

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.1 Jul.2013

شماره یکم مرداد ۱۳۹۲

شماره اول نشریه مرداد ماه برای همه دوستان جراح فک و صورت و همکاران دیگر دندان پزشک عمومی و متخصص ارسال می‌شود. تلاش بر این است که نشریه الکترونیک به صورت ماهنامه و به طور منظم و در ابتدای هر ماه با عنوان «جراحی فک و صورت - تازه‌ها» در اختیار همکاران جراح فک و صورت قرار گیرد.

گزیده ای از مطالب هر فصل نیز به صورت ویژه نامه فصلی نشریه برای تمام همکاران دندان‌پزشک عمومی و متخصص ارسال خواهد شد. از تمام همکاران خواهشمندم در صورت تمایل به دریافت ماهنامه الکترونیک تمایل خود را برای دریافت آن اظهار نمایند. به زودی نشریه از طریق سایت شخصی برای شما ارسال خواهد شد.

با سپاس

دکتر میترا میرمحمدی



به نام خدا

با درودهای فراوان به همه دوستان و همکاران گرامی. از این ماه برگزیده هایی از تازه های جراحی فک و صورت نشریات معتبر بین المللی رشته جراحی دهان و فک و صورت به صورت خلاصه یا متن کامل مقالات و اخبار انجمن های علمی رشته های پزشکی و اخبار رویدادهای تخصصی در عرصه جهانی درج خواهد شد. تلاش بر این است که در حد امکان با اطلاع رسانی از برنامه های علمی رشته های پزشکی هم پوشان و مشترک، امکان اطلاع از برنامه های علمی و میزگردهای شاخه پزشکی فراهم گردد تا همکاران علاقه مند بتوانند از این برنامه ها استفاده کنند.

همراهی اکتینومیکوز و آسپرژیلوز در سینوس ماگزایلا

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) e51–e53
Available online at www.sciencedirect.com

Short communication

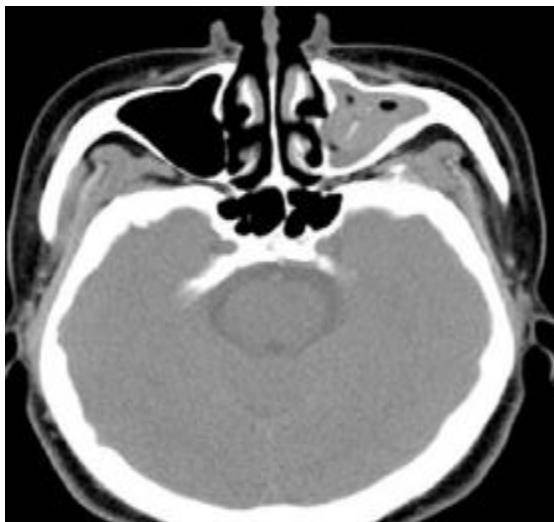
Simultaneous actinomycosis with aspergillosis in maxillary sinus

Ho-Ryun Won a, Jae Hong Park b, Kyung Soo Kim a,*

خلاصه

در اینجا موردی را به همراه مروری بر مقالاتی که در رابطه با همراهی اکتینومیکوز با آسپرژیلوز در سینوس ماگزیلا (یک طرفه)، که در آن درمان کامل بعد از جراحی اندوسکوپیک سینوس و مصرف آنتی بیوتیک در مدت کوتاه انجام شد ذکر می شود. تا جایی که اطلاع داریم این اولین گزارش موردی در مقالات است که در آن اکتینومیکوز به همراه آسپرژیلوز در سینوس پارانازال وجود داشته است و همچنین ما توصیه به مصرف آنتی بیوتیک کوتاه مدت در طی یک ماه بعد از جراحی کامل سینوس پارانازال را ارائه داده ایم.

گزارش مورد



خانمی ۵۴ ساله، سالم، با سابقه ۲ ماهه گرفتگی سمت چپ بینی پیشرونده به همراه ترشحات چرکی بینی و ریزش ترشحات پشت حلق معرفی می شود. در این بیمار هیچ سابقه ای از تروما به بینی، جراحی بینی یا درمان دندانانی وجود نداشته و هیچ یافته ای در اندوسکوپی سینوس دیده نشده است. در CT اپاسیفیکاسیون کلسیفیه در سینوس ماگزیلا سمت چپ و هیپراستوزیس راکتیو دیفوز دیواره های سینوس ماگزیلائی این سمت مشهود بود.

Fig. 1. Axial computed tomography of the paranasal sinus showing total opacity with calcification and diffuse reactive hyperostosis of the left maxillary sinus.

تشخیص سینوزیت قارچی سست مزمن گذاشته شد و جراحی اندوسکوپیک سینوس برای بیمار انجام شد. در جراحی توده قهوه ای متحرک شبیه به گوی اسفنجی در سینوس ماگزیلائی سمت چپ یافت شد که به همراه دبری های نکروتیک به طور کامل توسط دبریدمان و ساکشن درآورده شد. محل ارتباط سینوس ماگزیلا و حفره بینی وسیع تر شد که کاملاً باز بماند. آزمایش بافت شناسی از نمونه های بیوپسی شده اکتینومیکوز به همراه آسپرژیلوز را نشان داد. به این دلیل به بیمار آموکسی سیلین - کلاوولانت (Augmentin) داخل رگی برای ۵ روز و سپس در ادامه مصرف داروی خوراکی آن به مدت ۳ هفته تجویز شد. همچنین شستشوی ناحیه با سالین انجام شد. به این ترتیب بیمار در طی ۱۲ ماه پیگیری، بهبود کامل را نشان داد و هیچ نشانه ای از برگشت بیماری در او دیده نشد.

بحث

اگر چه قبلاً همراهی عفونت های قارچی به ویژه موکورمیکوز و اکتینومیست ها گزارش شده بود ولی این مورد گزارشی در مورد همراهی اکتینومیکوز و اسپرژیلوز در سینوس ماگزیلاست.

