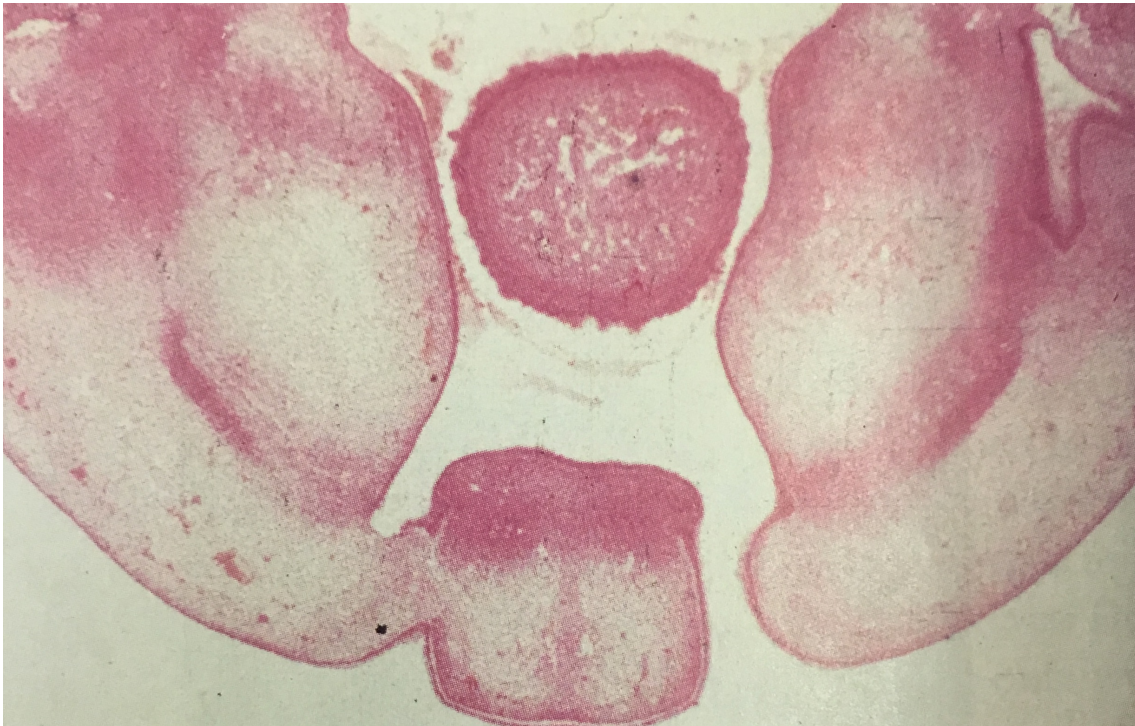


Fig 1. Në prerje horizontale të buzës në stad embrional vërehet defekti në njërën anë dhe shkrirja në anën tjetër.

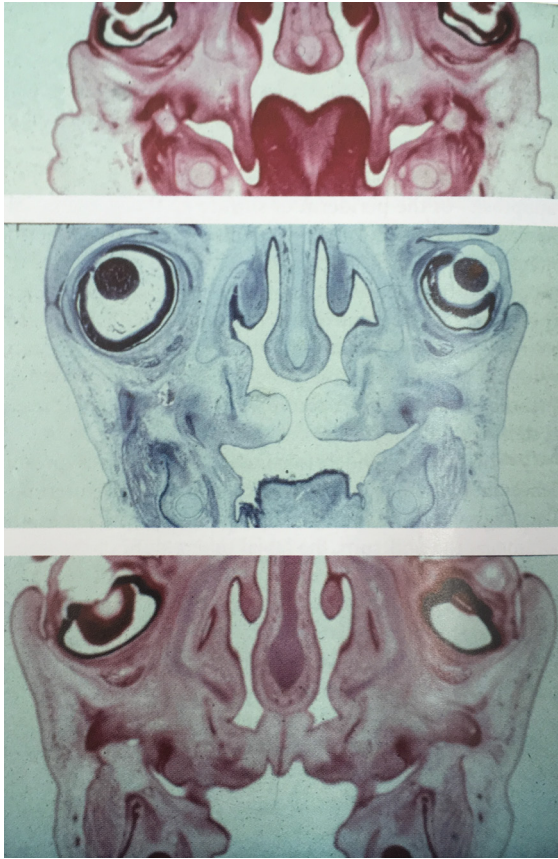


Fig. 2: Prerje koronale të embrionit në javët: 7.5, 8 dhe 9 ku shihet qartë ngritja dhe shkrija e gjysmave palatinale.

Etiologjia e defekteve të buzës dhe të qiellzës

Vetëm një pjesë e vogël e defekteve ka etiologji të njohur^{2,33,34}. Megjithëse trashëgimia sot konsiderohet si faktori riskant më i rëndësishëm në etiologjinë e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, këto defekte sot nuk konsiderohen si mono-gjenetike; origjina e tyre është **multifaktoriale** dhe faktorët të cilët ndikojnë në formimin e tyre, janë të shumtë.

Përsa i përket **faktorit të trashëgimisë**, në literaturën botërore ka raste të publikuara prej mbi 200 vjetësh. Rasti i parë i një familjeje me disa anëtarë të prekur nga këto defekte i publikuar, daton më 1757³⁵.

Po ashtu, Charles Darwin vë në pah një botim të autorit Sproule i cili evidentonte: “transmetimin e buzës së lepurit dhe të qiellzës së çarë” në familjen e këtij të fundit^{36, 37}.

Sot, teoria Mendeliane e trashëgimisë, është vërtetuar dhe ka sjellë lulëzimin e shkencës së gjenetikës. Kohët e fundit janë veçuar disa gene si të përfshirë në etiologjinë e defekteve; këta janë: MSX, LHX dhe DLX^{38,39}. Teoritë bashkëkohore vendosin theksin në ndërthurjen e disa faktorëve të cilët sëbashku, bëjnë që procesi i shkrijës së pllakave të dështojë^{40,41}.

Pjesa më e madhe e fëmijëve të lindur me defekte unilaterale të buzës dhe të qiellzës, paraqesin defekte të izoluara (jo sindromike ose te zakonshme)^{42,43,44}.

Krahasimisht, një pjesë shumë më e madhe e fëmijëve të lindur me defekte të izoluara të palatumit, paraqiten si pjesë e një sindromi ose anomalie shoqëruese^{40, 42}. Është e rëndësishme të bëhet dallimi midis **defekteve sindromike** dhe atyre të izoluara pasi kjo do të ndihmojë në menaxhimin klinik dhe kirurgjikal të pacientëve si edhe vlerësimin e riskut familjar përsa i përket shtazanive të tjera.

Megjithëse defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës njihen si pjesë e fenotipit të rreth 300 sindromave të ndryshëm, pjesa më e madhe e tyre janë me natyrë të izoluar ose jo sindromike (rreth 75% e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës dhe rreth 50% e defekteve të lindura të qiellzës)². Këto defekte mund të jenë pjesë e sindromave Mendeliane, pjesë e një fenotipi të caktuar si pasojë e një anomalie kromozomale (trizomitë 13,18, 21), ose si pasojë e ekspozimit në periudhën prenatale ndaj teratogjenëve ose faktorëve të ndryshëm mjedisorë.

Vitet e fundit, shkencë ka bërë shumë përparime në drejtim të zbulimit gjenetik të këtyre anomalive. Pikë referimi është database OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) me ëbsite: www.ncbi.nlm.nih.gov ku mund të gjendet edhe katalogu i këtyre anomalive. Kjo database, liston 174 ç'rregullime Mendeliane të shoqëruara me defekte të lindura të buzës dhe të qiellzës, si edhe 312 me defekte të lindura të qiellzës².

London Dysmorphology Database, nga ana tjetër, përfshin edhe ç'rregullime jo gjenetike. Këtu rradhiten 205 ç'rregullime të shoqëruara me defekte të lindura të buzës dhe të qiellzës si edhe 441 ç'rregullime të shoqëruara me defekte të lindura të qiellzës^{2,45}.

Disa nga sindromat më të shpeshta janë: Stickler, Apert, Pierre Robin, Treacher-Collins, Van der Woude dhe DiGeorge. Kjo e bën të detyrueshme konsultën e hershme me oftalmologun pediatër, pasi në rastin e një defekti të izoluar të palatumit në kuadrin e sindromit Stickler p.sh, kjo konsultë mund të evidentojë një shkollitje të mundshme të retinës e cila, në rast se nuk menaxhohet herët, mund të sjellë si pasojë edhe verbimin.

Mundësitë e **përsëritjes së defekteve** brenda të njëjtës familje, varen nga disa faktorë, si p.sh: historia familjare, shkalla e defektit, seksi, grada e lidhjes së gjakut me individin e prekur si edhe nga lloji i sindromit. Parashikimi i përsëritjes kërkon një analizë të pemës familjare si edhe një analizë gjenetike, kompetenca këto të specialistëve gjenetistë. Në një familje me një individ të lindur me defekt unilateral të buzës/qiellzës, pa histori familjare, mundësitë e lindjes së një fëmije tjetër me defekt, janë 2-4%. Mundësitë rriten në rast se ka histori familjare ose kur defekti është bilateral^{46,47}.

Vitet e fundit, me përparimet e kryera në fushën e gjenetikës, është arritur të kuptohet se mutacionet në genin IRF-6 (interferon regulatory factor), janë përgjegjës në një shkallë të lartë në etiologjinë e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës.

Evidentimi i mutacioneve të IRF-6, rrit mundësinë e lindjes së një fëmije me defekt nga 2-4% në 50% sipas studimeve të fundit⁴⁸.

Faktorë të tjerë të riskut:

- **Përdorimi i duhanit:** risku për të patur defekt të lindur oro-facial, rritet ndjeshëm në rast se nëna është konsumatore e duhanit⁴⁹.

Nga rreth 24 studime të ndryshme rezulton se, nënat që konsumojnë duhan gjatë shtatzanisë, kanë një risk rreth 1.3 herë më të lartë për të lindur fëmijë me defekte sesa nënat që nuk konsumojnë duhan. Kjo varet edhe nga numri i cigareve të konsumuara në ditë⁵⁰.

- **Sëmundje të nënës:** si p.sh: në rast se nëna vuan nga Diabeti Mellitus, (sidomos DM i pakontrolluar), risku për të sjellë në jetë fëmijë më defekt llogaritet të jetë 2.7 herë më i lartë sesa nënat të cilat nuk janë të prekura nga kjo sëmundje⁵¹.

Të tjera janë: turbullimet ose krizat e panikut, gripi, të ftohurit, herpesi oro-facial, gastroenteriti, sinuziti, bronkiti dhe angina pectoris, si edhe sëmundje të ndryshme si p.sh: rubeola, sifilizi etj.

- **Medikamentet e ndryshme që përdor nëna** si p.sh: Izotretinoina që përdoret në trajtimin e akneve cistike dhe Acitrecina që përdoret në trajtimin e psoriazës^{52,53}.

Antikonvulsantët: nënat që vuajnë nga epilepsia, paraqesin risk të shtuar për të lindur fëmijë me defekte. Këtu futen: carbamazepina, fenitoina, acidi valporik, fenobarbitali^{54,55}.

Benzodiazepinat: nënat që përdorin këto medikamente kanë një risk të shtuar me 1.8 herë për të lindur fëmijë me defekt, në krahasim me nënat që nuk i përdorin këto⁵⁶.

Kortikosteroidet: disa studime kanë provuar se marrja me rrugë sistemike e kortikosteroidëve, por edhe me rrugë jo sistemike të tyre, shoqërohet me risk të shtuar rreth 4.3 herë për të patur një defekt të lindur në fëmijën⁵⁷.

- **Alkooli:** konsumimi i sasive të shtuara të alkoolit nga nëna gjatë shtatzanisë (sindromi i alkoolit fetal), bart me vete një risk të shtuar për të takon defekteve të lindura, megjithatë, rezultatet e studimeve të deritanishme, janë ende të paqëndrueshme.
- **Obeziteti i nënës:** llogaritet me (Body Mass Index) dhe është më i madh se 29kg/m². Nënat obeze, paraqesin një risk rreth 1.3 herë më të lartë për të patur fëmijë me defekte orofaciale⁵⁸.
- **Stresi:** i provokuar nga ngjarje të rënda si p.sh: lajmi i një vdekjeje të një personi të dashur, sëmundjeje etj... janë lidhur me lindjen e fëmijëve me defekte⁵⁹.
- **Të tjera:** si mosha e prindit femër edhe atij mashkull, numri i shtatzanive etj... por, përsëri edhe këtu, të dhënat dhe rezultatet e studimeve janë të paqëndrueshme.
- **Faktorë nutricionalë:** Acidi folik i marrë nga femra gjatë periudhës perikonceptuale, është provuar të ketë efekt pozitiv në parandalimin e defekteve të tubave neuralë; përse i takon rolit të tij në *parandalimin* e defekteve të lindura oro-faciale, nuk ka ende

studime bindëse. Një studim nga National Birth Defects Prevention Network, sygjeron se prevalenca e defekteve të lindura të qiellzës pas marrjes së acidit folik nëpërmjet ushqimit nga nëna, reduktohet me rreth 12%⁶⁰.

Vitamina A e marrë në doza të larta nëpërmjet suplementeve të ndryshme (≥ 25000 UI/ditë), është veçuar si shkaktare e disa anomalive të lindura, midis tyre edhe e defekteve oro-faciale⁶¹.

- **Ekspozimi ndaj substancave toksike të ndryshme në punë:** bojrat dhe pigmentet e ndryshme, insekticidet, propilen-glikoli, përzjeret e solventeve të ndryshëm, plehrat dhe mbetjet industriale.

Megjithatë nuk ka prova dhe studime të mjaftueshme për të mbështetur sa më lart.

- **Klorizimi i ujit të pijshëm:** materiet organike të ujit të pijshëm, kur përzihen me klorin, formojnë substanca si kloroformi. Është vërtetuar se marrja e këtyre substancave gjatë shtatzanisë, rrit riskun e dekteve të lindura të traktit urinar; përse i takon defekteve të lindura oro-faciale, rezultatet në këtë rast kanë qenë jo të plota⁶².

Klasifikimi i defekteve të buzës dhe të qiellzës

Defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës janë tepër heterogjene me një etiologji komplekse dhe multifaktoriale, ç'ka e bën edhe klasifikimin e tyre jo të lehtë^{2,5,31,32,63,64,65,66}. Zhvillimi embriologjik i buzës dhe i qiellzës shërben si një mekanizëm natyral për klasifikimin e defekteve.

Defektet e buzës:

1. **Defekti mikroform i buzës:** kur ka dehiscencë të m.orbikularis oris por, epiderma është e ruajtur
2. **Defekti i inkomplet unilateral i buzës:** kur defekti përfshin lëkurën, muskulin dhe mukozën por, nuk shtrihet në të gjithë gjatësinë e buzës (naresi është i ruajtur)
3. **Defekti i komplet unilateral i buzës:** kur përfshihet e gjithë buza (lëkura, muskuli dhe mukoza si edhe baza e hundës). Këto defekte pothuajse gjithnjë shoqërohen me defekte të procesit alveolar
4. **Defekti i inkomplet bilateral i buzës:** zakonisht ruhet vazhdimësia e procesit alveolar dhe mund të ketë pak ose aspak avancim të premaksilës
5. **Defekti i komplet bilateral i buzës:** këtu premaksila është totalisht e avancuar dhe nuk ruan lidhjet me dy maksilat dhe shpesh herë nuk është simetrike.
6. **Defekti unilateral ose bilaterali i buzës i kombinuar me defekt të procesit alveolar (cheilognathoschisis):** më shpesh haset në defekte komplete bilaterale të buzës (Fig)



Fig. 3: Përmbdhje e disa rasteve defektesh te buzës

- A. Defekt mikroform B. Defekt i vogël C. Defekt inkomplet dhe D. Defekt komplet (raste të literaturës)

Defektet e qiellzës:

1. **Uvula bifida:** përbën defektin më të vogël të palatumit sekondar; bashkimi në këtë rast, nuk ka ndodhur vetëm në nivelin e uvulës
2. **Defekti submukoz i palatum mollae:** kur ka dehiscencë të muskujve palatinalë por mukozja është e ruajtur
3. **Defekti inkomplet i palatumit:** kur kemi defekt vetëm të palatum mollae dhe uvulës
4. **Defekt komplet i palatumit:** defekti përfshin të gjithë palatumin (durum dhe mollae)
5. **Defekti komplet i buzës, procesit alveolar dhe i palatumit unilateral (cheilognathopalatoschisis unilateral)**
6. **Defekti komplet i buzës, procesit alveolar dhe i palatumit bilateral (cheilognathopalatoschisis bilateral):** zakonisht vomeri dhe premaksila janë të shkëputura nga dy gjysmat palatinalë (Fig 4).

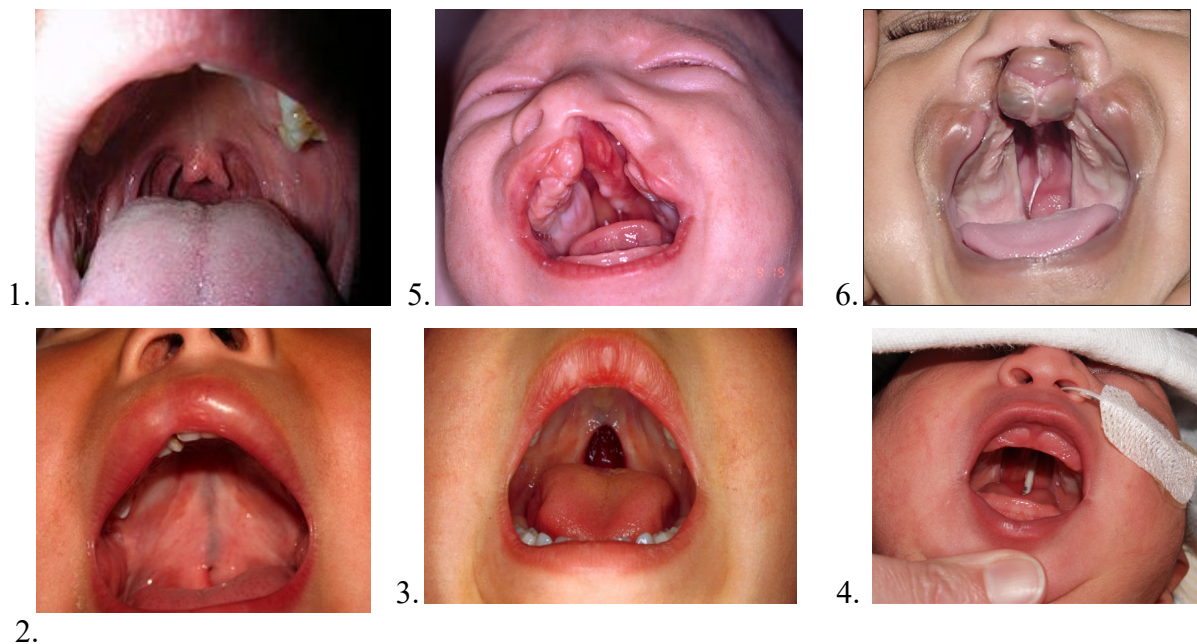


Fig. 4: Defekte të ndryshme të qiellzës (raste të literaturës)

Në Shërbimin tonë të KOMF, ky klasifikim është përdorur prej dekadash, pasi: kombinon eksperiencën e shkollës tonë me atë të shumë shkollave të njohura botërore, i rradhit defektet në mënyrë të kuptueshme dhe jo të komplikuar për t'i ardhur në ndihmë si kolegëve kirurgë, ashtu edhe studentëve gjatë procesit mësimor.

Nga ana tjetër, ky klasifikim ka kufizimet e veta pasi: (1) nuk shpjegon etiopatogjenezën e defekteve, (2) nuk përfshin spektrin e gjerë të problemeve dhe anomalive të tjera të cilat shpesh herë shoqërojnë defektet dhe (3) nuk jep asnjë të dhënë mbi mundësitë e përsëritjes së tyre.

Klasifikimi i Veau 1931 për defektet e buzës dhe të qiellzës:

1. Klasa e I-rë e Veau: defekt i izoluar në qiellzën e butë
2. Klasa e II-të e Veau: defekt i izoluar në qiellzën e fortë dhe të butë
3. Klasa e III-të e Veau: defekt i plotë unilateral i buzës dhe i qiellzës
4. Klasa e IV-te Veau: defekt i plotë bilateral i buzës dhe i qiellzës⁶⁷

Defektet më të rënda, klasifikohen sipas sistemit orbito-centrik të hartuar nga Tessier⁶⁸ (Fig 5).

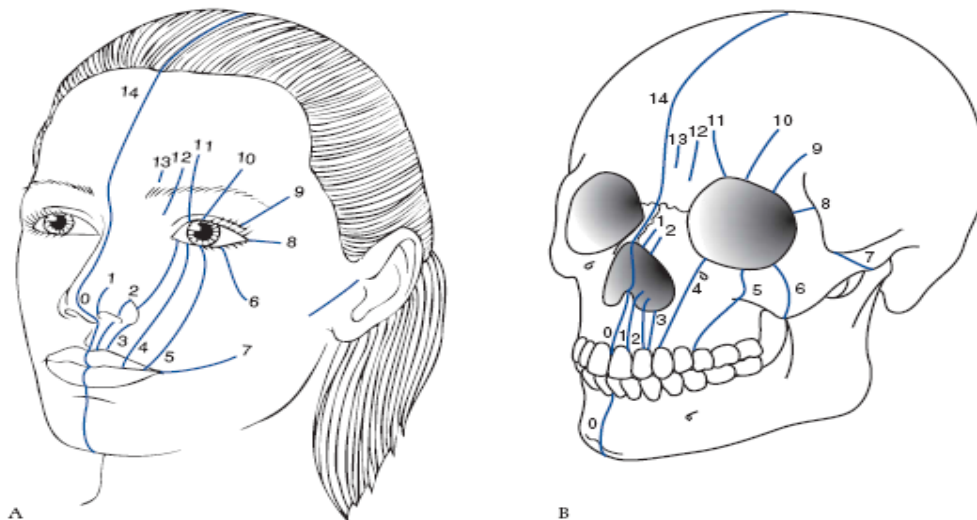


Fig. 5: Sistemi orbito-centrik i defekteve hartuar nga Paul Tessier.

Klasifikimet e përshkruara më lart, janë bazuar në aspektin anatomik dhe morfologjik të defekteve; këto klasifikime kanë vlerë të madhe si në planin klinik, ashtu edhe në planin praktik kirurgjikal.

Asnjë nga sistemet e ndryshme të klasifikimit që qarkullojnë sot në botë, nuk është perfekt; një sistem perfekt, teorikisht do të duhej të: kombinonte informacionin mbi morfologjinë, patogjenezën dhe etiologjinë e defekteve dhe në të njëjtën kohë, të plotësonte si nevojat klinike, ashtu edhe ato kërkimore të studiuesve.

Një sistem i tillë, ende nuk është hartuar.

Defektet e lindura oro-faciale, duhen konsideruar si një simptomë e ndërprerjes së procesit të embriogjenezës dhe jo thjesht si një kategori anatomike⁶⁹.

Diagnoza prenatale me anë të ekografisë

Me aplikimin e ekzaminimit imazherik ekografik 3D gjerësisht sot në botë, është rritur në mënyrë të konsiderueshme numri i defekteve orofaciale të diagnostikuara gjatë jetës intrauterine (rreth javës së 20-të të shtatzanisë)⁷⁰ (Fig. 6).

Ka autorë që përshkruajnë diagnostikimin e defekteve të buzës me eko në javën e 16-të^{71,72,73}.

Numri i rasteve të diagnostikuara me anë të ekografisë 3D është në mënyrë të konsiderueshme më i lartë sesa numri i fëmijëve të lindur me defekte sepse, shpesh herë defektet oro-faciale shoqërohen me defekte ose anomali të tjera të cilat shpesh në ndërprerjen e parakohshme të shtatzanisë, pasi këto anomali mund të jenë të papajtueshme me jetën⁷⁴.

Rasti i parë i një defekti të buzës dhe të qiellzës i diagnostikuar nëpërmjet ekografisë, raportohet nga Christ dhe Meininger në 1981⁷⁵.

Me anë të ekografisë 2D, rezultatet e diagnostikimit të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, ndryshojnë ndjeshëm në publikimet dhe studimet e ndryshme. Këto rezultate variojnë nga 9%-50% saktësi në diagnozë, ç'ka flet për një numër të lartë rastesh të cilat nuk diagnostikohen.

Me anë të ekografisë 3D, në qendrat terciare dhe në pacientë me risk të lartë, përqindja e saktësisë së diagnostikimit është 60%-90%. Përjashtim këtu bëjnë rastet me defekt të qiellzës. Kjo përqindje e lartë suksesi në diagnostikim i dedikohet faktit se, nga njëra anë kemi pacientë me risk të lartë dhe, nga ana tjetër, mjekët specialistë në këto qendra, kanë më shumë ekperiencë pune në këtë drejtim. Autorë si Tonni et al. sjellin rezultate suksesi në diagnostikim deri në 100%⁷⁶.

Anomali oro-faciale janë diagnostikuar në masën 20%-30% kur janë përdorur vetëm një ose dy plane; kjo përqindje rritet në 90% kur përdoren të tre planet (aksial, koronal dhe sagital). Defektet e palatumit kërkojnë prerje aksiale dhe sagitale si edhe përvojë të konsiderueshme nga ana e mjekut imazherist.

Përmirësimi i teknikave të ekografisë si edhe krijimi i eksperiencës së nevojshme nga ana e mjekëve imazheristë, ka sjellë një rritje të ndjeshme të përqindjes së suksesit në diagnozën intrauterine të këtyre defekteve^{77,78}.

Si përfundim mund të thuhet që, eko transabdominale është një mjet shumë efikas në diagnozën e hershme të defekteve oro-faciale. Me përjashtim të defekteve të izoluar të qiellzës, përqindja e saktësisë në diagnozë është e lartë. Megjithatë, duhet të kemi parasysh që me përmirësimin e teknikave dhe të teknologjisë, si edhe me aplikimin e MRI për rastet e dyshimta, rezultatet priten të jenë më inkurajuese në kohët e ardhshme.



Fig 6. Pamje në echo 3D e një defekti unilateral të buzës.

CT skaneri në ndihmë të diagnozës

Pas lindjes, me anë të CT skanerit mund të përcaktohen përmasat e defektit dhe strukturat anatomike të përfshira në të. Kjo orienton më mirë kirurgun në përcaktimin e shtrirjes së defektit si edhe ndihmon atë në përpilimin e një strategjie të saktë trajtimi²⁴.

Zgjedhja e kohës për korrigjimin e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës.

Marrja e vendimit nga ana e ekipit mjekësor për trajtimin e defekteve, megjithë përparimet në fushën e trajtimit të tyre, mbetet ende objekt diskutimi dhe polemikash midis shkollave dhe specialistëve të ndryshëm. Ky vendim varet nga një sërë faktorësh; këtu përfshihen: rritja e fytyrës, zhvillimi i të folurit, impakti psiko-social, si edhe aftësia për të përballuar anestezinë e përgjithshme dhe ndërhyrjen kirurgjikale.

Në asnjë fushë tjetër të kirurgjisë nuk duket më qartë ndikimi që ka kirurgjia në procesin e rritjes së fëmijës. Njohja e mirë e pikërisht këtij procesi rritjeje është e domosdoshme në planifikimin e trajtimit përfundimtar⁷⁹. Duke qenë se ka filozofi dhe mendime të ndryshme përsa i përket ndikimit të kirurgjisë në rrijen e fëmijës, kuptohet që nuk egziston një protokoll i unifikuar trajtimi; qendra të ndryshme kanë protokolle të ndryshme.

Historikisht, është preferuar që fëmijët të operohen në momentin kur plotësohet *rregulli i 10-tave*:

- **Mosha** jo më pak se 10 javë
- **Hemoglobina** jo më pak se 10 dL/mg
- **Pesha** jo më pak se 10 pounds (4.53 kg)^{80,81}
- **Leucocitet** jo më shumë se 10.000(mcL)

Kohët e ndërhyrjes në Shërbimin tonë të KOMF QSUT:

- Defektet e buzës në 3-6 muaj
- Defektet e qiellzës në 12-18 muaj
- Faringoplastika në 4-6 vjeç
- Graftimi i procesit alveolar në 9-11 vjeç
- Plastika e hundës 18-20 vjeç
- Kirurgjia ortognatike në >16 vjeç.

Përsa i takon rindërtimit të buzës, ne preferojmë të presim deri në moshën 10-12 javë pasi, normalisht brenda kësaj kohe mund të evidentohen defekte të tjera të cilat mund të jenë shoqëruese të defektit oro-facial si p.sh : të sistemit kardiak ose traktit urinar. Po ashtu edhe nga pikpamja kirurgjikale është më e favorshme të operohet atëherë kur strukturat anatomike të jenë më masive sepse edhe orientimi do të jetë më pak i vështirë për kirurgun.

Në botë, janë bërë përpjekje për të operuar menjëherë pas lindjes me shpresën për të patur një "rritje fetale" të fytyrës por, për fat të keq këto tentativa kanë rezultuar të pasuksesshme pasi në një masë të konsiderueshme janë shoqëruar nga cikatrice massive⁸².

Defektet e qiellzës trajtohen duke patur parasysh balancën që duhet të egzistojë midis nevojës për të patur një qiellzë të formuar mirë në mënyrë që fëmija të mund të fillojë të flasë normalisht dhe, ndërhyrjes kirurgjikale dhe efektit që ka kjo e fundit në procesin e rritjes së nofullës. Pas moshës 9 muajshe është koha më e mirë për korrigjimin e defekteve të qiellzës pasi, nga njëra anë, kirurgjia përpara kësaj moshe shoqërohet shpesh me hypoplazi të theksuar të maksilës dhe, nga ana tjetër, nuk ka prova shkencore të mjaftueshme që të mbështesin përfitimet e ndërhyrjes korrigjuese përpara kësaj moshe^{83,84,85}.

Statistikisht, rreth 20% e rasteve të operuara paraqesin probleme me mbylljen velo-faringeale (insuficiencë velo-faringeale ose IVF); kjo nga ana e saj është shkak i të folurit hundor⁸⁶. Këto raste konstatohen rreth moshës 3-5 vjeçare në bashkëpunim me një specialist logoped dhe, në rast se konstatohet një parregullsi anatomike në bazë të problemit, atëherë planifikohet kirurgjia (faringoplastika) e cila synon që nëpërmjet lembos faringeale të reduktojë sasinë e ajrit i cili kalon drejt hundës.

Rreth 75% e fëmijëve me anomali oro-faciale, paraqesin defekte të procesit alveolar dhe të maksilës^{87,88,89}. Këto defekte korrigjohen nëpërmjet procedurave të graftimit me grafte autologe nga crista iliaca në periudhën e denticionit të përzierë (në kohën kur dhëmbi kanin të ketë 2/3 e rrënjës të formuar) dhe jo sipas ndonjë rregulli kronologjik të moshës.

Kjo për arsye se ndërhyrjet në moshë më të hershme, janë shoqëruar me një numër të lartë rastesh kufizimi të theksuar zhvillimi të maksilës të cilat do të kërkojnë ndërhyrje të tipit të kirurgjisë ortognatike më vonë në jetë^{90,91}. Janë provuar në vite materiale graftimi nga calvaria, brinja, fibula etj...por, asnjë nga këto nuk ka patur ecurinë positive klinike si kocka e marrë nga crista iliaca^{92,93,94}.

Kirurgjia ortognatike planifikohet në bashkëpunim të ngushtë me specialistin ortodont, përpara, gjatë dhe pas operacionit. Si rregull, kjo kirurgji aplikohet rreth moshës 16-18 vjeçare në varësi të karakteristikave të rritjes individuale të pacientit; vetëm rastet me anomali të

theksuara të nofullave (hipoplazi e theksuar e maksilës) mund të planifikohen mëherët, duke patur parasysh që ndërhyrje të tjera korrigjuese të nofullave mund të jenë të nevojshme në të ardhmen^{90,95,96}.

Përsa i takon procedurave të tjera të kirurgjisë sekondare, koha më e përshtatshme është pasi të ketë përfunduar pjesa më e madhe e rritjes; për buzën, moshë e mirë korrigjimi është moshë 5 vjeçare (ose përpara shkollës). Për hundën, koha pas kirurgjisë ortognatike është koha e preferuar korrigjimit.

Aplikimi i aparateve të jashtme me qëllim ushtrimin e presionit mbi premaksilë në mënyrë që të retropozicionohet në një pozicion afër normës kjo e fundit, duke siguruar minimizim të tensionit mbi plagë, nuk është provuar të ketë rezultatit e dëshiruar sipas studimeve të shumta dhe për pasojë nuk aplikohet në Shërbimin tonë^{97,98,99}.

Në Shërbimin tonë, përpara se të planifikohet faringoplastika, bëhet nazo-endoskopia nga specialistët ORL në mënyrë që të evidentohen anomali të mundshme vaskulare të regionit të cilat mund të komplikonin kirurgjinë.

Defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës nuk janë të thjeshta dhe nuk mund të trajtohen vetëm si probleme kirurgjikale.

Trajtimi i defekteve pra, shtrihet në disa periudha të jetës së pacientit dhe më saktësisht:

- Periudhën neonatale:

- Pediatri kujdeset për ushqyerjen (në defektet e plota, ushqyerja me gji është e pamundur)
- Orthodonti mund të aplikojë një pllakë palatinale e cila ndihmon ushqyerjen
- Kirurgu OMF mund të korrigjojë :

1. Buzën sipas rregullit të 10-tave ose
2. Palatumin rreth moshës 12-18 muajshe

- Fëmijëri e hershme

Prioritet mbetet të folurit; mund të kemi:

1. Gabime në të folur (kryesisht bashkëtingëlloret); terapia e të folurit (speech therapy) fillon rreth 12 muaj pas palatoplastikës primare²⁴.
2. Insuficiencë velo-faringeale e cila diagnostikohet me laringoskopi dhe mund të trajtohet me kirurgji (faringoplastikë) rreth moshës 4 vjeçare në rast se terapia e të folurit nuk ka dhënë rezultat.

