

두개안면이상환자 치료시에 팀워크의 중요성

김광식, 심기범¹, 이창섭¹, 허지순¹, 박종철¹, 김재왕², 김정홍³, 최승효³, 임길채³, 김성준⁴, 백경원⁴, 윤병민⁵

제주대학교 의학전문대학원 외과학교실, 신경외과학교실¹, 피부과학교실², 이비인후두경부외과학교실³, 치과학교실⁴, 성형외과학교실⁵

Abstract

The Significance of Team Work in treating of Craniofacial Anomaly

Kwang Sik Kim, Ki Bum Sim¹, Chang Sub Lee¹, Ji Soon Huh¹, Jung Cheol Park¹, Jae Wang Kim², Jung Hong Kim³, Choi Seung Hyo³, Gil Chai Lim³, Sung Jun Kim⁴, Kyung Won Paek⁴, Byung Min Yun⁵

Department of Surgery, Neurological Surgery¹, Dermatology², Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery³, Dentistry⁴, Plastic and Reconstructive Surgery⁵, Jeju National University School of Medicine, Jeju, Korea

Craniofacial anomaly is rare and it is very difficult to treat. When we treat the patient, various fields of medicine are needed. So it is essential to organize the team. (J Med Life Sci 2010;7:21-23)

Key Words : Craniofacial anomaly, Team

서 론

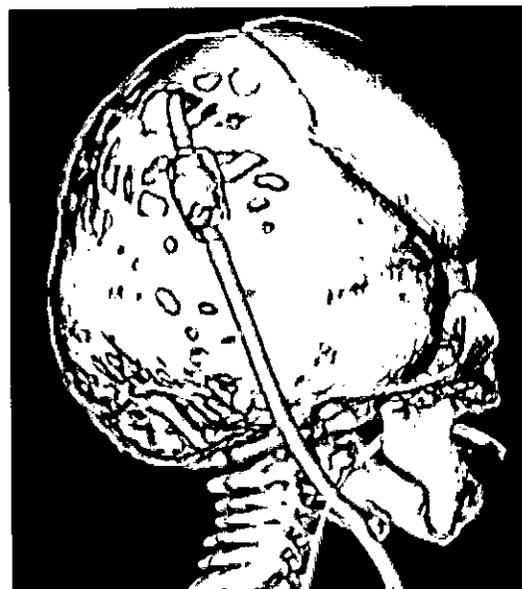
개안면이상 혹은 기형(craniofacial anomaly)은 선천성 혹은 후천성원인으로 발생할 수 있다. 원인은 다양하여 알려진 것부터 모르는 것(idiopathy)까지로 원인을 잘 모르는 경우가 더 많다. 하지만 중요한 것은 여러 가지 방법을 동원하여 사회의 구성원으로써 곳곳이 살아갈 수 있게 해주어야만 하는 것이다. 따라서 다른 여러 질병보다 팀워크가 강조 된 치료가 필요하다. 이에 저자들은 논문 리뷰와 더불어 모의 환자를 통해 팀워크에 대해 알아보고자 한다.

본 론

부부가 임신을 하면 정상적인 경우 산전 진단을 받게 된다. 산부인과에서 초음파 혹은 뇨검사, 피검사, 양막검사 등을 시행 후 이상 소견이 발견된 경우 태아에 영향을 덜 주는 방법으로 영상진단학과의 도움을 받아 MRI 등을 찍고, 유전자 분석결과가 나오면 소아청소년과의 유전학을 담당하는 의료진이 진단을 한 뒤, 성형외과, 신경외과 의사에게 협진을 구하게 되며 이에 따라 부모들과 면담을 하며 부모에게 향후 상태를 설명해준다. 이런 준비과정후 두개골 조기유합증 환자가 출산을 하면 대개의 경우