برخی شباهت هایی بین این دو وجود دارد: اولاً اکتینومیکوز اغلب بعد از درمان های دندانپزشکی یا عمل جراحی و جراحی مخاطی در نتیجه تروما پیشرفت می کند.

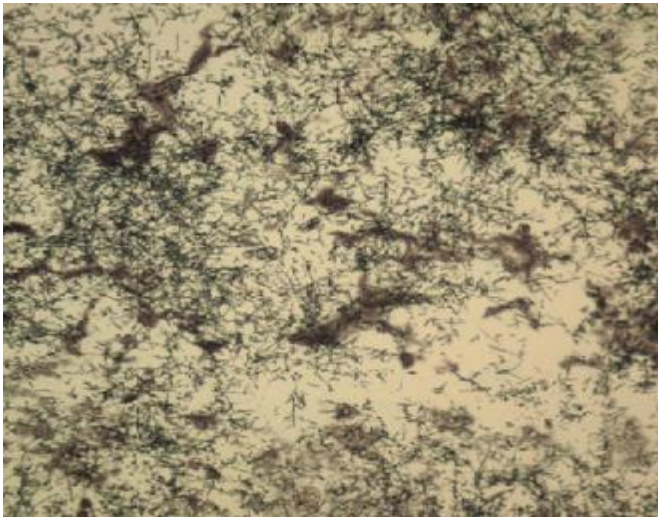


Fig. 2. The Gram positive, long, filamentous organisms are highlighted by Gomori-methenamine silver stain (original magnification 400×).

دیگر فاکتور مستعد کننده شامل سرطان، کمبود ایمنیتی مانند HIV، مصرف استروئیدها در طول دوره طولانی و سوءتغذیه می باشند. بنابراین افرادی هستند که مستعد به ابتلا به عفونت های فرصت طلب هستند. این عوامل شبیه به عواملی که در عفونت های اسپرژیلوز مستعد کننده ابتلا هستند عمل می کنند.

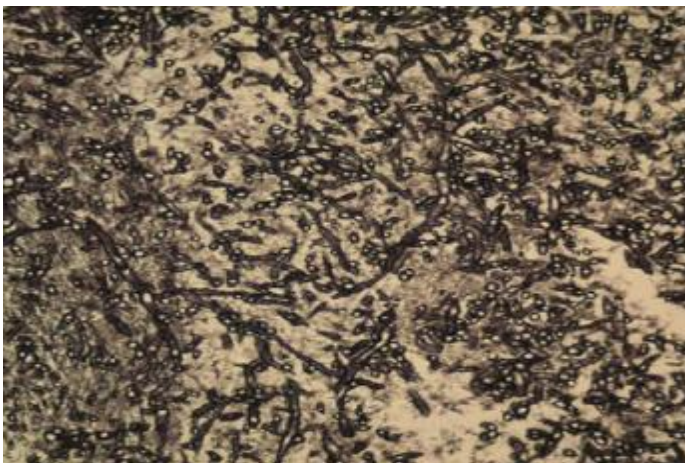


Fig. 3. Septated hyphae with 45° angled branches, which are consistent with aspergillosis (Gomori-methenamine silver stain, original magnification 400×).

دوم این که یافته های CT در هر دو عفونت ها به یک شکل تظاهر می کنند. بنابراین در تشخیص CT تفکیک این دو عفونت و انعکاس آن فقط در CT مشکل است. تشخیص ما از اکتینومیکوز توسط مطالعه هیستولوژیک انجام می شود که در آن التهاب گرانولوماتوز مزمن و وجود گرانول های سولفور در نمونه آن را تأیید می کند. سوم این که پاتوفیزیولوژی همراه این دو عامل وجود دارد. اسپوره های اکتینومیست ها ممکن است به شکل خوشه ای در سینوس در درون راه های طبیعی وجود داشته باشند و یا گرفتگی خود به خودی این راه ها می تواند شرایط مطلوبی برای قارچ ها و یا به عبارت دیگر بی هوازی های پیرامون به وجود آورد. PH پایین ممکن است باعث دسته شدن قارچ ها و سبب ایجاد سینوزیت قارچی شود که باعث تسریع در ایجاد فضای بی هوازی مناسب برای رشد اکتینومیست ها شود.

در آخر، شباهت های چندی در درمان این موارد وجود دارد. درمان اکتینومیکوز مصرف آنتی بیوتیک و اکسیژن است. ممکن است جراحی اندوسکوپیک ترجیح داده شود که ممکن است طول درمان را در مواردی که به آنتی

بیوتیک پاسخ داده نمی شود کاهش دهد. در بیمارانی که سینوس های پاراناژال در آنان درگیر و یا استئونکروز در رادیوگرافی آن ها مشهود است نیاز به برداشتن بافت های نکروتیک و فیبروتیک می باشد. برداشت کامل این بافت ها و برقراری ونتیلاسیون سینوس فاکتورهای مهمی در درمان هستند که در درمان آسپرژیلوز نیز مشابه است. اگرچه در موارد اکتینومیکوز، ادامه درمان با داروهای ضد قارچ بعد از عمل توصیه می شود. آموکسی سیلین خوراکی نیز برای چند ماه و یا پنی سیلین داخل رگی برای ۶ - ۲ هفته توصیه می شود. در این بیمار بعد از درمان، بازگشت بیماری مشاهده نشد. توصیه ما این است که استفاده کوتاه مدت یک ماهه از آنتی بیوتیک ها در شرایط حفظ باز بودن بینی بعد از حذف کامل اکتینومیکوز و آسپرژیلوز می تواند مؤثر باشد.