- Periudha e shkollës fillore dhe nëntëvjeçare:

- Probleme orthodontike: anomali okluzioni dhe mungesa dhëmbësh
- Korrigjimi i procesit alveolar rreth moshës 12 vjeçare
- Zhvillimi psikologjik i fëmijës (asistenca e psikologut pediatër)

- Adoleshenca dhe rinia e hershme:

- Retrognati ndofta e shkaktuar nga uranoplastika e hershme; kjo korrigohet me kirurgji orthognatike rreth moshës 18 vjeçare
- Probleme psikologjike
- Rinoplastikë e cila është edhe procedura e fundit kirurgjikale dhe kryhet nga specialistet ORL rreth moshës 20 vjeçare.

Trajtimi bashkëkohor i defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, kryhet nga një **ekip multidisiplinor**, i cili ka në përbërje:

- Kirurg maksilofacial
- Mjek anestezist reanimator
- Mjek neonatolog
- Mjek pediatër
- Mjek stomatolog
- Orthodont
- ORL
- Mjek obstetër-gjinekolog
- Specialist imazherist
- Specialist oftalmo-kirurg
- Logoped
- Psikolog pediatër
- Infermiere koordinatorë¹⁰⁰

Trajtimi i defekteve nga një ekip multidisiplinor, siguron dy qëllime kryesore në trajtimin e suksesshëm të dekekteve:

- (1) koordinimin e kujdesit të ofruar nga të gjitha specialitetet e nevojshme dhe
- (2) vazhdimësinë e këtij kujdesi përgjatë gjithë periudhës së rritjes dhe të zhvillimit (afërsisht deri në moshën 20 vjeçare).

Përsa i takon kostove të trajtimit në botë, ato variojnë sipas shteteve dhe kontinenteve; për shembull, në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, kosto totale e trajtimit i cili shpesh herë zgjat prej lindjes dhe deri në moshën 20 vjeçare, llogaritet rreth 101.000 USD sipas: <http://health.utah.gov/birthdefect/defects/orofacial.html>.

Në vendin tonë, keto anomali janë trajtuar dhe vazhdojnë të trajtohen kryesisht pranë Shërbimit të KOMF të QSUT “Nënë Tereza” ku, siç dihet, trajtimi ofrohet pa pagesë.

Problem këtu mbetet sigurimi i aparateve zgjeruese të palatumit, distraktorët dhe ortodoncia fikse të cilat për momentin sigurohen nga vetë pacientët.

Anatomia e buzës

Në mënyrë që të kuptohen sa më mirë objektivat e trajtimit të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, duhet vlerësuar mirë jo vetëm anatomia e defektit, por edhe anatomia normale e fëmijës (Fig.7).

Buza ndahet në : pjesën e kuqe (mukoza) dhe në pjesën e bardhë (lëkura). Kufiri midis të dyjave është një element tepër i rëndësishëm nga pikpamja estetike dhe ndan pjesën konvekse të buzës së kuqe nga pjesa relativisht konkave e lëkurës. Një pjesë e epitelit të buzës mbi linjën e bashkimit vermilion-lëkurë , ka pamje të rrumbullakuar, të lëmuar dhe shtrihet gjatë gjithë gjatësisë së buzës; kjo reflekton dritën dhe njihet si: linja e Kupidonit (Cupid's bow).

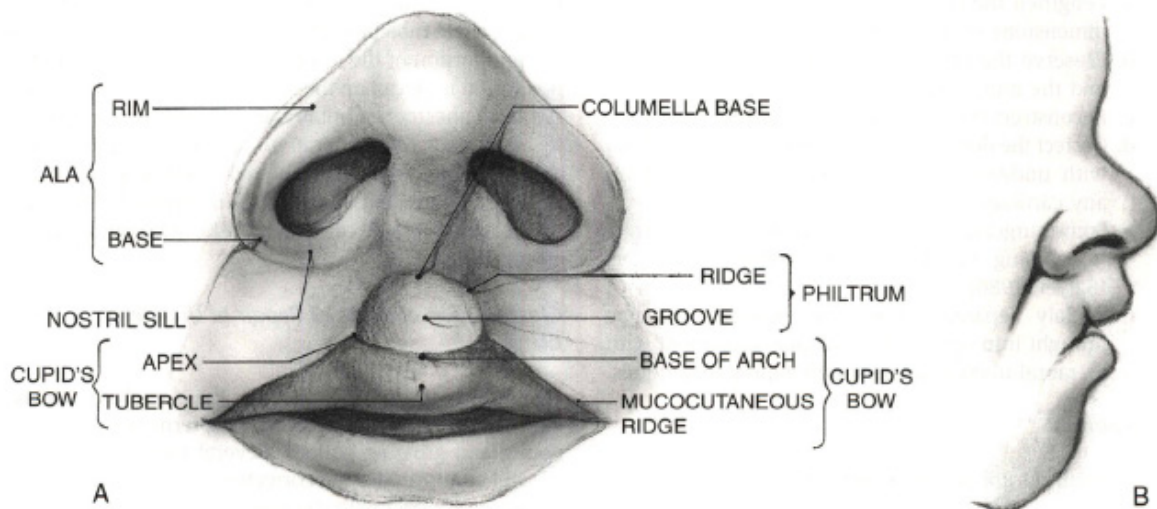


Fig.7: Anatomia normale e fëmijës sipas Millard 1968.

Në pamje ballore, shihen disa pika të rëndësishme të anatomisë së buzës; është e nevojshme të mbahen parasysh këto pika gjatë rindërtimit të buzës në rast korigjimi të defektit.

Në pamjen në profil vërejmë se në fëmijë, 2/3 e poshtme e buzës së sipërme, paraqitet e fryrë.

Nga pikpamja kirurgjikale, është mjaft e rëndësishme të rindërtohen në mënyrë tepër të saktë sidomos dy elemente: linja e Kupidonit dhe kufiri mukozë -lëkurë nëse pretendojmë të arrijmë një rezultat të kënaqshëm nga pikpamja estetike.

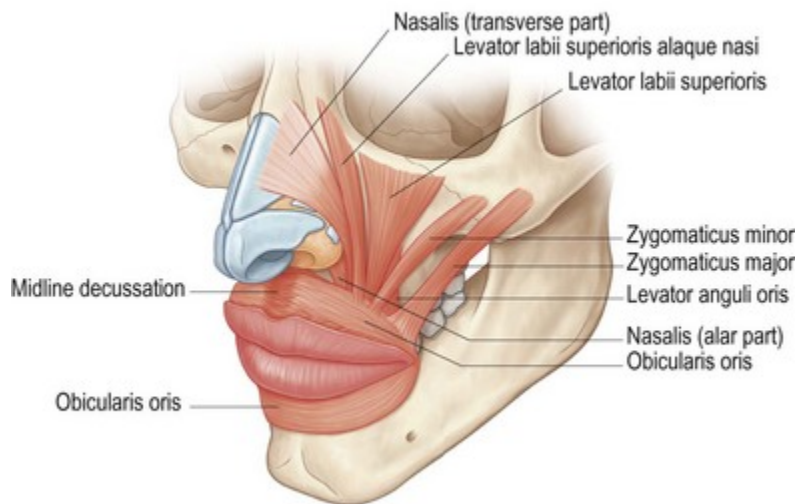


Fig. 8: Paraqitje skematike e muskulaturës përreth buzës së sipërme.

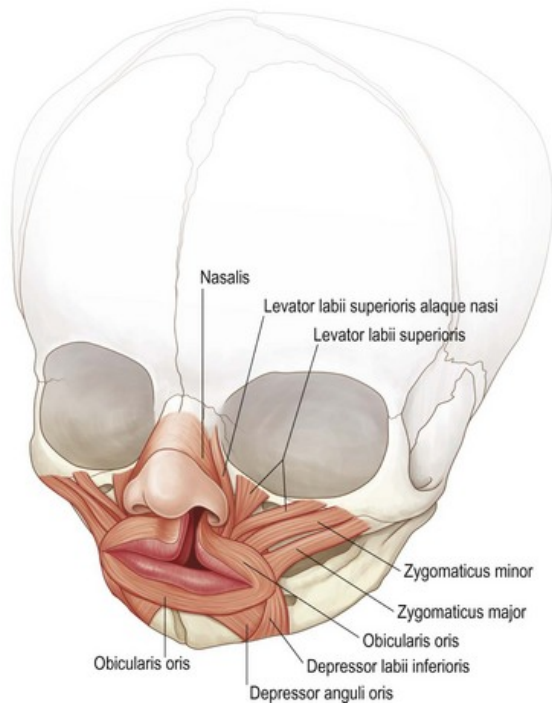


Fig. 9: : Paraqitje skematike e muskulaturës përreth buzës së sipërme dhe të poshtme.

Muskujt nga ana tjetër, luajnë një rol tepër të rëndësishëm në funksionin dhe estetikën e buzës; riorientimi dhe rindërtimi i saktë i tyre, është një domosdoshmëri në plastikën e buzës ose të qiellzës. Muskuli kryesor i buzës është m.orbicularis oris i cili në vetvete luan rolin e një sfinkteri (Fig. 8 dhe 9). Shtresat sipërfaqore të tij dalin nga shtresat e thella të lëkurës, ndërsa shtresat e thella të tij nga maksila dhe mandibula. Inervimi i tij kryhet nga degët bukale dhe marginale mandibulare të n. facial.

Defekti unilateral i buzës

Ne defektet mikroforme, kemi dehiscencë të muskulit por, lëkura, mukoza dhe kocka janë te paprekura (Fig.10). Në defektet e pjesshme, përfshihet lëkura, mukoza, muskuli por, në përgjithësi kocka si edhe baza e hundës nuk janë të prekura. Në defektet e plota përfshihen të gjitha shtresat.

M. orbicularis oris në këto defekte është hypoplastik sidomos në anën meziale të defektit unilateral.

Nga ana tjetër, në defektet e pjesshme, është konstatuar se, megjithëse mund të kemi një “urë” lëkure mbi defekt, shpesh kjo nuk përmban fibra muskulare; kjo “urë” lëkure mbi defekt duhet të jetë të paktën sa 1/3 e gjithë lartësisë së buzës që të ketë fibra muskulore nën të .



Fig.10: Defekt unilateral i pjesshëm i buzës

Vaskularizimi në pjesën më të madhe të buzës vjen nga a. faciale degë e a. carotis externa. Degët e a. faciale janë : a. labiale superiore dhe inferiore të cilat anastomozojnë me a. labiale të anës tjetër në linjën mediane si për buzën e sipërme ashtu edhe për të poshtmen. Ashtu si edhe me muskulaturën, vaskularizimi në anën laterale të defektit është më i bollshëm sesa ai i anës meziale; në defekte, a. labiale ndjek drejtimin paralel me fibrat muskulare dhe nuk anastomozon me a. labiale të anës tjetër por shpesh me a. angulare ose me a. nazale laterale.

Defekti bilateral i buzës

Pjesët laterale të defektit bilateral të buzës janë të ngjashme nga pikepamja anatomike me pjesën laterale të defektit unilateral, ndërsa pjesa meziale ndryshon mjaft (Fig.11).

Ne defektet e plota bilaterale, premaksila megjithë prolabiumun (pjesën meziale të buzës), janë totalisht të ndara nga maksila në të dyja anët dhe kanë marrë një pozicion jo normal. Ndërsa në defektet inkomplete bilaterale, ka një farë vazhdimësie skeletike dhe më pak protruzion të premaksilës.

Kolumela e hundës është më e shkurtër në defektet bilaterale complete sesa në ato unilaterale dhe inkomplete. Pjesët laterale kanë muskulaturë të ngjashme me muskulaturën laterale të defekteve unilaterale, ndërsa pjesa meziale (prolabiumi) nuk përmban muskulaturë

Prolabiumi e merr furnizimin me gjak nga : septumi, kolumela dhe premaxila.



Fig. 11: Defekt i plotë bilateral i buzës.

Anatomia e qiellzës

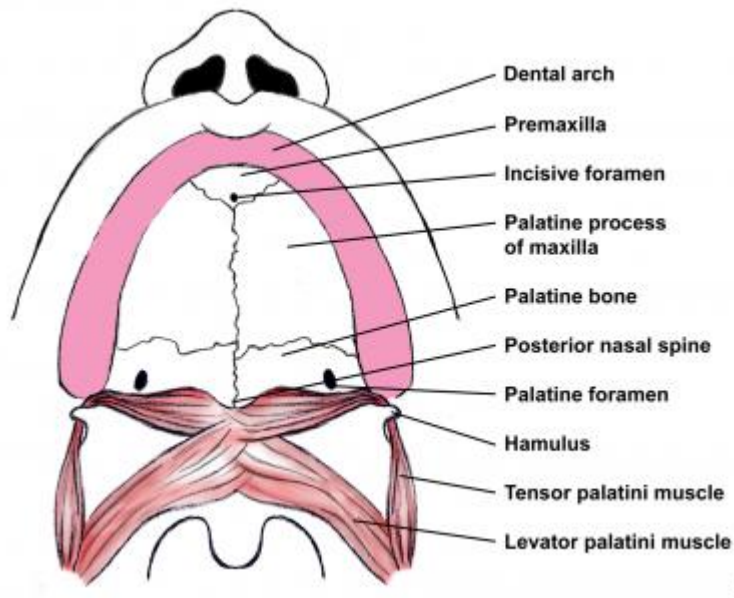


Fig. 12: Paraqitje skematike e muskulaturës normale përreth qiellzës së butë.

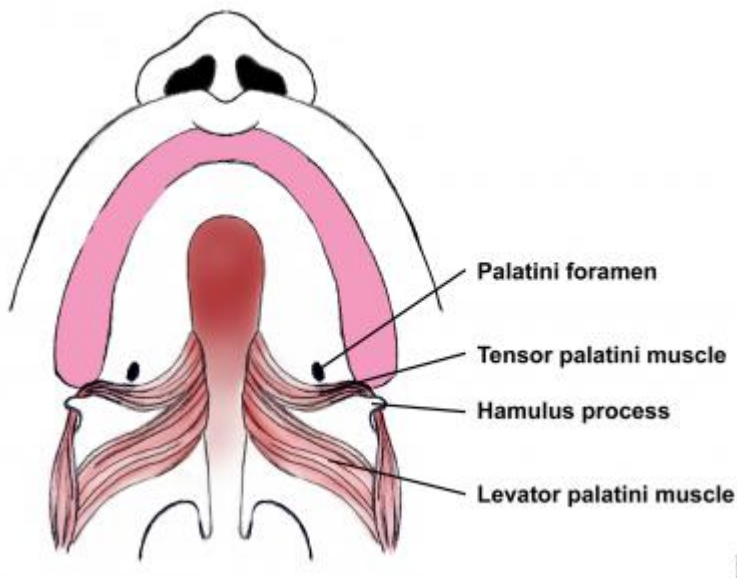


Fig. 13: Paraqitje skematike e muskulaturës përreth qiellzës së butë në rastin e një defekti.

Forameni incizival shërben si pikë ndarëse midis defekteve të pjesshëm dhe atyre të plotë të qiellzës: defektet që shtrihen deri në dhe pa përfshirë foramenin quhen të pjesshme dhe, ato defekte që e përfshijnë atë, quhen të plota (Fig.10).

Vërehet ndarja e muskujve tensor dhe levator velii palatini në zonën e defektit (fig.11).

Në trajtimin kirurgjikal të këtyre defekteve, moment shumë i rëndësishëm është preparimi dhe riorientimi i pikërisht këtyre muskujve.

Trajtimi kirurgjikal i defekteve të buzës

Defektet unilaterale:

Në këto lloj defektesh, hasen probleme me tre struktura kryesore:

- *Deformim maksilar:* spostim anterior dhe rrotullim me drejtim për nga jashtë i premaksilës (porcioni qendror i procesit alveolar të sipërm nga ku eruptojnë dhëmbët incizival);
- *Deformim i buzës së sipërme:* reduktim i lartësisë së buzës në anën e defektit, m.orbicularis oris me inserime jo normale dhe 2/3 e linjës së kupidonit paraqiten të spostuara nga ana e shëndoshë;
- *Deformim i hundës:* reduktim i kolumelës dhe sheshim i kartilagos alare nga ana e defektit, devijim i septumit nazal po nga kjo anë. Devijim i kolumelës nga ana e shëndoshë (Fig. 14).

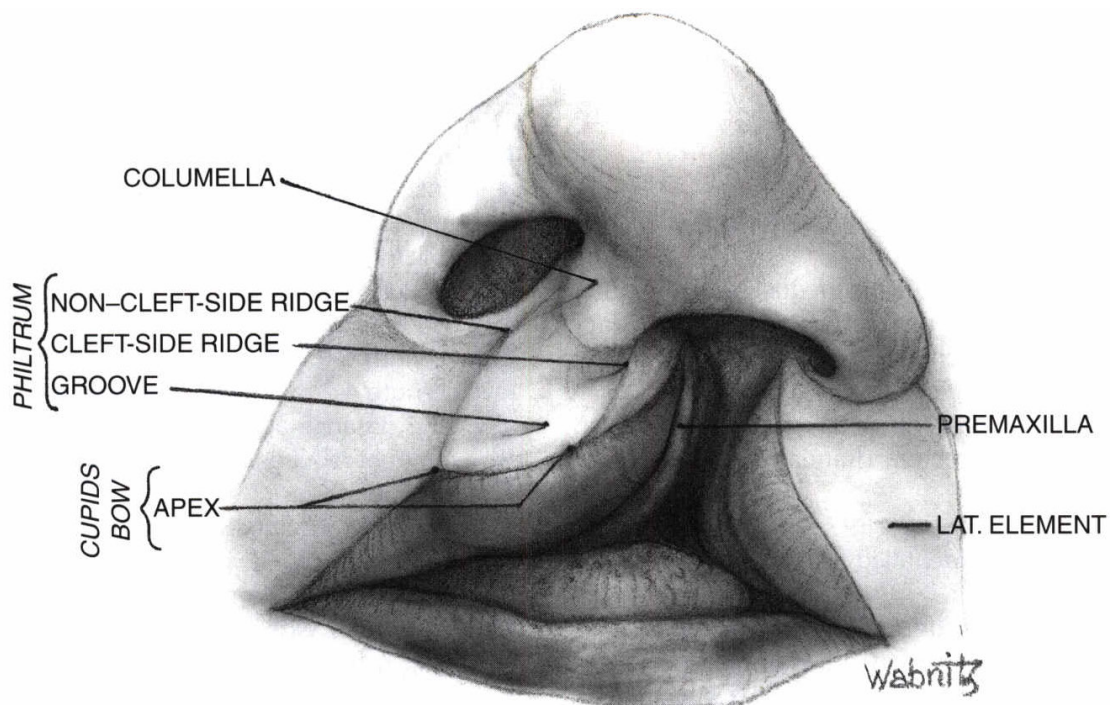


Fig. 14: Morfologjia e një defekti të plote të unilateral.

Objektivat e kirurgjisë:

1. Njohja, identifikimi dhe ruajtja ne maksimum e strukturave anatomike normale si edhe e indeve përreth
2. Riorientimi i këtyre strukturave anatomike në pozicionin e tyre natyral, si në aspektin anterior, ashtu edhe në atë lateral:
 - a) Zgjatja e buzës nga ana e defektit dhe barazimi me anën tjetër
 - b) Ruajtja e filtrumit dhe e linjës së kupidonit
 - c) Rindërtimi dhe riorientimi i m.orbicularis oris
 - d) Korrigjimi i kartilagos alare dhe i kolumelës nëpërmjet preparimit dhe mobilizimit dhe jo nëpërmjet ekscizionit
 - e) Disa autorë aplikojnë edhe korrigjimin e majës së hundës nëpërmjet ripozicionimit të kartilagove(Salyer, 1986)
 - f) Porcionet e spostuara të maksilës mund të ripozicionohen nëpërmjet aparateve ekstraorale.

Në përgjithësi, kirurgjia primare synon një korrigjim në masën rreth 80% të defektit²⁴.

Kujdes i veçantë

Në përgjithësi, duhet të evitohet:

1. Dëmtimi ose ekscizioni i kartilagos alare
2. Ekscizioni i pikave anatomike kyçe
3. Korrigjimi i njëkohshëm i defektit të buzës dhe të qiellzës

Megjithatë, duhet thënë se nuk ka rregulla të ngurta: një ndikim të fortë në zgjedhjen e protokollit dhe të teknikës së caktuar ka edhe eksperiencia personale e secilit kirurg. Po ashtu, disa herë mund të kemi edhe devijim nga një teknikë e caktuar : parimi “*cut as you go*”.

Parimi i lashtë i mjeksisë “*primum non nocere*”, në këtë kontekst është më aktual se kurrë: kur nuk je i sigurtë, kërko ndihmë.

Për korrigjimin e defekteve të lindura të buzës janë përpiluar dhe zhvilluar disa teknika të ndryshme gjatë viteve; avantazhet dhe disavantazhet e secilës prej tyre janë vlerësuar në kohë si në pacientë të mitur në periudhën menjëherë post operatore, ashtu edhe në distancë kohore nga operacioni (follow- up).

Në përgjithësi, me përjashtim të teknikës së mbylljes së defektit në linjë të drejtë (Rose flap), të gjitha teknikat e përdorura konsistojnë në dizenjimin e trekëndëshave dhe në spostimin e indeve nga aspekti lateral, në atë medial të defektit me synim korrigjimin e tij.

Teknika e preferuar si nga pjesa më e madhe e kolegëve në mbarë botën, ashtu edhe në Shërbimin tonë të Kirurgjisë OMF, e përdorur në korrigjimin defekteve të pjesshme, dhe atyre të plota të buzës së sipërme, mbetet teknika e Millard-it.

Teknika e Millard-it (1958).

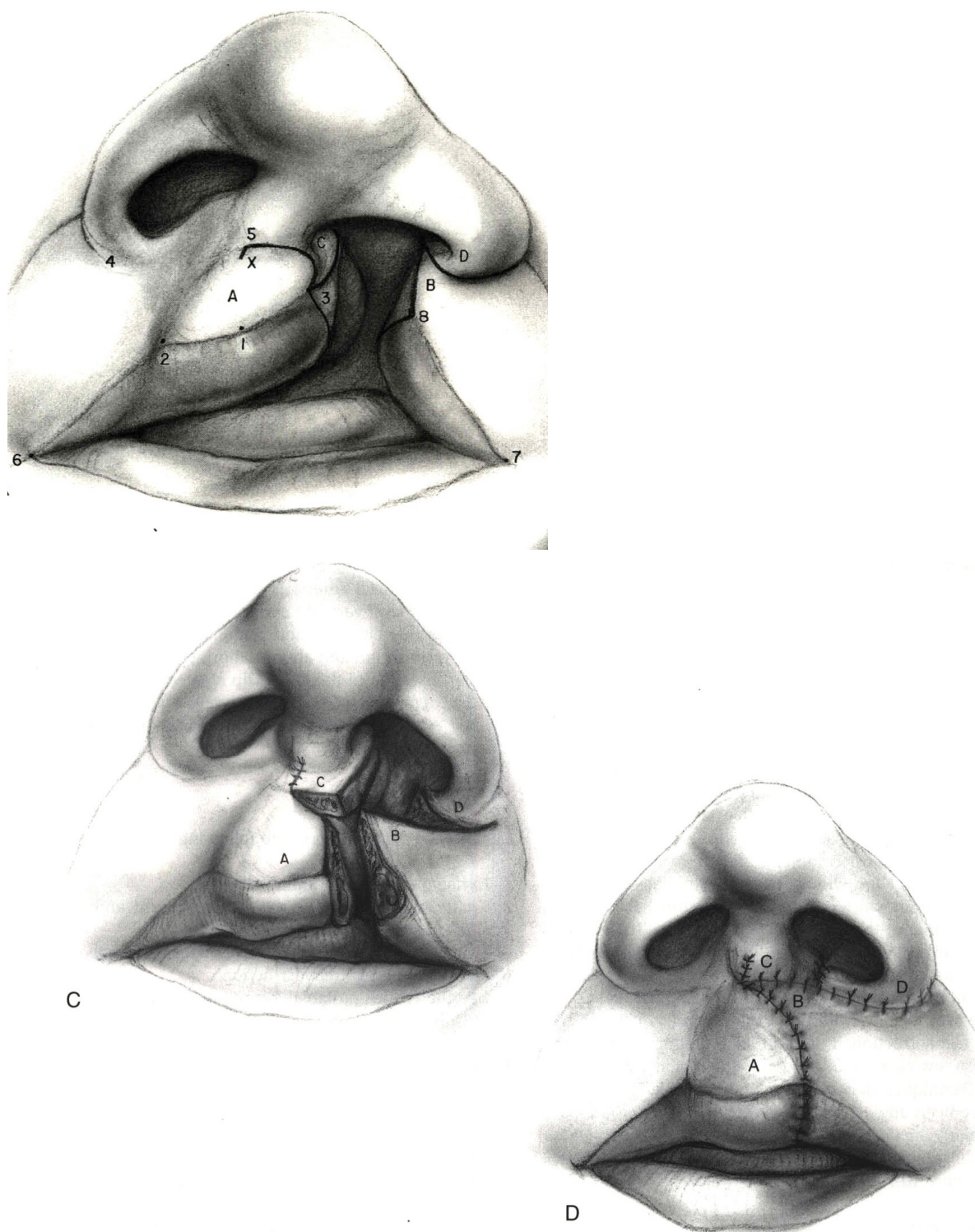


Fig. 15: Teknika sipas Millard

Pikat kyçe:

1. Zbritje dhe rrotullim poshtë në pozicion natyral i linjës së Kupidonit (lembo A)
2. Spostim mezialisht i porcionit të mesëm të buzës nga ana e defektit (lembo B)
3. Zgjatje e kolumelës nga ana e defektit (lembo C)
4. Korrigjim i naresit nga ana e defektit me lembo të bazës nazale (lembo D)
5. Rindërtimi i sfinkterit të m.orbicularis oris.

Piketimi:

- Pika 1 është mesi i linjës së Kupidonit nga ana e shëndoshë
 - Pika 2 është pjesa më e ngritur e linjës së Kupidonit nga ana e shëndoshë
 - Pika 3 llogaritet e tillë që: $1-2 = 1-3$
 - Pika 4 është baza laterale e kartilagos alare nga ana e shëndoshë
 - Pika 5 është baza e kolumelës nga ana e shëndoshë
 - Pikat 6 dhe 7 përkojnë me komisurat labiale në të dy anët e defektit
 - Pika 8 llogaritet e tillë që: $6-2 = 7-8$
- A. Incizioni bëhet në kënd të drejtë me vermilionin në aspektin mezial të defektit nga një pikë ku presupozohet që të jetë pika më e sipërme e linjës së Kupidonit (pika 3). Duke u nisur nga kjo pikë dhe duke vazhduar lart e gjithë mukoza ekscizohet. Më pas bëhet incizion gjithshtrësor sipas kurvaturës së filtrumit drejt bazës së kolumelës në anën e shëndoshë. Në këtë moment duhet të përfshihet sa më shumë muskul që të jetë e mundur në këtë lembo. Ky incizion ndihmohet edhe nga një tjetër (pika X) në mënyrë që të ndihmohet rrotullimi i lembos A në një pozicion sa më natyral.
- B. Me një grep tërhiqet lart kartilago alare në anën e defektit; krijohet një defekt në bazën e kolumelës në anën e defektit i cili do të mbushet nga lembo C e cila lirohet dhe përgatitet për rrotullim.
- C. Fillohet formimi dhe preparimi i lembos B gjithnjë duke përfshirë sa më shumë muskul që të jetë e mundur në të. Vermilioni freskohet duke bërë një incizion perpendikular me të duke u nisur nga pika në të cilën ai fillon të bëhet më i hollë (pika 8). Distanca 7-8 është e njëjtë me 6-2. Incizioni vazhdohet rreth kartilagos alare të anës së defektit. Bëhet një incizion në forniks vestibular në anën laterale për të ndihmuar mobilizimin e lembos; po ashtu lembo D lirohet nga apertura piriforme.
- D. Korrigjimi i përfunduar. (Fig.15).

Teknika Tennison-Randall (1959).

1. Një incizion në formë “Z” bëhet në kufirin lateral të defektit i cili shpaloset.
2. Një tjetër incizion bëhet në kufirin median të defektit në mënyrë që kjo hapje e formuar të mund të akomodojë lembon trekëndore të formuar nga pjesa laterale e defektit duke siguruar kështu zgjatjen e pjesës mediane të buzës.
3. Fibrat e m.orbicularis oris riorientohen në një pozicion dhe drejtim natyral.

Pikat kyçe:

A. Piketimet bëhen me blu metilen:

1. Pikat e mëposhtme i takojnë pjesës mediane të buzës: Pika 1 është mesi i linjës së Kupidonit mbi vermilion. Pika 2 është maja më e lartë e linjës së Kupidonit në anën e shëndoshë. Pika 3 është maja e propozuar e linjës së Kupidonit në anën e defektit e matur në mënyrë të tillë që përmasa 1-2 të jetë e barabartë me atë 1-3.
2. Pjesa mediane e buzës shtyhet drejt defektit duke drejtuar kolumelën në linjën mediane. Pika 5 ndodhet përgjatë vermilionit në pikën më të lartë mezialisht defektit dh, pika 4 është pika korresponduese në anën e shëndoshë. Pika 6 ndodhet në anën laterale të bazës alare nga ana e defektit, njëlloj larg bazës alare sa edhe pika 4 në anën e shëndoshë.
3. Vizatohet linja 5-3.
4. Pika 7 ndodhet në mesin e lëkurës së filtrumit e llogaritur e tillë që, këndi 5-3-7 të jetë i drejtë.
5. Vizatohet linja 3-7.
6. Pika 8 ndodhet në vermilion në anën laterale të defektit pikërisht aty ky kufiri mukokutan fillon të hollohet. Distanca nga 8 në komisurën është e njëjtë me atë të 2 dhe komisurës.
7. Pika 10 përkon me mesin e 7-13 dhe, pika 11 me mesin e 9-12.
8. Lokalizimet e pikave 9 dhe 12 varen nga madhësia e defektit dhe nga sasia e indit në dispozicion. Pika 9 caktohet e para dhe piketohet në mënyrë që:
 - 6-9 të jetë e barabartë me 5-13
 - 4-2 minus 5-10 të jetë e barabartë me 8-11
 - 8-12 të jetë e barabartë me 9-12.

B. Incizioni i parë është 5-13 gjithështrësor dhe e gjithë pjesa e vijëzuar, ekscizohet. Më pas bëhet incizioni 7-13 duke formuar një lembo trekëndore.

C. Rikontrollohen edhe njëherë shenjat: 4-2 të jetë e barabartë me 5-10-3 të jetë e barabartë me 6-11-8. Më pas bëhen incizionet gjithështrësore nga ana laterale e defektit dhe ekscizohet pjesa e vijëzuar. Lirohen inserimet jo normale superiore të m.orbicularis oris si edhe baza e kartilagos alare. Më pas bëhet ri-orientimi dhe mbyllja e plagës me suturim me tre shtresa duke vendosur pikat në: 6 tek 5, 9 tek 13, 12 tek 7 dhe 8 tek 3.

D. Korrigjimi i plotësuar (Fig.16).

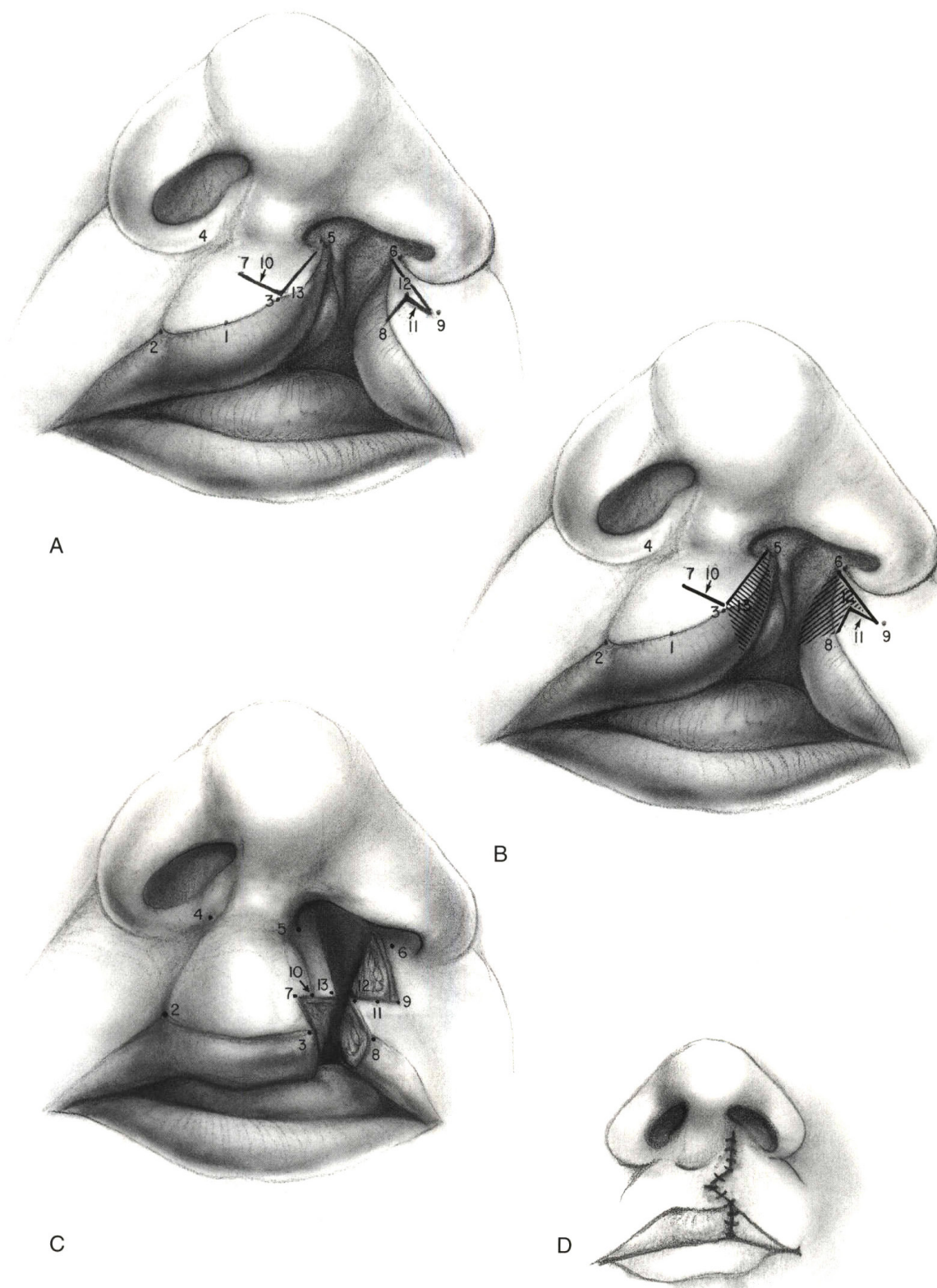


Fig. 16: Teknika sipas Tennison-Randall.