응급으로 해야 할 일은 없으나 다발성 조기유합증 환자는 예외로 급격히 두 개내압이 상승을 하여 뇌발달이 안되고, 실명 등의 위험이 있어서 출생 후 3개월 이내에 뇌실복막강 단락술 등이 신경외과에서 이루어 져야 하며(Fig. 1). 기타 다른 경우 1살 이내에 앞에서 언급한 것처럼 뇌의 발달을 위해 두개골 성형술을 신경외과, 성형외과에서 팀으로 수술을 해주어야 한다. 수술을 위한 사전 검사로써 시력 등을 체크하기 위해 안과가 필요하며,

Figure 1. Cloverleaf deformity patient. Because of the increased intracranial pressure, the patient needed ventriculoperitoneal shunt at first.



Address for correspondence : Byung Min Yun
Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Jeju National University School of Medicine, 66 Jejudaehakno, 690-756, Jeju, Korea
E-mail : almostfree@hanmail.net

귀와 코등에 문제가 있는지를 이비인후과에서 체크를 해주며 기타 수술을 하기 적당한 지를 소아청소년과에서 전반적으로 체크를 한다. 이런 모든 준비가 되면 수술을 하며 보통 수술은 8 시간 정도 진행을 하며, 수술시간이 장시간이고, 영아이기 때문에 소량의 출혈로도 쇼크에 빠질 수 있기 때문에 마취과의사의 노력이 필요하다(Fig. 2). 수술직후에는 보통 소아중환자실에서 하루나 이틀 동안 환아를 소아과에서 집중적으로 돌보게 된다. 이후 환아는 병실로 옮긴 후 특별한 일이 없는 한 2주정도면 퇴원을 한 뒤 외래에서 6개월 마다 성장이 끝날 때 까지 경과 관찰을 한다. 이 때 꼭 필요한 과로는 환아가 자신의 외모에 대한 생각, 부모들의 걱정, 불안을 해결하기 위해 정신과의 협진이 필요하며, 두개골 조기유합증 환자의 경우 비록 문제는 두개골에 있으나, 안면 그중에서 턱 과 치아가 제대로 성장을 못하는 경우가 많기 때문에 치과 교정과가 필수이며, 이에 따라 교합이 맞지 않으면(Fig. 3), 교정을 일찍부터 시작하며, 성장이 끝난 18 세경에 양악수술을 성형외과 혹은 구강외과에서 시행을 해주어 길고긴 치료가 끝나게 된다¹⁻²⁴⁾(Fig. 4A, B).

Figure 2. A delicate touch of pediatric anesthesiologist is needed.



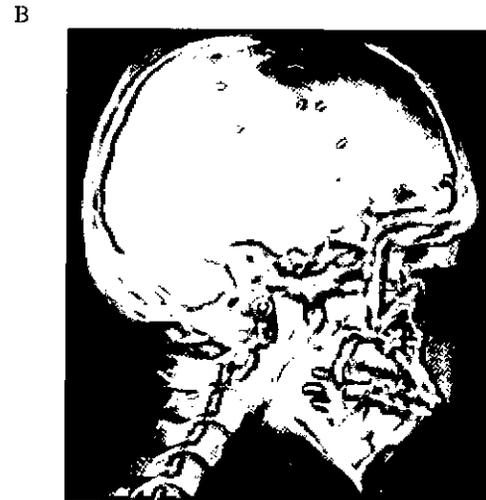
Figure 3. Malocclusion of craniofacial patient.



결론

이상으로 여러 의료 영역 중에서 두 개안면기형은 의료의 모든 과가 망라할 정도로 팀워크가 필요한 영역이다.

Figure 4. Post operative jaws operation. Panoramic view(A). Cephalogram (B).