تومور **Yolk Sac** در کف دهان، گزارش نمونه

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) e67–e69
Available online at www.sciencedirect.com

Short communication

Yolk sac tumour involving floor of mouth: case report

Q. Zhang a,*, Y. Huangb, C.Y. Baoc, L.J. Li c,*

a Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Affiliated Stomatological Hospital of Nanchang University, Nanchang, China

b Department of Pathology, Fujian Provincial Hospital, Fuzhou, China

c Department of Head & Neck Oncology, West China College of Stomatology, Sichuan University, Chengdu, China

Accepted 9 April 2012

خلاصه

تومور **yolk sac** تومور بدخیم نادری است که از سلول های زاینده ای منشاء می گیرد که اغلب از غدد جنسی پدید می آیند. این تومورها در سر و گردن بسیار نادر هستند. در اینجا به معرفی یک نمونه از تومور **yolk sac** که کف دهان دختر ۱۴ ماهه چینی را در بر گرفته بود می پردازیم. تشخیص توسط آزمایشات هیستولوژیک تأیید شد و در آن توده های شاخص **Schiller-Duval** و در آزمایشات ایمونوهیستوشیمی **α-fetoprotein** در سیتوپلاسم سلول های نئوپلاستیک وجود داشتند. بیمار ۴ ماه پس از جراحی فوت کرد. با اطلاعات ما، این اولین نمونه از تومور **yolk sac** کف دهان است که در نشریات انگلیسی زبان گزارش شده است.

مقدمه

تومور **yolk sac** که به عنوان " اندودرمال سینوس تومور " شناخته می شود تومور بدخیمی با منشاء جنینی است که حدود ۰.۶٪ - ۰.۴٪ از ضایعات بدخیم در کودکان را شامل می شود و اغلب در تخمدان ها و بیضه ها بوجود می آید. این تومور به شدت نادر در نواحی خارج گنادها ایجاد می شود و به این دلیل بسیار سخت تشخیص داده می شود. تا به حال گزارش های محدودی در رابطه با ظهور آن ها در سر و گردن داده شده است. در اینجا ما به تشریح نمونه ای از این تومور در کف دهان دختر ۱۴ ماهه چینی می پردازیم.

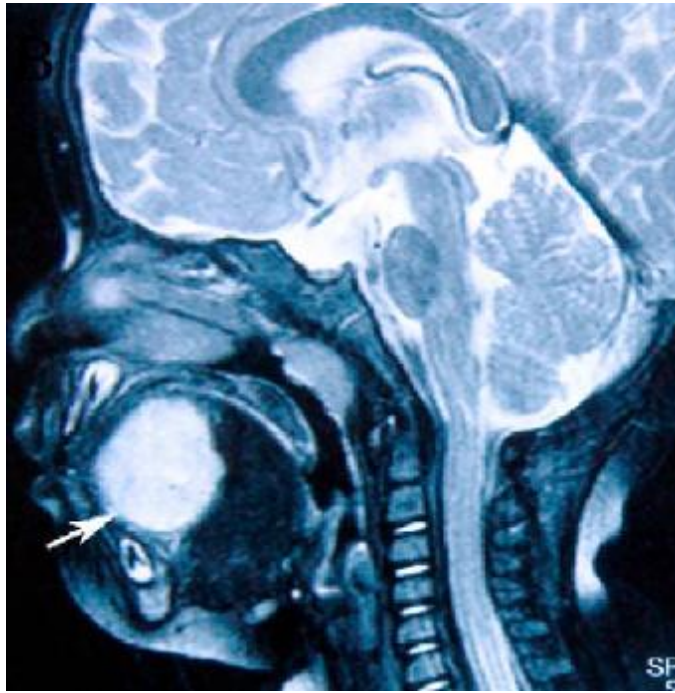


Fig. 1. Magnetic resonance image showing a huge solid mass in the oral cavity above the geniohyoid muscles with a clear border, which is pushing the tongue backwards and downwards

دختر ۱۴ ماهه ای به بیمارستان استاماتولوژی غرب چین (دانشگاه Sichuan) ارجاع داده شده بود که سابقه یک ماهه ای از وجود توده به سرعت رشد یافته در کف دهان که اخیراً موجب دیسفاژی او شده بود داشت. در سابقه پزشکی و خانوادگی او مورد قابل ملاحظه ای وجود نداشت. در معاینه، توده تا حدی متحرک با ابعاد ۴cm * ۳ وجود داشت که کف دهان وی را اشغال کرده بود و مخاط روی این توده قرمز، کشیده و سفت و براق بود. MRI توده جامدی به ابعاد ۴ cm * ۳ در کف دهان بر روی عضلات جنیوهیوئید با بردهای واضح را نشان می داد. زبان به عقب و پایین رانده شده بود و تعداد زیادی غدد لنفاوی بزرگ در گردن مشهود بود. تحت بیهوشی عمومی بیوپسی اکسیژنال انجام شد که در آن توده ای فربه و سفید با کپسول کاذب مشاهده شد.

در حین عمل بررسی frozen-section، تومور سلول کوچک بدخیم و وجود تومورهای باقیمانده در لبه های ضایعه را نشان داد.

در بحث با والدین کودک بعد از اطلاع به آن ها در مورد طبیعت تومور تصمیم به عدم ادامه درمان فعال بیمار گرفته شد.

بررسی های میکروسکوپی بعد از عمل، ساختار رتیکولار و مارپیچی را در تومور نشان داد و در برخی نواحی اشکال مکعبی و ستونی کم ارتفاع سلول های تومورال که مویرگ های با دیواره نازک سینوسی را احاطه می کردند شکل اختصاصی اجسام Schiller-Duval را نشان می داد. در آزمایشات ایمونوهیستوشیمی α -fetoprotein در سیتوپلاسم سلول های نئوپلاستیک وجود داشتند.

