

# جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.10 June. 2014

شماره 10 - خرداد ۱۳۹۳



## به نام خدا

روز شنبه ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۳ سی و هشتمین کنگره علمی سالانه جامعه جراحان ایران در مرکز همایش های رازی شروع به کار کرد.

در اساس نامه این سازمان مردم نهاد نام « جراحان فک و صورت » هم به عنوان عضو این جامعه دیده می شود ولی این کنگره با همکاری رشته های تخصصی جراحی های عمومی، زنان و زایمان، مغز و اعصاب، کلیه و مجاری ادرار، پلاستیک و ترمیمی، ارتوپدی، کودکان، توراکس، قلب و عروق، آندوسکوپی، چشم، گوش و گلو و بینی، دست، کولوپروکتولوژی، پیوند اعضا، رادیوتراپوتیک انکولوژی، رادیولوژی، بیهوشی و رانیماسیون و پرستاری جراحی و سایر رشته های تخصصی پزشکی برگزار گردید.

نکته ای که در مراسم افتتاحیه و در میز گرد پس از آن که بحث پیرامون «تنگناهای درمان و سلامت» بود در مرکز توجه قرار داشت، مسئله اتیکز پزشکی (اخلاق پزشکی) بود.

در کشورهای پیشرفته، آن چه اتیکز پزشکی گفته می شود آداب پزشکی است که پزشک باید در طبابت خود آن را رعایت کند. از جمله مسئله مبرم روابط مالی بین پزشک و بیمار.

در بسیاری از کشورهایی که در آن ها خدمات اجتماعی گسترده است، پرداخت های بخش درمان به عهده بیمه ها است و تعرفه ها نیز به شیوه ای منطقی با هماهنگی سازمان های اجتماعی پزشکی و مسئولان دولتی، تولید کنندگان دارویی و خدمات رسانان غیر دولتی و نمایندگان بیمه ها تعیین می شود و پزشک نیز مقید به رعایت آن است و نمی تواند اضافه بر آن مبلغی از بیمار دریافت کند. اصولاً ارتباط داد و ستد مالی بین پزشک و بیمار وجود ندارد و هزینه ها روشن است.

اما در کشور ما با توجه به این که نه تعرفه ها واقعی است و نه بیمه ها قادرند به وظایف خود عمل کنند، تمام این معادله به هم می ریزد. در نتیجه شرایطی پیش می آید که گروهی خود را ملزم به رعایت اتیکز پزشکی ندانند. باید توجه داشت که به طور کلی حرفه پزشکی به لحاظ بار انسانی اش نمی تواند تابع قوانین اقتصادی بازار آزاد و در مرکز آن عرضه و تقاضا باشد. در شرایط تورم اقتصادی و بحران مالی، پزشکان نخستین صنفی هستند که بخشی از درآمد خود را از دست می دهند و نمی توانند برای جبران آن همپای تورم، دستمزدشان را بالا ببرند. این را هر جوانی که در برگیره انتخاب رشته اش در کنکور، گروه پزشکی را انتخاب می کند باید پذیرفته باشد.

از طرفی پزشک باید از شرایط رفاهی مناسبی برخوردار باشد که بتواند با فراغ بال و امنیت شغلی و زندگی دوران بازنشستگی به درمان بیماران بپردازد. آگاه هستیم که برخی از جراحان به این اصول پایبندی نشان نمی دهند و برای جبران

کاهش درآمد یا افزایش آن، به کارهای اضافی و هزینه بر می‌پردازند. بروز این پدیده به وجهه گروه بزرگ‌تری از پزشکان که به اتیکز پزشکی پای‌بندند آسیب می‌رساند.

یکی دیگر از نتیجه‌گیری‌های این نشست این بود که ارائه امکانات پزشکی بیشتر و توزیع درست کمی پزشکان در کشور، بهتر می‌تواند به افزایش توانایی و خدمات رسانی ملی کمک کند نه افزایش عددی پزشکان.

اصلی که در جامعه جراحان مسلم است این است که مشکلات واحد و هدف‌های واحد بین اعضای جامعه جراحان کشور وجود دارد و در عین کثرت و رشته‌های متفاوت تخصصی جراحی، وحدت رویه بین همه ما جراحان ضروری است.

در پایان افتتاحیه خاطره‌ای غرور انگیز از منش پزشکان سرزمین کهن‌سالمان که از پیش‌گامان تاریخ پزشکی جهان است، به یادگار ماند. در مراسم تقدیر از اعضای پیش‌کسوت جامعه جراحان، **پروفسور حسابی** که عضو هیئت امنای جامعه جراحان نیز هست اعلام کرد که ۳۵ سال پیش، وصیت کرده بود که اگر دچار مرگ مغزی شد، اعضاء بدنش در اختیار نیازمندان قرار گیرد. دکتر حسابی اعلام کرد که سال‌ها از آن تاریخ گذشته است و حال که مرگ مغزی پیش‌نیامده است کالبدش را که خود ناچیز خواند و برای ما جواهری است، به سالن تشریح دانشگاه تهران اهدا کرده است. وی اسناد واگذاری کالبدش را به سالن تشریح دانشگاه تهران به برگزارکنندگان کنگره ارائه کرد.

درچنین لحظه‌هایی است که اوج عشق و اعتقاد به حرفه پزشکی و در واقع به انسان را در چشم دل و جان این پزشکان بزرگ ایرانی می‌شود دید و به تحسین فرزندان فداکار این مرز و بوم نشست.

نکته‌ای دیگر که همه جمع بر آن توافق داشتند این بود که نقش انجمن‌های تخصصی می‌تواند نقشی بسیار مؤثر بر روی همکارانی باشد که معیارهای خود را گم کرده‌اند. **هیئت مدیره‌های سازمان‌های مردم‌نهاد پزشکی خود می‌بایست نمونه خوبی از باور به اتیکز پزشکی باشند.**

نشان دادن اتیکز پزشکی نه در حرف و شعار و نصایح بی‌ثمر، بلکه در عمل و با شفافیت.

منش مدیران این انجمن‌ها که نه تنها به عنوان نمایندگان این جامعه بیش از دیگران مورد رصد هستند بلکه بی‌تردید تاثیر سمت دهنده خود را بر جامعه جوان و آموزش‌پذیر پزشکی می‌گذارد، باید دقیقاً توسط اعضای انجمن‌ها پایش شود. شأن و اعتبار جامعه پزشکی کشور از وجود عزیزانی مانند دکتر حسابی و دیگران و ارزش‌هایی است که در طول سالیان به دست آمده است و همین ارزش‌ها است که اعتماد جامعه را نسبت به این گروه از خادمان مردم ایجاد کرده است. نسل ما اگر بخواهد این دستاوردها را به درستی به نسل آینده پزشکان بسپارد باید بتواند دامان این حرفه را از همه ناهنجاری‌ها و انحرافات اقتصادی و زیر پا گذاردن موازین اخلاقی از مطب و بیمارستان گرفته تا انجمن‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد پزشکی پاک نگه دارد.