Korrigjimi i defekteve bilaterale të buzës paraqet sfidë nga ana kirurgjikale dhe, në përgjithësi, rezultatet janë më pak të kënaqshme nga pikpamja estetike. Megjithëse në këto defekte në dukje ka më pak asimetri, është pikërisht mungesa e indit në dispozicion në porcionin e mesëm të buzës që e vështirëson rindërtimin.

Korrigjimi i këtyre defekteve mund të realizohet si në një seancë operatore, ashtu edhe me stade, në varesi të gjerësisë së defektit. Eksperienca e shkollës tonë ka qenë dhe është rindërtimi me një seancë operatore, megjithëse në disa raste kjo paraqitet e vështirë teknikisht.

Në korrigjimin e këtyre defekteve mund të aplikohet si mbyllja në linjë të drejtë (Veau) për defektet e plota, ashtu edhe duke aplikuar teknikën e trekëndëshave të Millard-it për korrigjimin e defekteve të pjeshme.

Kujdes i veçantë duhet treguar në këto raste korrigjimesh për të mos:

- Ekscizuar prolabiumin apo premaksilën
- Krijuar asimetri duke korrigjuar defektet në operacione të ndara në kohë
- Kompromentuar furnizimin me gjak të buzës dhe tentuar edhe rindërtimin e kolumelës në të njëjtën kohë.

Korrigjimi i defekteve të plota bilaterale sipas Veau.

1. Rindërtohet linja e Kupidonit me pjesë vermilionit të marra nga pjesët laterale të defektit
2. Vermilioni i prolabiumit përdoret për veshjen mukozale të pjesës së mesme të defektit
3. Bëhen edhe incizione liruese për alae nasi.

Teknika operatore:

- A. Fillimisht bëhen incizionet përgjatë linjave të ndërprera mbi vermilion duke formuar lembot X dhe Y.
- B. Lembot X dhe Y mobilizohen.
- C. Vermilioni i prolabiumit incizohet në aspektin e jashtëm të tij duke e ruajtur dhe shpërveshur nga brenda. Bëhen gjithashtu incizionet liruese në alae nasi sipas linjave të ndërprera.
- D. Pjesët e defekteve tashmë mbyllen me tre shtresa.
- E. Lembot X dhe Y pasi lirohen, suturohen në qendër dhe lembo Z formon pjesën e brendshme të buzës së kuqe.
- F. Korrigjimi i plotë (Fig.17).

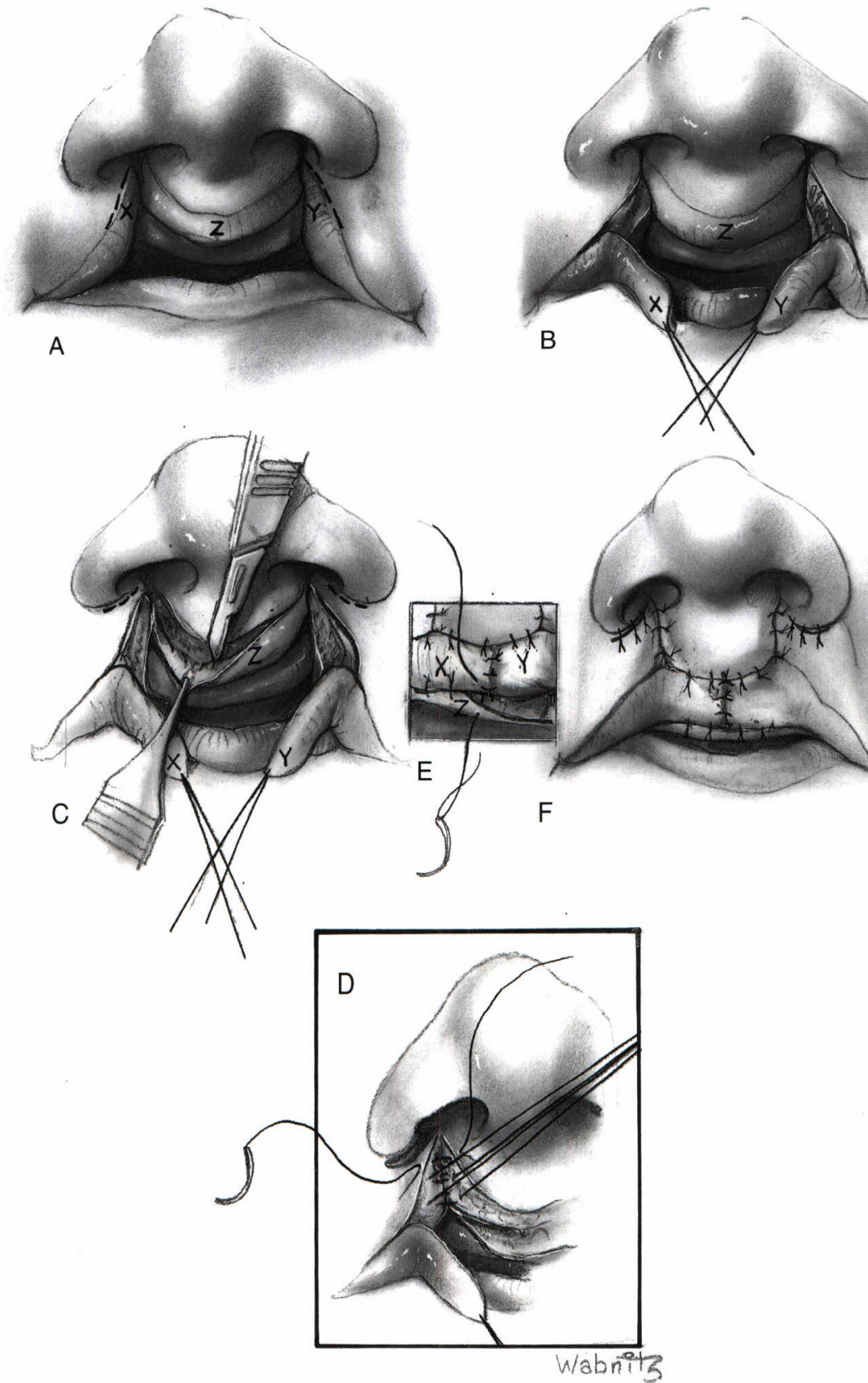


Fig. 17: Teknika sipas Veau.

Korrigjimi i defekteve të pjesshme bilaterale të buzës me anë të lembove trekëndore me rrotullim-avancim (Millard 1960,1977).

1. Rindërtohet linja e Kupidonit me anë të vermilionit nga aspektet laterale të buzës
2. Lirohet prolabiumi nga premaksila
3. Rindërtohet sfinkteri i m.orbicularis oris
4. Incizionet planifikohen mbi linjat natyrale të fytyrës.

A. Incizionet planifikohen sipas linjave të plota në figurë.

Incizioni përreth alës e ndan këtë të fundit nga segmenti i buzës.

Vermilioni i prolabiumit ndahet në tre lembo: subkutane me bazë sipër e porcionit të mesëm, dhe dy laterale të bazuara në premaksilë.

B. Lembot laterale mobilizohen duke bërë incizione liruese në fornix vestibuli.

Prolabiumi disekohet nga premaksila dhe pjesët laterale të vermilionit të premaksilës mbulojnë pjesën e shveshur të saj.

Fibrat e m.orbicularis oris disekohen në mënyrë që të mund të riorientohen më pas.

Pjesët laterale avancohen drejt qendrës dhe suturohen me dy shtresa në mes.

C. Prolabiumi suturohet me lëkurën e pjesëve laterale të buzës.

Vermilioni i pjesëve laterale suturohet poshtë prolabiumit në linjën mediane.

Vermilioni i prolabiumit formon aspektin lateral dhe të pasëm të buzës.

D. Korrigjimi i plotë (Fig.18).

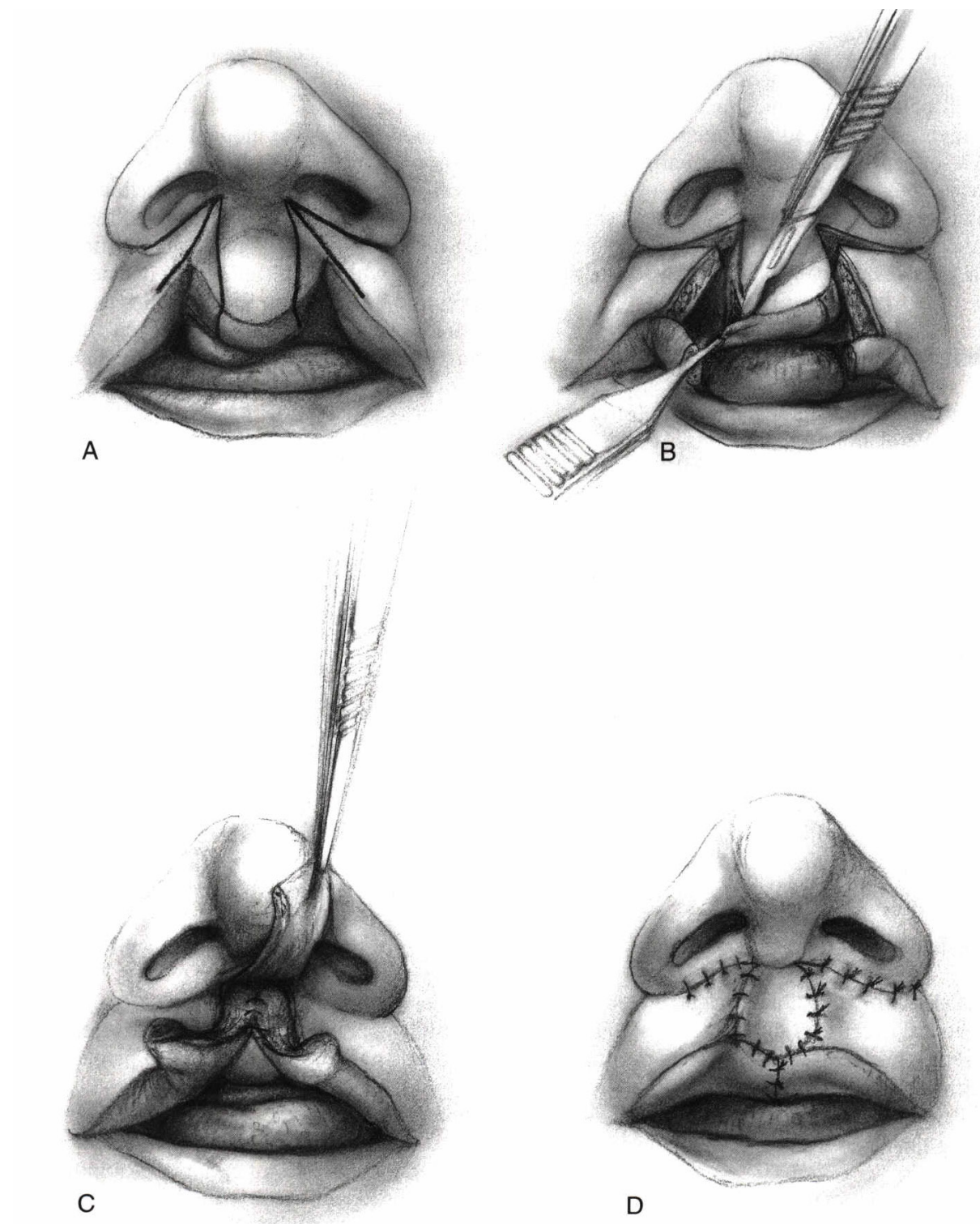


Fig. 18: Teknika sipas Millard 1960,1977.

Korrigjimi i defekteve të lindura të qiellzës.

Në korrigjimin kirurgjikal të këtyre defekteve, synohet të arrihen disa objektiva:

- Mbyllja e fistulës oro-nazale
- Arritja e të folurit normal
- Të sigurohet një rritje faciale dhe okluzion dentar normal
- Funkcionim normal i tubave të Eustakit.

Përsa i takon kohës optimale për të korrigjuar këto defekte, marrim në konsideratë faktorë që lidhen më të folurin dhe rritjen faciale. Si rregull, sa më herët të realizohet korrigjimi, aq më shpejt stabilizohet funksioni velo-faringeal dhe për rrjedhojë edhe të folurit e pacientit do të zhvillohet normalisht; nga ana tjetër, kirurgjia në muajt e parë të jetës bart me vete rrezikun e kompromentimit të rritjes faciale.

Duke patur parasysh sa më sipër, koha e preferuar e korrigjimit, është mosha 12-18 muajshe.

Korrigjimi i defekteve të qiellzës sipas von Langenbeck (1861).

Pikat kyçe të interventit:

1. Intubim oro-trakeal
2. Përkulet koka e pacientit nga pas duke u zgjatur qafa; kirurgu zakonisht qëndron nga pas
3. Injektohet lidocain 2% 1:100,000 adrenalin për efekt hemostatik
4. Duhet ruajtur arteriet palatinale major gjatë disekimit
5. Lembot muko-periostale duhet të mobilizohen mirë dhe të mos tensionohen gjatë manipulimit
6. Rindërtohet sfinkteri levator veli palatini
7. Suturohen planet nazale dhe orale pa tension dhe duke eliminuar hapsirat e “vdekura” në mënyrë që të parandalohen fistulat

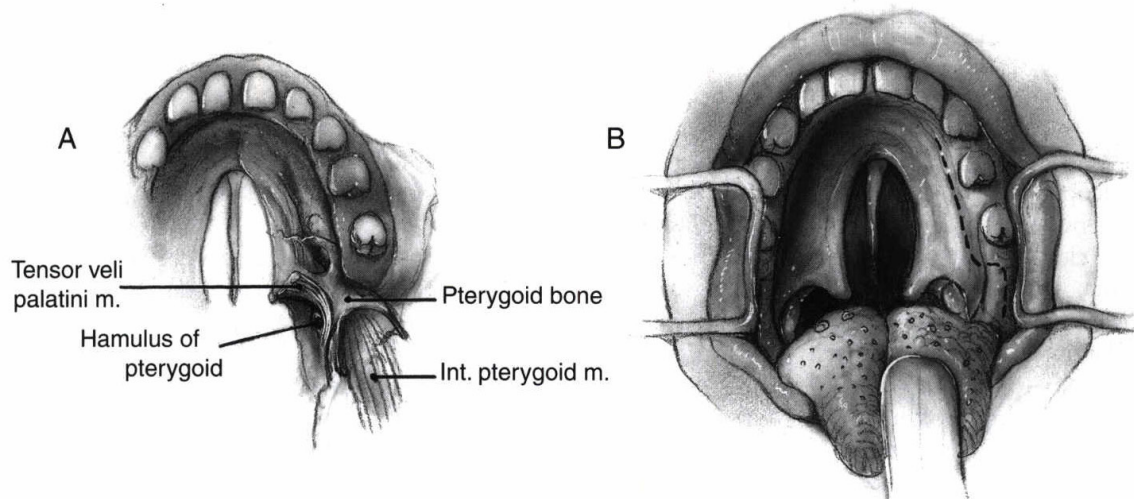


Fig. 19: Anatomia e kockës pterigoide(A) dhe linjat e incizioneve (B).

- A. Anatomia e kockës pterigoide dhe maksilare ku evidentohet origjina e m. pterigoid median dhe ku duket hamulus i os pterigoidea përreth të cilit m. tensor veli palatini formon lakun ose sfinkterin (Fig.19A).
- B. Linjat e incizioneve (Fig.19B), injektohen me sol. anestetik lidocaine 2% 1:100,000 adrenalin.
- C. Me anë të raspatorit, preparohet lembo anteriorisht deri në buzët e defektit dhe posteriorisht deri sa të ekspozohet m. tensor veli palatini duke ruajtur enët palatinale major.
- D. Palatum mollae preparohet posteriorisht deri në ekspozimin e m. pterigoid median dhe inserimi në kockë i lembos palatinale disekohet nga kocka pikërisht në vendin e origjinës së këtij muskuli.
- D1. Duke ndjekur m. pterigoid median, gjendet dhe ekspozohet hamulus i cili frakturohet me osteotom duke minimizuar tensionin e m. tensor veli palatini.
- E. Me anë të një bisturie No. 11, incizohet pjesa mediane e defektit disa mm në mukozën orale dhe jo direkt në buzën e defektit, duke siguruar kështu sasi të bollshme mukoze nazale për të arritur formimin e një plani nazal pa tension.
- F. Në regionin e palatum durum formohen dy plane mukozale: nazale dhe orale, ndërsa në palatum mollae tre të tilla: nazale, orale dhe një i mesëm i formuar nga muskujt (Fig.20).
- G. Plani nazal formohet nëpërmjet diseksionit të kujdesshëm duke mos e laceruar mukozën.
- H. Diseksioni plotësohet me preparimin e m. levator veli palatini
- I. Plani nazal suturohet me sutura absorbabël 4.0 në drejtim antero-posterior dhe nyjet lart
- J. Plani muskular suturohet me sutura absorbabël 3.0 dyshek
- K. Mukoza orale suturohet me suture 4.0 absorbabël dyshek e kombinuar me suture të drejtë. Garzat hiqen në këtë moment dhe kontrollohet plaga për hemorragji; mund të vendosen tamponada kolagjeni të absorbueshme si alternativë e garzës së jodoformit.
- L. Anatomia e palatumit normal marrë nga Autori Hollinshead, 1954 (Fig.21).

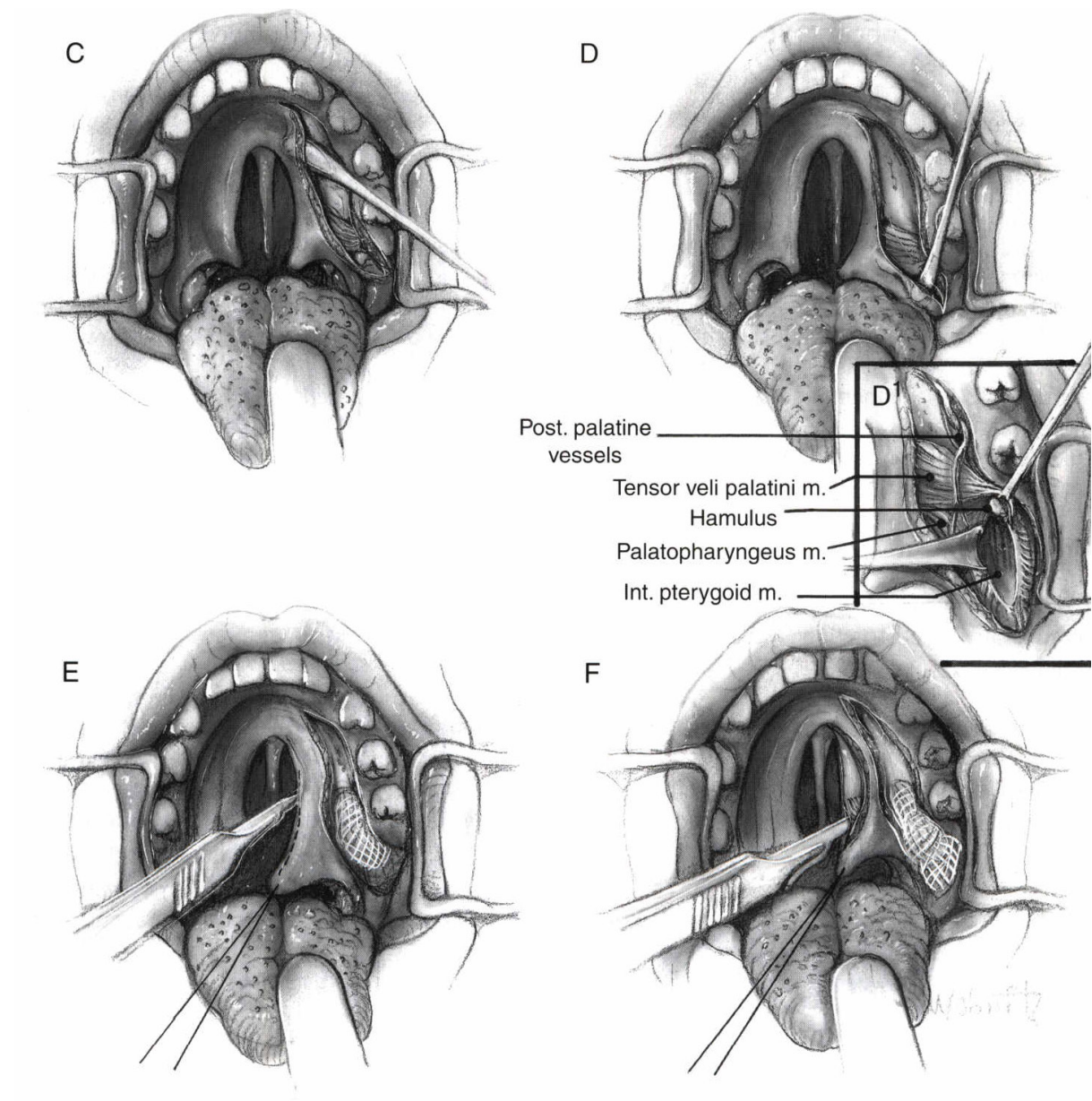


Fig. 20: Teknika sipas von Langenbeck 1861.

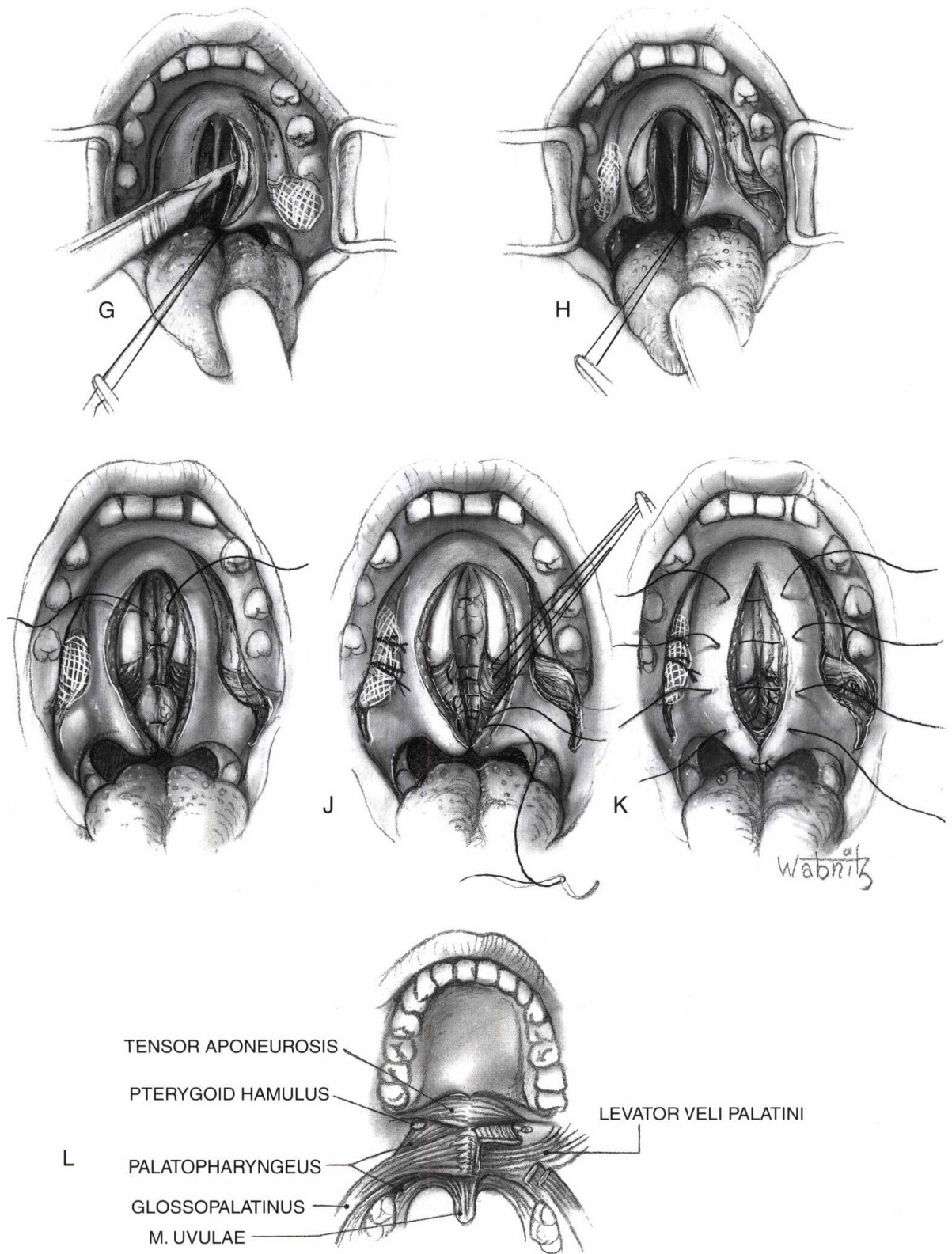


Fig. 21: Teknika sipas von Langenbeck 1861 (vazhdim).

Korrigjimi i defekteve të plota uni ose bilaterale të qiellzës

Pikat kyçe:

1. Palatum durum riparohet me anë të lembos së marrë nga mukoza e vomerit (Veau,1931)
2. Palatum mollae riparohet nëpërmjet teknikës së von Langenbeck
3. Duhet bërë lirim i mjaftueshëm i lembove palatinale dhe nazale
4. Në lembot mukozale duhet përfshirë edhe periostumi
5. Duhet bërë rindertimi i sfinkterit levator veli palatini
6. Duhet suturuar me kujdes planet nazale dhe orale duke mos krijuar “hapsira të vdekura” të cilat mund të jenë shkak për fistulat.

Teknika operatore:

- A. Fillimisht bëhen incizionet liruese laterale në mukozën e palatumit si në teknikën e palatoplastikës inkomplete; këto incizione më pas tamponohen me garzë sterile. Më pas vazhdohet me preparimin e planit nazal si në aspektin lateral, ashtu edhe në atë mezial duke shfrytëzuar mukozën e septumit nazal.
- B. Nëpërmjet disekimit të kujdesshëm ngrihet lembo në incizionet laterale dhe mobilizohet. Në të njëjtën mënyrë lirohet edhe mukoza e septumit (vomerit) dhe afrohet me atë laterale. Në këtë moment, palatum mollae mbyllet si në teknikën von Langenbeck të përshkruar më sipër.
- C. Në prerje evidentohen planet muko-periostale të palatum durum dhe septumit.
- D,E Me anë të suturave të absorbueshme 4.0 dyshek afrohen planet muko-periostale duke u kujdesur që planet e gjakosura të jenë në kontakt me njëra-tjetrën.
- F,F1Mbyllja e defektit pa tension; palatum mollae mbyllet me 3 shtresa.
- G. Korrigjimi i përfunduar (Fig.22).

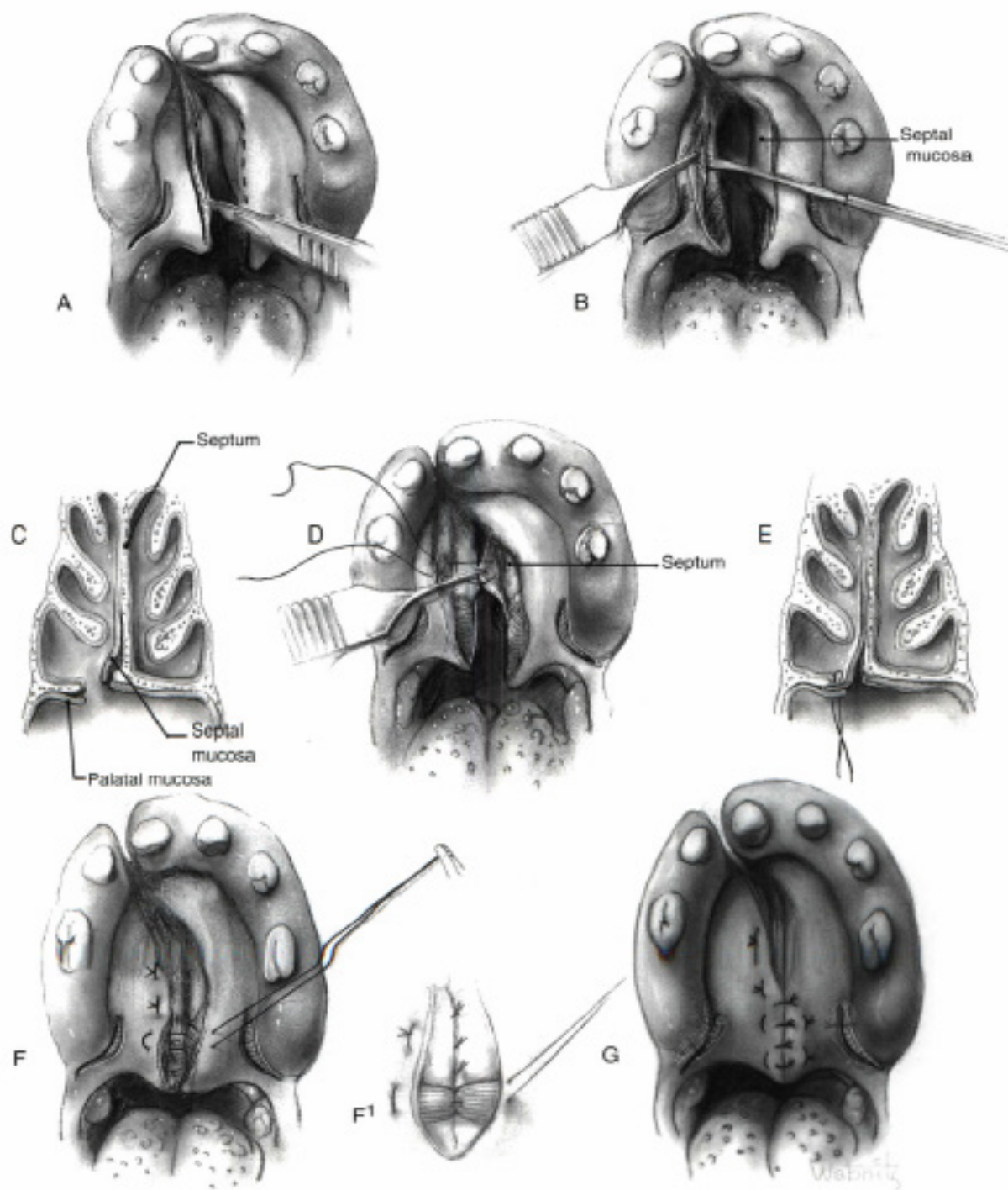


Fig. 22: Teknika sipas Veau (1931).

Komplikacionet e kirurgjisë së defekteve të lindura të buzës.

Përsa i takon terminologjisë së përdorur, duhet bërë një sqarim në këtë pikë:

- **Komplikacion:** quhet një patologji ose gjendje dytësore e cila i mbivendoset dhe përkeqson një patologji egzistuese, si p.sh.: infeksioni i plagës operatore.
- **Pasojë ose "sequelae":** quhet një gjendje e padëshirueshme e cila është pasojë e trajtimit të një patologjie para egzistuese, si p.sh.: një cikatricë e dukshme.

Përsa i takon buzës, në periudhën post operatore të korrigjimit të saj mund të hasen disa komplikacione qofshin këto të hershme (2 javë post-op), ose edhe më vonë sesa kaq.

Komplikacionet

Komplikacionet e hershme:

Hemorragjia:

Megjithëse mund të ndodhë rrallë herë gjatë operacionit, zakonisht kontrollohet nëpërmjet presionit direkt mbi plagë duke evituar përdorimin e termokoagulatorit¹⁰¹.

Infeksioni i plagës:

Në bazë të protikollit të Shërbimit tonë, ne japim antibiotik profilaksi i.v gjatë fazës së induksionit të anestezisë e pasuar kjo nga antibioterapi orale për 5-7 ditët në vazhdim. Ndonjëherë mund të kemi formim të granulomës së trupit të huaj e shkaktuar nga sutura. Në këto raste, heqja e suturës është pasuar nga shërimi i plagës. *Reinisch dhe Sloan* raportojnë një incidencë prej 2.3% në 132 raste të trajtuara për defekt buzë¹⁰².

Dehiscienca e plagës operatore:

Incidenca e këtij komplikacioni është e rrallë në rastet e defekteve të njëanshme; në rastet e defekteve bilaterale, si pasojë e tensionit të ushtruar edhe nga fragmenti i premaksilës, ky komplikacion haset më shpesh¹⁰³. Në përgjithësi, risk më të lartë për këtë komplikacion paraqesin pacientët relativisht më të rritur në moshë dhe ata pacientë që janë hiperaktivë. Incidenca e këtij komplikacioni varion nga 1% deri në 7.4%¹⁰⁴.

Nekroza e lembos:

Në përgjithësi, me aplikimin e lembove me rrotullim-avancim në korrigjimin e defekteve të buzës, nekroza e lembos nuk duhet të ndodhë; problem paraqesin rastet me defekte bilaterale kur gabimisht mund të dëmtohet baza e lembos së mesme: Në këto raste, rekomandohet aplikimi topikal i antibiotikëve deri në shërimin e plotë.

Komplikacione të vona

Këto komplikacione zakonisht hasen në periudhën e vonë post operatore (p.sh 2 javë pas operacionit) dhe, në përgjithësi janë me natyrë iatrogjene; ato lidhen ose me një planifikim të gabuar të interventit, ose me një ekzekutim të gabuar të tij. Zakonisht janë komplikacione estetike dhe shpesh herë të vështira për tu korrigjuar.