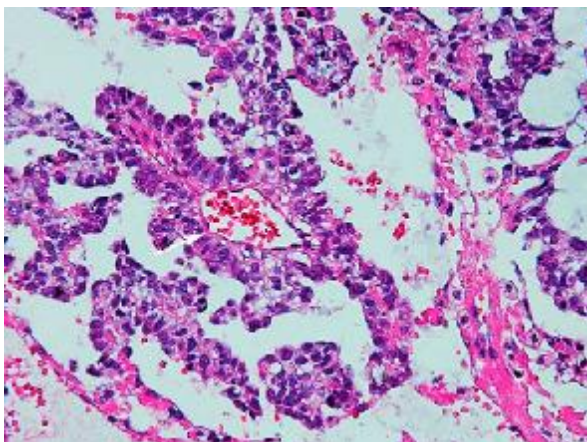


Fig. 2. Photomicrograph showing the yolk sac tumour with cuboidal or low columnar-shaped tumour cells that are surrounding the capillaries of a thinwalled sinus and forming typical Schiller-Duval bodies (haematoxylin and eosin, original magnification 400 \times).

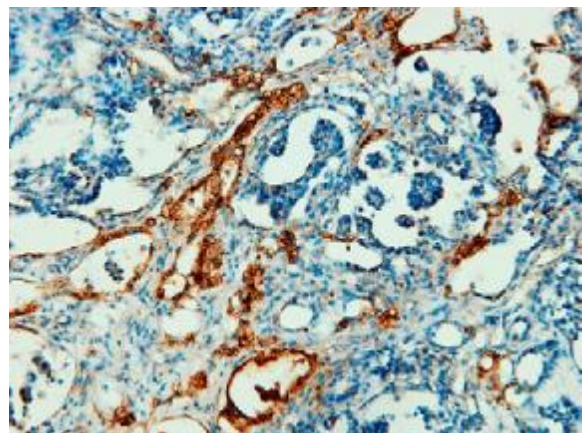


Fig. 3. Immunohistochemical slide showing α -fetoprotein expressed within the cytoplasm of the neoplastic cells (original magnification 200 \times).

بنابراین شواهد در تشخیص تومور yolk sac بود. تغذیه بیمار شامل مایعات با قاشق برای یک هفته می شد. بدون ادامه درمان، بیمار ۴ ماه پس از جراحی فوت کرد.

بحث

تومور yolk sac تومور بدخیم سلول های زاینده شبیه به کیسه زرده ای است و α -fetoprotein ترشح می کند. این مسئله که چگونه سلول های yolk sac اولیه به کف دهان مهاجرت می کنند معلوم نیست ولی تئوری ها حاکی از جدا شدن سلول های زاینده از ستیغ گنادی در طی امبریونز و متعاقب آن تغییر و تحولات بدخیمی در آن هاست و یا سلول های با پتانسیل چندگانه اند که از تأثیر رشد اولیه فرار می کنند. تومور yolk sac سر و گردن در کودکان بیش تر شایع است و اغلب غیر قابل جراحی است و Kusumakumari و همکاران معتقدند که بیماران با این تومورها واجد پروگنوز ضعیف تری نسبت به آن هایی که تومورهای اولیه در تخمدان و بیضه دارند هستند.

به علت نادر بودن این تومورها، پروتکل درمانی مشخص هنوز در این موارد وجود ندارد، بعضی از مؤلفین، جراحی آن ها را به همراه شیمی درمانی تجویز می کنند که در درمان تومورهای yolk sac گنادی نتایج رضایت بخشی داده است. رادیوتراپی کمکی بعد از عمل می تواند برای این گونه تومورها در سر و گردن مفید باشد. به طوری که Filho و همکاران بیماری را با تومور yolk sac بینی گزارش کردند که رادیوتراپی بعد از عمل منتج به ۷ سال بدون مشکل بودن بیمار پس از جراحی رادیکال شد. در مورد بیمار گزارش شده در متن به کارگیری درمان های تلفیقی، احتمالاً با پروگنوز پیچیده ای به لحاظ اتیکال همراه بود و عوارض جانبی، کیفیت زندگی و امکانات نسبی در کنترل بیماری در موازنه قرار می گرفت.

دیدگاه در مورد این بیمار پس از بحث با والدین این بود که درمان های بیشتری مدنظر قرار نگیرد. نادر بودن این تومورها در سر و گردن، به معنای این است که هر مورد باید با معیارهای فردی و جداگانه مورد توجه قرار گیرد.

خلاصه مقالات

تأثیر سن بیمار و اندازه ضایعه اولیه بر سرعت انقباض ضایعه پس از

مارسوپالیزاسیون تومورهای ادنتوژنیک کراتوسیستیک، کیست های

دنتی ژور و کیست های رادیکولار

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) 358–362
Available online at www.sciencedirect.com

Effects of the patient's age and the size of the primary lesion on the speed of shrinkage after marsupialisation of keratocystic odontogenic tumours, dentigerous cysts, and radicular cysts

Yasutaka Kubota *, Ikumi Imajo, Risa Itonaga, Yasuharu Takenoshita

خلاصه:

مارسوپیالیزاسیون عملی است که در آن پنجره ای به طریق جراحی در دیواره حفره ضایعه کیستیک تعبیه می شود که به منظور احتراز از ایجاد یک نقص استخوانی در فک که می تواند کیفیت زندگی بیمار را پایین آورد انجام می شود.