دکتر میترا میرمحمدی

## ویژگی‌های ضایعات استخوان فک در کودکان: تومورها و تومورهای کاذب

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 125e131

### Specificity of paediatric jawbone lesions: Tumours and pseudotumours

Natacha Kadlub <sup>a,b,c,d,\*</sup>, Tamara Kreindel <sup>e, f</sup>, Valère Belle Mbouf <sup>g</sup>, Amélie Coudert <sup>d</sup>,

Edward Ansari <sup>a,b,c,d</sup>, Vianney Descroix <sup>d, i</sup>, Blandine Ruhin-Poncet <sup>d, f,h</sup>,

Aurore Coulomb L'Hermine <sup>f,g</sup>, Ariane Berdal <sup>c,d</sup>, Marie-Paule Vazquez <sup>a,b,c,d</sup>,

Hubert Ducou Lepointe <sup>e, f</sup>, Arnaud Picard <sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup> APHP, Hôpital Necker Enfant Malades (Head of the Department: Vazquez), Service de chirurgie maxillo-faciale, Paris F75015, France

<sup>b</sup> Université Paris 5, UFR médecine Paris Descartes, Paris F75006, France

<sup>c</sup> Centre de références des malformations de la face et de la cavité buccale (Head of the Department: Vazquez), France

<sup>d</sup> Laboratoire de Physiopathologie orale et Moléculaire (Head of the Department: Berdal), INSERM, UMRS 872, Equipe 5, Centre de recherche des Cordeliers, Paris 75006, France

<sup>e</sup> APHP, Hôpital Armand Trousseau (Head of the Department: Ducou Lepointe), Service d'Imagerie Médicale, Paris F75012, France

<sup>f</sup> Université Pierre et Marie Curie 6, UFR médecine Pierre et Marie Curie, Paris F75005, France

<sup>g</sup> APHP, Hôpital Armand Trousseau (Head of the Department: Coulomb L'Hermine), Service de cytologie et anatomopathologie, Paris F75012, France

<sup>h</sup> APHP, Hôpital Pitié Salpêtrière (Head of the Department: Goudot), Service de chirurgie maxillo-faciale, Paris F75013, France

<sup>i</sup> APHP, Hôpital Pitié Salpêtrière (Head of the Department: Azerad), Service d'odontologie, Paris F75013, **France**

## چکیده:

**مقدمه:** خصوصیات و اپیدمیولوژی تومورهای فک بیشتر در بزرگسالان تشریح شده است. در مقایسه با بزرگسالان تومورهای فکی دوران کودکی تفاوت های قابل توجهی دارد. هدف از این مطالعه پرداختن به تومورهای فکی گوناگون در کودکان، معرفی ابزارهای تشخیصی برای تعیین ویژگی و توضیح درمان مطلوب آن ها است.

**متدها:** همه بیماران، کودکان با ضایعات فکی، به استثنای کیست ها، گرانولومای اپیکال و استئیت در مطالعه سال های ۲۰۰۹ - ۱۹۹۹ وارد شدند. پرونده پزشکی آنان از لحاظ کلینیکی، رادیولوژی، یافته های پاتولوژی، درمان ها و برگشت بیماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** متوسط سن بیماران ۱۰/۹ سال بود ( در دامنه سنی ۲ ماه تا ۱۸ سال ). از ۶۳ ضایعه، ۱۸ تای آن ادنتوژنیک و ۴۵ ضایعه غیر ادنتوژنیک بودند. ۶٪ همه موارد تومورهای بدخیم بودند.

متوسط سن بروز ضایعات ۷/۲۵ سال بود ( دامنه سنی از ۰/۲ تا ۱۸ سال ). تقریباً ۸۰٪ از تومورها بعد از ۶ سالگی گسترش داشتند. تومورهای ادنتوژنیک بیشتر مواقع بعد از سن ۶ سالگی حادث شدند.

**نتیجه گیری:** در مقایسه با همتایان بزرگسال، تومورهای فکی دوران کودکی تفاوت قابل توجهی در رفتار کلینیکی و ویژگی های رادیولوژیک و پاتولوژیک خود نشان می دهد.

اشکال کلینیکی برخی از تومورها می تواند برای کودکان ویژه باشد. تکثیر تومور ارتباط با تکامل دندان و رشد صورتی دارد و درمان محافظه کارانه باید مدنظر قرار گیرد.

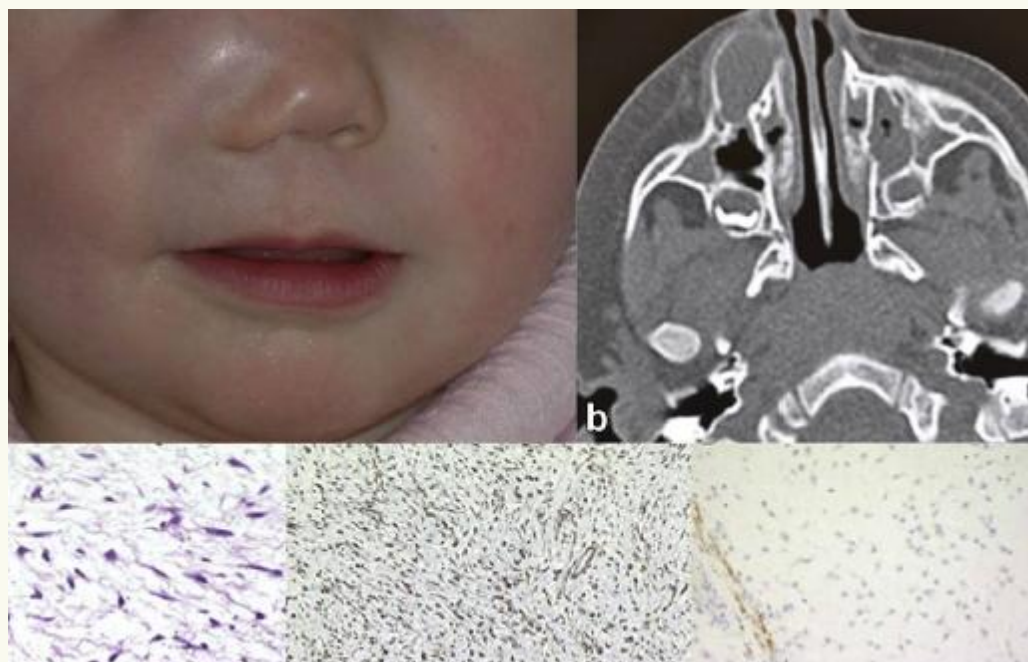


Fig. 1. Myxoma. (a) Frontal photograph showing an 18-month-old girl presenting a maxillary swelling. Initial histological examination concluded nodular fasciitis. She was referred to our centre for recurrence. (b) Computed tomographic scan showing a well-circumscribed and homogeneous tissular tumour of the right maxilla. (c) HES-stained tissue section showing few spindle cells in a myxoid stroma (200 $\times$ ). (d) Cells expressed vimentin on immunostaining. (e) Cells did not expressed Protein S100 on immunostaining.