Pasoja ose “sequelae”:

Deformim i buzës:

- Asimetri në planin vertikal: si pasojë e formimit të një indi cikricial masiv ç’ka shoqërohet me ngritjen e linjës së Kupidonit nga ana e prekur
- Vermilioni paraqitet i holluar: si pasojë e freskimit të buzëve të defektit tepër mezialisht, aty ku vermilioni paraqitet i holluar. Më i shpeshtështë ky problem në defektet bilaterale të buzës.
- Linja e Kupidonit jo e vazhdueshme: si rezultat i mos piketimit të saktë të linjës përpara infiltrimit me anestetik. Rekomandohet të markohet në katër pika, lart dhe poshtë linjës në të dyja anët e defektit.

Deformim muskular:

Në përgjithësi, vëmendja e kirurgut përqëndrohet në riparimin e defektit të lëkurës dhe të vermilionit duke lënë në plan të dytë m.orbicularis oris. Disekimi i kujdesshëm dhe suturimi me fije jo të absorbueshme i tij do të garantonte një korrigjim shumë të mirë të defektit si edhe do të evitonte asimetrinë e buzës¹⁰⁵.

Cikatricet e lëkurës:

Në përgjithësi regionin e buzëve është i favorshëm për sa i takon shërimit të plagëve. Megjithatë, në praktikë rrallë herë ndodh që rezultati i ndërhyrjes të kompromentohet nga prezenca e një cikatrice masive më shpesh e lokalizuar në lëkurë sesa në vermilion.

Një mënyrë për ta minimizuar apo shmangur këtë problem do të ishte të evitoheshin suturat e lëkurës duke i zëvendësuar ato me sutura intradermale pas një riorientimi perfekt të fibrave të m.orbicularis oris. Po ashtu, prindërit këshillohen të mos i ekspozojnë fëmijët e operuar në rrezet e diellit për një periudhë rreth 12 mujore pas operacionit.

Mendojmë se në formimin e cikatricës, një rol të rëndësishëm luan edhe komponentja gjenetike.

Deformimi nazal:

Ky problem do të meritonte një kapitull të veçantë. Megjithatë mund të themi se në një masë të mirë ky varet nga shkalla e deformimit primar. Nga ana tjetër, kirurgjia shpesh e përmirëson por edhe mund ta përkeqësojë këtë problem.

Debati midis autorëve të ndryshëm për sa i takon kohës optimale të korrigjimit të defektit të hundës (gjatë ndërhyrjes së parë apo në një etapë të dytë), ende vazhdon.

Studimet e fundit hedhin poshtë besimin se një korrigjim i plotë dhe në moshë të hershme i defektit të hundës bart me vete rrezikun e frenimit të rritjes së kësaj të fundit; po ashtu, cheiloplastika nuk zgjidh problemin e deformimit të piramidës nazale¹⁰⁶. Graftimi i procesit alveolar mund të arrijë rezultate të kënaqshme në këtë aspekt.

Komplikacionet e kirurgjisë së defekteve të lindura të qiellzës.

Komplikacionet:

Hemorragjia:

Në përgjithësi episodet e hemorragjisë evidentohen gjatë ndërhyrje dhe përpara ekstubimit. Në këto raste, aplikimi i presionit mbi vendin e burimit do të sjellë ndalimin e saj. Pacientët e operuar asnjëherë nuk dërgohen në shtëpi të paktën për 48 orët e para pas operacionit, por mbahen nën kontroll të vazhdueshëm.

Blokim i rrugëve të sipërme të frymëmarrjes:

Ky është edhe komplikacioni më serioz i kirurgjisë së korrigjimit të defekteve të lindura të qiellzës. Sipas të dhënave të autorëve të ndryshëm, më shpesh ndodh në pacientë me sindromën Pierre-Robin.

Në një studim prej 247 pacientësh ku u aplikua palatoplastika, 14(5.7%) patën kompromentim perioperativ ose post operativ të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes. Gjysma e këtyre pacientëve ishin diagnostikuar me Pierre-Robin dhe problemi ndodhi brenda 48 orëve të para pas ndërhyrjes; 8 raste ndodhën gjatë ekstubimit.

Në disa raste, aplikimi i një tubi nazofaringeal deri në zgjimin e plotë e përmirëson ndjeshëm situatën. Ka autorë të cilët rekomandojnë lirimin e divarigatorit dhe të spatulës së gjuhës periodikisht për 5min çdo 30-40min pasi, sipas tyre, kjo do të minimizonte edemën e gjuhës në periudhën pas operacionit¹⁰⁷.

Dehiscienca e plagës:

Në përgjithësi është rrjedhojë e traumës direkte mbi indet dhe e tensionit në mbylljen e plagës në rast se nuk është bërë mirë preparimi (lirimi). Prindërit instruktohen të mos lejojnë fëmijën të fusë në gojë sende të forta. Në rast se ndodh, në përgjithësi presim të shërohet plaga përpara se të tentojmë një ri-korrigjim.

Dëmtimi i folikujve të dhëmbëve:

Ngritja e lembos muko-periostale mund të dëmtojë dhëmbët e qumështit të cilët duhen ruajtur pasi shërbejnë si ruajtës hapsire dhe udhëzojnë daljen e dhëmbëve të përhershëm.

Në moshën 10-14 muaj kur ne zakonisht planifikojmë palatoplastikën, molarët e qumështit nuk kanë eruptuar ende pasi eruptojnë rreth moshës 16 muaj; në këto situata tregojmë kujdes që incizionet liruese ti vendosim jo direkt mbi kreshtën alveolare por, mezialisht saj pikërisht për të mos dëmtuar folikujt të cilët ndodhen direkt nën mukozë. Është kjo një nga arsytet pse ne si

Shërbim preferojmë moshën 12-18 muajshe për të kryer korrigjimin e defekteve të plota të qiellzës.

Pasojat ose “sequelae”:

Fistula oro-nazale:

Fistulat paraqiten në forma të ndryshme: nga ato të mëdhatë të cilat shoqërohen me humbje indore, në ato të voglat të cilat konstatohen disa vite më pas post-op. Fistulat shoqërohen me dalje ushqimi nga hunda dhe në disa raste edhe me vështirësi në të folur. Klinika varet drejtpërdrejtë nga madhësia e fistulës. Shpesh hërë paraqiten të vështira për tu diagnostikuar pasi janë shumë të vogla; kjo ndikon edhe në incidencën e tyre e cila varion ndjeshëm nga 0 në 63%¹⁰⁸.

Faktorët që ndikojnë në këtë komplikacion mendohet që kanë të bëjnë me eksperiencën e kirurgut, madhësinë e defektit dhe teknikën e përdorur¹⁰⁹.

Ç'rregullime të rritjes maksilare:

Ky ka qenë temë debati mes autorëve të shumtë për një kohë të gjatë; shumica e autorëve janë dakort se frenimi i rritjes shkaktohet nga fibroza indore që pason riparimin e buzës ose ngritjen e lembove muko-periostale gjatë palatoplastikës.

Bardach mblodhi dhe publikoi të dhëna të rëndësishme nëpërmjet një studimi me kafshët; ai erdhi me tre konkluzione të rëndësishme: së pari, korrigjimi i buzës sjell rritje të presionit të kësaj të fundit mbi maksilën; së dyti, rritja e maksilës varet nga shkalla e zhveshjes së kockës gjatë ngritjes së lembove muko-periostale dhe, së treti, rradha e punës në korrigjimin e defekteve ndikon në gradën e prapambetjes së zhvillimit maksilar. Ky studim tregoi që, korrigjimi i buzës në fillim dhe më pas i qiellzës, minimizonte frenimin në rritjen maksilare, d.m.th ndikon më pak në zhvillimin normal të kësaj të fundit^{110, 111}.

Ndjekja post-operatore

Pacientët e operuar me defekte të mëdha shpesh herë paraqesin kufizim në zhvillimin e strukturave kranio-faciale. Kjo i dedikohet: efektit të kirurgjisë mbi indet, indit cikatricial dhe faktorëve gjenetikë të përfshirë²⁴.

Ndjekja post-operatore përbën një moment shumë të rëndësishëm në trajtimin e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës. Vlerësimi i rezultatit të kirurgjisë primare si të buzës, ashtu edhe të qiellzës, si edhe planifikimi i ndërhyrjeve të tjera të mundshme me synim arritjen e një rezultati sa më optimal, përbën sfidë për çdo ekip mjeksor. Sikundër citonin autorët e mirënjohur Gillies dhe Kilner më 1932, “Edhe përpjekjet më të mira të çdo kirurgu në korrigjimin primar të një defekti të buzës, zakonisht rezultojnë në një lloj deformimi”¹¹².

Në 50 vitet e fundit janë bërë përparime të mëdha në trajtimin e defekteve të lindura; deformimet mund të korrigojnë relativisht herët në jetë me rezultate normale ose shumë afër normales përsa i takon aspektit estetik dhe funksional të strukturave të prekura. Në rastin e defekteve të njëanëshme, arritja e një paraqitje dhe funksioni normal është një objektivi i kirurgjisë dhe rezultatet janë në një masë të madhe mjaft të parashikueshme.

Në rastin e defekteve të buzës, nevoja për korrigjim sekondar mbetet relativisht e shpeshtë, megjithë planifikimin dhe ndërhyrjen e kujdesshme nga ana e kirurgut; kjo haset në masën 35-75%^{113, 114} dhe varet si nga anatomia e defektit, ashtu edhe nga faktori iatrogjen. Mendimi i autorëve të ndryshëm përsa i takon nevojës për kirurgji sekondare është se kjo: “përbën të zakonshmen dhe jo të jashtëzakonshmen”¹¹⁵.

Faktorët shkaktarë duhen kërkuar në mungesën e eksperiencës nga ana e kirurgut, mungesën e indeve përreth defektit, karakteristikat individuale në formimin e cikatricës, si edhe në efektin që ka rritja faciale mbi zonën e operuar. Trajtimi më i mirë është parandalimi; kjo arrihet shpesh herë nëpërmjet realizimit të një ndërhyrjeje optimale primare¹¹⁶. Çelësi i suksesit në kirurgjinë e defekteve është lirimi, riorientimi dhe suturimi pa tension i muskulaturës.

Në rastin e buzës, rezultati ideal do të ishte: simetri e nareseve, bazës së kartilagove alare, filtrum i kufizuar mirë, linjë e kupidonit e vazhdueshme dhe simetrike, maja e hundës me pamje normale në profil, buzë e sipërme me lëvizshmëri dhe volum normal gjatë të folurit, buza e kuqe jo e shpërveshur dhe me vazhdimësi të ruajtur. Fillimisht syri fokusohet në simetrinë dhe më pas në konturet.

Në rastin e defekteve të qiellzës, fistulat post-operatore dhe cilësia e të folurit përbëjnë edhe shqetësimin më të madh për kirurgun; në fakt, prezenca e fistulave në vetvete ka një efekt negativ në cilësinë e të folurit pas palatoplastikës, e manifestuar kjo në insuficiencën velofaringeale (IVF).

Formimi i fistulave i dedikohet më shpesh dehiscencës së plagës operatore si rezultat i mbylljes nën tension, infeksionit të plagës, traumës indore, hematomës ose dëmtimit të tufës neuro-vaskulare të lembos. Të patrajuara fistulat mund të shpien në dalje të ushqimit nga hunda, të folur të pakuptueshëm, humbje të dëgjimit dhe të folur hundor¹¹⁷.

Këto probleme komplikohen edhe nga fakti se fistulat e qiellzës korrigojnë me vështirësi dhe recidivojnë shpesh pas korrigjimit. Incidenca e tyre varion nga 0-76%¹¹⁸ dhe recidiva pas korrigjimit të tyre i afrohet shifrës 100%¹¹⁹.

Një vlerësim i saktë i rezultatit post-operator do të thotë të bëhet:

- Analiza metrike faciale
- Vlerësimi i problemeve të mundshme dentare
- Vlerësimi i dëgjimit
- Vlerësimi i shkallës së pëlqyeshmërisë së rezultatit nga ana e pacientëve ose familjarëve të afërm
- Vlerësimi nga një ekip ekspertësh të fushave përkatëse²⁴.

Korrigjimi i defekteve të procesit alveolar

Në ndjekjen post-operatore të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, deri para rreth 30 vitesh, pak vëmendje i është kushtuar defektit kockor të maksilës dhe nevojës për graftim të kësaj të fundit. Megjithatë, literatura gjermane dokumenton raste të trajtuara me graftim rreth 100 vjet më parë nga publikimet e Lexar, Drachter dhe von Eiselberg. Më vonë, autori Schmid me 1955 vjen me konceptin e “graftimit primar” ose gjatë korrigjimit të qiellzës; nga studimet e mëvonshme u pa se kjo teknikë sillte probleme me rritjen kockore dhe u abandonua¹²⁰. Së fundmi, autori Boyne paraqet konceptin e “graftimit të vonuar”, d.m.th rreth moshës 8-12 vjeçare; arsyetimi i tij ishte se, rreth kësaj moshe 80% e rritjes maksilare në drejtim anterior dhe transversal ka përfunduar dhe, për pasojë operacioni i graftimit nuk ndikon në rritjen maksilare¹²¹. Ky koncept tashmë i përqaftuar nga shkollat e mbarë botës dhe nga shkolla jonë gjithashtu, përbën sot protokollin standart të korrigjimit të defekteve kockore shoqëruese të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës.

Nevoja e aplikimit të graftimit vjen nga fakti se, megjithë korrigjimin perfekt që mund t'i bëhet defektit të buzës, baza e hundës dhe për pasojë edhe simetria e kësaj të fundit nuk sigurohen. Nga ana tjetër, në rast se nuk sigurohet suporti kockor nga procesi alveolar, pacientët paraqesin: buzë të sipërme të sheshtë, fistula të cilat recidivojnë megjithë tentativat e shumta të mbylljes, mungesë vazhdimësie të procesit alveolar, premaksila shpesh mbetet e lëvizshme, probleme me erupsionin e dhëmbëve pasi mungon suporti kockor dhe, megjithë tentativat e korrigjimit ortodontik të rrjeshtimit të dhëmbëve, shpesh rezultati përfundimtar mbetet i pa kënaqshëm; po ashtu, dhëmbët në kufi të defektit fillojnë të lëvizin dhe shpesh herë duhen hequr. Sot, koha perfekte e graftimit varet nga dhëmbi permanent që duhet shpëtuar: ky dhëmb duhet të ketë rreth ½ deri në 2/3 të formuar në momentin e kirurgjisë¹²².

Teknika e përdorur në Shërbimin tonë për këtë qëllim është korrigjimi sipas Abyholm me zonë donatore cristën iliaca (Fig.23 dhe 24).

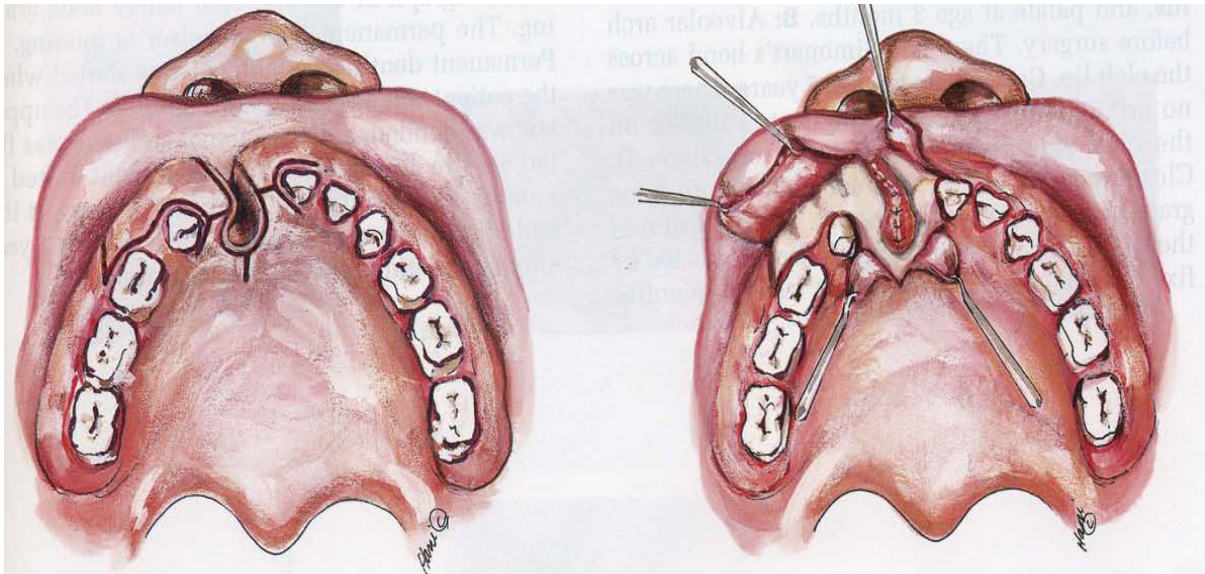


Fig. 23: Teknika sipas Abyholm (formimi i lembove muko-periostale).

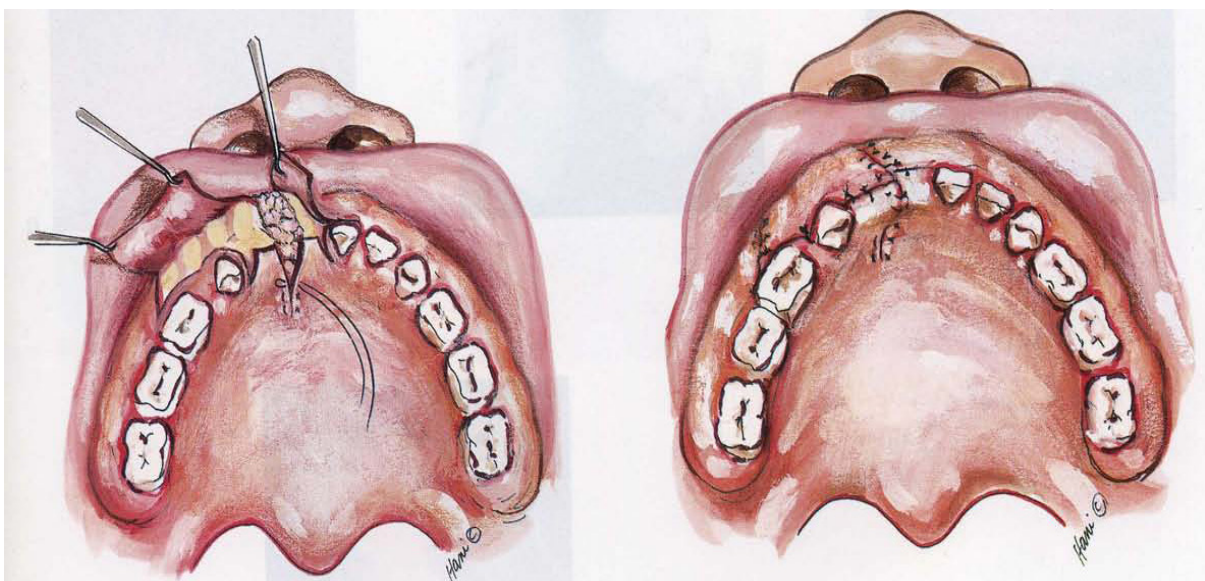


Fig. 24: Teknika sipas Abyholm (vendosja e materialit të grafitit dhe mbyllja e defektit).

Përsa i takon korigjimit sekondar të defekteve të buzës dhe të qiellzës, duhet të merren në konsideratë disa elemente si p.sh: shkalla e asimetrisë, lloji i defektit primar dhe teknika e përdorur në atë korigjim, prania e defekteve skeletike shoqëruese, shkalla e mangësisë së indit të butë që ndikon në asimetri dhe së fundi pretendimi i vetë pacientëve.

Përpara se të ndërmerret korigjimi, duhet patjetër të evidentohen të gjitha problemet e mundshme: cikatrice, gjendja e muskulit, orientimi i vermilionit, linjës së Kupidonit dhe të mukozës, disbalancat skeletike të mundshme si pasojë e hipoplazisë maksilare.

Pasi janë konstatuar problemet e mundshme, përpiqemi të veçojmë shkakun e mundshëm. Megjithëse hipoplazia maksilare ndikon në një rezultat të dobët estetik, shpesh herë shkaku mund të jetë një planifikim i dobët i kirurgjisë primare, si p.sh: rrotullim i pamjaftueshëm i

lembos mediane në rastin e një teknike Millard, mungesë e riorientimit të m.orbicularis oris etj...

Në rastin e qiellzës, dehiscienca e plagës si pasojë e suturimit nën tension të plagës është më shpesh shkaktar i fistulave oro-nazale nga njëra anë dhe, nga ana tjetër, mungesa e riorientimit të m.tensor velii palatini sjell në mënyrë të paevitueshme prezencën e insuficiencës velo-faringeale (IVF) me pasojë probleme në të arikularin e disa bashkëtingëlloreve.

Përcaktimi i moshës së volitshme për të kryer ndërhyrjen sekondare është një moment i rëndësishëm i cili ka përbërë objekt debati midis autorëve ndër vite. Koha e ndërhyrjes përcaktohe duke u nisur nga: shkalla e deformimit, efekti psiko-social dhe funksional që ka ky defekt tek fëmija, stadi aktual i rritjes faciale dhe nga ndikimi që ka kjo rritje në kirurgjinë sekondare.

Në rastin e indeve të buta, mosha e preferuar është ajo 5 deri në 6 vjeçare në mënyrë që kur fëmija të ketë arritur moshën shkollore, të ketë një paraqitje sa më normale duke mos përbërë kështu një objekt talljeje apo ngacmimesh prej bashkëmoshatarëve¹²³.

Defektet e lindura të qiellzës dhe funksioni velo-faringeal

Arsyeja kryesore e korrigjimit të defekteve të lindura të qiellzës, është që të arrihet një e folur dhe ushqyerje normale¹²⁴. Pas palatoplastikës, rreth 20-30% e fëmijëve demonstrojnë disfunkcion ose insuficiencë velo-faringeale(IVF), çka rezulton në të folur jo normal¹²⁵. IVF konstatohet edhe në individë të cilët nuk kanë lindur me defekt.

Të folurit normal kërkon si presionin intraoral për të prodhuar bashkëtingëlloret, ashtu edhe energjinë e tingullit për të prodhuar zanoret dhe disa bashkëtingëllore. Për të prodhuar tingujt oralë, valvula duhet të jetë e mbyllur plotësisht në mënyrë që ajri që vjen nga mushkритë të drejtohet drejt gojës, ndërsa për të prodhuar ata nazalë (m, n, ng), ajo duhet të hapet në mënyrë që ajri të drejtohet drejt kavitetit nazal. Të folurit kërkon një lëvizje dhe koordinim të vazhdueshëm të velumit dhe të murit të përparmë të faringsit. Po ashtu, funksioni velo-faringeal është i rëndësishëm në rezonancën e tingullit e cila përcaktohet nga balanca e energjisë zanore në kavitetet: faringeale, orale dhe nazale, si edhe në artikulimin e të folurit.

Funksioni velo-faringeal varet nga :

- Strukturat anatomike
- Funksionimi neuro-motor
- Aftësitë e të mësuarit

Disfunkcion ndodh atëherë kur valvula nuk mbyllet në mënyrë të vazhdueshme dhe të plotë.

- IVF shkaktohet nga defekte të strukturës (rasti i defekteve të lindura),
- Inkompetenca ka në bazë të saj një problem neuro-motor
- Të folurit hundor(hipernazaliteti) në pacientë pa defekte ka të bëjë me keq artikulimin dhe kërkon trajtim logopedik.

Njohja dhe veçimi i faktorit shkaktar, është moment i rëndësishëm në menaxhimin e këtij problemi¹²⁶. Një spacialist logoped në përgjithësi mund të vlerësojë funksionin velo-faringeal

gjatë të folurit; gjithsesi, duke qenë se velofaringsi është një strukturë tepër komplekse, vlerësimi objektiv i funksionit të tij paraqet një sfidë për specialistët. Videofluoroscopia, angiograma, nazoendoscopia dhe nazometria janë teknikat më të përdorura në vlerësimin e funksionit velo-faringeal.

Metodat direkte:

- Radiografia laterale e kokës (cefalometrike)
- Videofluoroscopia
- Nazoendoscopia
- Kombinimi i nazoendoskopisë me videofluorografinë
- MRI
- Elektromiografia

Metodat indirekte:

- Nazometria
- Analizat akustike
- Analizat e rrymës ajrore

Vlerësimi i funksionit velo-faringeal nuk mund të bëhet vetëm duke u bazuar në matjet nëpërmjet instrumentave të ndryshëm.. Vlerësimi më i saktë realizohet duke kombinuar vlerësimin objektiv të të folurit nga ana e specialistëve logopedë me rezultatet e matjeve të ndryshme me anën e instrumentave¹²⁷.

Defektet e lindura të qiellzës dhe patologjia e veshit të mesëm.

Në vitet 1960, autorët Stool dhe Randall ishin të parët të cilët raportuan incidencën e lartë të defekteve të lindura të qiellzës me sëmundjen e veshit të mesëm (*otitis media*)¹²⁸.

Në vitin 1969, autorët Paradise dhe Bluestone konstatuan prezencën e otitis media (OM) në rreth 80% të fëmijëve të operuar për defekt të lindur të qiellzës¹²⁹.

Kjo përqindje e lartë e OM i dedikohet anomalive shoqëruese të funksionit të tubave të Eustakit (TE)^{130, 131}.

Të tjerë autorë i mbështetën këto gjetje duke ardhur me shifra të ngjashme: 90-100% probleme të veshit të mesëm përpara korrigjimit të defektit të qiellzës dhe, 40-100% incidencë e OM pas këtij korrigjimi^{129, 132}.

Sëmundja e veshit të mesëm lidhet ngushtë me disfunksionin e tubave të Eustakit.

Veshi i mesëm përbëhet nga: tubat e Eustakit, hapësira e veshit të mesëm dhe qelizat mastoide.

Tubat e Eustakit përbëhen nga: mukoza, kartilago, muskujt përreth tyre (tensor veli palatini, tensor tympani, levator palatini) dhe kocka përreth (pllaka pterigoide).

TE lidhin veshin e mesëm me nazofaringsin dhe kanë tre funksione kryesore:

- Ajrosjen e veshit të mesëm
- Mbrojtjen e VM nga sekrecionet nazofaringeale dhe
- Drenimin e kavitetit të VM.

M.tensor veli palatini, pasi inserohet në TE, kalon përreth hamulusit pterigoid përpara se të fiksohet në kockën palatinale; është pikërisht kontraksioni i këtij muskuli që siguron zgjerimin e TE dhe për pasojë edhe ventilimin e VM^{133,134}

Dështimi në këtë mekanizëm hapjeje të TE është identifikuar si shkak i disfunksionit të TE me pasojë otitis media¹²⁹(Fig. 25).

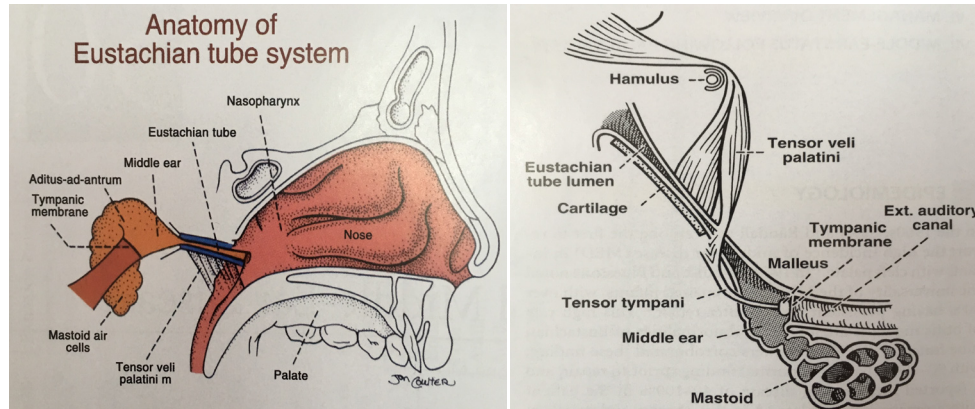


Fig. 25: Anatomia e tubit të Eustakit.

Problemi që paraqesin fëmijët me defekte të qiellzës është ngushtimi i TE gjatë gëlltitjes, gjë që sjell prishjen e funksionit rregullator të presionit në VM duke rezultuar në infeksione kronike asimptomatike të VM në këta fëmijë¹³⁵.

Fëmijët pa defekte të qiellzës nga ana tjetër, janë më të prirur të zhvillojnë infeksione ascendente nga nazo-faringsi me klinikë të shprehur të VM pasi, në këta fëmijë, gjatë të qarit, ajri sëbashku me sekrecionet nazofaringeale kalojnë në VM duke dhënë shpesh otitis media akut me klinikë të shprehur.

Rezultati afatgjatë i çrregullimit funksional të TE në fëmijët me defekte të lindura të qiellzës, është: proliferimi epitelial, keratinizimi, humbja e dëgjimit, otitis media kronik dhe kolesteatoma.

Në përgjithësi, pas korrigjimit të defektit të qiellzës kemi një përmirësim të funksionit të TE. Kështu, rreth 70% e pacientëve të trajtuar me palatoplastikë paraqesin përmirësim të funksionit midis moshës 6 vjeçare dhe adoleshencës¹³⁶.

Megjithatë, përderisa funksioni të rivendoset, problemi anashkalohet nëpërmjet vendosjes së tubave të ajrimit në veshitn e mesëm (tubat e timpanostomisë) të cilët janë të domosdoshëm sidomos në prezencë të otitis media ose të sekrecioneve purulente nga ky i fundit.

Në periudhën post-operatore, bëhet monitorimi i funksionit të tubave të Eustakit si edhe i gjendjes së tubave të timpanostomisë të vendosur gjatë interventit.

2. Metodologjia

2.1. Qëllimi i studimit

Ky studim synon të përshkruajë shpërndarjen e defekteve të lindura buzë-qiellzë, faktorët e jashtëm që ndikojnë në shfaqjen e tyre, teknikat kirurgjikale efikase dhe ecurinë e trajtimit kirurgjikal tek pacientët e paraqitur në Shërbimin e Kirurgjise OMF gjatë periudhës kohore 2007-2014 me qëllim: njohjen dhe vlerësimin e protokollit aktual të trajtimit dhe përpilimin e rekomandimeve për marrjen e masave me qëllim përmirësimin e këtij protokollit nëpërmjet rishikimit të standarteve të trajtimit.

2.2. Objektivat specifike te studimit

Objektivat specifike të punimit paraqiten më poshtë:

1. Përshkrimi i karakteristikave demografike (gjini, moshë, vendlindje dhe vendbanim) të pacientëve të përfshirë në studim.
2. Përshkrimi i shpërndarjes së defekteve të lindura buzë-qiellzë në kohë dhe sipas karakteristikave demografike të pacientëve (gjini, vendlindje) .
3. Përshkrimi i historisë familjare të defekteve buzë-qiellzë
4. Përshkrimi i faktorëve të jashtëm që ndikojnë në praninë e defekteve të lindura buzë-qiellzë
5. Përshkrimi i ndjekjes konsultative të pacientëve me specialistë të tjerë (Mjeku ORL, gjenetisti, neuro pediatër dhe kardio-pediatër)
6. Përshkrimi i kohës së rikontrollit mjekësor pas ndërhyrjes kirurgjikale
7. Përshkrimi i llojit të kirurgjisë sekondare të kryer
8. Përshkrimi i diagnozës klinike të defekteve të lindura buzë-qiellzë, sipas llojit të anomalisë (e pjesshme/e plotë, apo e plotë unilaterale/bilaterale);
9. Lidhja (shoqërimi) midis pranisë së anomalisë së buzës dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (mungesë e mobilitetit, tërheqje e majës së hundës, cikatrice e dukshme, diskordancë e linjës së Kupidonit, gjatësi e reduktuar e kolumelës);
10. Lidhja (shoqërimi) midis pranisë së anomalisë së qiellzës (unilaterale/bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (prani e fistulës oro-nazale, insuficiencë velofaringeale);
11. Lidhja (shoqërimi) midis pranisë së anomalisë së procesit alveolar (unilaterale/bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (prani e fistulës);
12. Lidhja midis pranisë së anomalisë së buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe faktorëve socio-ekonomik të prindërve/familjeve (niveli ekonomik, niveli i edukimit të nënës dhe babait).

2.3. Popullata në studim

Në studimin tonë janë përfshirë të gjithë rastet me defekte të lindura buzë-qiellzë, të paraqitura pranë Shërbimit të Kirurgjise OMF gjatë periudhës 2007-2014.

Gjithsej, u analizuan 176 raste, nga të cilët 108 (61.3%) ishin meshkuj dhe 68 (38.7%) ishin femra. Mosha mesatare e pacientëve të marrë në studim ishte 4 vjeç.

Për shkak të rasteve relativisht të pakta të kësaj patologjie, studimi përfshin një periudhë kohore të gjatë, prej 8 vjetësh (2007-2014). Minimumi i ndjekjes post-operatore ishte 12 muaj.

Duhet theksuar se ndjekja e pacientëve të trajtuar nga ne për defekte të lindura të buzës dhe të qiellzës është një proces i vazhdueshëm i cili shtrihet në vite dhe kurrsesi nuk përfundon me operacionin e parë.

2.4. Tipi i studimit

Tipi i studimit: transversal (kros-seksional)

Nëpërmjet komponentit deskriptiv (përshkrues), studimi përshkruan shpërndarjen e defekteve të lindura buzë-qiellzë, faktorët e jashtëm që ndikojnë në shfaqjen e tyre, lidhja që kanë këto anomali me historinë familjare, teknikat kirurgjikale efikase, si dhe ecurinë e trajtimit kirurgjikal tek pacientët me këtë patologji. Gjithashtu në këtë komponent të studimit përshkruhen edhe perceptimet e prindërve për anomalitë e buzës dhe qiellzës, nevojën për mbështetje psiko-sociale, ndjekja e nënës gjatë shtatëzanisë.

Në aspektin analitik studimi bën një vlerësim të lidhjes (shoqërimit) midis llojit të anomalisë (të buzës, qiellzës dhe procesit alveolar) dhe indikatorëve të ndërhyrjes kirurgjikale; midis llojit të anomalisë dhe karakteristikave socio-ekonomike të familjeve që kanë pacientë të marrë në studim; midis llojit të anomalisë dhe historisë familjare për defekte të lindura.