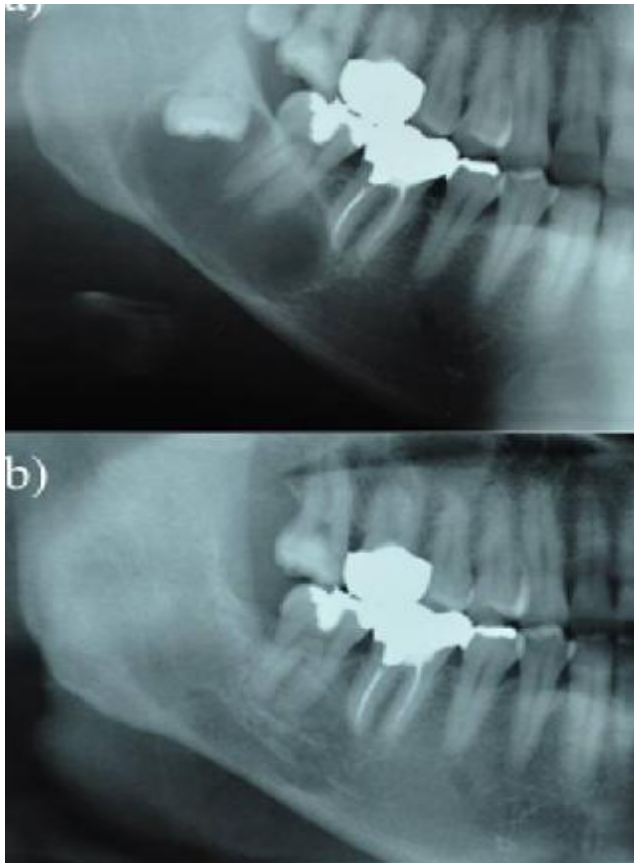


Fig. 1. Panoramic radiographs of a case of dentigerous cysts before and after marsupialisation. (a) A dentigerous cyst that had been present in the right lower molar region before marsupialisation had (b) decreased in size by 19.5 months after marsupialisation.

گر چه اطلاعات ما درباره عواملی که می تواند باعث کاهش اندازه کیست ها پس از مارسوپیالیزاسیون شود محدود است ولی در مورد تأثیر سن بیمار و اندازه ضایعه اولیه بر روی سرعت انقباض بعد از مارسوپیالیزاسیون تومورهای ادنتوژنیک کراتوسیستیک، کیست های دنتی ژور و کیست های رادیکولار مطالعه کرده ایم. سرعت انقباض $2\text{mm}/\text{month}$ توسط اندازه گیری ناحیه رادیولوسنت در رادیوگرافی های پانورامیک قبل و بعد از مارسوپیالیزاسیون KCOT (n=28)، کیست های دنتی ژور (n=26) و کیست رادیکولار (n=18) در ناحیه مولرهای فک پایین ارزیابی شد. طول مدت متوسط مارسوپیالیزاسیون برای هر نوع از کیست ها به ترتیب ذکر شده عبارت بود از ۱۱ ماه (۵)، ۸ ماه (۵) و ۵ ماه (۲). ناحیه رادیولوسنت به شکل خطی در ۳ نوع ضایعه بسته به زمان بعد از مارسوپیالیزاسیون کم شد. سرعت نسبی انقباض با سن بیمار بستگی نداشت ولی با اندازه ناحیه رادیولوسنت قبل از مارسوپیالیزاسیون در KCOT و کیست رادیکولار بستگی داشت. این نتایج حاکی از آن است که اندازه کیست قبل از مارسوپیالیزاسیون ممکن است بر سرعت انقباض در KCOT و کیست های رادیکولار تأثیر بگذارد در شرایطی که سن بیمار این تأثیر را ندارد.

Merkel Cell Carcinoma پلک بالا، معرفی و درمان

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 711–715

Merkel cell carcinoma of the upper eyelid: presentation and management

A. Baccarani, B. Pompei, A. Pedone, A. Brombin: Merkel cell carcinoma of the upper eyelid: presentation and management. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 711–715. # 2012 International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.

Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

A. Baccarania, B. Pompeia,

A. Pedonea, A. Brombinb

aDivision of Plastic Surgery, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; bDivision of Ophthalmology, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, University of Modena and Reggio

Emilia, Italy

مرکل سل کارسینوما (MCC) تومور نورواندوکراین نادر و با ظرفیت تهاجمی بالاست. مؤلفین نمونه واحدی از ظهور MCC به اندازه ۴/۵cm در عرض پلک بالا در خانمی ۷۳ ساله را تشریح کردند. بعد از رزکسیون کامل پلک بالا، بازسازی فوری توسط انتقال فلپ Full – thickness پلک پایین با پایه شریان لترال پلک پایین انجام شد. پس از ۳ سال پایش، بیمار از بیماری رها شد و نتایج بازسازی هم به لحاظ عملکردی و هم به لحاظ استتیک رضایت بخش بود.



Fig. 1. Preoperative view of a 73-year-old female presenting with a 4.5 cm diameter firm mass on the left upper lid.



Fig. 4. Intra-operative view after total upper lid resection, and full thickness lower lid flap harvested, based on the inferior lateral palpebral artery.



Fig. 5. 3 months after surgery showing good upper lid morphology and motion, no disease recurrence and well protected eye: (a) eyelid opening; (b) eyelid closure

فتودینامیک تراپی در درمان ضایعات سروگردن

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) 283–287

Photodynamic therapy in the management of lesions of the head and neck

Ben Green ^{a,*}, Alistair R.M. Cobbb, Colin Hopper ^c

^a King's College London School of Medicine, Guy's Campus, London Bridge, London, UK

^b South-West cleft service & Department of Oral and Maxillofacial Surgery, North Bristol NHS Trust, Bristol, UK

^c Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Eastman Dental Hospital, London UK/Head & Neck Unit, University College London Hospital, London, UK

Accepted 19 November 2012

فتودینامیک تراپی درمان امیدبخش و موثری در ضایعات سر و گردن است. در این شیوه از تاباندن نور با طول موج اختصاصی، که می تواند داروهای حساس به نور را در حضور اکسیژن فعال کند استفاده می شود. این شیوه می تواند در تلفیق با درمان های دیگر نیز مورد استفاده قرار گیرد و منتج به تخریب سلولی ضایعات از طریق روند ایجاد رادیکال های آزاد گردد. حساس کننده های نوری می توانند به صورت موضعی و یا سیستمیک به کار روند که بستگی به ضایعه مورد درمان دارد. نتایج نشان می دهد که PDT مکمل مؤثری برای درمان های مرسوم استاندارد است .