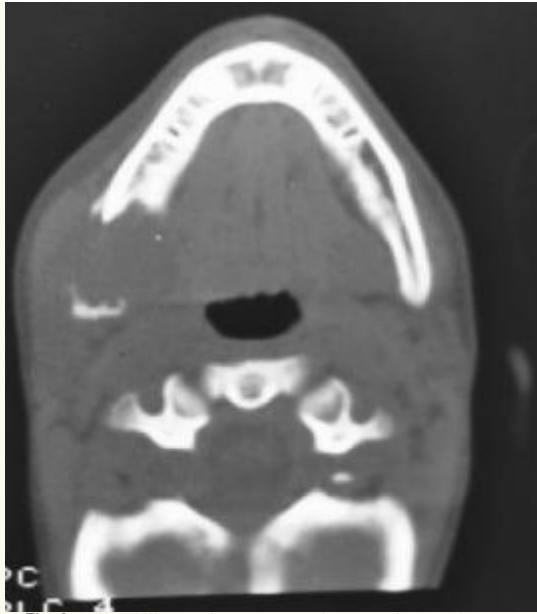


Fig. 2. Eosinophilic granuloma. Computed tomography scan shows a mandibular tumour, with cortical erosion and periosteal reaction.



Fig. 3. Juvenile ossifying fibroma. (a) 7-year-old girl presenting a painless bony hard swelling of the mandible. (b) CT scan showed a tissular lytic tumour with calcifications and cortical expansion

**بحث:** این مطالعه ۲۲ تشخیص پاتولوژیک مختلف را در بر گرفت. این نتایج تفاوت های هتروژنیتهی در کودکان با ضایعات استخوان فکی را نشان داد. بیشتر تومورهای فکی خوش خیم بودند که گزارشات قبلی این رابطه را تأیید می کرد. ضایعات ادنتوژنیک ۲۹٪ از همه تومورها را شامل می شد که مشابه مطالعات قبلی بود. تومورهای غیر ادنتوژنیک، ۷۱٪ از همه ضایعات را شامل می شدند که با دیگر مطالعات مطابقت داشت. تومورهای بدخیم ۶/۳٪ از همه تومورها را تشکیل می دادند. این نتایج نیز منطبق بر مطالعات قبلی بود.

در مقایسه با بزرگسالان، تومورهای کودکان ممکن است که تشخیص پاتولوژیک مشابهی را علیرغم ویژگی های کلینیکی، رادیولوژیک و تکاملی متفاوت، داشته باشند. برخی تومورها گرایش تهاجمی بیشتری را نشان می دهند. تومورهای ادنتوژنیک کراتوسیستیک در کودکان به طور استثنایی وجود دارند. زیرا آن ها اغلب در دهه سوم زندگی حادث می شوند. میکسوما در سن زیر ۲ سال غیر شایع است. در کودکان، میکسوما با تکامل سریع ایجاد می شود و اغلب اوقات تمایل به بازگشت دارد. Juvenile ossifying fibroma که به آن ossifying fibroma تهاجمی نیز می گویند، تومور خوش خیم ولی بسیار تهاجمی است که سیر تکاملی سریع و میزان بازگشت بالایی را نشان می دهد.



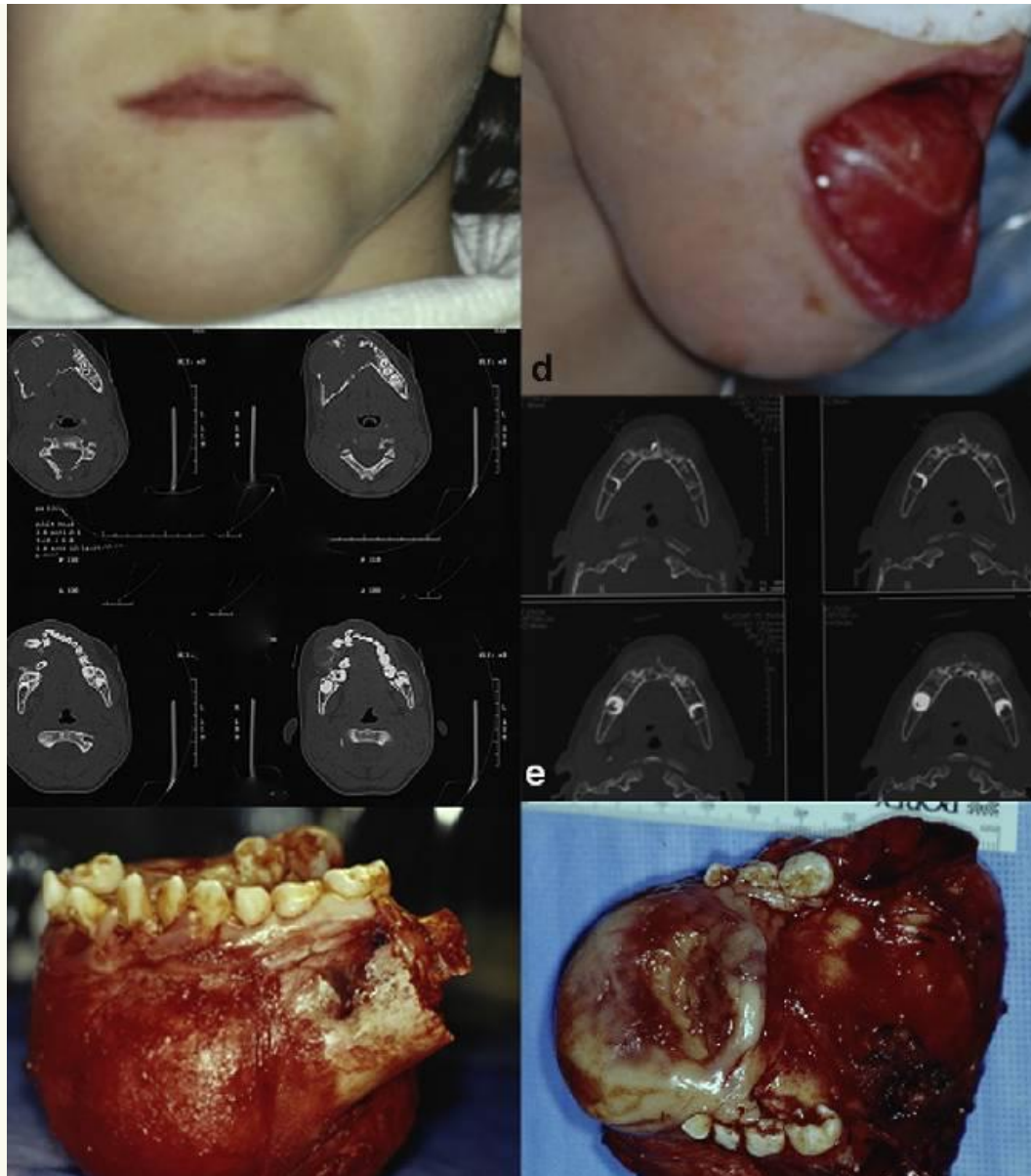


Fig. 4. Polyostotic fibrous dysplasia in 2 sisters. (a) Frontal photograph showing a 6-year-old girl with right mandibular overgrowth. (b) CT scan showing a tissular tumour with eroded and expanded cortical bone. (c) Surgical specimen: mandibular monobloc resection. (d) Lateral photograph showing another 6-month-old girl presenting a mandibular tumour. (e) CT scan of the 6-month-old girl showing the tumour. (f) surgical specimen: mandibular resection

دیگر تومورهای استخوانی فک نسبت به بزرگسالان کمتر تهاجمی هستند. آمبولاستوما در کودکان اشکال رادیولوژیک unicyclic و unilocular منظم را نشان می دهند و کمتر مهاجم هستند. آمبولاستوما سیستیک تشخیص پاتولوژیک غالب در کودکان است که میزان بازگشت کمتری را نشان می دهد. ( ۱۰٪ - ۰). در مطالعه ما، آمبولاستوما سیستیک ( n=2 ) بازگشت نکرد. در حالیکه آمبولاستوما فولیکولار ( n=1 ) یک بار پس از جراحی محافظه کارانه برگشت کرد که این بار نیز به طور محافظه کارانه مورد جراحی قرار گرفت و پس از آن نیز بازگشت نداشت. در این مطالعه، بعضی از تومورها در سن معینی تکامل پیدا کردند. بیشتر تومورها، به ویژه تومورهای ادنتوژنیک بعد از ۶ سالگی پیشرفت کردند که با گزارشات دیگر موجود همخوانی دارد. بالعکس برخی تومورها مانند تومورهای ملانوتیک کودکان، خاص این گروه سنی هستند.