2.5. Hipotezat e studimit

1. Defektet e lindura hasen më shumë tek personat që kanë histori familjare për to
2. Ka një lidhje pozitive midis llojit të nomalisë (e pjesshme apo e plotë) dhe indikatorëve vlerësues të ndërhyrjes kirurgjikale
3. Faktorët socio-ekonomik janë determinantë të rëndësishëm të ecurisë së anomalive të lindura buzë-qiellzë

2.6. Indikacionete zgjedhjes së trajtimit kirurgjikal

Defektet e lindura pranë Shërbimit tonë trajtohen tashmë në mënyrë protokollare dhe të standartizuar.

Defektet unilaterale të buzës trajtohen kryesisht nëpërmjet teknikës Millard dhe rrallë herë me anë të teknikës Randall -Tennison.

Plastika sipas Rose (mbyllja në vijë të drejtë) është braktisur tashmë nga ne për arsye të rezultateve të dobëta estetike dhe funksionale.

Defektet bilaterale të buzës trajtohen nëpërmjet teknikës Veau pothuajse gjithnjë duke korrigjuar të dy anët në të njëjtën seancë operatore.

Në defektet e qiellzës, teknika e preferuar nga ne është palatoplastika sipas von Langenbeck. Në raste të rralla përdoret edhe korrigjimi sipas Furlow.

Defektet e procesit alveolar korrigjohen me anë të grafitit kockor të marrë nga crista iliaca dhe duka zbatuar teknikën Abyholm.

2.7. Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave konsistoi në plotësimin e një *kartele tippër* çdo pacient që u përfshi në studim. Kartelatip, përveç të tjerave, përfshin edhe një pjesë të të dhënave që përmban *kartela mjekësore spitalore*.

Në fund, prindërve iu drejtuan disa pyetje individuale që lidheshin me perceptimin e tyre të defekteve të lindura dhe ndihmës psiko-sociale që ata kishin marrë. (Shtojca 1).

Skeda përfshin komponentët e mëposhtëm:

- **Karakteristikat demografike** të pacientit (gjinia, mosha, vendlindja, vendbanimi);
- **Karakteristikat socio-ekonomike të prindërve të pacientit (niveli i të ardhurave, niveli i edukimit të nënës dhe babait)**
- **Data e kryerjes së operacionit**
- **Diagnoza e defektit**
- **Lloji i anomalisë** që lidhen me:
 - *Anomali të e buzës*
 - *Anomali të e procesit alveolar*
 - *Anomali të e qiellzës*
- **Anamnesis morbi:** prindërit, (pasi pacientët janë kryesisht fëmijë) u pyetën mbi historinë e sëmundjes. Veçanërisht iu kushtua rëndësi elementëve të mëposhtëm:
 - Koha e evidentimit të defektit
 - Vizitat e mëparshme tek mjeku: neonatolog, ORL, gjenetist, neuro-pediatër, kardio-pediatër
 - Trajtime të mëparshme (nëse subjektet e përfshirë në studim kishin bërë ndërhyrje të mëparshme kirurgjikale) dhe nëse po, lloji i ndërhyrjes.
- **Historia familjare** përfshin informacion lidhur me historinë e defekteve të lindura buzë-qiellzë ose të nderlikimeve kryesore të saj në familje, (nëna, babai, motra, vëllai, kushëriri i/e parë).
- Për komponentin **Faktorët e jashtëm**, u grumbullua informacion në lidhje me:
 - Defiçite ushqimore
 - Përdorimin e drogave

- Virozat e ndryshme
- Rrezatimet
- Avitaminozat
- Hipoksia
- Traumat
- Shok psiko-social

Ndërhyrja kirurgjikale

Informacioni ne lidhje me protokollin e ndërhyrjes kirurgjikale dhe protokollin e ndjekjes post-operatore jepet në paragrafet e mësipërm.

Indikatorët e vlerësimit të ndërhyrjeve

Për vlerësimin e ndërhyrjes kirurgjikale u morën në konsideratë indikatorët e mëposhtëm:

Për buzën: mobiliteti i buzës, gjatësia e kolumelës, tërheqja e majës së hundës, vlerësimi i cikatricës, vazhdimësia e linjës së kupidonit dhe e m.orbicularis oris.

Për procesin alveolar: prani fistule oro-nazale, hipoplazi maksilare.

Për palatumin: prani fistule oro-nazale, cilësia e të folurit (insuficiencë velo-faringeale).

Ndjekja post-operatore

Ndjekja post-operatore për buzën u vlerësua nëpërmjet të dhënave të ndjekjes pas:

- 10 ditëve të para (heqja e suturave)
- 3,6,12 muajsh dhe pas çdo viti në vazhdim.

Të dhënat (për buzën) përfshijnë: formën e hundës, pamjen dhe ngjyrën e cikatricës, projektimin e filtrumit dhe të nareseve, vlerësimin e kolumelës.

Ndjekja post-operatore për qiellzën u vlerësua nëpërmjet të dhënave të ndjekjes pas:

- 10 ditëve të para post-operatore
- 3,6,12 muajsh dhe pas çdo viti e në vazhdim.

Të dhënat për qiellzën përfshijnë : praninë e fistulës oro-nazale, të IVF dhe anomalive dento-alveolare shoqëruese.

Duhet të kemi parasysh se, shpesh herë ndjekja e pacientëve të trajtuar për korrigjimin e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, mund të shtrihet deri në përfundimin e rritjes, d.m.th deri rreth moshës 18-20 vjeçare; në këte moment, mund të kryhet edhe kirurgjia ortognatike për korrigjimin e anomalive skeletike të nofullave, anomali të cilat jo rrallë shoqërojnë defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës.

Fundi i skedës përban pyetje mbi mbështetjen psiko-sociale që kanë marrë prindërit e fëmijëve me anomali të buzës apo qiellzës, vështirësitë që kanë hasur gjatë periudhës së trajtimit të anomalisë, përshkrim i ndjekjes gjatë shtatëzanisë së nënës dhe dëshirës për të patur një fëmijë tjetër.

2.8. Përkufizimi i ndryshoreve (Variablave)

Të dhënat socio-demografike, parametrat vlerësues të sëmundjes (diagnoza, ekzaminimet, lloji i anomalisë, vlerësimi objektiv dhe teknika operatore e zgjedhur për trajtim përbëjnë grupin e ndryshoreve të pavarur, ndërsa rezultatet e vlerësimit objektiv pas trajtimit dhe të dhënat e indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjeve përbëjnë ndryshorët e varur.

Ndryshorë të pavarur:

- *Mosha*: u përcaktua sipasvetë-raportimit të individëve të përfshirë në studim. Në analizë statistikore, mosha u trajtua si ndryshor (variabël) numerik i shprehur në muaj (i vazhdueshëm) si dhe u kategorizua në < 1 vjeç, 1-2 vjeç, 3-4 vjeç, ≥5 vjeç (variabël ordinal).
- *Gjinia*: Mashkull vs. Femër- u trajtua si variabël dikotomik.
- *Data e ndërhyrjes (e vizitës, apo e shtrimit në spital)*: u trajtua si variabël numerik. Në analizën e mëtejshme ky variabël u mor në konsideratë vetëm për vitin.
- *Vendlindja*: qytet vs. fshat - u trajtua si variabël dikotomik
- *Vendbanimi*: qytet vs. fshat - u trajtua si variabël dikotomik
- *Ekzaminimet*:
 - Evidentuar me Echo 3/4 D (në shtatzani): u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*)
 - Evidentuar me analizë gjenetike: u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*)
- Lloji i diagnozës (me nënkategoritë e tij) u trajtua si variabël kategorik (nominal)
 - *Keioloskiz*- u trajtua si variabël dikotomik: *e pjesshme vs. e plotë*. Për keioloskiz të plotë, u trajtua si variabël kategorik: *unilaterale, bilaterale, e kombinuar*;
 - *Palatoskiz*- u trajtua si variabël dikotomik: *e pjesshme vs. e plotë*. Për palatoskiz të plotë, u trajtua si variabël kategorik: *unilaterale, bilaterale, e kombinuar*
 - *Keilo-gnato-palatoskiz* - u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*). Nëse po, u trajtua si variabël dikotomik: *unilateral vs. bilateral*.
 - *Defekt i izoluar*- u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*)
 - *Pjesë e sindromit* - u trajtua si variabël nominal lidhur me sindromin e hasur tek pacienti.
- Anomali e buzës/anomali e procesit alveolar/anomali e qiellzës: u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*)
- Lloji i anomalisë: *Unilaterale/bilaterale/e pjesshme/e plotë*: u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*)
- Historia familjare: u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*) lidhur me hasjen e defekteve qiellzë-buzë në familje
- Nëse ka në familje defekte të lindura: u trajtua si variabël kategorik: *nëna, babai, motra, vëllai, kushëri i parë*
- Faktorë të jashtëm: *deficite ushqimore / drogat / virozat / rrezatimet / avitaminozat / hipoksia / traumat / shoku psiko-emocional* u trajtuan të gjithë si variabël dikotomik (*jo vs. po*).
- Konsultat përkatëse: *mjekORL / gjenetist / neuro-pediatër / kardio-pediatëru* trajtuan si variabël dikotomik (*jo vs. po*).
- Ndërhyrjet kirurgjikale të mëparshme: u trajtua si variabël dikotomik (*jo vs. po*)

- Lloji i ndërhyrjes së mëparshme kirurgjikale: u trajtua si variabël nominal
- Teknika operatore e përdorur:
 - *Ndërhyrjet për buzën* – u trajtua si variabël kategorik: *Millard, Tenison, Veau, të tjera*
 - *Ndërhyrjet për palatum* - u trajtua si variabël dikotomik, *Langenbeck vs. Veaux*
 - *Ndërhyrjet për procesin alveolar (graftim nga crista iliake)* – u trajtua si variabël dikotomik, (jo vs. po).
- A është bërë kirurgji sekondare: u trajtua si variabël dikotomik, (jo vs. po).
- Lloji i kirurgjisë sekondare: u trajtua si variabël kategorik: *për hundën, për buzën, për palatum, farinksi, procesin alveolar, për nofullën*
- Moshë e kirurgjisë sekondare: u trajtua si variabël numerik i vazhdueshëm
- Koha e rikontrollit të parë/të dytë : u trajtua si variabël numerik i vazhdueshëm

Ndryshorë të varur:

- Indikatorët e vlerësimit të ndërhyrjes
 - për buzën: *mobiliteti / tërheqje e majës së hundës / cikatrice e dukshme / diskordancë e linjës së cupidonit*: u trajtuan si variabël dikotomik (jo vs.po).
 - për procesin alveolar: *prani fistule/ hipoplazi maksilare* u trajtuan si variabël dikotomik (jo vs.po).
 - për palatum: *prani fistule / insuficiencë velo-faringeale* u trajtuan si variabël dikotomik (jo vs.po).
- Ndjekja postoperatore:
 - në heqjen e suturave: *hapje plage/inflamacion* u trajtuan si variabël dikotomik (jo vs.po).
- Kontrolli pas 6 muajsh për buzën:
 - *pamja e cikatricës*: u trajtua si variabël nominal: *normale, masive*
 - *ngjyra* : u trajtua si variabël nominal: *normale, e kuqe*
- Kontrolli pas një viti për buzën:
 - *pamja e cikatricës*: u trajtua si variabël nominal: *normale, masive*
 - *ngjyra* : u trajtua si variabël nominal: *normale, e kuqe*
 - *hunda*: u trajtua si variabël nominal: *normale, asimetrike*
- Kontrolli pas 6 muajsh dhe pas një viti për qiellzën:
 - *Fistula/ inkontinenca V-F/ anomali dento-alveolare* : u trajtua si variabël dikotomik (jo vs. po).
- Konsensusi për defektet e buzës dhe qiellzës: u trajtua si variabël dikotomik (jo vs. po).
- Problemi i invaliditetit të pacientëve: u trajtua si variabël dikotomik (jo vs. po).

Marrja e informacionit dhe kohëzgjatja e plotësimit të skedës individuale

Koha e fillimit të plotësimit të skedës individuale përfshin një periudhë kohore 7-vjeçare (2007-2014).

Minimumi i ndjekjes postoperatore ishte 12 muaj.

Koha e plotësimit të skedës ishte rreth 20 minuta.

2.9. Analiza statistikore e të dhënave

Për komponentin sasior të studimit, të gjitha të dhënat e mbledhura nga pyetësorët u hodhën në kompjuter në programin Microsoft-Excel, nga ku më pas u eksportuan në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences, version 19.0*), program në të cilin u realizua e gjithë analiza statistikore.

Procedurat dhe teknikat statistikore që u aplikuan në analizën e të dhënave të këtij studimi përshkruhen më poshtë:

- Për të gjitha variablet (ndryshorët) kategorike, u paraqitën shpërndarjet frekuenciale (numrat absolutë dhe përqindjet përkatëse).
- Për të gjitha variablet numerike u llogaritën madhësitë e prirjes qendrore dhe madhësitë përkatëse të dispersionit. Për të dhënat që i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mesataret aritmetike \pm deviacionet standarde përkatëse. Nga ana tjetër, për të dhënat që nuk i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mediana dhe largësia interkuartile.
- Testit ekzakt i Fisherit (nëpërmjet raportimit të gjasave (OR), dhe intervalit të besimit (95%CI), u përdor për të treguar lidhjen (shoqërimin) e llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për buzën, qiellzën dhe procesin alveolar .
- Testi hi-katror dhe testi ekzakt i Fisherit u përdorën për krahasimin e variablove kategorike mes grupeve të pacientëve që ndryshonin në karakteristikat e tyre demografike dhe social-ekonomike.
- Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $P \leq 0.05$.
- E gjithë analiza statistikore u realizua nëpërmjet Paketës Statistikore për Shkencat Sociale, versioni 19.0 (*SPSS – Statistical Package for Social Sciences, version 19.0*).

Rezultatet u paraqitën në forme tabelash, grafikësh dhe histogramash. Për efekt ilustrimi janë paraqitur disa fotografi me ngjyra. (Shiko shtojcën 2)

3. Rezultatet

3.1. Përshkrimi i karakteristikave demografike të pacientëve të përfshirë në studim

3.1.1. Karakteristikat demografike të pjesëmarrësve në studim

Gjithsej, në studim morën pjesë 176 pacientë të diagnostikuar me defekte të buzës ose qiellzës, nga të cilët 108 (61.4%) ishin meshkuj dhe 68 (38.6%) ishin femra. Pjesa më e madhe e pacientëve kishin lindur (61.4%) dhe banonin (55.6%) në fshat. Mosha mesatare e pacientëve të përfshirë në studim ishte 4 vjeç. (tabela 1).

Tabela 1: Karakteristikat demografike të pacientëve me defekte të buzës ose të qiellzës

Karakteristikat demografike	Nr. (%)
Gjinia:	
Meshkuj	108 (61.4)
Femra	68 (38.4)
Mosha në vite, mosha mes (SD)	4 (\pm 2.3)
<1 vjeç	52 (29.5)
1 - 2 vjeç	65 (37)
3 - 4 vjeç	28 (16)
\geq 5 vjeç	31 (17.5)
Vendlindja:	
Fshat	108 (61.4)
Qytet	68 (38.6)
Vendbanimi:	
Fshat	98 (55.7)
Qytet	78 (44.3)

3.1.2. Karakteristikat socio-ekonomike të pjesëmarrësve në studim

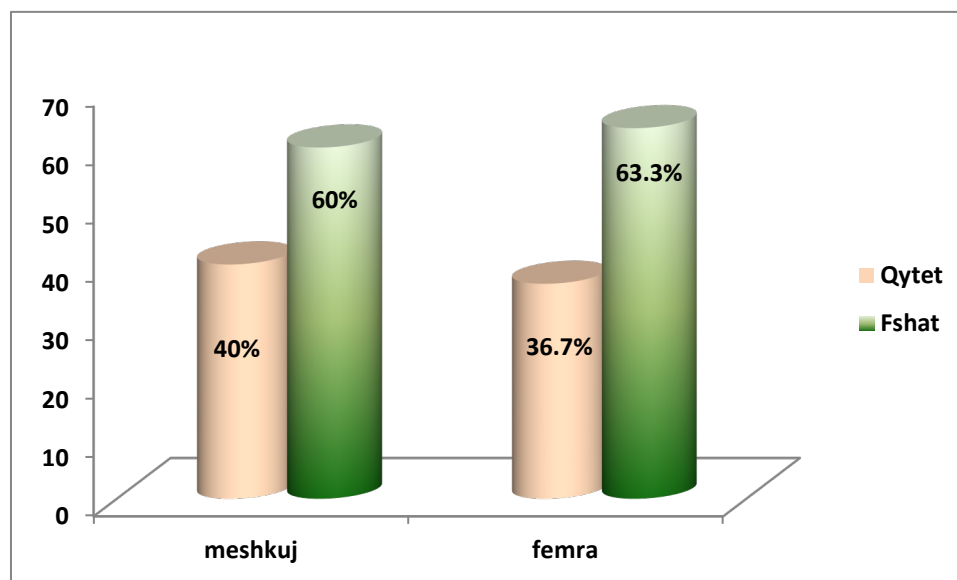
Prindërit e pacientëve të diagnostikuar me defekte të buzës apo qiellzës dhe pjesëmarrës në studim, u pyetën mbi nivelin e të ardhurave në familje, dhe nivelin e edukimit të nënës dhe babait (tabela 2). 18% e prindërve raportuan një nivel të ulët ekonomik (krahasuar me mesataren në Shqipëri e cila është 45,845 lekë/muaj sipas INSTAT 2016), kundrejt 65% që raportuan nivel mesatar dhe 17% nivel të lartë ekonomik. Lidhur me edukimin e prindërve, bie në sy që 26% e baballarëve dhe 28% e nënave të fëmijëve me defekte të buzës dhe qiellzës kishin nivel të ulët edukimi (deri në 8 vjet shkollë).

Tabela 2: Përshkrim i karakteristikave socio-ekonomike të familjeve të pjesëmarrësve në studim

Karakteristikat socio-ekonomike	Nr. (%)
Niveli ekonomik:	
I lartë	30 (17)
I mesëm	114 (65)
I ulët	32 (18)
Niveli i edukimit të babait	
I lartë	41 (23)
I mesëm	90 (51)
I ulët	45 (26)
Niveli i edukimit të nënës	
I lartë	55 (31)
I mesëm	72 (41)
I ulët	49 (28)

3.1.3. Shpërndarja e defekteve buzë-qiellzë sipas gjinisë dhe vendlindjes së pjesëmarrësve në studim

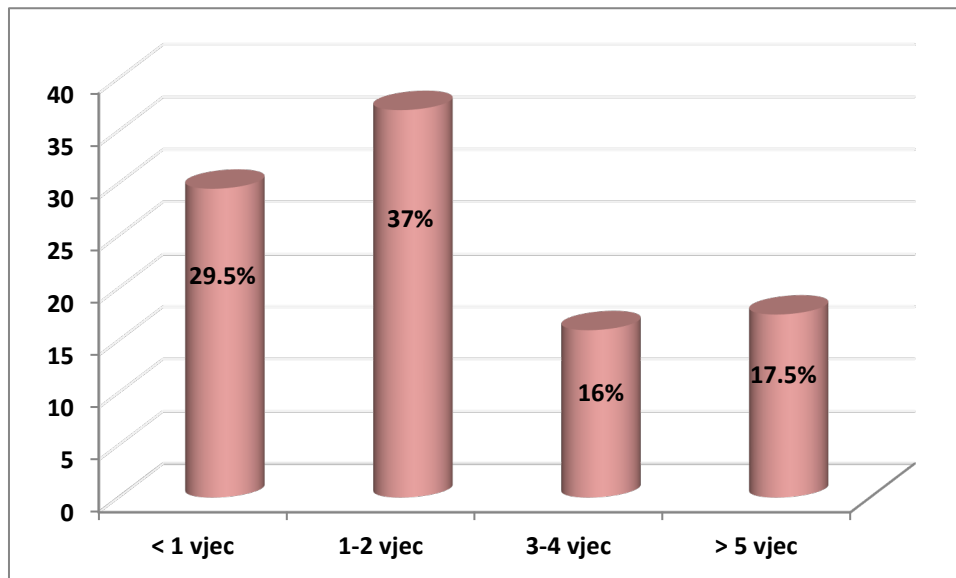
Shpërndarja e defekteve buzë-qiellzë sipas gjinisë dhe vendlindjes së pacientit paraqitet në grafikun 1. Vërehet se 60% e djemve (65 djem) dhe 63.3% e vajzave (43 vajza) të diagnostikuara kanë lindur në zona rurale të Shqipërisë (fshat).



Grafiku 1: Shpërndarja (%) e defekteve buzë-qiellzë sipas gjinisë dhe vendlindjes së pacientit

3.1.4. Shpërndarja e rasteve të marrë në studim sipas grup-moshës

Nga 176 raste të marra në studim, mosha dominuese e diagnostikimit dhe trajtimit kirurgjikal të defekteve të lindura buzë-qiellzë është 0-2 vjeç, e cila përbën 66.5% të të gjithë rasteve, (grafiku 2).



Grafiku 2: Shpërndarja e rasteve me defekte buzë-qiellzë sipas grup-moshës

3.2. Shpërndarja e defekteve të buzës dhe qiellzës sipas viteve

3.2.1. Shpërndarjen në vite të rasteve të diagnostikuara me defekte të buzës dhe qiellzës

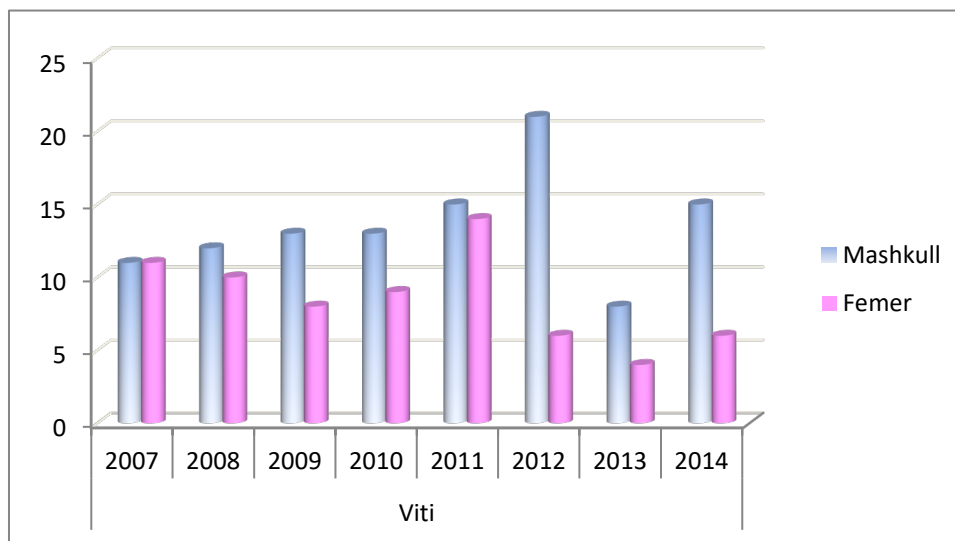
Lidhur me shpërndarjen në vite të rasteve të diagnostikuara me defekte të qiellzës, kishte një shpërndarje pothuajse të barabartë në vitet 2007-2010 dhe 2014 (rreth 22 raste). Viti me numrin më të vogël të rasteve ishte viti 2013, (12 raste), kurse vitet me numrin më të lartë të rasteve ishin vitet 2011 dhe 2012 (29 dhe 27 raste respektivisht), (tabela 3).

Tabela 3: Shpërndarja e defekteve të lindura sipas viteve

Viti i kryerjes së ndërhyrjes kirurgjikale	Nr. (%)
2007	22 (12.5)
2008	22 (12.5)
2009	21 (12)
2010	22 (12.5)
2011	29 (16.5)
2012	27 (15)
2013	12 (7)
2014	21 (12)

3.2.2. Shpërndarjen e defekteve buzë- qiellzë sipas gjinisë dhe viteve

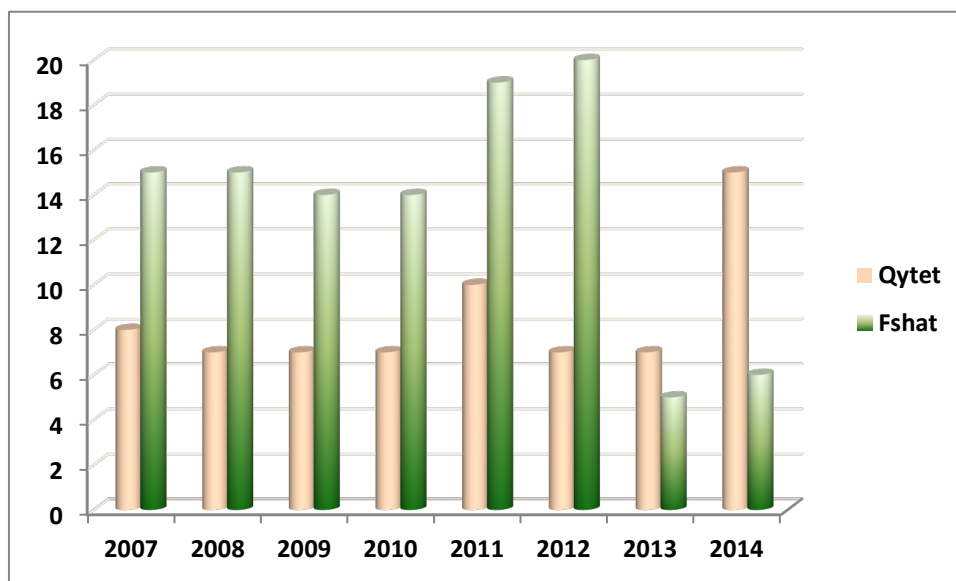
Grafiku 3 paraqet shpërndarjen e defekteve buzë- qiellzë sipas gjinisë dhe viteve. Për secilin vit konstatohet se djemtë përbëjnë shumicën e të diagnosikuarve, krahasuar me vajzat. Viti me diferencën më të madhe djem-vajza është viti 2012 (21 djem dhe 6 vajza).



Grafiku 3: Shpërndarja e defekteve buzë-qiellzë në vite sipas gjinisë

3.2.3. Shpërndarja e rasteve të defekteve buzë-qiellzë sipas viteve dhe vendlindjes së pacientit

Në shpërndarjen e rasteve të defekteve buzë-qiellzë sipas viteve dhe vendlindjes së pacientit, (grafiku 4), vërehet se gjatë tetë viteve të marra në studim, vetëm në vitin 2013 dhe 2014, mbizotërojnë rastet me vendlindje nga qyteti, (7 dhe 15 raste në qytet, kundrejt 5 dhe 6 rasteve në fshat). Në të gjitha vitet e tjera (2007-2012) mbizotërojnë pacientë që kanë patur vendlindje në zonat rurale të Shqipërisë.



Grafiku 4: Shërndarja e rasteve të defekteve buzë – qiellzë sipas viteve dhe vendlindjes së pacientit

3.3. Ekzaminimet gjatë shtatëzansisë

Lidhur me ekzaminimet gjatë shtatëzansisë, për evidentimin e hershëm të defekteve të lindura, prindërit e pacientëve të marrë në studim u pyetën nëse gjatë shtatëzansisë, nëna kishte kryer Echo 3/4D apo kishte bërë analizë gjenetike. Nga përgjigjet e tyre rezultoi se vetëm 4 raste (2.2%) kishin bërë ECHO morfologjike 3/4D dhe 3 raste (2%) kishin bërë analizë gjenetike.

Karakteristikë ishte fakti që të gjithë këto raste ishin pacientë që kishin lindur në qytet.

Tabela 4: Karakteristikat demografike të pacientëve që kishin bërë ekzaminime të hershme gjatë shtatzanisë

Echo ¾ D	Nr. (%)
Gjinia:	
Meshkuj	3 (2)
Femra	1 (0.2)
Vendlindja:	
Fshat	0 (0)
Qytet	4 (2.2)
Analizë gjenetike	Nr. (%)
Gjinia:	
Meshkuj	2 (1.5)
Femra	1 (0.5)
Vendlindja:	
Fshat	0 (0)
Qytet	3 (2)

3.4. Historia familjare e defekteve të lindura buzë-qiellzë

Lidhur me historinë familjare të defekteve të lindura, prindërit e pacientëve u pyetën nëse kishin patur raste të tjera në familje me anomali të buzës apo të qiellzës. Vetëm në 18 raste u konfirmua nga prindërit historia familjare e këtyre defekteve, ku 15 prej tyre ishin nga zona rurale, dhe 16 raste i përkisnin djemve (tabela 5).

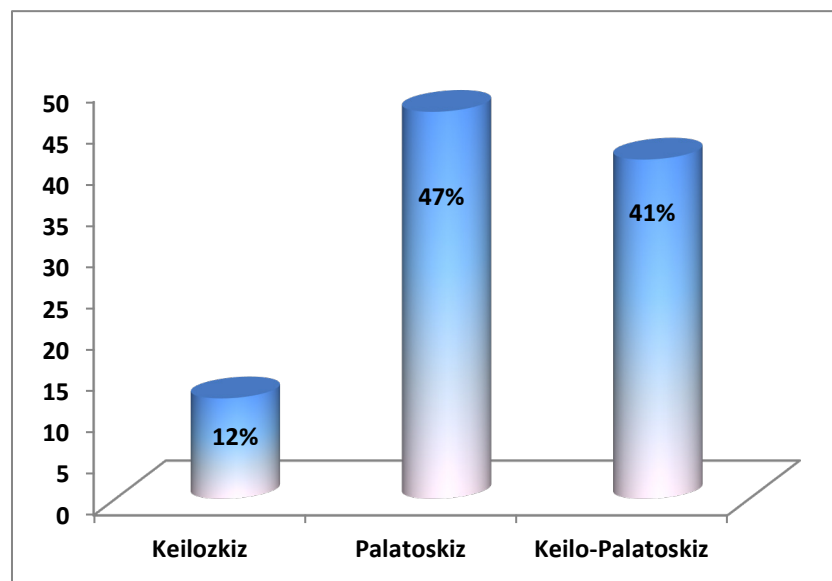
Tabela 5: Historia familjare e defekteve të lindura buzë-qiellzë

Karakteristikat demografike të defekteve	Nr. (%)
Historia familjare	
Po	18 (10)
Jo	158 (90)
Vendlindja:	
Fshat	15 (8.5)
Qytet	3 (1.7)
Gjinia:	
Meshkuj	16 (9)
Femra	2 (1.5)

3.5. Diagnoza klinike e rasteve të marrë në studim

3.5.1. Përshkrim i rasteve të defekteve buzë-qiellzë sipas diagnozës

Në total, nga 173 raste të analizuara për defektet buzë-qiellzë (3 raste u përjashtuan nga analiza e thelluar), 21 raste (12%) u diagnostikuan me *keiloskiz*, 81 raste (47%) me *palatoskiz*, 71 (41%) raste me *Keilo-Gnato-Palatoskiz*. (grafiku 5).



Grafiku 5: Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike

3.5.2. Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike dhe shtrirjes së defektit

Tabela 6, prezanton shpërndarjen e rasteve sipas diagnozës klinike dhe shtrirjes së defektit (i pjesshëm apo i plotë). Në të tre diagnozat (keiloskiz, palatoskiz dhe keilo-gnato-palatoskiz, konstatohet se defektet më të hasura janë ato të plota unilaterale.

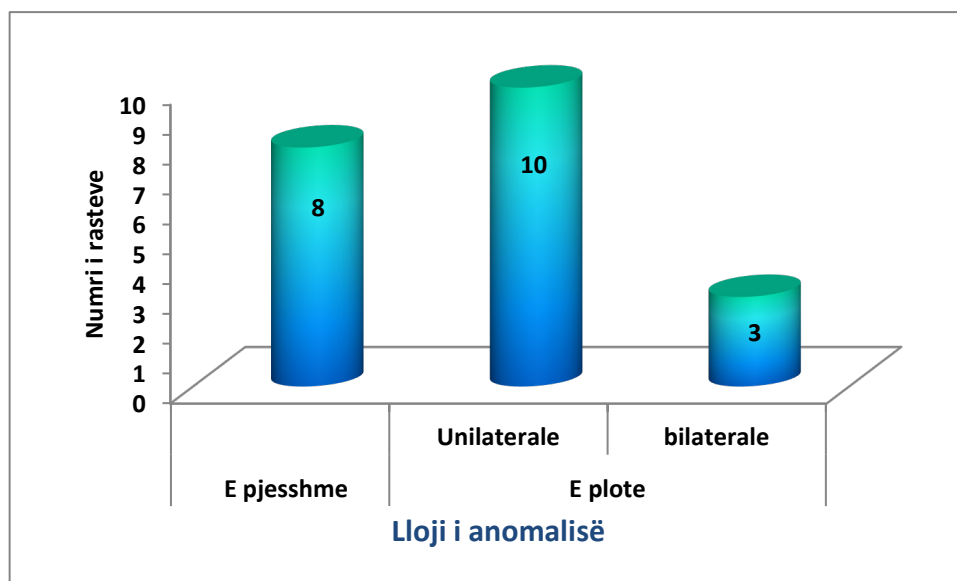
Tabela 6: Shpërndarja e rasteve sipas diagnozës klinike dhe shkallës së prekjes (e plotë vs. e pjesshme; unilaterale vs. bilaterale)

Diagnoza klinike	Nr. (%)
Keiloskiz	21 (12)
E pjesshme	8 (4.5)
E plotë	13 (7.5)
E plotë unilaterale	10 (5.8)
E plotë bilaterale	3 (1.7)

Palatoskiz	81 (47)
E pjesshme	36 (20)
E plotë	45 (26)
E plotë unilaterale	29 (17)
E plotë bilaterale	16 (9)
Keilo-Gnato-Palatoskiz	71 (41)
Unilaterale	43 (25)
Bilaterale	28 (16)

3.5.3. Shpërndarja e anomalive të buzës

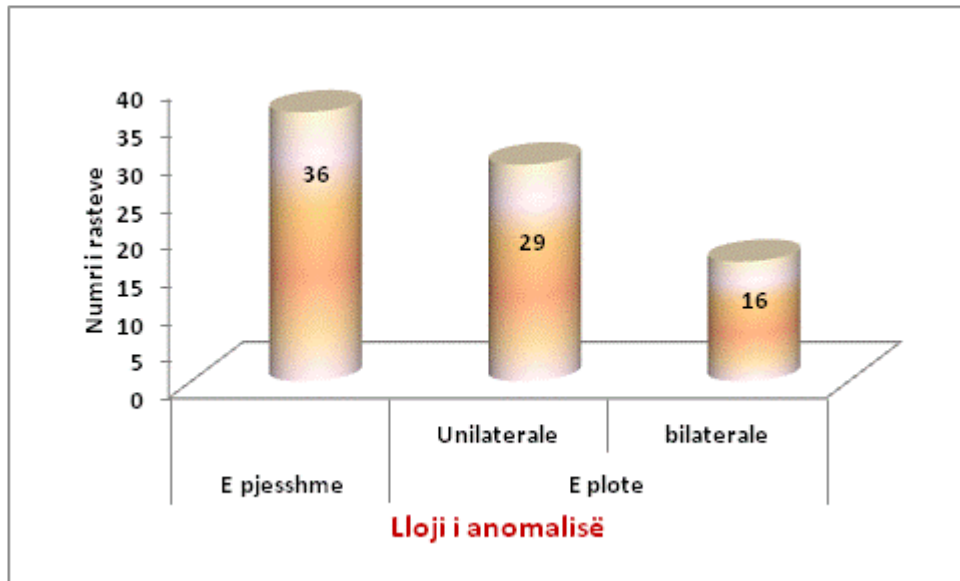
Anomalitë e buzës sipas llojit të tyre (e pjesshme/e plotë; e plotë unilaterale/ bilaterale) kishin shpërndarjen e mëposhtme: 8 raste ishin me anomali të pjesshme dhe 13 raste me anomali të plotë. Nga këto 3 raste ishin me anomali të plotë bilaterale, dhe 10 raste ishin me anomali të plotë unilaterale të buzës (grafiku 6).