Fig. 1. Surface illumination

Fig. 2. Interstitial photodynamic therapy



تزریق سم بوتولینیوم برای درمان کلیک های مفصل گیجگاهی - فکی

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 759–764

Botulinum toxin injection for management of temporomandibular joint clicking

A. S. Emara, M. I. Faramawey, M. A. Hassaan, M. M. Hakam: Botulinum toxin injection for management of temporomandibular joint clicking. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 759–764. # 2013 International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

خلاصه

هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر تزریق سم بوتولینیوم تایپ A در عضله پتریگوئید خارجی در صداهای (کلیک های) مفاصل گیجگاهی - فکی است. مطالعه ۷ بیمار با ۱۱ مفصل گیجگاهی درگیر را در بر می گیرد. همه بیماران در مرحله I یا Wilk II برای اختلالات اینترنال بودند. BTX-A در همان سمت عضله پتریگوئید خارجی تزریق شد و الکترومیوگرام کنترل شد و ۴ ماه بعد نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. بیشترین حد باز کردن دهان (فاصله بین انسيزال های بالا و پایین)، دامنه حرکات جانبی و وجود کلیک در طی مراحل پایش ثبت شد و MRI در پایان ۴ ماه از بیمار به عمل آمد.



نتایج نشان داد که کاهش در میزان باز شدن دهان و حرکات جانبی بلافاصله پس از جراحی به طور قابل ملاحظه ای وجود داشت. در حالی که این تفاوت در پایان زمان پایش غیر قابل ملاحظه بود. این وضعیت ممکن است مربوط به تزریق BTX در عضله پتریگوئید خارجی باشد که به حذف صداهای مفصلی به طور کلینیکی و بهبود قابل ملاحظه در موقعیت دیسک که در MRI نشان داده می شود بیانجامد.

Fig. 1. Botulinum toxin type A (BTX-A) injection in the lateral pterygoid muscle.

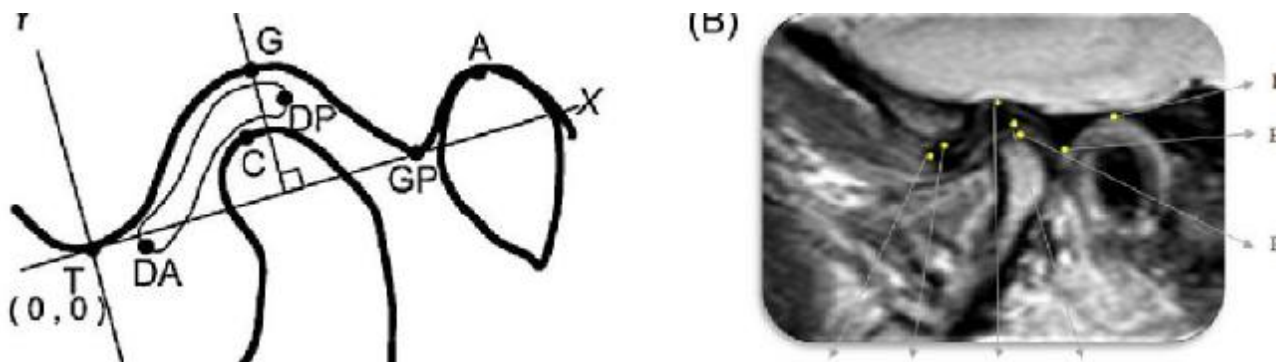


Fig. 2. Diagrammatic illustration (A) and MR application (B) of the anatomical assessment points according to Arayasantiparb and Tsuchimochi

نشست‌های علمی

*** کنفرانس ادواری بیمارستان مدائن (میزگرد)** تاریخ ۲ مرداد/۹۲ ساعت

۱۲-۱۴ امتیاز ۱/۲۵ امتیاز مجری: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دبیر علمی
برنامه: دکتر اسماعیل حاجی نصراله تلفن: ۲۳۸۷۲۳۰۲-۳ تلفن واحد مجری: ۶۶۴۶۹۲۰۵
بیمارستان مدائن

نحوه پرداخت هزینه - صرفاً ارائه فیش واریز وجه به حساب شماره - ۲۱۳۷۸۷۹۰۱۸۰۰۶ به نام معاونت
آموزشی دانشگاه نزد بانک رفاه کد ۱۹۶

گروه هدف: همه رشته‌های تخصصی و عمومی پزشکی و دندان پزشکی

*** کنفرانس علمی ماهانه انجمن گوش، گلو، بینی و سر و گردن** تاریخ ۳ مرداد ماه/۹۲

ساعت ۱۴ - ۸ - ۲ امتیاز

مجری: انجمن جراحان گوش و گلو و بینی و سر و گردن ایران دبیر علمی: دکتر مهدی خواجوی
تلفن مرکز برگزار کننده: ۴-۱-۸۸۹۷۹۱۰۱ تلفن واحد مجری: ۴-۱-۸۸۹۷۹۱۰۱ انجمن گوش و حلق و
بینی - بیمارستان امیراعلم

گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی مغز و اعصاب، جراحی دهان و فک و صورت،
جراحی گوش و حلق و بینی و سر و گردن

*** کنفرانس ماهانه انجمن علمی راینولوژی ایران** تاریخ ۳ مرداد ماه/۹۲ ساعت ۱۱ - ۹ - ۲ با

امتیاز

مجری: انجمن علمی راینولوژی ایران دبیر علمی برنامه: دکتر ابراهیم رزم پا
آدرس محل برگزاری: تهران - بیمارستان امام خمینی - تالار تصویر برداری
تلفن محل برگزار کننده: ۰۲۱۸۸۷۴۳۱۷۳ تلفن واحد مجری: ۰۲۱۸۸۹۵۰۳۹۵ انجمن راینولوژی
گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی دهان و فک و صورت، جراحی گوش و حلق و
بینی و سر و گردن

*** انجمن علمی دندان پزشکی ایران:** همایش ایمپلنت پرشیا- دومین کنگره بین المللی در

خاورمیانه (ICOI)-۳۰ مرداد-۱ شهریور اصفهان- هتل عباسی ثبت نام همایش IDA-dent.com

رویدادهای علمی بین المللی

Announcements

Dear Colleagues,

As the Education and Training Officer of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery, I would like to draw your attention to the forthcoming educational activities.