برای پزشکان، جدا کردن و تشخیص تومورهای بدخیم باید در اولویت باشد. بنا به گزارشات، تومورهای بدخیم در حدود ۶ سالگی اتفاق می افتند. به علت علائم غیر اختصاصی آن ها، سارکوما اغلب به موقع تشخیص داده نمی شود و تشخیص آن با تأخیری از ۳۶۰ - ۰/۵ ماه انجام می پذیرد. به علت این تأخیر می تواند بسیار جبران ناپذیر باشد. بنابراین پزشکان باید همیشه امکان تومور بدخیم را در نظر داشته باشند. بعضی از خصوصیات استخوانی می توانند با سارکوما اشتباه شوند. ائوزینوفیلیک گرانولوما، شایع ترین تومور غیر ادنتوژنیک در سری مطالعاتی ما و استئیت با خصوصیات کلینیکی و رادیولوژیک شبیه به سارکوما هستند. آن ها به عنوان تورم سریع پیشرونده به همراه تب و درد تظاهر می کنند. از نظر رادیولوژیک، خوردگی استخوان کورتیکال و تعرض به بافت نرم و راکسیون پریوستال به چشم می خورد. با چنین تظاهر کلینیکی و رادیولوژیک، جراحی بیوپسی برای آزمایشات پاتولوژیک و باکتریولوژیک باید به طور سیستماتیک به اجرا در آید تا احتمال وجود تومورهای بدخیم رد گردد.

در موارد تومورهای خوش خیم مهاجم، به طور مثال در JOF و Ameloblastoma اختلاف نظر در رابطه با درمان آن ها وجود دارد، جراحی تهاجمی یا محافظه کارانه. در مطالعه ما بعد از جراحی محافظه کارانه، انوکلیشن و رزکسیون استخوان کورتیکال اطراف تومور، در ۴ بیمار بازگشت تومور مشاهده شد.

Ossifying fibroma (۶۷٪ از همه موارد JOF)، ۱ تومور نورواکتودرمال ملانوتیک (۵۰٪ میزان بازگشت) و ۱ آملوبلاستوما (۳۳٪ میزان بازگشت) ما را به جراحی غیر محافظه کارانه رهنمون کرد (به جز آملوبلاستوما). در ۹۴٪ از بیماران، که به طور محافظه کارانه درمان شدند تومور بازگشت نکرد و مورفولوژی و رشد صورت حفظ شد. در صورت در حال رشد، ما جراحی محافظه کارانه را به همراه پایش بیماران از نزدیک به عنوان بهترین گزینه درمانی مورد توجه قرار دادیم.

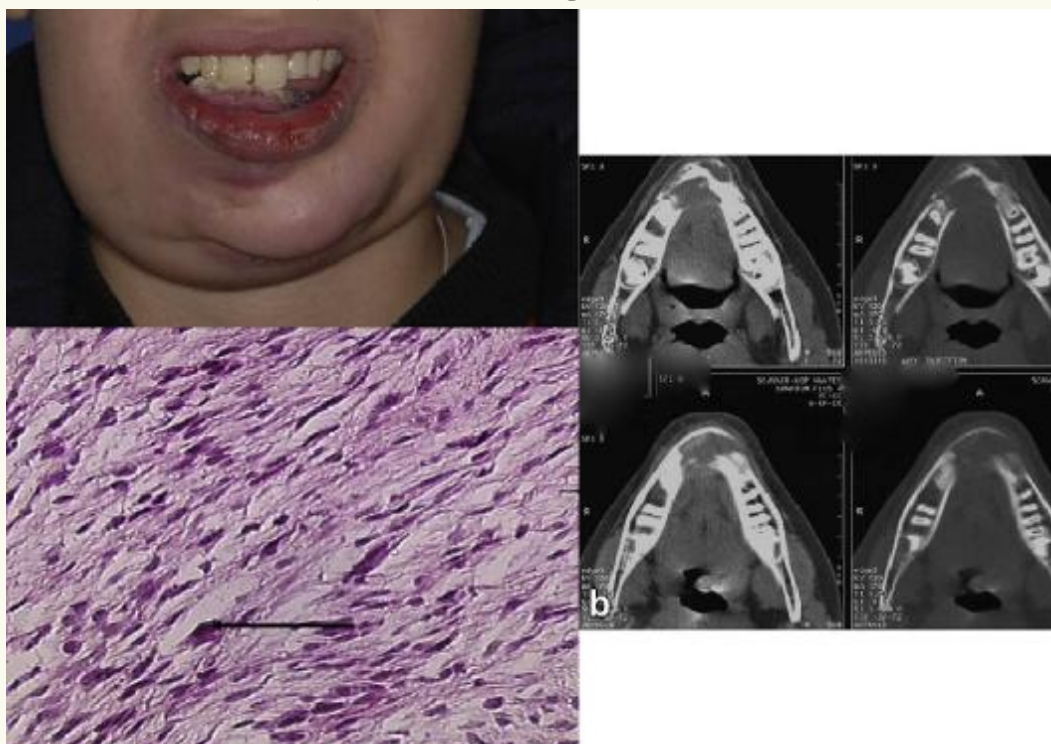


Fig. 5. undifferentiated sarcoma. (a) Frontal photograph showing a 14-year-old diagnosed with undifferentiated sarcoma, after the 4th recurrence of a juvenile ossifying fibroma. (b) CT scan showing a mandibular tumour, with cortical lyses, Codman's periosteal reaction, and soft tissue involvement. (c) HES-stained tissue section stands spindle cells, with mitosis and atypia (arrow), in a fibrous background.

## گرفت پوستی تاول مکشی ( suction blister ) – کاربرد جدید

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 283–284

### Short communication

## Suction blister skin grafting – a modern application

A.V. Parbhoo \*, M.T. Simpson

Bedfordshire, Hertfordshire & Buckinghamshire Network, Luton & Dunstable University Hospital NHS Foundation Trust, Lewsey Road, Luton, Bedford LU4 0DZ, **United Kingdom**

**چکیده:** تکنیک تاول مکشی، گرفت پوستی بسیار نازکی را بدون هیچ لطمه ای در محل برداشت ایجاد می‌کند. فشار منفی با استفاده از مکش دیواره ای در بیماران سرپایی به منظور ساخت گرفتی که بتواند برای بازسازی به کار برده شود، مورد استفاده قرار می‌گیرد و از نیاز برای اقدامات تهاجمی‌تر در بیماران ممانعت به عمل می‌آورد. بافت برداشت شده نیاز متابولیک کمی دارد و بقای آن عالی است. ما آن را در بیماری که بازسازی قبلی او بعد از اکسیژون سرطان پوست از دست رفته بود به کار بردیم. ماندگاری گرفت، بیش از ۹۵٪ سطوح اولیه آن ارزیابی شد و در آن هیچ لطمه ای به ناحیه برداشت مشاهده نگردید.