Grafiku 6: Shpërndarja e e anomalive të buzës

3.5.4. Shpërndarja e anomalive të procesit alveolar

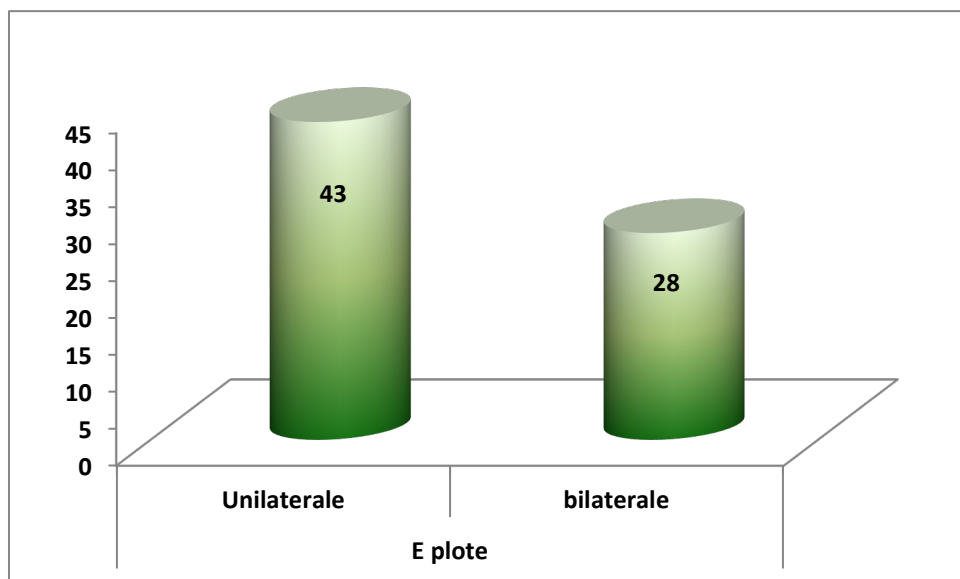
Anomalitë e procesit alveolar sipas llojit të tyre (e pjesshme/e plotë; e plotë unilaterale/ bilaterale) kishin shpërndarjen e mëposhtme: 36 raste ishin me anomali të pjesshme dhe 45 raste me anomali të plotë. Nga këto 16 raste ishin me anomali të plotë bilaterale, dhe 29 raste ishin me anomali të plotë unilaterale të buzës (grafiku 7).



Grafiku 7: Shpërndarja e anomalive të procesit alveolar

3.5.5. Shpërndarja e anomalive të qiellzës

Anomalitë e plota unilaterale të qiellzës kishin numrin më të lartë (43 raste), krahasuar me anomalitë unilatere (28 raste), (grafiku 8).



Grafiku 8: Shpërndarja e anomalive të qiellzës

3.6. Ndikimi i faktorëve të jashtëm në zhvillimin e defekteve buzë-qiellzë

Të gjithë nënat e pacientëve dhe baballarët u pyetën për format kryesore të stilit të jetesës, sidomos gjatë periudhës së shtatëzarisë. Pyetjet lidheshin me ekzistencën e deficiteve ushqimore; përdorimin e duhanit dhe substancave të tjera abuzive (duhani, droga); kalimin e traumave të ndryshme apo situatave të rënda shokuese dhe emocionale; kalimin e virozave gjatë shtatëzarisë; ekspozimet ndaj rrezatimeve të ndryshme, etj.

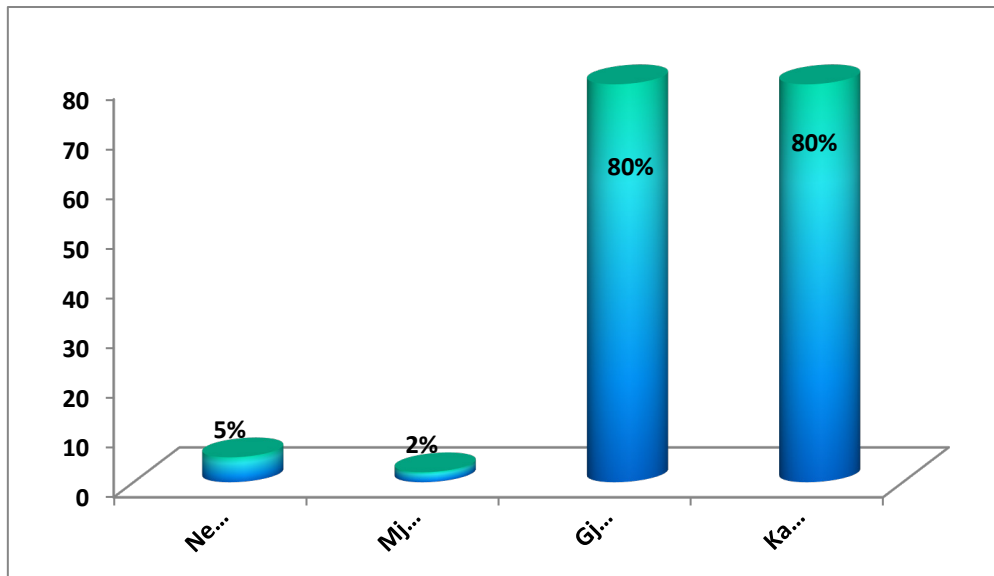
Nga të gjitha këto pyetje (tabela 7), vetëm konsumimi i duhanit (8.5%), kalimi i virozave gjatë shtatëzarisë (3.4%) dhe shoku psiko-emocional (1.7%) rezultuan me përgjigje pozitive.

Tabela 7: Faktorët e jashtëm ndikues në defektet e lindura buzë-qiellzë

Faktorë të jashtëm që mund të ndikojnë në zhvillimin e defekteve buzë-qiellzë	Nr. (%)
Defekte ushqimore	
Po	0 (0)
Jo	176 (100)
Viroza:	
Po	6 (3.5)
Jo	170 (96.5)
Konsumim duhani:	
Po	15 (8.5)
Jo	161(91.5)
Konsumim droge:	
Po	0 (0)
Jo	176 (100)
Ekspozim ndaj rrezatimit:	
Po	0 (0)
Jo	176 (100)
Shok psiko-emocional:	
Po	3 (1.7)
Jo	173 (98.3)
Trauma:	
Po	0 (0)
Jo	176 (100)

3.7. Vizitat mjekësore konsultative për defektet e lindura buzë-qiellzë

Përveç diagnozës së vendosur nga mjekët neonatolog, OGJ dhe kirurgu OMF, pothuajse të gjithë pacientët janë dërguar për konsultë edhe tek mjekë të specialiteteve të tjera, të tillë si: mjeku ORL, gjenetisti, neuro-pediatri dhe kardio-pediatri. Grafiku 9 përshkruan një shpërndarje të vizitave konsultative të pacientëve me defekte të buzës apo qiellzës. Vërehet se konsultat kryesore janë ato tek gjenetisti (80%) dhe mjeku kardio-pediatër (80%), pasi zakonisht këto defekte shoqërohen edhe me defekte të tjera të lindura, shpesh me natyrë gjenetike.



Grafiku 9: përshkrim i vizitave konsultative të rasteve me defekte të lindura buzë-qiellzë.

3.8. Ndërhyrjet kirurgjikale për trajtimin e anomalisë

3.8.1. Ndërhyrjet e mëparshme kirurgjikale

Nga totali i pacientëve të marrë në analizë, vetëm 6,8% (12 raste) e tyre referuan se kishin bërë ndërhyrje të mëparshme kirurgjikale.

3.8.2. Ndërhyrjet kirurgjikale aktuale

Ndërkyrjet kirurgjikale aktuale u klasifikuan në: ndërhyrje kirurgjikale për buzën, për palatumin dhe ndërhyrje kirurgjikale për procesin alveolar.

Vetëm 40.9%e pacientëve (72 raste) kishin bërë ndërhyrje kirurgjikale për buzën dhe 55.7% e tyre (98 raste) kishin bërë ndërhyrje kirurgjikale për qiellzën.

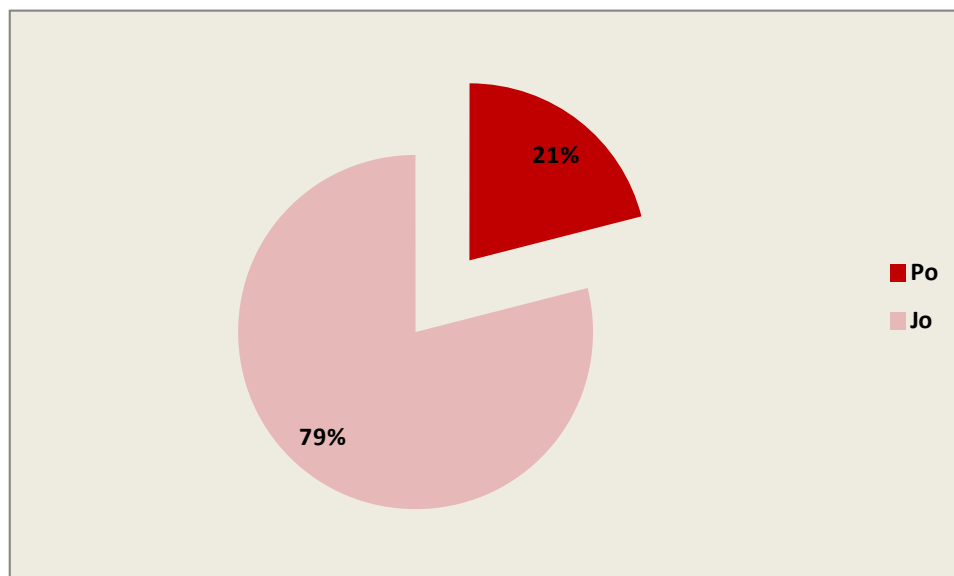
Llojet të ndërhyrjeve kirurgjikale detajohen në tabelën 8.

Tabela 8: Llojet e ndërhyrjeve kirurgjikale

Ndërhyrjet kirurgjikale	Nr. (%)
Të mëparshme	
Jo	164 (93.2)
Po	12 (6.8)
Ndërhyrje aktuale në buzë	
Millard	33 (18.8)
Tenison	33 (18.8)
Veau	6 (3.4)
Ndërhyrje aktuale në qiellzë	
Langenbeck	97 (55.1)
Veau	1 (0.6)
Ndërhyrje për procesin alveolar	
Graftim nga crista iliake	3 (1.7)

3.8.3. Ndërhyrjet kirurgjikale sekondare

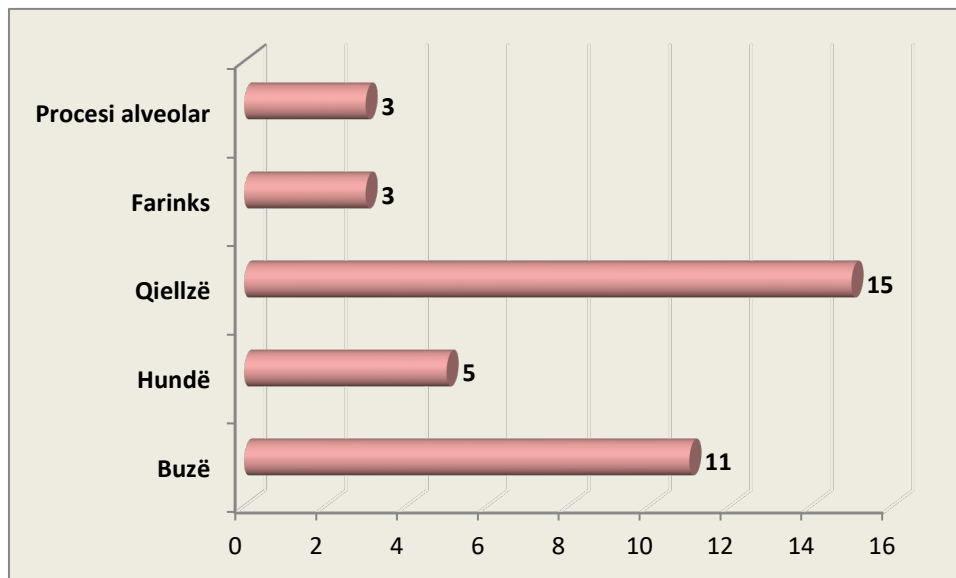
Nga totali prej 176 rastesh, vetëm 37 raste (21%) raportuan se kishin bërë kirurgji sekondare në buzë apo qiellzë, (grafiku 10).



Grafiku 10: Përshkrimi i rasteve që kanë kryer kirurgji sekondare në buzë ose qiellzë.

3.8.4. Lloji i kirurgjisë sekondare

Nga 37 pacientët që iu është kryer kirurgji sekondare, pjesën më të madhe të rasteve e zënë ndërhyrjet në qiellzë (15 raste, ose 40.5%), të pasuara nga ndërhyrjet në buzë (11 raste ose 30%), dhe ato në hundë (5 raste, ose 13.5%). Grafiku 11, paraqet me detaje shpërndarjen e rasteve me kirurgji sekondare.



Grafiku 11: Shpërndarja e rasteve me kirurgji sekondare

3.8.5. Lidhja (shoqërimi) midis llojit të defektit (i plotë apo i pjesshëm) dhe kryerjes së kirurgjisë sekondare

Tabela 9 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të defektit (i plotë apo i pjesshëm) dhe kryerjes së kirurgjisë sekondare. Vërehet se ka një lidhje statistikore të fuqishme midis llojit të defektit dhe nevojës për të kryer kirurgji sekondare. Kështu, krahasuar me defektet e pjesshme, defektet e plota të buzës dhe qiellzës kanë respektivisht 4.6 dhe 5.3 herë më shumë gjasa për të bërë kirurgji sekondare.

Tabela 10: Lidhja (shoqërimi) i llojit të defektit dhe kirurgjisë sekondare, raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	Nr. (%)	OR*	95%CI*	P*
Keliloskiz:				0.011(4) ‡
E pjesshme	8 (4.5)	1.00	referencë	-
E plotë	13 (7.5)	4.68	0.66-9.78	0.006
Unilaterale	10 (5.8)	4.07	0.40-5.43	0.046
Bilaterale	3 (1.7)	3.50	0.74-6.61	0.089
Palatoskiz:				<0.001 (4)
E pjesshme	36 (20)	1.00	referencë	-
E plotë	45 (26)	5.35	4.68-8.97	<0.001
Unilaterale	29 (17)	4.11	1.29-7.92	0.005
Bilaterale	16 (9)	4.02	1.09-5.11	0.018
Keilo-Gnato-Palatoskiz:				<0.001 (4)
E plotë		1.00	referencë	-
Unilaterale	43 (25)	5.66	2.05-10.80	<0.001
Bilaterale	28 (16)	5.28	1.23-8.75	0.010

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të defektit” vs. “kirurgjisë sekondare”), intervallet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit.

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.8.6. Rikontrolli shëndetësor pas ndërhyrjes kirurgjikale

Të gjithë pacientëve iu dokumentua koha e kryerjes së rikontrollit shëndetësor pas ndërhyrjes/ndërhyrjeve kirurgjikale. Nga analiza rezultoi se koha mesatare e rikontrollit të parë shëndetësor pas ndërhyrjes ishte pas 7 ditësh, ndërsa koha mesatare e rikontrollit të dytë shëndetësor ishte mesatarisht pas 29 ditësh, tabela 10.

Tabela 10: Koha mesatare e rikontrolleve mjekësore (ditë)

Koha mesatare e rikontrollit të parë (ditë)	SD
7.11	+2.03
Koha mesatare e rikontrollit të dytë (ditë)	SD
29.3	+3.04

3.9. Indikatorët e ndërhyrjes kirurgjikale

Pacientëve të cilëve iu krye ndërhyrje kirurgjikale për të korrigjuar defektin e buzës, qiellzës apo të procesit alveolar, iu vlerësuan disa indikatorë, të cilët flasin për shkallën e suksesit të ndërhyrjeve të kryera në Klinikën OMF.

Këto indikatorë janë të ndryshëm për buzën, qiellzën dhe procesin alveolar.

A. INDIKATORËT VLERËSUES PËR BUZËN

3.9.1. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (mungesa e mobilitetit)

Tabela 11 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë në buzë (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (mungesa e mobilitetit). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (bilaterale) dhe mungesës së mobilitetit të buzës. Kështu, krahasuar me rastet e defekteve të pjesshme të buzës, defektet e plota unilaterale kanë 5.5 herë më shumë gjasa të kenë mungesë të mobilitetit të buzës; defektet e plota bilaterale kanë 6.7 herë më shumë gjasa të kenë mungesë të mobilitetit të buzës.

Përfundimisht mund të themi që anomali të e plota bilaterale kanë më tepër gjasa për mungesë mobiliteti të buzës.

Tabela 11: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për buzën (mungesë mobiliteti), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Keliloskiz:			0.009(4) ‡
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	4.19	1.08-19.45	0.018
Unilaterale	5.49	1.38-15.60	0.020
Bilaterale	6.75	0.85-19.61	0.008

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “vlerësimit të ndërhyrjes në buzë”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit.

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.9.2. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (tërheqja e majës së hundës)

Tabela 12 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (tërheqja e majës së hundës). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (bilaterale) dhe tërheqjes së majës së hundës. Kështu, krahasuar me rastet e defekteve të pjesshme të buzës, defektet e plota unilaterale kanë 4.3 herë më shumë gjasa të kenë tërheqje të hundës; defektet e plota bilaterale kanë 6 herë më shumë gjasa të kenë tërheqje të majës së hundës.

Përfundimisht mund të themi që anomalitë e plota bilaterale kanë më tepër gjasa për t'u shoqëruar me tërheqje të majës së hundës pas ndërhyrjes kirurgjikale.

Tabela 12: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për buzën (tërheqje e majës së hundës), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Keliloskiz:			0.021(4) ‡
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	4.76	2.11-10.24	0.009
Unilaterale	4.36	1.65-9.87	0.039
Bilaterale	5.99	1.11-11.54	0.002

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “vlerësimit të ndërhyrjes në buzë”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.9.3. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (cikatrice e dukshme)

Tabela 13 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (cikatrice e dukshme). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (e pjesshme/e plotë) dhe cikatricës së dukshme. Kështu, krahasuar me rastet e defekteve të pjesshme të buzës, defektet e plota unilaterale kanë 4.7 herë më shumë gjasa të kenë cikatrice e dukshme; defektet e plota bilaterale kanë 6.1 herë më shumë gjasa të kenë cikatrice e dukshme.

Përfundimisht mund të themi që anomalitë e plota bilaterale kanë më tepër gjasa për t'u shoqëruar me cikatrice e dukshme pas ndërhyrjes.

Tabela 13: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për buzën (cikatriceve të dukshme), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Keliloskiz:			0.001(4) ‡
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	5.23	1.99-9.68	0.006
Unilaterale	4.69	2.16-8.68	0.037
Bilaterale	6.15	2.22-12.35	0.001

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “vlerësimit të ndërhyrjes në buzë”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.9.4. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (diskordancë të linjës së Kupidonit)

Tabela 14 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (diskordancë të linjës së Kupidonit). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (bilaterale) dhe diskordancë të linjës së Kupidonit. Kështu, krahasuar me rastet e defekteve të pjesshme të buzës, defektet e plota unilaterale kanë 4 herë më shumë gjasa të kenë diskordancë të linjës së Kupidonit; defektet e plota bilaterale kanë 5.7 herë më shumë gjasa të kenë diskordancë të linjës së Kupidonit.

Përfundimisht mund të themi që anomalitë e plota bilaterale kanë më tepër gjasa për t'u shoqëruar me diskordancë të linjës së Kupidonit pas ndërhyrjes.

Tabela 14: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për buzën (diskordancë të linjës së Kupidonit), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Keliloskiz:			0.006(4) ‡
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	3.98	2.56-7.65	0.013
Unilaterale	4.02	2.21-6.87	0.029
Bilaterale	5.68	1.75-9.48	0.008

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “vlerësimit të ndërhyrjes në buzë”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.9.5. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (gjatësi të reduktuar të kolumelës)

Tabela 15 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë së buzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (gjatësi të reduktuar të kolumelës). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (bilaterale) dhe gjatësisë së reduktuar të kolumelës. Kështu, krahasuar me rastet e defekteve të pjesshme të buzës, defektet e plota unilaterale kanë 6.5 herë më shumë gjasa të kenë gjatësi të reduktuar të kolumelës; defektet e plota bilaterale kanë 6 herë më shumë gjasa të kenë gjatësi të reduktuar të kolumelës.

Përfundimisht mund të themi që anomalitë e plota unilaterale dhe bilaterale kanë më tepër gjasa për t'u shoqëruar me gjatësi të reduktuar të kolumelës pas ndërhyrjes.

Tabela 15: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për buzën (gjatësi të reduktuar të kolumelës), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Keliloskiz:			<0.001(4) ‡
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	5.78	0.97-8.56	0.008
Unilaterale	6.54	1.23-9.47	0.002
Bilaterale	5.99	1.54-8.77	0.015

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “vlerësimit të ndërhyrjes në buzë”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

B. INDIKATORËT VLERËSUES PËR QIELLZËN

3.9.6. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së qiellzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (prani e fistulës oronazale)

Tabela 16 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë së palatum (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (prani e fistulës). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (e plotë) dhe pranisë së fistulës. Kështu, krahasuar me defektet e papërcaktuara, defektet e pjesshme të palatoskiz kanë më pak gjasa për të patur prani fistule pas ndërhyrjes kirurgjikale (1.1 herë krahasuar me 3.2 herë për defektet e plotë). Këto gjasa rriten nëse defekti është i plotë, sidomos bilateral.

Tabela 16: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për palatumin (praninë e fistulës), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Palatoskiz:			0.051 (4)
Pa përcaktim	1.00	referencë	-
E pjesshme	1.12	0.45-4.69	0.137
E plotë	3.21	1.49-6.57	0.053
Unilaterale	3.75	1.66-5.94	0.026
Bilaterale	4.12	0.88-6.91	0.011

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “pranisë së fistulës”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.9.7. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së qiellzës (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (insuficiencë velo-faringeale)

Tabela 17 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë së palatum (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (insuficiencë velo-faringeale). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (e plotë) dhe pranisë së insuficiencë velo-faringeale. Kështu, krahasuar me defektet e papërcaktuara, defektet e pjesshme të palatoskiz kanë më pak gjasa për të patur prani të insuficiencës velo-faringeale (1.25 herë krahasuar me 3.6 herë për defektet e plotë). Këto gjasa rriten nëse defekti është i plotë, sidomos bilateral.

I njëjti rezultat haset edhe në rastin e defekteve të procesit alveolar.

Tabela 17: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për palatumin (insuficiencë velo-faringeale), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Palatoskiz:			0.049 (4)
Pa përcaktim	1.00	referencë	-
E pjesshme	1.25	0.61-4.02	0.102
E plotë	3.59	1.68-6.99	0.039
Unilaterale	4.11	1.41-5.77	0.013
Bilaterale	4.86	1.81-6.66	0.002
Keilo-Gnato-Palatoskiz:			0.027 (4)
Pa përcaktim	1.00	referencë	-
E pjesshme	2.68	1.95-4.78	0.049
E plotë	3.99	1.71-5.23	0.019
Unilaterale	4.44	2.11-6.02	0.010
Bilaterale	5.69	0.66-7.54	0.002

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “insuficiencës velo-faringeale”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

C. INDIKATORËT E VLERËSIMIT PËR PROCESIN ALVEOLAR

3.9.8. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së procesit alveolar (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes (prani e fistulës oro-nazale)

Tabela 18 paraqet lidhjen (shoqërimin) midis llojit të anomalisë së procesit alveolar (unilaterale apo bilaterale) dhe indikatorit të vlerësimit të ndërhyrjes (prania e fistulës). Vërehet se ka një lidhje të fuqishme statistikore midis llojit të anomalisë (e plotë) dhe pranisë së fistulës pas ndërhyrjes. Kështu, krahasuar me defektet e papërcaktuara, defektet e plota bilaterale kanë 5.7 herë më shumë gjasa të kenë prani të fistulës.

Tabela 18: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe indikatorëve të vlerësimit të ndërhyrjes për procesin alveolar (prania e fistulës), raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Keilo-Gnato-Palatoskiz:			0.015 (4)
Pa përcaktim	1.00	referencë	-
E pjesshme	3.25	1.75-4.99	0.035
E plotë	4.00	1.53-5.66	0.030
Unilaterale	4.56	2.61-6.75	0.022
Bilaterale	5.74	1.74-7.53	0.002

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “pranisë së fistulës”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.10. Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë së buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe historisë familjare

Tabela 19 paraqet lidhjen që ekziston midis historisë familjare dhe pranisë së anomalive të buzës, qiellzës dhe procesit alveolar. Vërehet që gjasat për të patur defekte të lindura të buzës, qiellzës dhe procesit alveolar rriten, me praninë e historisë familjare për defekte të tilla ($P \leq 0.05$).

Tabela 19: Lidhja (shoqërimi) i llojit të anomalisë dhe historisë familjare, raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Sëmundja	OR*	95%CI*	P*
Keliloskiz:			0.021(4) ‡
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	3.74	1.12-7.36	0.012
Unilaterale	3.12	0.98-5.67	0.032
Bilaterale	4.32	1.29-5.21	0.006
Pa përcaktim	2.71	0.65-2.94	0.053
Palatoskiz:			0.013 (4)
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	4.21	0.26-6.42	0.007
Unilaterale	4.00	1.20-5.39	0.025
Bilaterale	5.10	1.89-6.55	0.011
Pa përcaktim	3.44	2.11-5.97	0.049
Keilo-Gnato-Palatoskiz:			0.021 (4)
E pjesshme	1.00	referencë	-
E plotë	3.77	1.12-7.12	0.010
E plotë	3.12	1.26-7.01	0.043
Unilaterale	4.33	1.87-6.29	0.024
Bilaterale	3.00	1.01-5.73	0.046
Pa përcaktim			

*Raporti i gjasave (OR: “llojit të anomalisë” vs. “historisë familjare”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.11. Lidhja midis anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe karakteristikave socio-ekonomike të pjesëmarrësve në studim

3.11.1. Lidhja (shoqërimi) i anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit ekonomik të pjesëmarrësve në studim

Në tabelën 20 paraqitet lidhja (shoqërimi) midis pranisë së anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit ekonomik të familjeve të pacientëve. Për të treja defektet e lindura

konstatohet se gjasat për të patur anomali të lindur të buzës, procesit alveolar apo qiellzës rriten me uljen e nivelit ekonomik të familjeve të pacientëve. Kështu, krahasuar me familjet që kanë nivel ekonomik të lartë, familjet me nivel të ulët ekonomik kanë 6,2 herë më shumë gjasa për të patur anomali të buzës (keiloskiz); 6.7 herë gjasa për të patur anomali të qiellzës (palatoskiz) dhe 5.5 herë gjasa për të patur anomali të lindur të procesit alveolar.

Tabela 20: Lidhja (shoqërimi) i defekteve të buzës dhe nivelit ekonomik të pjesëmarrësve në studim, raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Anomali të buzës	OR*	95%CI*	P*
Niveli ekonomik:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	4.89	1.24-8.96	0.001
I ulët	6.25	0.56-11.48	<0.001
Anomali të qiellzës	OR*	95%CI*	P*
Niveli ekonomik:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	5.12	1.37-9.45	<0.001
I ulët	6.67	1.12-10.85	<0.001
Anomali të procesit alveolar	OR*	95%CI*	P*
Niveli ekonomik:			0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	4.69	1.10-8.77	0.002
I ulët	5.45	0.78-9.86	<0.001

*Raporti i gjasave (OR: “anomaliaKeliloskiz” vs. “niveli ekonomik”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.11.2. Lidhja (shoqërimi) i anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit të edukimit të babait të pjesëmarrësve në studim

Në tabelën 21 paraqitet lidhja (shoqërimi) midis pranisë së anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit të edukimit të babait të pacientit. Për të tre defektet e lindura konstatohet se gjasat për të patur anomali të lindur të buzës, procesit alveolar apo qiellzës rriten nëse nivei i edukimit të babait të pacientit është i ulët. Kështu, krahasuar me pacientët, babai i

të cilëve ka nivel të lartë edukimi, ata me nivel të ulët të edukimit të babait kanë 7.1 herë më shumë gjasa për të patur anomali të buzës (keiloskiz); 6.9 herë gjasa për të patur anomali të qiellzës (palatoskiz) dhe 6.6 herë gjasa për të patur anomali të lindur të procesit alveolar.

Tabela 21: Lidhja (shoqërimi) i anomalisë Keliloskiz dhe nivelit të edukimit të baballarëve pjesëmarrësve në studim, raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Anomali e buzës	OR*	95%CI*	P*
Niveli edukimit:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	5.26	0.78-7.56	0.001
I ulët	7.11	0.39-10.54	<0.001
Anomali e qiellzës	OR*	95%CI*	P*
Niveli edukimit:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	5.88	1.01-8.45	0.001
I ulët	6.92	0.95-9.71	<0.001
Anomali e procesit alveolar	OR*	95%CI*	P*
Niveli edukimit:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	5.87	1.21-9.45	0.001
I ulët	6.66	1.00-10.21	<0.001

*Raporti i gjasave (OR: “anomaliaKeliloskiz” vs. “niveli edukimit të babait”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.11.3. Lidhja (shoqërimi) i anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit të edukimit të nënës së pjesëmarrësve në studim

Në tabelën 22 paraqitet lidhja (shoqërimi) midis pranisë së anomalive të buzës, qiellzës, procesit alveolar dhe nivelit të edukimit të nënës së pacientit. Për të treja defektet e lindura konstatohet se gjasat për të patur anomali të lindur të buzës, procesit alveolar apo qiellzës rriten nëse niveli i edukimit të nënës të pacientit është i ulët. Kështu, krahasuar me pacientët, nëna e të cilëve ka nivel të lartë edukimi, ata me nivel të ulët të edukimit të nënës kanë 7.8herë më shumë gjasa për të patur anomali të buzës (keiloskiz) dhe të qiellzës(palatoskiz) sidhe 7.5 herë më shumë gjasa për të patur anomali të lindur të procesit alveolar.

Tabela 22: Lidhja (shoqërimi) i anomalisë Keliloskiz dhe nivelit të edukimit të nënës të pjesëmarrësve në studim, raportet e gjasave (OR), intervali i besimit (95%CI), sipas testit ekzakt të Fisherit

Anomali e buzës	OR*	95%CI*	P*
Niveli edukimit:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	6.54	1.25-10.56	<0.001
I ulët	7.88	1.39-12.66	<0.001
Anomali e qiellzës	OR*	95%CI*	P*
Niveli edukimit:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	6.27	1.32-10.99	<0.001
I ulët	7.86	1.24-12.78	<0.001
Anomali e procesit alveolar	OR*	95%CI*	P*
Niveli edukimit:			<0.001(2) ‡
I lartë	1.00	referencë	-
I mesëm	6.88	1.02-10.44	<0.001
I ulët	7.59	1.21-11.29	<0.001

*Raporti i gjasave (OR: “anomaliaKeliloskiz” vs. “niveli edukimit të nënës”), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e përfillshmërisë statistikore (p-values) nga testi ekzakt i Fisherit

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa)

3.12. Miratimi i ndërhyrjes nga pacienti

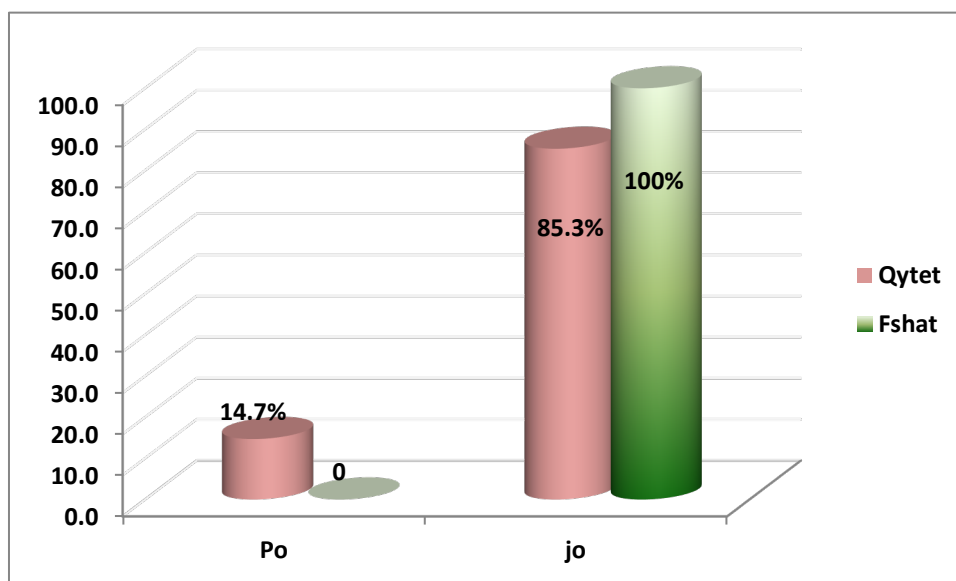
Nga 176 pacientë të marrë në analizë, për 171 (97.2%) raste u mor nga prindërit/kujdestarët konsensusi për ndërhyrjen kirurgjikale që do të bëhej. Në 5 raste nuk u evidentua informacion i saktë mbi këtë procedurë legale.