Courses included in the Rolling Programme of the Association are linked to the EBOMS examination curriculum and cover all aspects related to our specialty and are open to all colleagues working in our field. Trainees are especially invited to attend these

Courses. A refund of Euro 150 is available for each EACMFS Trainee Member attending a Course of this Programme.

EACMFS Sponsored Courses are considered to be of high scientific interest by our Association. I would like to invite all colleagues who are considering to organize a new course to please contact us. We will then try to include them among the courses sponsored by the Association.

Prof. Julio Acero

Education and Training Officer

EACMFS EDUCATIONAL ROLLING PROGRAMME

THE BRUGES 3D ORTHOGNATHIC SURGERY COURSE (LOBSTER COURSE) VERSION 10

24e27 June 2013, Bruges, Belgium

The Lobster Course Version 10. Contact: Mrs Wendy Cortier or

Mrs Lindsay Bulltinck. Email:

wendy.cortier@azsintjan.be or

lindsay.bulltinck@azsintjan.be. Tel: þ32 50 45

22 60. Fax: þ32 50

45 22 79.

BRUSSELS ORTHOGNATHIC ATOMIUM COURSE

5e9 August 2013, Brussels, Belgium

Course linked to EBOMFS Assessment. Course Chairman: Prof M

Mommaerts. Contact: Mrs Lies Hermans. Email: maxfac@uzbrussel.be.

15th SOUTH COAST ANATOMY COURSE

9e13 September 2013, Salisbury, UK

Surgical anatomy of head and neck access and reconstruction:

a cadaveric dissection course.

Course Organisers: Miss K Herd, Mr I Downie

Email: kerryherd1@doctors.org.uk

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER

MODERN MANAGEMENT OF SALIVARY TUMOURS AND STONES

4e5 November 2013, London, UK

Contact: Professor Mark McGurk. Email: mcurk@kcl.ac.uk. Tel: þ44 2071884348.

38TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

5e7 December 2013, Munich, Germany

Course Chairmen: Professor F. Hölzle, Professor K.D. Wolff, Mr D.A.

Mitchell. Email: [mkg-](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de)

chirurgie@ukaachen.de.

39TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

13e15 February 2014, Aachen, Germany

Course Chairmen: Professor F. Hölzle, Professor K.D. Wolff, Mr D.A.

Mitchell. Email: [mkg-](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de)

chirurgie@ukaachen.de.

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

17e19 September 2014, Coventry, UK

Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email: liviucernat@uhcm.nhs.uk.

EACMFS SCIENTIFICALLY SPONSORED MEETINGS THE FACE COURSE 2013

WORKSHOP

18e20 September 2013, Coventry, UK
Course Organiser: Mr Liviu M. Hanu-Cernat.
Email: liviu.hanucernat@uhcm.nhs.uk.
Nasal & Periorbital Reconstruction using fresh cadaveric dissection.

Course Directors: S. Sharma, R. Anand, S. Parmar. Contact: Elizabeth Prideaux. Email: elizabeth.prideaux@uhs.nhs.uk.

VOLUME & EXPRESSION - ADVANCED COURSE ON FACIAL LIPOFILLING TECHNIQUES, FILLERS AND BOTULINUM TOXIN

18e20 July, Rome, Italy
Course Director: Dr Sebastian Torres Farr.
Email: storres100@gmail.com.

1ST INTERNATIONAL CONFERENCE ON ORTHOFACIAL SURGERY AND ORTHODONTICS (ICOSO)

11e13 October 2013, Moscow, Russia
Website: www.orthofacial2013.info.

NEW HORIZONS IN ORTHOGNATHIC SURGERY 2014

28 February - 01 March 2013, Ferrara, Cona, Italy
Contact: Mrs Clara Verlicchi. Email: secretariat@nhferrara2014.org.
Website: www.nhferrara2014.org

EACMFS ANNOUNCEMENT OF OTHER COURSES

XVIII CONGRESS OF THE LATIN-AMERICAN ASSOCIATION FOR ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY (ALACIBU)
1e4 July 2013, Margarita Island, Venezuela
Email: alacibu@congrex.com. Website: www.congresomargarita2013.com.

EMERGENCY SKILLS IN ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

13e14 August 2013, London, UK
Contact: Jinna Sidhu. Email: Hsidhu@rcseng.ac.uk.

WORKSHOP ON ENDOSCOPIC SURGERY OF THE MAXILLARY SINUS AND NAVIGATION

4e5 October 2013, University Tübingen
The workshop will consist of practical cadaver dissections of the maxillary sinus via different approaches

18e19 June 2013, Southampton, UK
Directors: H.G. Gassner, T. Kuehnel, T. Reichert. Contact: Scheruebl.
Email: secretary@facial-plastic-surgery.eu.

DENTAL IMPLANT SURGERY

12e13 October 2013, Vienna, Austria
Soft tissue management in dental implantology and oral surgery.

Course Organisers: Bernd Gisenhagen, Norbert Fock website: www.anatomical-surgical-training.com

DENTAL IMPLANT SURGERY

19e20 October 2013, Vienna, Austria
Dental implantology course for advanced and beginners.

Course Organisers: G-H Nentwig, N Fock, B Giesenhagen website:

www.anatomical-surgical-training.com

PRE-SYMPOSIUM COURSES

06e07 November 2013, Zurich, Switzerland
Pre-symposium Courses prior to the Symposium Dental Implants vs Bisphosphonates.