**مقدمه:** تکنیک تاول مکشی اولین بار در سال ۱۹۶۴ به عنوان متدی از تولید تاول پوستی تعریف شد. این تکنیک که در تحقیقات در بیماری وزیکوبولوز مشاهده شد، لایهٔ بازال اپیدرمال را از غشاء زیرین درم جدا می‌کند. بعدها این تکنیک برای ایجاد گرفت‌های پوستی در انتقال ملانوسیت‌ها در بیماران با ضایعات دپیگمانته انطباق یافت. در این تکنیک چون درم ناحیه برداشت بدون آسیب باقی می‌ماند هیچ اسکاری از خود باقی نمی‌گذارد. هر چند از دست رفتن متغیر پیگمانتاسیون ممکن است حادث شود. قسمت بالای ران، ناحیه توصیه شده برای این عمل است. در این روش چون شبکهٔ درمال آسیب نمی‌بیند، خون‌ریزی اتفاق نمی‌افتد. بنابراین در بیمارانی که داروهای آنتی کواگولانت مصرف می‌کنند مفید است. بادکش‌ها برای خون‌گیری، تاول‌های پوستی مشابهی ایجاد می‌کنند و در خاور دور برای قرن‌ها به کار رفته اند.

ما این تکنیک را برای بازسازی نقایص پوستی در سر و گردن در شرایطی که دیگر روش‌های بازسازی بسیار مشکل بودند به کار گرفتیم و آن را در تلفیق با رزتراسیون درمال ماتریکس Integra دو لایه به کار بردیم. کاربرد آن در بیماران سر پایی بدون خطر است و حداقل ریسک یا لطمات در آن وجود دارد.



Fig. 1. Syringe connected to wall suction at -200 mmHg.

## روش:

۱- در پوست ناحیه مورد برداشت گرفت، ماده بی‌حسی موضعی چون Emla ( ۲/۵٪ لیدوکائین، ۲/۵٪ پریلوکائین ) برای ۱ ساعت به کار برده شد و پوست با استفاده از Tisept ( ۰/۱۵٪ کلرهگزیدین گلوکانات و ۰/۱۵٪ ستریمید ) تمیز شد.

۲- مجموعه ابزار مکشی مرسوم توضیح داده شده است ولی ما سرنگ قفل شونده Luer ۵۰ میلی لیتری و ۳ راهی که به دیواره ساکشن با فشار 200 mmHg متصل می‌شود را به کار بردیم. Fig 1 سه راهی بسته می‌شود و لوله ساکشن از اتصال جدا می‌شود. سرنگ در جای خود با فشار منفی برای مدت بیش از ۹۰ دقیقه بسته به این که با چه سرعتی تاول شکل بگیرد باقی گذاشته می‌شود.

ابتدا چندین وزیکول شکل می‌گیرند و با هم یکی می‌شوند و تاول را درست می‌کند.

۳- اپیدرم با استفاده از اسلاید شیشه ای که آغشته به پماد کلرامفنیکل است منتقل می‌شود.

اپیدرم با چاقو یا قیچی برش داده می‌شود و به‌طور عمودی با سطح عمقی آن جای گذاری می‌شود. ضروری است که گرفت برای بقای خود جهت صحیحی داشته باشد. ( Fig 3 ) با از هم پاشیدن، تاول ناپدید می‌شود و فقط اکیموز درمال از خود باقی می‌گذارد که پوششی را برای یک هفته بر روی آن درست می‌کند. محل برداشت با کم‌ترین احتمال عفونت و ناراحتی به سرعت ترمیم می‌یابد و این بر خلاف گرفت‌های پوستی split است.



Fig. 2. Suction blister formed after 60–90 min.

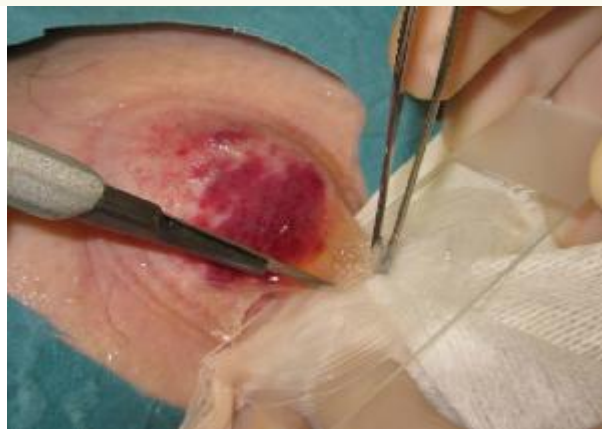


Fig. 3. Skin graft is removed and placed on glass slide by de-roofing the blister. Ecchymosis of the dermis as shown is the only sequela. No bleeding occurs.



۴- گرفت انتقال می‌یابد و با پوشش ساده غیر چسبنده مناسب به منظور فراهم آوردن حفاظ مکانیکی محافظت می‌شود. در تکنیک اولیه آن، هیچ پوششی به کار نمی‌رود.

۵- پایش در یک هفته بعد نشان می‌دهد که گرفت به علت نیاز متابولیک کم آن، کاملاً گرفته است و محل برداشت نیز وسیعاً ترمیم شده است. گرفت‌های اپیدرمال امتیازات متعددی برگرفت‌های پوستی split استاندارد که توسط درماتوم برداشت می‌شوند دارند. با ابزار مکشی ساده مانند ابزار ما، امکان برداشت گرفت‌های کوچک در اندازه ۳ - ۲ سانتی‌متر به طور همزمان با استفاده از سرنگ‌های متعدد وجود دارد و ما از این گرفت‌ها برای درمان ویتیلیگو استفاده کرده ایم، ولی اولین باری است که آن را با Integra به کار بردیم. در بیمار ما بازال سل کارسینومای ناحیه سر با تغییرات در ناحیه وجود داشت که مورد اکسیزیون قرار گرفت. گرفت wolfe فوری قبلی بیمار از دست رفته بود و کالواریوم برهنه ای باقی گذاشته بود. پوشش متعاقب آن، رژنراسیون tissue - guided و خش کردن دیواره خارجی جهت ترمیم نیز از دست رفته بود تا بستر مناسبی برای گرفت ایجاد کند.

خش کردن کالواریوم و به کار بردن Integra منتج به پوشش کامل با درم جدید در مدت یک ماه می‌شود و جای‌گذاری گرفت مکشی را ممکن می‌سازد. جراحی در مدت ۲ هفته ترمیم یافت و بدون تغییر باقی ماند.