3.13. Invaliditeti i pacientëve

Për 166 (94.3%) pacientë nuk u raportua asnjë shkallë invaliditeti si pasojë e anomalisë. Ndërsa për 10 raste nuk u evidentua informacion i saktë mbi këtë pyetje.

3.14. Mbështetja psiko-sociale e prindërve që kanë fëmijë me anomali të buzës dhe qiellzës

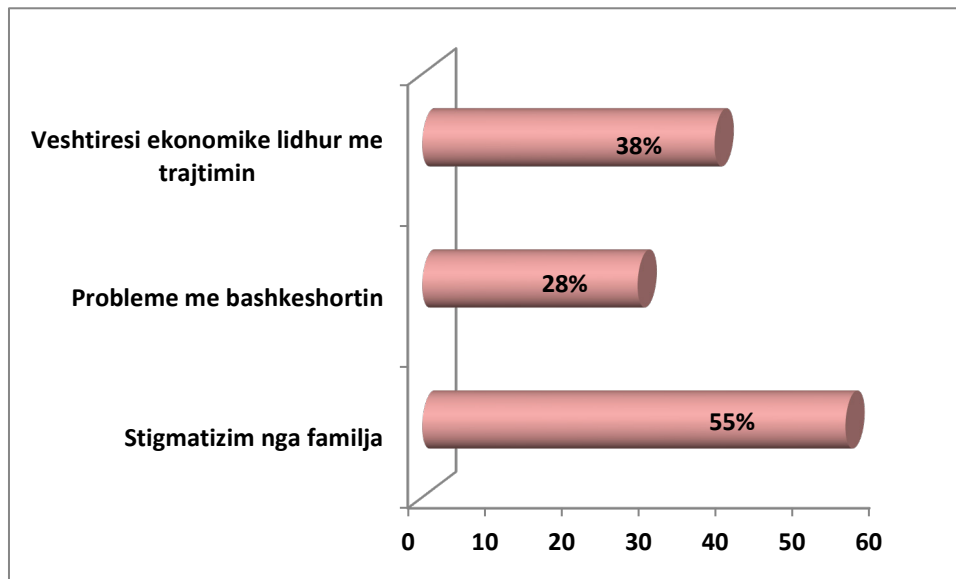
Nga të gjithë prindërit e pyetur mbi mbështetjen psiko-sociale të marrë gjatë periudhës së trajtimit të fëmijëve të tyre me anomali të lindur të buzë dh qiellzës, u konstatua se vetëm 10 prindër (nga 176) kishin kërkuar dhe marrë ndihmë nga psikologu. Karakteristikë ishte që të gjithë këta prindër që kishin kërkuar ndihmë psiko-sociale ishin nga qyteti. Ata përbënin 14,7% të prindërve nga qyteti. Grafiku 12 paraqet ndarjen sipas vendlindjes (fshat/qytet) dhe mbështetjes psiko-sociale të marrë.



Grafiku 12: Mbështetja psiko-sociale e prindërve sipas vendlindjes (fshat/qytet)

3.15. Vështirësitë e hasura në familje gjatë trajtimit të fëmijës me defekte të lindura buzë-qiellzë

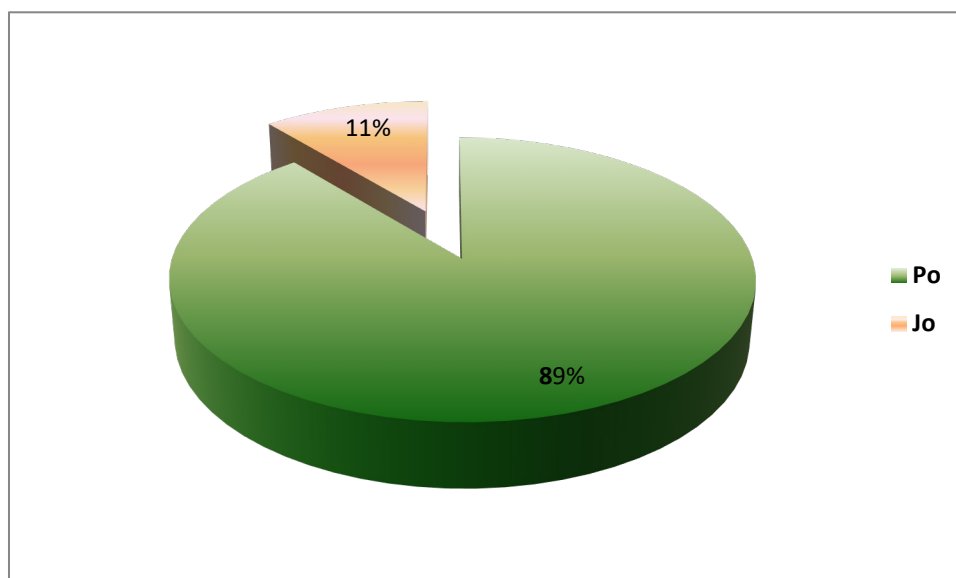
Nga 154 nënat e intervistuar, u raportua se ato hasnin vështirësi të ndryshme gjatë trajtimit të fëmijës me anomali të lindur të buzës dhe qiellzës. Gjatë raportimit ato dhanë më shumë se një përgjigje. Grafiku 13 paraqet një përshkrim të vështirësive, ku vështirësia më e hasur është stigmatizimi nga familja që u bëhet nënave (97 raste ose 55%), si edhe vështirësitë ekonomike që hasen për të trajtuar sëmundjen (67 raste ose 38%).



Grafiku 13: Vështirësitë e hasura nga nënat gjatë trajtimit të fëmijëve me anomali të lindura buzë-qiellzë

3.16. Ndjekja gjatë shtatëzarisë së grave me fëmijë më anomali të lindura buzë-qiellzë

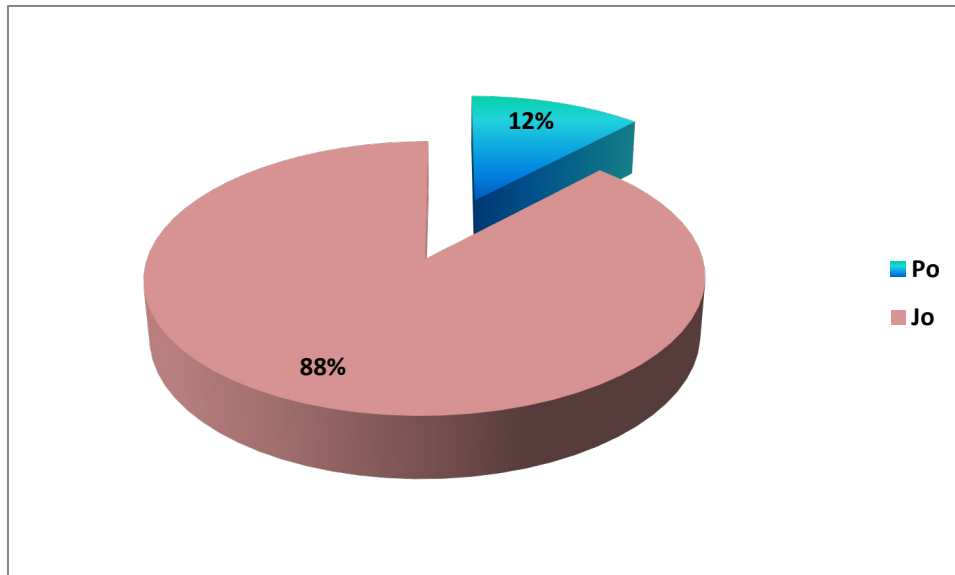
Të gjitha nënat e intervistuar (154) u pyetën nëse gjatë shtatëzarisë kishin bërë kontrolle të rregullta mjekësore, sipas protokollit të kujdesit për gruan shtatzënë (të paktën 4 vizita antenatale). Shumica e nënave (89% ose 134 nëna) u përgjigjen se kishin kryer kontrolle të rregullta gjatë shtatëzarisë (grafiku 14).



Grafiku 14: Ndjekja e rregullt gjatë shtatëzarisë

3.17. Dëshira për një shtatzani tjetër

Nga 154 nëna të intervistuar, vetëm 19 prej tyre raportuan se do ta dëshironin edhe një shtatzani tjetër. Pjesa dërrmuese e tyre (88%) nuk do të dëshironin një fëmijë tjetër. Kjo lidhet me vështirësitë e mëdha të hasuar gjatë trajtimit të fëmijës së tyre me anomali të lindur buzë-qiellzë (grafiku 15).



Grafiku 15: Dëshira për një shtatzani tjetër

3.18. Lidhja (shoqërimi) midis nivelit të edukimit, vendlindjes dhe marrjes së ndihmës psiko-sociale

Tabela 23 paraqet lidhjen e fortë statistikore që ekziston midis faktorëve socio-demografik (vendlindje, nivel edukimi dhe nivel ekonomik) dhe marrjes së mbështetjes psiko-sociale nga prindërit.

Tabela 23: Lidhja (shoqërimi) midis faktorëve socio-demografik dhe marrjes së mbështetjes psiko-sociale

Variabli	Mbështetje psiko-sociale (totali =10)	Vlera e P*
Niveli edukimit të nënës:		
I lartë	8	<0.001
I mesëm	2	
I ulët	0	
Niveli i të ardhurave:		
I lartë	9	<0.001
I mesëm	1	
I ulët	0	
Vendlindja		
Fshat	0	<0.001
Qytet	10	

*Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore sipas testit exakt të Fisherit ose Hi-katror

4. Diskutime

Studimi ynë vuri në dukje se defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës janë të pranishme pothuajse në nivele të njëjta prej shumë vitesh në Shqipëri. Ato përbëjnë një barrë të rëndësishme të sëmundshmërisë që lidhen me anomalitë e lindura dhe njëkohësisht zënë një peshë të konsiderueshme të ndërhyrjeve kirurgjikale që kryen në Shërbimin OMF.

Nga studimi ynë rezulton se 61.4% e pacientëve të prekur nga defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës janë meshkuj dhe 38.6% janë femra. Duke i ballafaquar rezultatet tona me ato të Autorëve Saal HM dhe Cohen MM, konstatojmë se ato përputhen.

Përsa i takon shpërndarjes demografike, nga studimi ynë rezulton se 61.4% kishin lindur në zona rurale dhe 55.6% banonin në këto zona. Sipas Autorit Saal H.M, risk më të lartë për të patur fëmijë me defekte kanë pikërisht fëmijët me prejardhje nga zonat rurale.

Në bazë të studimit tonë rezulton se pjesa më e madhe e fëmijëve të lindur me defekte të buzës dhe të qiellzës, rreth 65%, vijnë nga prindër me nivel mesatar socio-ekonomik. Literatura lidhur me këtë problem, sipas Autorit Saal H.M, jep rezultate të tjera. Mendojmë se diferenca në këtë rast shpjegohet me diferencat e niveleve socio-ekonomike të vendeve në të cilat janë bërë këto studime dhe më saktësisht të ShBA dhe vendit tonë.

Përsa i takon moshës së diagnostikimit dhe trajtimit të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, nga studimi ynë rezulton se grupmosha 0-2 vjeç përbën 66.5% të të gjitha rasteve dhe, grupmosha 2-5 vjeç 33.5%. shifra të përafërta japin edhe Autorët Russell KA, Allen VM, MacDonald ME, Smith K, Dodds L, Costello BJ, Shand J, Ruiz RL dhe Thompson JE. Duhet të kemi parasysh këtu se, mendimet në këtë pikë mbeten ende kontradiktore. Gjithsesi, tendenca e përgjithshme është trajtimi i defekteve lindura të buzës dhe të qiellzës të kryhet përpara moshës 18 muajshe.

Nga studimi ynë rezulton se 2.2% e rasteve kishin bërë echon morfologjike të javës së 20-të dhe 2% analizën gjenetike. Nga ballafaqimi me literaturën rezulton se kemi diskordancë të madhe në shifra. Sipas Autorëve Shaikh D, Mercer NS, Sohan K, et al, numri i fëmijëve të diagnostikuar me defekte të lindura me anë të echos morfologjike, është shumë më i lartë se numri i fëmijëve të lindur me këto defekte. Kjo, sipas Autorëve, shpjegohet me faktin se shpesh herë, këto defekte të buzës dhe të qiellzës shoqërohen me defekte të tjera të cilat jo rrallë janë të pajtueshme me jetën; në këto raste bëhet ndërprerje e shtatzanisë. Në rastin tonë mendojmë se përqindja e ulët nuk reflekton numrin e vërtetë të nënave shtatzanë që i nënshtrohen ekzaminimit echo morfologjike të javës së 20-të; kjo përqindje duhet të jetë shumë më e lartë.

Nga të dhënat e anamnezës së studimit tonë rezulton se 10% e të prekurve kishin anamnezë familjare të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës. Duke krahasuar rezultatet tona me Autorët Millard DR dhe Cohen MM të cilët vijnë me shifrat nga 2-50%, shohim se kemi përputhje në këtë aspekt.

Përsa i takon lokalizimit të defekteve, nga rastet tona klinike ka rezultuar se: 12% janë defekte të buzës, 47% defekte të qiellzës dhe 41% defekte të kombinuara të buzës dhe të qiellzës. Në të tre këto diagnoza, numrin më të lartë e përbëjnë defektet e plota unilaterale. Të dhënat tona përkojnë me ato të Autorit Millard DR.

Përsa i përket faktorëve etiologjikë të defekteve të lindura, rezulton se: 3.5% e nënave referonin se ishin prekur nga viroza të ndryshme gjatë periudhës së shtatzanisë; 8.5% referonin se kishin konsumuar duhan gjatë shtatzanisë dhe, 1.7% kishin vuajtur shok psiko-emocional gjatë kësaj periudhe. Të njëjtin rezultat sjellin edhe Autorët Millard DR, Ghassibe M, Bayet B, Revencu N, Desmyter L, Verellen-Dumoulin C, Gillerot Y, Deggouj N, Vanwijck R, Vikkula M, në këtë aspekt.

Në kuadrin e konsultave multidisiplinore, nga studimi i pacientëve tanë rezultoi se janë kryer konsultat ORL, gjenetike, kardio-pediatrike dhe neuro-pediatrike; 80% e fëmijëve kanë kryer konsultat gjenetike dhe kardio-pediatrike dhe, vetëm 2% konsultat ORL. Duke iu referuar të dhënave të Autorëve Doyle W, Cantekin E, Bluestone C, White B, Doyle W, Bluestone C, ku theksohet rëndësia e vlerësimit të funksionit të veshit të mesëm para dhe pas interventit, shohim se kemi mospërputhje.

Përsa i takon teknikave operatore të aplikuara në korrigjimin e defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës, cheiloplastika Millard dhe Tennison kanë gjetur aplikim nga 18.8% secila dhe cheiloplastika sipas Veau 3.4%; 55.1% e rasteve tona janë trajtuar me palatoplastikën sipas von Langenbeck dhe vetëm 0.6% me palatoplastikën sipas Veau. Të njëjtën eksperiencë sjellin edhe Autorët Millard DR, Boyne PJ, Sands NR.

Përsa i përket kirurgjisë sekondare, nga studimi ynë rezultoi se 21% e rasteve, sidomos e atyre të plota bilaterale të buzës dhe të qiellzës, kanë të nevojshme këtë lloj kirurgjie. Duke ballafaquar të dhënat tona me Autorët Thaller SR, Jolleys A, Robertson NRE, Boyne PJ dhe Sands NE, konstatojmë se kjo përqindje e sjellë nga këta Autorë, është më e lartë. Kjo, për mendimin tonë spjegohet me faktin se, nga njëra anë kërkesat e pacientëve të marrë në studim nga këta Autorë janë të një niveli më të lartë në krahasim me ato të pacientëve tanë dhe, nga ana tjetër, ndryshe nga eksperiencia e Shërbimit tonë, në rastet e studiuara nga Autorët e sipërpërmendur, vlerësimi i rezultatit të trajtimit kryhet nga një bord i përbërë nga specialistë të fushave të ndryshme.

Përsa i takon fistulave oro-nazale, nga studimi ynë rezulton se trajtimi i defekteve të plota ka 3.2 herë më shumë gjasa të rezultojë me fistul sesa trajtimi i defekteve të pjesshme të qiellzës; shifra të përafërta japin edhe Autorët Sadove AM, Eppley BL, Emory RE, Jr., Clay RP, Bite U, Jackson IT.

Nga studimi ynë rezulton se defektet e plota të qiellzës, kanë 3.6 herë më shumë gjasa të rezultojnë me IVF sesa defektet e pjesshme; kjo përkon me të dhënat e Autorëve Witt PD, D'Antonio LL, Wahlen JC, Marsh JL, Grames LM, Pilgram TK.

Nga studimi ynë rezulton se vetëm 14.7% e prindërve të fëmijëve të prekur nga këto defekte kishin kërkuar ndihmë psiko-sociale dhe, të gjithë këta prindër ishin me prejardhje nga zonat urbane.

Të dhëna të përafërta sjell edhe studimi i Baker SR, Owens J, Stern M, Willmot D.

Nga studimi ynë rezulton se 55% e nënave të fëmijëve të lindur me defekte kanë vuajtur pasojat e paragjykimit (stigmatizimit) nga familja.

Të dhëna të ngjashme sjellin edhe Autorët Adeyemo WL, James O, Butali A.

Përsa i takon anës ekonomike të problemit, nga studimi ynë rezulton se 38% e familjeve kanë hasur vështirësi ekonomike dhe nuk kanë arritur të përfundojnë trajtimin e plotë të fëmijës. Po ashtu, edhe sipas literaturës rezulton se kostoja e trajtimit të plotë të këtyre defekteve është e konsiderueshme.

Nga 154 nënat e intervistuar, vetëm 19 prej tyre ose 12%, referuan se do të dëshironin të kishin shtatzani tjetër në të ardhmen.

4. Përfundime

1. Defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës përbëjnë rreth 11% të të gjithë nozologjive kirurgjikale të trajtuara pranë Shërbimit të Kirurgjisë Oro Maksilofaciale të QSUT.
2. Defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës hasen më shpesh në pacientë të seksit mashkull në masën 61,4%.
3. Këto defekte hasen më shpesh në fëmijë me prejardhje nga zonat rurale të vendit; 55,6% e familjeve banojnë në këto zona.
4. Defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës takohen më shpesh në familje të cilat i përkasin një niveli socio-ekonomik nën mesataren, në masën 65%.
5. Trajtimi i pacientëve tanë, është bërë në masën 66,5% përpara moshës 2 vjeçare.
6. 2,2% e nënave kishin bërë ekzaminim ekografik morfologjik (të javës së 20-të).
7. 2% e nënave kishin bërë analizë gjenetike.
8. 47% e defekteve të lindura janë të qiellzës, 12% të buzës dhe 41% janë të kombinuara (të buzës dhe të qiellzës).
9. Në faktorët etiologjikë të defekteve rradhiten: 3,5% virozat gjatë shtatzanisë, 1,7% shok psiko-emocional dhe 8,5% konsum duhani gjatë shtatzanisë nga ana e nënave.
10. 10% e pacientëve të prekur nga defektet, kishin anamnezë familjare.
11. Në periudhën pre-operatore, 80% e pacientëve i janë nënshtruar konsultave gjenetike dhe kardio-pediatrike dhe, vetëm 2% konsultave ORL.
12. Defektet e buzës trajtohen kryesisht nëpërmjet keiloplastikave: Millard, Tennison dhe më rrallë Veau, ndërsa për qiellzën, teknika më e përdorur është palatoplastika sipas von Langenbeck.
13. 21% e rasteve të trajtuara, i janë nënshtruar kirurgjisë sekondare.
14. Fistulat oro-nazale hasen më shpesh pas trajtimit të defekteve të plota bilaterale të qiellzës në masën rreth 3,2 herë më shpesh se në rastin e defekteve të pjesshme.
15. 14,7% e prindërve të fëmijëve të lindur me defekt kishin kërkuar ndihmë psiko-sociale dhe të gjithë këta ishin me prejardhje nga zonat urbane.
16. 55% e nënave të fëmijëve të lindur me defekte, referonin se kishin vuajtur pasojat e paragjyqimit (stigmatizimit).
17. 38% e familjeve kanë hasur vështirësi ekonomike në përfundimin e protokollit të plotë të trajtimit.
18. Vetëm 12% e nënave referonin se do të dëshironin të kishin një shtatzani tjetër.

5. Rekomandime

1. Të punohet mirë në mënyrë që të rritet niveli i edukatës shëndetsore në nivel kombëtar me qëllim parandalimin e këtyre defekteve; po ashtu, të hartohen politika që të mundësojnë përmirsimin e menaxhimit të tyre sipas protokolleve bashkëkohore.
2. Në aspektin teknik kirurgjikal, të bëhen përpjekje maksimale në vlerësimin, planifikimin dhe egzekutimin e kirurgjisë primare pasi, vetëm kështu mund të reduktohet nevoja për ndërhyrje sekondare, suksesi i të cilave është i kufizuar.
3. Po në aspektin kirurgjikal, moment shumë i rëndësishëm është riorientimi dhe rivendosja e funksionit të m.orbicularis oris, riorientimi i kartilagove alare, bazës së hundës në keiloplastikë dhe, riparimi i m.tensor veli palatini dhe rivendosja e funksionimit të sfinkterit velo-palatin në palatoplastikë.
4. Në defektet e buzës dhe të procesit alveolar, kirurgjia duhet të synojë të realizojë krahas keiloplastikës primare, edhe rinoplastikën primare; po ashtu, në këtë moment duhet synuar të realizohet edhe gingivo-periosteoplastika e procesit alveolar nëpërmjet spostimit supraperiostal të lembove nga forniksi vestibular në drejtim të defektit, pasi kjo mund të reduktojë nevojën për kirurgji sekondare.
5. Në të ardhmen, me synim rritjen e suksesit të trajtimit dhe reduktimin e komplikacioneve, në ekzaminimet pre-operatore duhen përfshirë: nazoendoskopia, angiografia dhe CT skaneri 3D i nofullave.
6. Kirurgu OMF duhet të marrë në konsideratë, përveç defekteve të butës dhe të qiellzës, edhe problemet me dhëmbët, nofullat dhe të dëgjimit.
7. Në rastin e defekteve bilaterale të qiellzës, me qëllim uljen e përqindjes së fistulave oro-nazale, duhet përfshirë në lembo edhe mukoza e vomerit.
8. Duhet të plotësohet dhe të vihet në funksionim patjetër ekipi multidisiplinar.

Shtojca 1: Modeli i plotë të skedës së përdorur në studim.

SKEDA INDIVIDUALE

Kartelë- tip për pacientët me defekte kongjenitale buzë-qiellzë

Emër Mbiemër _____	Kodi _____	Nr. _____
Kartelës _____		
1. Seksi: Mashkull <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/>	2. Mosha e fëmijës: _____	
Data _____		

3. Vendlindja _____	Q <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4. Vendbanimi _____	Q <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
5. Niveli ekonomik	I lartë <input type="checkbox"/> i mesëm <input type="checkbox"/> i ulët <input type="checkbox"/>
6. Edukimi i babait	I lartë <input type="checkbox"/> i mesëm <input type="checkbox"/> i ulët <input type="checkbox"/>
7. Edukimi i nënës	I lartë <input type="checkbox"/> i mesëm <input type="checkbox"/> i ulët <input type="checkbox"/>
8. Ekzaminimet	
Evidentuar me Echo 3/4 D (në shtatzani)	Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/>
Evidentuar me analizë gjenetike	Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/>

9. Diagnoza klinike

9.1.1. Lloji i diagnozës:	
<input type="checkbox"/> Keiloskiz	E pjesshme <input type="checkbox"/> E plotë <input type="checkbox"/>
Nëse e plotë,	Unilaterale <input type="checkbox"/> Bilaterale <input type="checkbox"/> E kombinuar <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Palatoskiz:	I pjesshëm <input type="checkbox"/> I plotë <input type="checkbox"/>
Nëse i plotë:	Unilaterale <input type="checkbox"/> Bilaterale <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Keilo-Gnato-Palatoskiz	Unilaterale <input type="checkbox"/> Bilaterale <input type="checkbox"/>
9.2. Defekt i izoluar	Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> 9.3. Pjesë e sindromit _____

10. Lloji i anomalisë

10.1									
10.1.1. Anomali e buzës		Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	10.1.2. Nëse po, lloji i anomalisë:					
a) Unilaterale	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	b) Bilaterale	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>				
c) E pjesshme	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	d) E plotë	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>				
10.2. Anomali e procesit alveolar						Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>		
a) Unilaterale	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	b) Bilaterale	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>				
10.3. Anomali e qiellzës						Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	10.3.1. Nëse po, lloji i anomalisë:	
a) Unilaterale	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	b) Bilaterale	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>				
c) E pjesshme	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	d) E plotë	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>				

11. Historia familiare

11.1. A keni familjarë që vuajnë (kanë vuajtur) nga defekte buzë/qiellzë?					
Po <input type="checkbox"/>		Jo <input type="checkbox"/>			
(Nese po shko tek 11.2)					
11.2.nena <input type="checkbox"/>	baba <input type="checkbox"/>	vella <input type="checkbox"/>	moter <input type="checkbox"/>	kushëriri/a i/e parë <input type="checkbox"/>	

12. Faktorë të jashtëm

a) defiçite ushqimore <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	b) drogat	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>
c) viroza <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	d) rrezatime	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>
e) avitaminozat <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	f) hipoksia	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>
g) trauma <input type="checkbox"/>	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	h) shoku psiko-emocional	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>

13. Konsultat përkatëse

a) O.R.L	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	c) Neuro-pediatër	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>
b) Gjenetist	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>	d) Kardio-pediatër	Po <input type="checkbox"/>	Jo <input type="checkbox"/>

14. Ndërhyrje kirurgjikale të mëparshme

14.1. A ka bërë ndërhyrje kirurgjikale të mëparshme? Po Jo

14.1.1: Nëse po, lloji i ndërhyrjes _____

14.2 Lloji i ndërhyrjes aktuale (teknika operatore)

a) Ndërhyrjet për buzën

Millard Tenison Veau Të tjera (specifikojë) _____

b) Ndërhyrje për palatumin

Von Langenbeck Veau

c) Ndërhyrje për procesin alveolar

Graftim nga crista iliake

14.3 Kirurgjia sekondare

a) A ka bërë kirurgji sekondare? Po Jo

b) Nëse "Po" lloji:

për buzën për hundën për palatum farinksin procesin alveolar

për nofullat (ortognatike)

d) Nëse po, mosha e kirurgjisë sekondare _____

e) Nëse po, lloji i kirurgjisë sekondare _____

f) Koha e rikontrollit të parë _____

g) Koha e rikontrollit të dytë _____

15. Indikatorët e vlerësimit të ndërhyrjes

15.1 Për buzën

a) Mobilitet Po Jo

b) Gjatësia e columelës _____ c) Tërheqje e majës së hundës Po Jo

d) Cikatricë e dukshme Po Jo e) Diskordancë e linjës së kupidonit Po Jo

15.2 Për procesin alveolar

a) Prani fistule Po Jo b) Hipoplazi maxilare Po Jo

15.3 Për palatumin:

a) Prani fistule Po Jo b) Insuficiencë velo-faringeale Po Jo

16. Ndjekja postoperatore

16.1 Në heqjen e suturave:

a) Hapje plage (dehiscencë) Po Jo b) Inflamacion Po Jo

16.2: Kontrolli pas 6 muajsh për buzën

16.3 Për qiellzën

a) Pamja e cikatricës: Normale Masive

b) a) Fistula Po Jo

c) Ngjyra: Normale E kuqe b) Incontinca V-F Po Jo

d) Anomali dento-alveolare Po Jo

16.4: Kontrolli pas 1 viti për buzën

16.5 Për qiellzën

a) Pamja e cikatricës: Normale Masive a) Fistula Po Jo

b) Ngjyra: Normale E kuqe b) Incontinca V-F Po Jo

c) Hunda Normale Asimetrike c) Anomali dento-alveolare Po Jo

17. Konsensusi për defektet e buzës dhe qiellzës

Po Jo

18. Problemi i invaliditetit të këtyre të sëmurëve

Po Jo

19. A keni kërkuar ndihmë tek psikologu pasi morët vesh që fëmija juaj ka një defekt?

Po Jo

20. Cila është vështirësia më e madhe për familjen në rast se keni një fëmijë me defekt të buzës?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ✓ Stigmatizimi nga familjarët | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| ✓ Problem me bashkëshortin | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| ✓ Vështirësi ekonomike, lidhur me trajtimin | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |

21. A keni bërë vizita të rregullta sipas protokollit të ndjekjes së gruas shtatzënë?

Po Jo

22. A do të dëshiroje një shtatezani tjetër?

Po Jo

Udhëheqës shkencor:

Prof. Ramazan Isufi

Doktoranti:

Dr. Andis Qendro

Shtojca 2: Foto



Fig 2.1. Cheiloschizis unilateralis i pjesshëm





Fig 2.2.: Cheiloskizis unilateralis i plotë

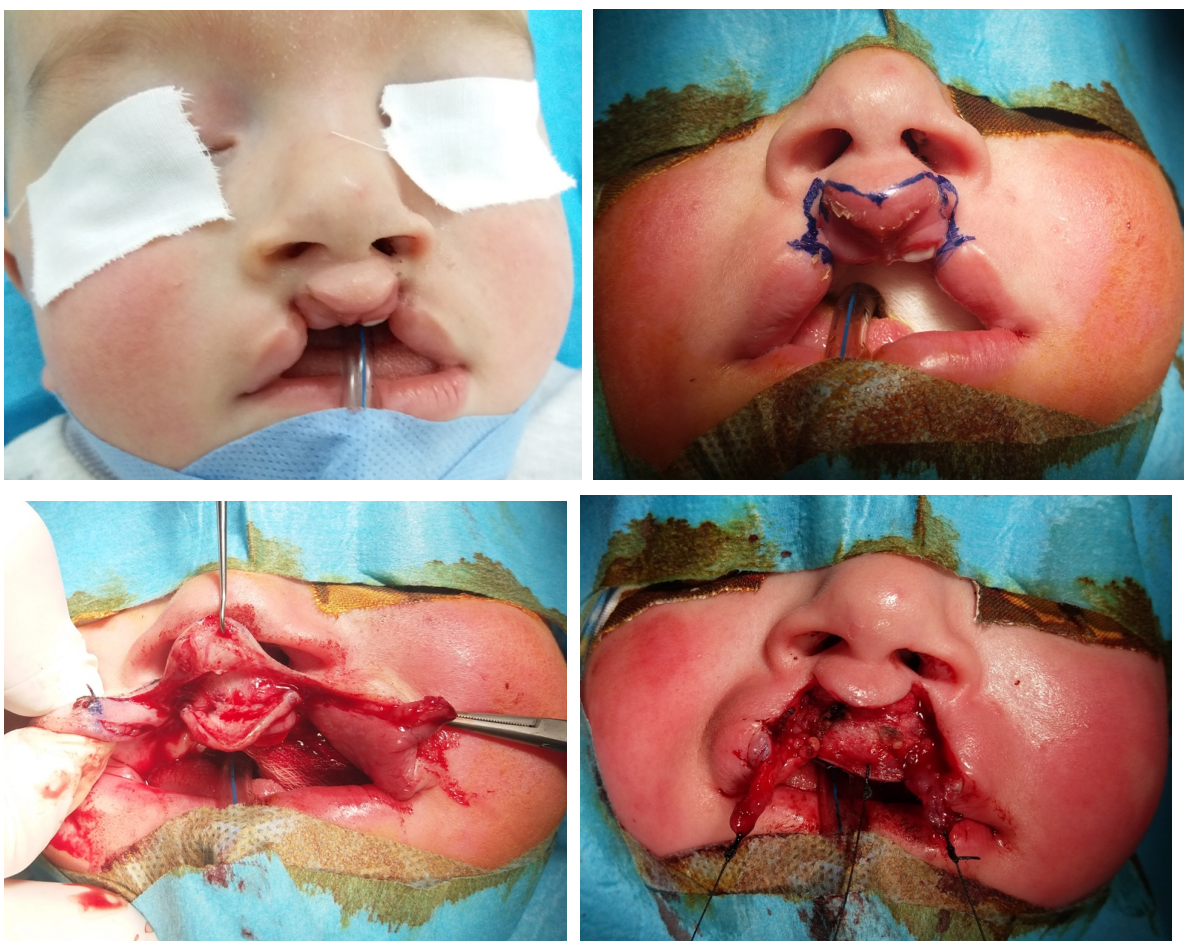




Fig 2.3: Cheiloschizis bilateral i pjeshëm



Fig 2.4: Cheiloskizis bilateral i plotë

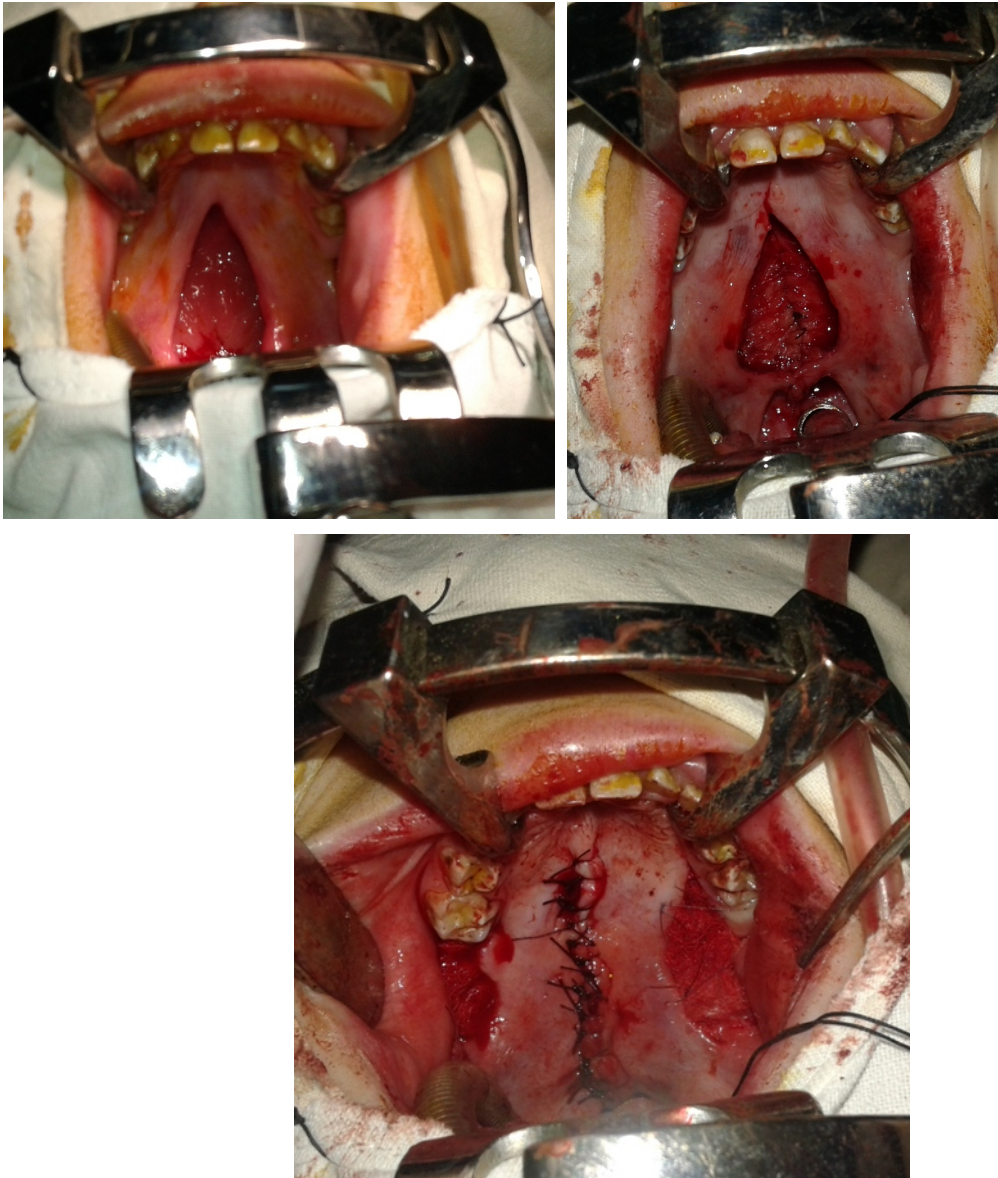


Fig 2.5: Paltoskizis i pjesshëm

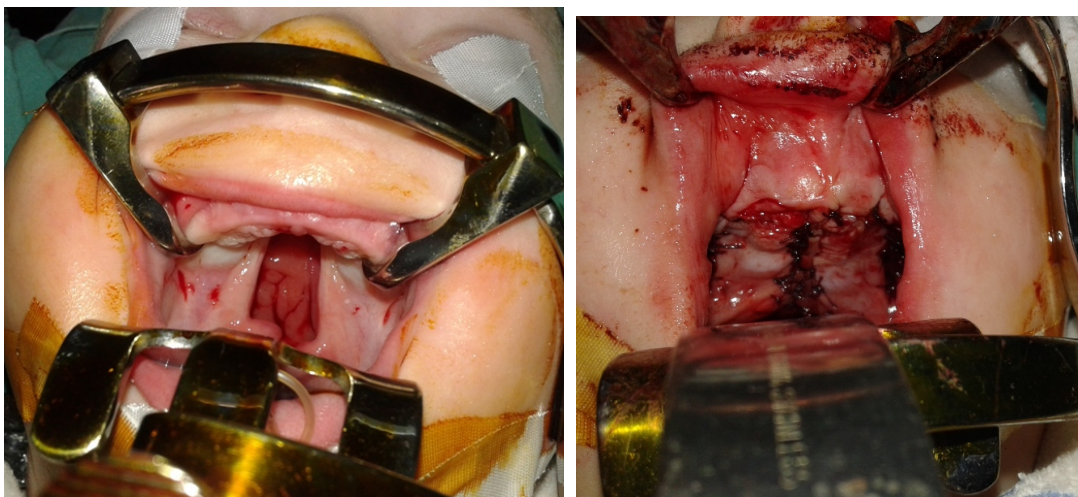


Fig 2.6: Platoskizis i plotë

Referencat

- ¹Croen LA SG, Wasserman CR, Tolarova MM. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. *Am J Med Genet* 79:42,1998.
- ² Saal HM. Classification and description of nonsyndromic clefts. In Wyszynski D (ed). *Cleft Lip and Palate: From Origin to Treatment*. New York : Oxford University Press, 2002, p.47.
- ³ Farina A, Wyszynski DF, Pezzetti F, et al. Classification of oral clefts by affection site and laterality: A genotype-phenotype correlation study. *Orthod Craniofac Res* 5:185,2002.
- ⁴ Marazita ML, Mooney MP. Current concepts in the embryology and genetics of cleft lip and cleft palate. *Clin Plast Surg* 31:125, 2004.
- ⁵Cohen MM, Jr. Etiology and pathogenesis of orofacial clefting. *Oral Maxillofac Clin North Amer* 12:379, 2000
- ⁶Wyszynski DF, Beaty TH, Maestri NE. Genetics of non-syndromic and syndromic oral clefts revisited. *Cleft Palate Craniofac J* 1996;33:16406–17.
- ⁷Boo-Chai K.. An ancient Chinese text on a cleftlip. *Plast Reconstr Surg* 1966;38:89.
- ⁸Rogers BO. Harelip repair in colonial America: a review of 18th century and earlier surgical techniques. *Plast Reconstr Surg* 1964;34:142.
- ⁹Pare A. Dix Livres de la Chirurgie. Paris: *Jean leRoyer*; 1564. p. 211.
- ¹⁰LeMesurier A B. Method of cutting and suturing lip in complete unilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1949;4:1.
- ¹¹Hullihen SP. A treatise on hare-lip and its treatment. Baltimore (MD): Woods and Crane; 1844.
- ¹²Rogers BO. Harelip repair in colonial America: a review of 18th century and earlier surgical techniques. *Plast Reconstr Surg* 1964;34:142
- ¹³Bushe G. An essay on the operation for cleft palate. New York (NY): William Jackson; 1835
- ¹⁴LeMesurier AB. Method of cutting and suturing lip in complete unilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1949;4:1.
- ¹⁵Veau V. Operative treatment of complete double harelip. *Ann Surg (Paris)* 1922;76:143.
- ¹⁶Tennison CW. The repair of unilateral cleft lip by the stencil method. *Plast Reconstr Surg* 1952;9:115.
- ¹⁷Skoog T. A design for the repair of unilateral cleft lip. *Am J Surg* 1958;95:223.
- ¹⁸Brauer RO. Repair of unilateral cleft lip. Triangular flap repairs. *Clin Plast Surg* 1985;12:595.
- ¹⁹Randall P. Long-term results with the triangular flap technique for unilateral cleft lip repair. In: Bardach J, Morris H, editors. *Multidisciplinary management of cleft lip and palate*. Philadelphia (PA): W.B. Saunders; 1990. p. 173.
- ²⁰Asensio OE. Labioleporino y paladar heindido. *Acta Odontol Venez* 1971;3:229–42.

- Asensio OE. A variation of the rotationadvancementoperation for repair of wide unilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg* 1974;53:167–73.

²¹Asensio OE. A variation of the rotationadvancementoperation for repair of wide unilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg* 1974;53:167–73.

²²Millard DR. Cleft craft. Vol 1. Boston (MA):*Little Brown*; 1976. p. 165–73.

²³Millard DR. A primary camouflage of the unilateral harelip. In: *Transactions of the international congress of plastic surgeons*. Baltimore(MD):Williams &Wilkins; 1957, p.160–6.

²⁴Kummer W. A. Cleft palate and craniofacial anomalies: effects on speech and resonance. Delmar, Cengage learning, 2014.

²⁵The building of a specialty: oral and maxillofacial surgery in the United States 1918–1998.

J Oral Maxillofac Surg. 1998;7 Suppl 56.

²⁶Schmid E. Die Annäherung der Kieferstumpfe bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten: Ihre schädlichen Folgen und Vermeidung. *Fortschr Kiefer Gesichtschir* 1955;1:37.

²⁷Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *J Oral Surg* 1972;30:87–92.

²⁸Millard DR. Cleft craft: the evolution of its surgery. *Alveolar and palatal deformities*. Vol 3. Boston (MA): Little Brown; 1980.

²⁹Isufi R, Qendro A, Bardhoshi E. Kirurgjia orale dhe maksilofaciale, Vol.II-të, fq.995, Tiranë 2010.

³⁰Jiang R, Bush RO, Lidral AC. Development of the upper lip: Morphogenetic and molecular mechanisms. *Dev Dyn* 235:1152-1166, 2006.

³¹Hanson JW, Smith DW. U-shaped palatal defect in the Robin anomalad: Developmental and clinical relevance. *J Pediatr* 87:30-33, 1975.

³²Yamada T, Mishima K, Fujiwara K, Imura H, Sugahara T. Cleft lip and palate in mice treated with 2,3,7,8 tetrachlorodibenzo-p-dioxin: A morphological in vivo study. *Congenit Anom (Kyoto)* 46(1):21-25, 2006.

³³Cohen MM, Jr. Syndromes with orofacial clefting. In Wyszynski D (ed). *Cleft Lip and Palate: From Origin to Treatment*. New York:Oxford University Press, 2002, p.53.

³⁴Shashi V, Hart TC. Environmental etiologies of orofacial clefting and craniosynostosis. In Mooney MP, Siegel MI (eds). *Understanding Craniofacial Anomalies: The Etiopathogenesis of Craniosynostosis and Orofacial Clefting*. New York: Wiley, 2002, p.163

³⁵Trew CJ. Sistens plura exempla palati deficientis. *Nova Acta Physico-Medica Academiae Caesararum Leopoldinae-Carolinae* 1:445-447, 1757.

³⁶Darwin C. *The variation of Animals and Plants During Domestication, Vol 5*. New York: Appleton, 1875, p.466.

-
- ³⁷ Sproule J. Hereditary nature of hare-lip. *Br Med J* 1:412, 1863.
- ³⁸ Prescott NJ, Lees MM, Winter RM, Malcolm S. Identification of susceptibility loci for nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in a two stage genome scan of affected sib pairs. *Hum Genet* 2000;106:345–50.47.
- ³⁹ Suzuki K, Hu D, Bustos T, et al. Mutations of PVRL1 encoding a cell-cell adhesion molecule/herpesvirus receptor, in cleft lip/palate-ectodermal dysplasia. *Nat Genet* 2000;25:427–30.
- ⁴⁰ Tolarova M. Etiology of clefts of lip and/or palate: 23 years of genetic follow-up in 3660 individual cases. In: Pfeifer G, editor. *Craniofacial abnormalities and clefts of the lip, alveolus, and palate*. Stuttgart: Thieme;1991.
- ⁴¹ Gundlach KKH, Abou Tara N, von Kreybig T. Tierexperimentelle Ergebnisse zur Entstehung und Prævention von Gesichtsspalten und anderen kraniofazialen Anomalien. *Fortschr Kieferorthop* 1986;47:356–61.
- ⁴² Tolarova MM, Cervenka J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. *Am J Med Genet* 1998;75: 126–37.
- ⁴³ Saal HM. Syndromes and malformations associated with cleft lip with or without cleft palate. *Am J Hum Genet* 1998;64:A118.
- ⁴⁴ Jones MC. Etiology of facial clefts: prospective evaluation of 428 patients. *Cleft Palate J* 1988;25:16–20.
- ⁴⁵ Winter RM, Baraitser M. *London Dysmorphology Database*. London: Oxford University Press, 1996.
- ⁴⁶ Gorlin R, Cohen MJ, Levin L. *Syndromes of the head and neck*. 4th ed. New York (NY): Oxford University Press; 2003.
- ⁴⁷ Cohen MM. Etiology and pathogenesis of orofacial clefting. Cleft lip and palate: a physiological approach, *Oral Maxillofac Clin North Am* 2000;12:379–97.
- ⁴⁸ Ghassibe M¹, Bayet B, Revencu N, Desmyter L, Verellen-Dumoulin C, Gillerot Y, Deggouj N, Vanwijck R, Vikkula M; CL/P Study Group.: Orofacial clefting: update on the role of genetics. *B-ENT* 2006;2 Suppl 4:20-4.
- ⁴⁹ Shi M, Christensen K, Weinberg CR, et al. Orofacial cleft risk is increased with maternal smoking and specific detoxification-gene variants. *Am J Hum Genet* 80:76-90, 2007.
- ⁵⁰ Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: A meta-analysis. *Bull World Health Organ* 82:213-218, 2004.
- ⁵¹ McLeod L, Ray JG. Prevention and detection of diabetic embryopathy. *Community Genet* 5:33-39, 2002.
- ⁵² Lammer EJ, Chen DT, Hoar RM, et al. Retinoic acid embryopathy. *N Engl J Med* 313(14):837-841, 1985.
- ⁵³ Chan A, Hanna M, Abbott M, Keane RJ. Oral retinoids and pregnancy. *Med J Aust* 165:164-167, 1996.
-

-
- ⁵⁴Matalon S, Schechtman S, Goldzweig G, Ornoy A. The teratogenic effect of carbamazepine: A meta-analysis of 1255 exposures. *Reprod Toxicol* 16:9-17,2002.
- ⁵⁵Wide K, Windbladh B, Kallen B. Major malformations in infants exposed to antiepileptic drugs in utero, with emphasis on carbamazepine and valproic acid: A nation-wide, population-based register study. *Acta Genet Med Gemellol* 93:174-176, 2004.
- ⁵⁶ Dolovich LR, Addis A, Vaillancourt JMR, Power JDB, Koren G, Einarson TR. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations of oral cleft: Meta-analysis of cohort and case-control studies. *Br Med J* 317:839-843, 1998.
- ⁵⁷ Carmichael SL, Shaw GM. Maternal corticosteroid use and risk of selected congenital anomalies. *Am J Med Genet* 86:242-244, 1999.
- ⁵⁸Cedergren M, Kallen B. Maternal obesity and the risk of orofacial clefts in offspring. *Cleft Palate Craniofac J* 42(2):367-371, 2005.
- ⁵⁹ Carmichael SL, Shaw GM. Maternal life event stress and congenital anomalies. *Epidemiology* 11:30-35, 2000.
- ⁶⁰ Canfield MA, Collins JS, Botto LD et al. Changes in the birth prevalence of selected birth defects after grain fortification with folic acid in the United States: Findings from a multi-state population-based study. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 73:679-689, 2005.
- ⁶¹Rothman KJ, Moore LL, Singer MR, Nguyen US, Mannino S, Milunsky A. Teratogenicity of high vitamin A intake. *N Engl J Med* 333(21):1369-1373,1995.
- ⁶²Hwang B-F, Jaakkola JJK. Water chlorination and birth defects: A systematic review and meta-analysis. *Arch Environ Health* 58:83-91, 2003.
- ⁶³ Murray JC. Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. *Clin Genet* 61:248,2002.
- ⁶⁴Berk NW, Marazita ML. The costs of cleft lip and palate: Personal and societal implications. In Wyszynski D (ed). *Cleft Lip and Palate: From Origin to Treatment*. New York:Oxford University Press, 2002, p.458.
- ⁶⁵ Hunt JA, Hobar PC. Common craniofacial anomalies: Facial clefts and encephaloceles. *Plast Reconstr Surg* 112:606,2003.
- ⁶⁶ Eppley BL, van Aalst JA, Robey A et al. The spectrum of orofacial clefting. *Plast Reconstr Surg* 115:101,2005.
- ⁶⁷ Veau V. *Division Palatine*. Paris:Masson, 1931.
- ⁶⁸Tessier P. Anatomical classification of facial, cranio-facial, and latero-facial clefts. *J Maxillofac Surg* 1976;4:69-92.
- ⁶⁹ Shprintzen RJ. Terminology and classification of facial clefting. In Mooney MP, Siegel MI (eds). *Understanding Craniofacial Anomalies: The Etiopathogenesis of Craniosynostosis and Facial Clefting*. New York: Wiley,2002, p.17.
- ⁷⁰Mink van der Molen AB. A little imperfection : Isolated schisis no reason for abortion . *Medisch Contact* 62:1116-1119 , 2007.
- ⁷¹Pretorius DH, House M, Nelson TR, Hollenbach KA. Evaluation of normal and abnormal
-

lips in fetuses: comparison between three- and two-dimensional sonography.

Am J Roentgenol,165:1233–7, 1995.

⁷²Pretorius DH, Nelson TR. Fetal face visualization using three-dimensional ultrasonography.

J Ultrasound Med,14:349–56, 1995.

⁷³Shaikh D, Mercer NS, Sohan K, et al.Prenatal diagnosis of cleft lip and palate.

Br J Plast Surg ,54:288–9, 2001.

⁷⁴Berge SJ, Plath H, Van de Vondel, Appel T,Niederhagen B, Von Lindern JJ, Reich RH, Hansmann M. Fetal cleft lip and palate:sonographic diagnosis, chromosomal abnormalities, associated anomalies and postnatal outcome in 70 fetuses. *Ultrasound Obstet Gynecol* **18**: 422–431, 2001.

⁷⁵Christ JE, Meininger MG. Ultrasound diagnosis of cleft lip and cleft palate before birth.

Plast Reconstr Surg 68:854–859, 1981.

⁷⁶Tonni G, Centini G, Rosignoli L. Prenatal screening for fetal face and clefting in a prospective study on low-risk population:can 3- and 4-dimensional ultrasound enhance visualization and detection rate? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*

*Endod*100: 420–426,2005.

⁷⁷Offerdal K, Jebens N, Syvertsen T, Blaas HG, Johansen OJ, Eik-Nes SH. Prenatal ultrasound detection of facial clefts: a prospective study of 49314 deliveries in a non-selected

population in Norway. *Ultrasound Obstet Gynecol* 31:639–646, 2008.

⁷⁸Russell KA, Allen VM, MacDonald ME, Smith K, Dodds L. A population-based evaluation of antenatal diagnosis of orofacial clefts. *Cleft Palate Craniofac J* 45: 148–153, 2008.

⁷⁹Costello BJ, Shand J, Ruiz RL. Craniofacial and orthognathic surgery in the growing patient. *Selected Readings Oral Maxillofacial Surg* 11(5):1–20, 2003.

⁸⁰Thompson JE. An artistic and mathematically accurate method of repairing the defect in cases of harelip. *Surg Gynecol Obstet*14:498, 1912.

⁸¹Marsh JL. Craniofacial surgery: the experiment on the experiment of nature.

Cleft Palate Craniofac J 33:1, 1996.

⁸²Estes JM, Whitby DJ, Lorenz HP, et al. Endoscopic creation and repair of fetal cleft lip.

Plast Reconstr Surg 90:743–6, 1992.

⁸³Dorf DS, Curtin JW. Early cleft palate repair and speech outcome. *Plast Reconstr Surg* 70:74–81, 1982.

⁸⁴Dorf DS, Curtin JW. Early cleft palate repair and speech outcome: a ten year experience.

In: Bardach J,Morris HL.Multidisciplinary management of cleft lip and palate.

Philadelphia (PA): W.B. Saunders; p.341–8, 1990.

⁸⁵Copeland M. The effect of very early palatal repair on speech. *Br J Plast Surg* 43:67, 1990.

⁸⁶Costello BJ, Ruiz RL, Turvey T. Surgical management of velopharyngeal insufficiency in the cleft patient. In: *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America: secondary cleft surgery*. Philadelphia (PA):W.B. Saunders; p. 539–5, 2002.

⁸⁷Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *J Oral Surg* 30:87–92, 1972.

⁸⁸Millard DR. Cleft craft: the evolution of its surgery. *Alveolar and palatal deformities*. Vol 3. Boston (MA): Little Brown; 1980.

⁸⁹Posnick JC. The staging of cleft lip and palate reconstruction: infancy through adolescence. In: Posnick JC, editor. *Craniofacial and maxillofacial surgery in children and young adults*. Philadelphia (PA):W.B. Saunders; p. 785–826, 2000.

⁹⁰Pruzansky S. Presurgical orthopaedics and bone grafting for infants with cleft lip and palate: a dissent. *Cleft Palate J* 1:164, 1964.

⁹¹Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *J Oral Surg* 30:87–92, 1972.

⁹²Posnick JC. The staging of cleft lip and palate reconstruction: infancy through adolescence. In: Posnick JC, editor. *Craniofacial and maxillofacial surgery in children and young adults*. Philadelphia (PA):W.B. Saunders; p. 785–826, 2000.

⁹³Sadove AM, Nelson CL, Eppley BL, et al. An evaluation of calvarial and iliac donor sites in alveolar cleft grafting. *Cleft Palate J* 27:225–8, 1990.

⁹⁴Sindet-Pedersen S, Enemark H. Reconstruction of alveolar clefts with mandibular or iliac crest bone graft: a comparative study. *J Oral Maxillofac Surg* 48:554–8, 1990.

⁹⁵Westbrook MT, West RA, McNeill RW. Simultaneous maxillary advancement and closure of bilateral alveolar clefts and oronasal fistulas. *J Oral Maxillofac Surg*;41:257–60, 1983.

⁹⁶Bell WH. Le Fort I osteotomy for correction of maxillary deformities. *J Oral Surg* :33:412–26, 1975.

⁹⁷Poole R, Farnworth TK. Preoperative lip taping in the cleft lip. *Ann Plast Surg* 32:243–9, 1994.

⁹⁸Shaw WC, Semb G. Current approaches to the orthodontic management of cleft lip and palate. *J R Soc Med* 83:30–3, 1990.

-
- ⁹⁹Ross RB, MacNamara MC. Effect of presurgical infant orthopedics on facial esthetics in complete bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 31: 68–73, 1994.
- ¹⁰⁰American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for the evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J* 1993;30 Suppl 1:4.
- ¹⁰¹Mulliken JB, Pensler JM, Kozakewich H. The anatomy of Cupid's bow in normal and cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 92:395, 1993.
- ¹⁰²La Rossa D. Unilateral cleft repair. In Bentz M (Ed). *Pediatric Plastic Surgery*. Stanford: Appleton and Lange, 1998.
- ¹⁰³La Rossa D. Unilateral cleft repair. In Bentz M (Ed). *Pediatric Plastic Surgery*. Stanford: Appleton and Lange, 1998.
- ¹⁰⁴Millard DR. The unilateral deformity. In Millard DR (Ed). *Cleft Craft, The Evolution Of Its Surgery*. Boston: Little Brown, 1976, p.449.
- ¹⁰⁵Bardach J, Salyer KE. Correction of secondary unilateral cleft lip deformities. In Bardach J, Salyer KE (Eds). *Surgical Techniques In Cleft Lip And Palate*. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1987.
- ¹⁰⁶Akguner M, Barutcu A, Karaca C. Adolescent growth patterns of the bony and cartilaginous framework of the nose: A cephalometric study. *Ann Plast Surg* 41:66, 1998.
- ¹⁰⁷Sadove AM, Eppley BL. Correction of secondary cleft lip and nasal deformities. Advances in management of cleft lip and palate. *Clin Plast Surg* 20:793, 1993.
- ¹⁰⁸Emory RE, Jr., Clay RP, Bite U, Jackson IT. Fistula formation and repair after palatal closure: An institutional perspective. *Plast Reconstr Surg* 99: 1535-1538, 1997.
- ¹⁰⁹Emory RE, Jr., Clay RP, Bite U, Jackson IT. Fistula formation and repair after palatal closure: An institutional perspective. *Plast Reconstr Surg* 99: 1535-1538, 1997.
- ¹¹⁰Bardach J, Mooney MP. The relationship between lip pressure following lip repair and craniofacial growth: An experimental study in beagles. *Plast Reconstr Surg* 73:544-555, 1984.
- ¹¹¹Bardach J, Kelly KM, Salyer KE. Relationship between the sequence of lip and palate repair and maxillary growth: An experimental study in beagles. *Plast Reconstr Surg* 93:269-278, 1994.
- ¹¹²Gillies H, Kilner TP. Hare-lip: Operations for the correction of secondary deformities. *Lancet* 2: 1369-1375, 1932.
- ¹¹³Salyer KE, Genecov ER, Genecov DG. Unilateral cleft lip-nose repair: A 33 year experience. *J Craniofac Surg* 14: 549, 2003.
- ¹¹⁴Bardach J, Mooney MP. The relationship between lip pressure following lip repair and craniofacial growth: An experimental study in beagles. *Plast Reconstr Surg* 73:544-555, 1984.
- ¹¹⁵Stal S, Hollier L. Correction of secondary cleft lip deformities. *Plast Reconstr Surg* 109: 1672, 2002.
-

-
- ¹¹⁶Stal S, Hollier L. Correction of secondary cleft lip deformities. *Plast Reconstr Surg* 109:1672, 2002.
- ¹¹⁷Muzaffar AR, Byrd HS, Rohrich RJ, et al. Incidence of cleft palate fistula: an institutional experience with two stage palatal repair. *Plast Reconstr Surg* 108:1515-1518, 2001.
- ¹¹⁸Bardach J, Morris H, Olin W, Mc Dermott-Murray J, Mooney M, Bardach E. Late results of multidisciplinary management of unilateral cleft lip and palate. *Ann Plast Surg* 12:235-242, 1984.
- ¹¹⁹Thaller SR. Staged repair of secondary cleft palate deformities. *J Craniofac Surg* 6:375-380; discussion 381, 1995.
- ¹²⁰Jolleys A, Robertson NRE. A study of the effect of early bone grafting in complete clefts of the lip and palate: Five year study. *Brit J plast Surg* 25:229, 1972.
- ¹²¹Boyne PJ, Sands NE. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *J Oral Surg* 30:87, 1972.
- ¹²²Semb G. *Analysis of the Oslo Cleft Lip and Palate Archive: Long term dentofacial development(Thesis)*. Oslo, Norway: University of Oslo, 1991.
- ¹²³Akguner M, Barutcu A, Karaca C. Adolescent growth patterns of the bony and cartilaginous framework of the nose: A cephalometric study. *Ann Plast Surg* 41:66, 1998.
- ¹²⁴Witt PD, D'Antonio LL. Velopharyngeal insufficiency and secondary palatal management. A new look at an old problem. *Clin Plast Surg* 20:707-721, 1993.
- ¹²⁵Witt PD, Wahlen JC, Marsh JL, Grames LM, Pilgram TK. The effect of surgeon experience on velopharyngeal functional outcome following palatoplasty: Is there a learning curve? *Plast Reconstr Surg* 102: 1375-1384, 1998.
- ¹²⁶Trost- Cardamone JE. Coming to terms with VPI: A response to Loney and Bloem. *Cleft Palate J* 26:68-70, 1989.
- ¹²⁷American Cleft Palate Craniofacial Association (ACPCA). *Parameters for Evaluation and Treatment of Patients With Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies*, revised ed. Chapel Hill, NC: ACPCA, 2004, p.24.
- ¹²⁸Stool S, Randall P. Unexpected ear disease in infants with cleft palate. *Cleft Palate J* 4:99-103, 1967.
- ¹²⁹Paradise J, Bluestone C, Felder H. The universality of otitis media in 50 infants with cleft palate. *Pediatrics* 44:35-42, 1969.
- ¹³⁰Stool S, Randall P. Unexpected ear disease in infants with cleft palate. *Cleft Palate J* 4:99-103, 1967.
- ¹³¹Bluestone C. Eustachian tube obstruction in the infant with cleft palate. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 80:1-30, 1971.
- ¹³²Cole R, Cole J, Intaraprason S. Eustachian tube function in cleft lip and palate patients. *Arch Otolaryngol* 99:337-341, 1974.
-

-
- ¹³³Huang M, Lee S, Rajendran M. A fresh cadaveric study of the paratubal muscles: Implications for Eustachian tube function in cleft palate. *Plast Reconstr Surg* 100(4):833-842, 1997.
- ¹³⁴Doyle W, Cantekin E, Bluestone C. Eustachian tube function in cleft palate children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 89:34-40, 1980.
- ¹³⁵White B, Doyle W, Bluestone C. Eustachian tube function in infants and children with Down Syndrome. In Lim D, Klein J, Nelson J, (eds). *Recent Advances in Otitis Media-proceedings of the Third International Symposium*. Hamilton, ON: BC Decker, 1984, pp.62-66.
- ¹³⁶Gordon A, Jean-Louis F, Morton R. Late ear sequelae in cleft palate patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 15:149-156, 1988.
- ¹³⁷Baker SR, Owens J, Stern M, Willmot D. Coping Strategies and Social Support in the Family Impact of Cleft Lip and Palate and Parents' Adjustment and Psychological Distress. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, Vol. 46 No. 3, May 2009.
- ¹³⁸Adeyemo WL, James O, Butali A. Cleft lip and palate: Parental experiences of stigma, discrimination, and social/structural inequalities. *Ann Maxillofac Surg* Jul-Dec;6(2):195-203, 2016.
- ¹³⁹Qendro A, Myftari A. Eksperiencë në trajtimin protokollar të defekteve të lindura të buzës dhe të qiellzës. *Rev Shqipt Kirurgj Orale Maksilof*, Vol.1, Nr.2, fq. 16-22, 2013.

Abstrakt

Hyrje: Defekte të lindura të buzës dhe të qiellzës, quhen ato të çara ose hapje të buzës, të qiellzës, ose të të dyjave, të cilat vijnë si rezultat i mos bashkimit të strukturave faciale gjatë periudhës intrauterine të jetës së fëmijës.

Defektet e buzës dhe të qiellzës, përbëjnë malformacionet e lindura më të shpeshta të regionit kokë qafë. Prevalenca e tyre ndryshon sipas popullatës, gjinisë dhe gjendjes socio-ekonomike.

Qëllimi i studimit: Ky studim synon të përshkruajë shpërndarjen e defekteve të lindura buzë-qiellzë, faktorët e jashtëm që ndikojnë në shfaqjen e tyre, teknikat kirurgjikale efikase dhe ecurinë e trajtimit kirurgjikal tek pacientët e paraqitur në Shërbimin e Kirurgjisë OMF me qëllim: njohjen dhe vlerësimin e protokollit aktual të trajtimit dhe përpilimin e rekomandimeve për marrjen e masave me synim përmirësimin e këtij protokollit nëpërmjet rishikimit të standarteve të trajtimit.

Materiali dhe metodat: Në studimin tonë janë përfshirë të gjithë rastet me defekte të lindura buzë-qiellzë, të paraqitura pranë Shërbimit të Kirurgjisë OMF gjatë periudhës 2007-2014. Gjithsej, u analizuan 176 raste, nga të cilët 108 (61.3%) ishin meshkuj dhe 68 (38.7%) ishin femra. Moshë mesatare e pacientëve të marrë në studim ishte 4 vjeç. Për shkak të rasteve relativisht të paktatë kësaj patologjie, studimi përfshin një periudhë kohore të gjatë, prej 8 vjetësh (2007-2014). Minimumi i ndjekjes post-operatore ishte 12 muaj.

Rezultatet: Studimi ynë vuri në dukje se defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës janë të pranishme pothuajse në nivele të njëjta prej shumë vitesh në Shqipëri. Ato përbëjnë një barrë të rëndësishme të sëmundshmërisë që lidhen me anomalitë e lindura dhe njëkohësisht zënë një peshë të konsiderueshme të ndërhyrjeve kirurgjikale që kryen në Shërbimin OMF.

Përfundimet: Defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës përbëjnë rreth 11% të të gjithë nozologjive kirurgjikale të trajtuara pranë Shërbimit të Kirurgjisë Oro Maksilofaciale të QSUT. Defektet e lindura të buzës dhe të qiellzës hasen më shpesh në pacientë të seksit mashkull në masën 61,4%. Këto defekte hasen më shpesh në fëmijë me prejardhje nga zonat rurale të vendit; 55,6% e familjeve banojnë në këto zona. Defektet e buzës trajtohen kryesisht nëpërmjet keiloplastikave: Millard, Tennison dhe më rrallë Veau, ndërsa për qiellzën, teknika më e përdorur është palatoplastika sipas von Langenbeck.

Fjalë kyçe: Defekte të lindura të buzës dhe të qiellzës, buzë lepur, skiza, ekip multidisiplinar.

ABSTRACT

Introduction: Congenital defects of the lip and palate are called clefts or openings of the lip, palate or both (CLAP), which result from the failure to attach or fuse of different facial structures during the intrauterine period of a child's life.

CLAP constitute the most common congenital malformations of the head and neck region. Their prevalence varies by population, gender and socio-economic status.

Aim of the Study: This study aims to describe the distribution of congenital lip and palate defects, external factors affecting their occurrence, evaluate the outcome of different surgical techniques applied and the overall treatment protocol of patients presented to OMF Surgery Department of University Hospital Centre "Mother Theresa", Tirana, Albania.

Material and Methods: All cases of CLAP presented to the OMF Surgery Service during the period 2007-2014 were included in our study. In total, 176 cases were analyzed, of which 108 (61.3%) were male and 68 (38.7%) were female. The mean age of the patients studied was 4 years. Due to the relatively few cases of this pathology, the study covers a relatively long time span of 8 years (2007-2014). The minimum post-operative follow-up was 12 months.

Results: Our study noted that CLAP are present at almost the same levels for many years in Albania. They constitute a significant burden of morbidity associated with congenital abnormalities and at the same time account for a significant proportion of surgical interventions performed in the OMF Service.

Conclusions: CLAP account for about 11% of all surgeries performed at the OMF Department of UHC in Tirana. CLAP are more common in males at 61.4%. These defects are most common in children from rural areas of the country; 55.6% of households reside in these areas. Lip defects are treated mainly through Millard, Tennison techniques and less commonly through Veau plasty, while for the palate, the most commonly applied technique is von Langenbeck palatoplasty.

Keywords: Clefts of the lip and palate, hare lip, schisis, multidisciplinary team.