References

- 1) Swennen G, Colle F, De May A. Maxillary dis-traction in cleft lip palate patients: A review of six cases. J Craniofac Surg 1999;10:117-22.
- 2) Cohen SR, Boydston W, Burstein, FD. Mono-bloc distraction osteogenesis during infancy: Report of a case and presentation of a new device. Plast Reconstr Surg 1998;101:1919-24.
- 3) Cohen SR, Rutrick RE, Burstein FD. Dis-traction osteogenesis in the human craniofacial skel-eton: Initial experience with new distraction system. J Craniofac Surg 1995;6:368-74.
- 4) Hollier LH, Gosain AK, Stelnecki EI. Symposium: Craniofacial distraction osteogenesis. J Craniofac Surg

- 1999;10:268-72 .
- 5) Polley JW, Figueroa AA. Management of severe maxillary deficiency in childhood and adolescence through distraction osteogenesis with an external adjustable, rigid distraction device. *J Craniofac Surg* 1997;8:181-5.
 - 6) Polley JW, Figueroa AA. The management of cleft maxillary hypoplasia with (RED) rigid external distraction. In Proceedings of the International Congress on Cranial and Facial Bone Distraction Processes, Paris, France, June 19-21, 1997.
 - 7) Polley JW, Figueroa AA. Rigid external distraction: Its application in cleft maxillary deformities. *Plast Reconstr Surg* 1998;102:1373-4.
 - 8) Remmler D, McCoy FJ. Osseous expansion of the cranial vault by craniostasis. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:787-97.
 - 9) Persing JA, Morgan EP, Cronin AJL. Skull base expansion: Craniofacial effects. *Plast Reconstr Surg* 1991;1009-163.
 - 10) Rachmiel A, Potparic Z, Jackson IT. Midface advancement by gradual distraction. *Br J Plast Surg* 1993;46:201-7.
 - 11) Staffenberg DA, Wood RJ, McCarthy JG. Midface distraction advancement in the canine without osteotomies. *Ann Plast Surg* 1995;34:512-7.
 - 12) McCarthy JG, Schreiber J, Karp Nal. Lengthening the human mandible by gradual distraction. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:102-5.
 - 13) Cohen SR. Craniofacial distraction with a modular internal distraction system: Evolution of design and surgical techniques. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:1592-607.
 - 14) Muhlbauer W. Distraction osteogenesis in the treatment of Apert's syndrome in infancy. In K. Harii (Ed.), *Transactions of the Scientific Meeting of the International Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery Society*, Yokohama, Japan, 1995. Amsterdam: Kugler Publications, 1995.
 - 15) Cohen SR. Midface distraction. *Semin Orthod* 1999;5: 52-8.
 - 16) Cohen SR, Burstein FD, Stewart MB. Maxillarymidface distraction in children with cleft lip and palate: A preliminary report. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1421-8.
 - 17) Pyo DJ, Persing JA. Craniosynostosis. In S. J. Aston, R. W. Beasley, C. H. M. Thorne (Eds.), *Grabb and Smith's Plastic Surgery*, 5th Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
 - 18) Chin M, Toth BA. Distraction osteogenesis in maxillofacial surgery using internal devices: Review of five cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1996;54:45-53.
 - 19) Cohen SR, Holmes RE, Amis P. Internal craniofacial distraction with biodegradable devices: Early stabilization and protected bone regeneration. *J Craniofac Surg* 2000;11:354-66.
 - 20) Block MS, Brister GD. Use of distraction osteogenesis for maxillary advancement: Preliminary results. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:282-6.
 - 21) Block MS, Cervini D, Chang A. Anterior maxillary advancement using tooth-supported distraction osteogenesis. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:561-5.
 - 22) Block MS. Maxillary distraction. In Proceedings of the 2nd International Conference on Craniofacial Asymmetries, Aarhus, Denmark, June, 1996.
 - 23) Marchac D, Renier D. Craniofacial surgery for craniosynostosis. *Scand J Plast Surg* 1981;15:235-243
 - 24) Munro IR. Orbito cranio facial surgery: the team approach. *Plast Reconstr Surg* 1975;55:170-6.