ما این گرفت را به ویژه ارجح نسبت به الگوی رژنراسیون درمال اینتگرا، Integra lifesciences corporation (NJ, USA) در رابطه با ترمیم در نواحی دشوار یافتیم. بیماران این عمل را به خوبی تحمل می‌کنند و محل برداشت به سرعت ترمیم می‌شود. این گرفت در شرایطی که خون‌رسانی در محل گیرنده ضعیف است و یا وضعیت موجود مانع اقدامات پیچیده می‌شود، مفید است.

## آیا عصب Great auricular اندازه تنه اصلی عصب صورتی را پیش بینی می‌کند؟

### یک مطالعه کلینیکی و بر روی جسد

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 230–235

#### Does the great auricular nerve predict the size of the main trunk of the facial nerve? A clinical and cadaveric study

S. Colbert <sup>a,\*</sup>, David A. Parry <sup>b</sup>, Beverley Hale <sup>c</sup>, James Davies <sup>d</sup>, P.A. Brennan <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Queen Alexandra Hospital, Portsmouth PO6 3LY, UK

<sup>b</sup> Guys Campus, GKT, London SE1 1UL, UK

<sup>c</sup> University of Chichester, College Lane, Chichester, West Sussex PO19 6PE, UK

<sup>d</sup> Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Queen Alexandra Hospital, Cosham, Portsmouth, Hampshire PO6 3LY, UK

**چکیده:** به نظر می‌رسد که یک تجربه کلینیکی فردی و تعدادی شواهد درباره ارتباط بین پهنای Great auricular nerve (GAN) و اندازه تنه اصلی عصب صورتی در جریان پاروتیدکتومی وجود داشته باشد. بنا به دانسته های ما در این رابطه هیچ مطالعه آناتومیکی به چاپ نرسیده است. GAN از شبکه گردنی در سطح C2 , C3 منشاء می‌گیرد و پوست روی غده پاروتید، گوش خارجی و ناحیه بنا گوش را عصب می‌دهد و جزء حرکتی ندارد.

ما در این مطالعه کلینیکی و بر روی جسد، پهن‌ترین نقطه GAN را در موقعیتی که از عضله استرنو ماستوئید می‌گذرد، قبل از تقسیم آن و تنه اصلی عصب صورتی را قبل از انشعاب آن اندازه گرفتیم. اندازه گیری از ۱۶ بیمار که نیاز به پاروتیدکتومی سوپرفیشیال با مشخص کردن عصب صورتی داشتند و از ۲۱ جسد ( ۱۶ جسد فیکس شده با فرمالین و ۶ جسد تازه ) با دایسکشن دو طرفه پاروتید انجام شد. ما نتایج و طرف دایسکشن شده را ثبت کردیم. پهنای متوسط GAN و عصب صورتی از همه دایسکشن‌ها به ترتیب ۲/۷۵ میلی‌متر و ۲/۸۳ میلی‌متر بود و تناسب قوی بین پهنای این دو عصب در هر دو طرف وجود داشت.



Fig. 1. Great auricular nerve (A) and facial nerve (B) measured at operation using a rule.

Fig. 2. Widest dimensions of the facial nerve trunk (A) and great auricular nerve (B) measured with callipers.

عصب‌ها تفاوت قابل ملاحظه‌ای در اندازه در بیماران یا در جسد‌ها نداشتند. ما در این مطالعه دریافتیم که GAN دقیقاً پهنای تنه اصلی عصب صورتی را پیش‌بینی می‌کند. این مطلب به ویژه در جراحی مفید است زیرا که GAN باریک به جراح هشدار می‌دهد که انتظار عصب صورتی کوچکی را داشته باشد.

## اسکلروتراپی مالفورماسیون‌های عروقی کم جریان: تجربه ما

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 43–47

### Sclerotherapy of face and oral cavity low flow vascular malformations: our experience

E. Górriz-Gómez, M. Vicente-Barrero \*, M.L. Loras-Caballero, S. Bocanegra-Pérez, J.M. Castellano-Navarro, D. Pérez-Plasencia, A. Ramos-Macías

University Hospital Doctor Negrín, Insular University Hospital of Las Palmas de Gran Canaria, University of Las Palmas de Gran Canaria, Spain

**چکیده:** ما تجربه‌مان را در ۱۵ بیمار طی سال‌های ۲۰۱۲ - ۲۰۰۸ در درمان مالفورم‌های عروقی کم جریان (LFVM) صورت و حفره دهان با اسکروتراپی polidocanol foam مرور کردیم. ( polidocanol محلول سنتتیکی است که از hydroxypolyethoxydodecane، آب و ۵٪ الکل اتیلیک ساخته شده است). این محلول قبلاً به عنوان بی‌حسی موضعی مصرف می‌شده ولی در حال حاضر تنها به عنوان اسکروزان مورد استفاده قرار می‌گیرد).

بیماران از نظر کلینیکی و به کمک اولتراسوند داپلر و MRI مورد تشخیص قرار گرفتند. بیش‌ترین دوز توصیه شده برای هر جلسه، ۲۰ میلی‌گرم در روز و کم‌ترین فاصله زمانی بین جلسات ۴ هفته بود. امبولیزاسیون برای چندین بار مورد نیاز تکرار شد تا اندازه ضایعه و علائم به میزان کافی کاهش یافتند. پایش بیماران در زمان‌های ۱، ۶ و ۱۲ ماه پس از درمان پایان یافت و اندازه ضایعات بررسی شد.



Fig. 1. Case 1 before sclerotherapy



Fig. 2. Case 1 during the first of two embolisations



Fig. 3. Final view of case 1.

۸ مرد و ۷ زن در سنین ۷۱ - ۱۸ سال (متوسط ۴۴ سال) در مطالعه قرار گرفتند. ضایعات کاهش و علائم در همه موارد بهبود یافته بودند. در طول دوره پایش، در یک بیمار، ضایعه برگشت کرد و علائم بعدی در او ظاهر شد. درد و التهابات بعد از جراحی با داروهای ضد درد و ضد التهاب کنترل شد. در این‌جا فقط یک عارضه ( نکروز سطحی ) حادث شد که بعداً به طور کامل ترمیم شد. سوراخ کردن (puncture) مستقیم و اسکروز با polidocanol foam درمان مؤثری برای LFVM صورت و حفره دهان هستند. نتیجه گیری کار علی‌رغم نتایج خوب گرفته شده به علت تعداد کم موارد در این مطالعه باید با احتیاط انجام شود.



Fig. 4. Necrosis of the vermillion after treatment (case 14).



Fig. 5. Final view of case 14.

## Prolotherapy اصلاح شده دکستروز

### برای دررفتگی بازگشت پذیر مفصل فکی - گیجگاهی

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 63-66

#### Modified dextrose prolotherapy for recurrent temporomandibular joint dislocation

H. Zhou\*,1, K. Hu\*,1, Y. Ding

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Stomatology, Fourth Military Medical University (FMMU), Xi'an, China

**چکیده:** تداخلات درمانی محافظه کارانه با اقدامات ساده در بیماران با دررفتگی راجعه مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) با تأثیرات مثبت قابل پیش‌بینی مورد انتظار است. ما تکنیکی از prolotherapy را که در آن تزریق لیگنوکائین ۲٪ - ۲ میلی‌لیتر و دکستروز ۰.۵٪ - ۲ میلی‌لیتر در محلی در پشت بافت های اطراف مفصل انجام می‌شود را معرفی کرده ایم.