Contact: Dr M Baltensperger - baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch Website:

www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013

DENTAL IMPLANTS VS BIPHOSPHONATES

8 November 2013, Zurich, Switzerland
Contact: Marc Baltensperger.

Email: baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch.
Website: www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013.

AESTHETIC SURGERY OF THE FACE

15e17 November 2013, Vienna, Austria
Master Class Course - Advanced aesthetic surgery of the face.

Course Organisers: G Botti, M P Ceravolo
DENTAL IMPLANT SURGERY

30 November - 1 December 2013, Vienna, Austria

Dental implantology courses for advanced and complex cases. One step vertical augmentation with autologous bone grafts

Course Organisers: G-H Nentwig, N Fock, B Giesenhagen website:

(transoral, transnasal)
employing the endoscope and navigation.
Lectures will be held on
anatomy, physiology, pathology and surgical
treatment of maxillary
sinus diseases. Contact: Dr. M. Krimmel, Klinik
und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und, Gesichtschirurgie,
Osianderstr. 2-8, 72076
Tübingen, Tel: **pp49-7071-2986174**, Fax: **pp49-7071-293481**,
e-mail: Michael.Krimmel@med.uni-tuebingen.de

THE REGENSBURG COURSE IN FACIAL PLASTIC SURGERY 2013

10e14 October 2013, Regensburg, Germany
Congress Secretariat: Balaji Dental and
Craniofacial Hospital, 30 K.B.
Dasan Road, Teynampet, Chennai, India Tel: 91-44-42947200-249,
24326622, 24364136 Fax: 91-44-24322907
Email: info@distraction2014.com Website:
www.distraction2014.com

INTENSIVE HEAD AND NECK SKIN CANCER COURSE

1 May 2014, Utrecht, The Netherlands
Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Hade Vuyk, A. Flinterman. Website:
www.reconstruction-skin-cancer.com.

INTERCONTINENTAL RHINOPLASTY COURSE

2e3 May 2014
Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Carlos Pedroza, Fazil Apaydin.
Website: www.intercontinental-rhinoplasty.com.

www.anatomical-surgical-training.com

4TH INTERNATIONAL CONGRESS ON CRANIOFACIAL OSTEOBIOLOGY & DISTRACTION

28 April-2 May 2014, Bandos Island, Republic of Maldives
Joint Congress between the Asia Pacific Conference and the Paris Distraction Symposium.

FIRST INTERNATIONAL MEETING ON SCIENCE AND ART OF FACIAL MAKEOVER

4e6 June 2014, Brussels, Belgium
Contact: MCI Brussels. Email: facialmakeover2014@mci-group.com. Tel: **p32 (0) 2 743 15 40**.

INTERNATIONAL MASTER OF APPLIED SCIENTIFIC DENTAL EDUCATION AND RESEARCH (MASTER OF SCIENCE)

Kiel University, Germany
To achieve the unique combination of skills necessary for leading positions in academic dentistry. Email: j.braun@mkg.uni-kiel.de.
Website: <http://www.imasder.org>.

Calendar of events

4–5 October 2013
University Tübingen, Germany
Workshop on Endoscopic Surgery of the Maxillary Sinus and Navigation

- Intraoperative Navigation
- Facial Aesthetic Surgery
- Profi loplasty
- Volumetric Improvement of Soft Tissues

The workshop will consist of practical cadaver dissections of the maxillary sinus via different approaches (transoral, transnasal) employing the endoscope and navigation. Lectures will be held on anatomy, physiology, pathology and surgical treatment of maxillary sinus diseases.

For further information please contact:
Prof Dr. Dr. M. Krimmel, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Oslanderstr. 2-8, D-72076 Tübingen, Germany, Tel. ++49-7071-2986174, Fax: ++49-7071-293481, e-mail: Michael.Krimmel@med.uni-tuebingen.de

11–13 October 2013

The 58th Congress of the Japanese Society of Oral and Maxillofacial Surgeons (JSOMS2013)

Fukuoka, Japan

E-mail: jsoms2013@congre.co.jp

<http://www.congre.co.jp/jsoms2013/en/index.html>

21–24 October 2013

21st International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery (ICOMS)

Barcelona, Spain

www.icoms2013.com

28 February – 1 March 2014

NEW HORIZONS IN ORTHOGNATHIC SURGERY 2014 PROGRAM HIGHLIGHTS

Clinically relevant programs in key areas of Orthognathic

Surgery, including:

- Technical Innovations
- 3D Imaging & Planning

- Genioplasty & Mandibular Angles

- Soft Tissue Prediction & New Software

- Orthodontic Treatment for Orthognathic Surgery

- Mandibular & Maxillary Osteotomies

- Piezosurgery

- Controversies in Orthognathic Surgery

- Complications in Orthognathic Surgery

- Distraction Osteogenesis

Symposium Chairman: Luigi C. Clauser, MD, DMD, FEBOMFS, Ferrara, Italy

Symposium Co-Chairman: Julio Acero, MD, DMD, PhD, FEBOMFS, Madrid, Spain

SCIENTIFIC COMMITTEE

Manlio Galiè, MD, DMD, FEBOMFS, Ferrara, Italy

Joachim A. Obwegeser, MD, DMD, FEBOMFS, Zurich, Switzerland

ORGANIZING COMMITTEE

Riccardo Tieghi, MD

Giuseppe Consorti, MD

Giovanni Elia, MD

Unit of Cranio-Maxillo-Facial Surgery

St. Anna Hospital & University FERRARA, Italy

ORGANIZING SECRETARIAT

Ms. Clara Verlicchi

A&R Eventi sas

Tel. +39 051 47 42 38 Fax +39 051 48 39 525

secretariat@nhferrara2014.org

www.nhferrara2014.org

IRURGIA MAXILLO-FACCIALE