Fig. 1. Illustration of the skin point for penetration of the needle

Proliferation treatment یا prolotherapy به عنوان درمان تزریقی رژنراتیو شناخته می‌شود. Prolotherapy شامل تزریق محلول محرک غیر دارویی مثل دکستروز به داخل تاندون یا لیگامان‌ها می‌شود و این طور فرض می‌شود که در پی آن روند غیر التهابی یا التهابی را که در آن فیبرهای اضافی جدید ذخیره می‌شوند که می‌توانند تاندون یا لیگامان های سست را تقویت کنند شروع می‌کند. هم‌چنین احتمالاً آزاد شدن فاکتورهای رشد ناحیه را بهبود می‌بخشد.

مطالعه ما بر روی ۴۵ بیمار جوان (در دامنه سنی ۵۹ - ۱۷ سال) بدون در رفتگی راجعه TMJ با منشاء عصبی انجام شد و تأثیرات درمانی آن پس از بیش از یک سال پایش بیماران مورد تأیید قرار گرفت. در این



موارد بهبود محسوسی در تعداد دفعات دررفتگی و کلیک پس از تزریق وجود داشت. میزان موفقیت کلی، با فقدان در رفتگی‌های بعدی یا subluxation در مدت بیش از ۶ ماه، ۴۱/۴۵ (٪۹۱) بود. از ۴۱ بیمار بهبود یافته، ۲۶ نفر (٪۶۳) نیاز به یک تزریق، ۱۱ نفر (٪۲۷) ۲ تزریق و ۴ نفر (٪۱۰) نیاز به ۳ تزریق داشتند. همه بیماران تزریق را خوب تحمل کردند.

در این جا ما تکنیک اصلاح شده ای را ارائه داده ایم و Prolotherapy اصلاح شده دکستروز برای درمان در رفتگی های راجعه TMJ، آسان، بی خطر و ارزان است.

## اقدامات درمانی و نتایج سه مورد از موکورمایکوز رینوسربرال

### Management and outcomes of three cases of rhinocerebral mucormycosis

Stefano Viterbo, MD, DDS,<sup>a</sup> Massimo Fasolis, MD,<sup>b</sup> Paolo Garzino-Demo, MD,<sup>c</sup>

Alessandro Griffa, MD,<sup>d</sup> Paolo Boffano, MD,<sup>e</sup> Caterina Iaquina, MD,<sup>f</sup> Giulia Tanteri, MD,<sup>g</sup>

and Remo Modica, MD, DDS,<sup>h</sup> Turin, **Italy**

DIVISION OF MAXILLOFACIAL SURGERY, HEAD AND NECK DEPARTMENT, SAN GIOVANNI BATTISTA HOSPITAL, UNIVERSITY OF TURIN

(Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:e69-e74)

موکورمایکوز عفونت فرصت طلب نادری است که عامل آن قارچ‌های متعلق به دسته *Mucorales* می‌باشند. این عفونت اغلب در مه‌آتوس میانی یا پایینی بینی شروع می‌شود و سپس به سینوس‌های پارانازال و اربیت گسترش می‌یابد. سپس از طریق اتموئید و آپکس اربیت به مغز می‌رسد و می‌تواند به لتارژی، فلج و مرگ منجر شود. اکثر موارد، موکورمایکوز رینوسربرال (RM) در بیماران با اختلالات ایمنولوژیک و متابولیک، دیابت، لنفوم، لوسمی، سندروم میلودیسپلاستیک، مصرف طولانی کورتیکوستروئید، ناتوانی حاد کلیوی و سوختگی شدید، تشخیص داده می‌شوند. تشخیص زود هنگام و هم‌چنین درمان دارویی با آمفوتریسین B به همراه جراحی و تسویه بافت‌های مشکل دار اساس کار درمانی است. این مقاله، اقدامات درمانی در ۳ مورد موکورمایکوز رینوسربرال با شروع متفاوت پیشرفت و نتایج آن را معرفی و مورد بحث قرار می‌دهد. (در تصاویر)

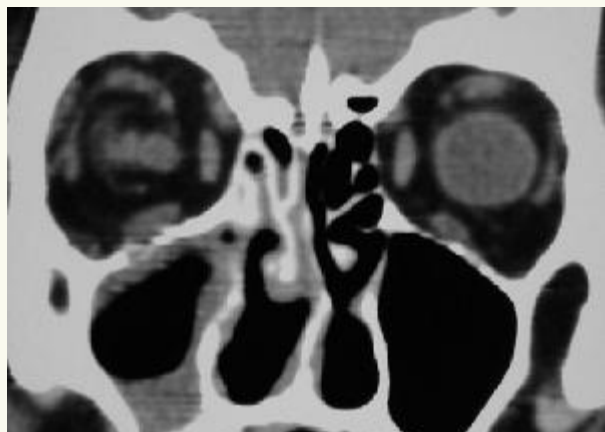


Fig. 1. Case 1. Computerized tomographic scan showing an inflammatory invasion of the right maxillary sinus.



Fig. 2. Case 1. Endoscopic view of the nasal fossa that presented an atrophic mucosa covered with black-yellowish crusts mostly in the anteroinferior portion of the septum, the middle meatus, and the inferior meatus

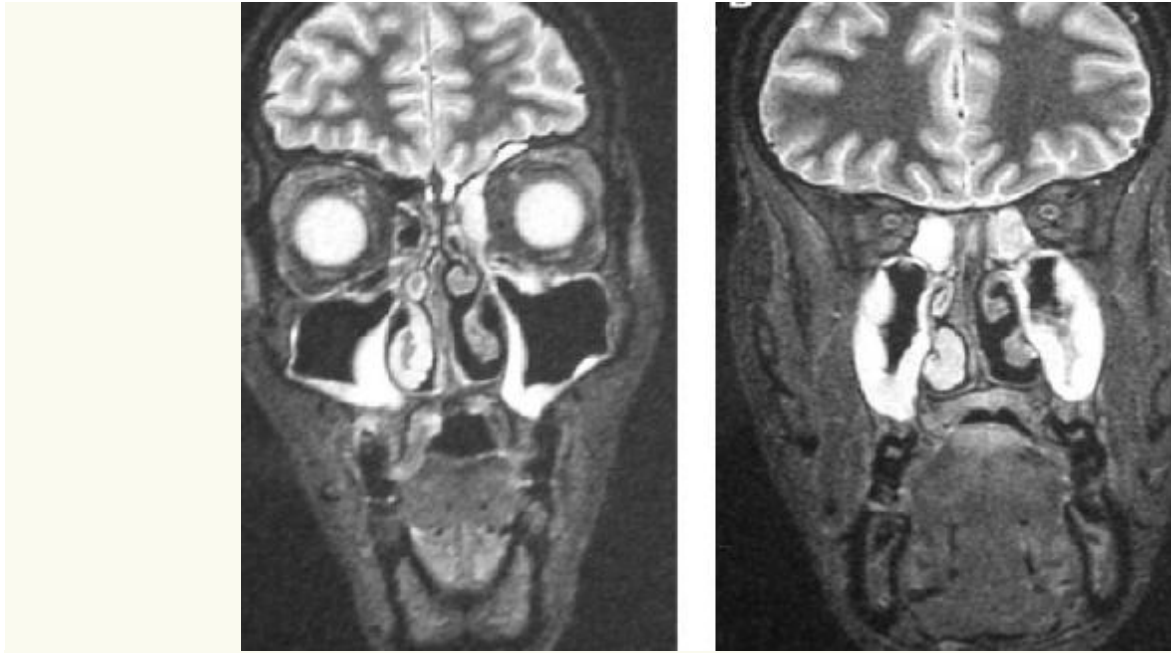


Fig. 3. a, b, Case 2. Magnetic resonance scans showing bilateral sinus involvement, with prevalence of the right side, as well as involvement of the frontal and ethmoid sinus.



Fig. 4. Case 2. Preoperative image of the lesion of 2 cm diameter with small superficial ulcers that had appeared in correspondence with the lingual V.



Fig. 5. Case 2. Preoperative image of the palate median ulcer of 2 cm diameter

\*ارگانيسم‌های ساپروفیت اغلب در بینی، پاراناژال و مخاط دهانی یافت می‌شوند. رینوسربرال موکورمایکوز اغلب با میگرن، ترشح و آب ریزش شدید بینی و گسترش مواد نکروتیک دهانی و بینی شروع می‌شود. یک ضایعه نکروتیک در درون مخاط دهانی و بینی در ۸۰٪ از موارد درگیر یافت می‌شود. میزان بقا در RM از ۷۰٪ - ۲۱٪ می‌باشد. در فرم‌های دیگر موکورمایکوز ( دستگاه گوارش، ریه و منتشر ) میزان بقای متوسط از ۷۳٪ - ۶٪ متغیر است.

در بیماران با مشکلات ایمنولوژیک، رشته‌های قارچ به شریان‌ها تهاجم می‌کنند و می‌توانند سبب ترومبوز، ایسکمی و گانگرن سیکا شوند. از طریق خون، عفونت می‌تواند به دیگر اعضاء به ویژه مغز و ریه گسترش یابد.

درگیری اربیتال می‌تواند معرف مرحله پیشرفته بیماری باشد و راه مستقیم برای گسترش داخل جمجمه ای شود که در این صورت میزان مرگ و میر در بیماران با درگیری اربیتال ۳۳٪ در مقایسه با ۱۴٪ در بقیه بیماران گزارش شده است. در آخر، مناسب ترین عامل که می‌تواند نتایج این بیماری‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. تشخیص زود هنگام و برطرف شدن عوامل مساعد کننده در بیماران است.

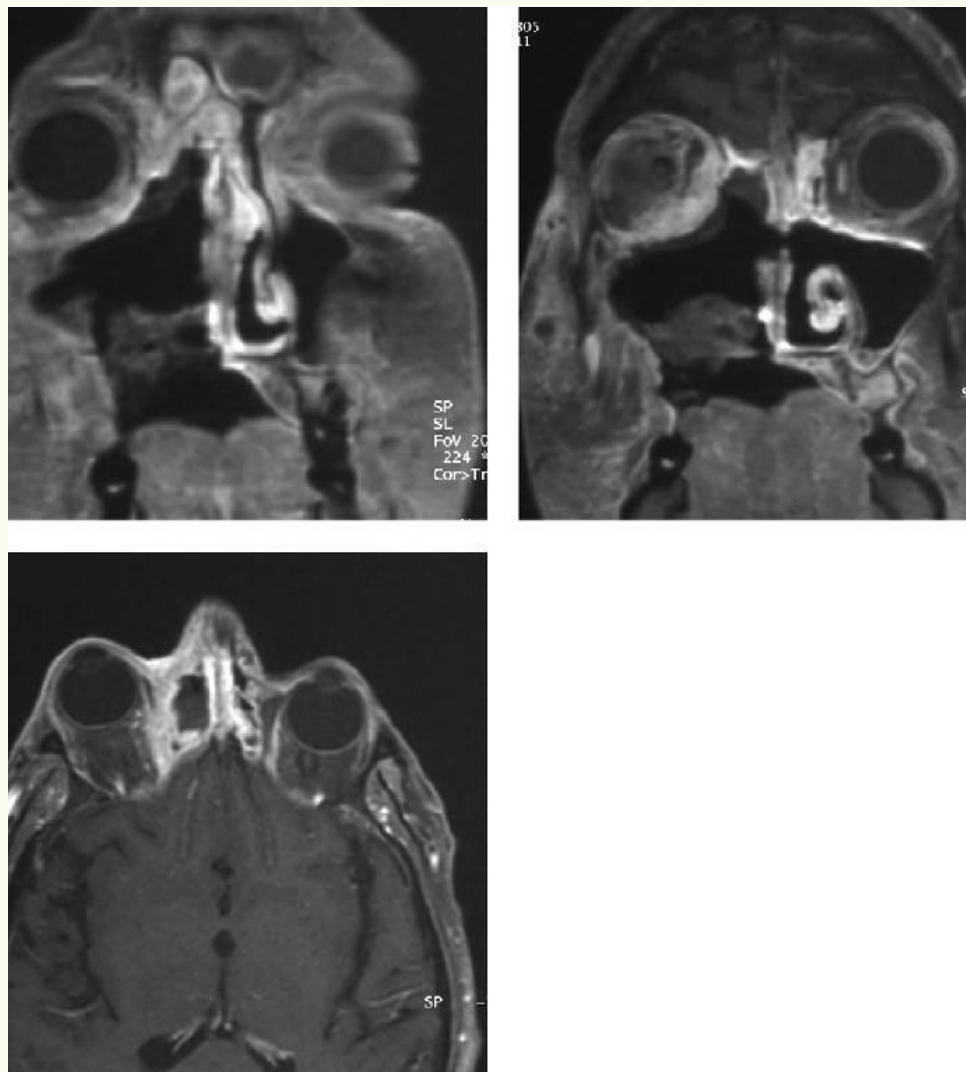


Fig. 6. **a-c**, Case 3. Magnetic resonance scans revealing infiltration of the orbital fatty tissues and of the extrinsic muscles, thus causing a significant exophthalm

## فراخوان برای پیشنهاد فصل در جلد دوم کتاب

A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 2

### Call for Book Chapters

A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 2

ISBN 978-953-51-4181-5

Book edited by:

**Prof. Dr. Mohammad Hosein Kalantar Motamedi**

Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Deadline for submitting chapter proposals (1-4 pages long): **June 05, 2014**

This book is planned to be published in **October 2014**

To contribute to this book please

[Register to Submit](#)

<http://www.intechopen.com/books/a-textbook-of-advanced-oral-and-maxillofacial-surgery>  
<http://www.intechopen.com/welcome/4af81386d06d6e1495f564629f833620/>

## نشست‌های علمی ماه خرداد

ششمین کنگره بین‌المللی جراحی مغز و اعصاب با ریاست پروفیسور مجید سمیعی

۲۵ - ۲۲ خرداد - بیمارستان میلاد

۶۶۵۶۵۷۹۵ - ۷ [www.insym2014.com](http://www.insym2014.com)

۲۰ امتیاز بازآموزی برای جراحان فک و صورت

اولین سمینار « دستاوردهای نوین لیزر در دندان پزشکی »

سازمان نظام پزشکی ایران

۱ و ۲ خرداد ۹۳ - هتل المپیک



پنجمین سمپوزیوم استئولوژی ایران

۱ و ۲ خرداد ۹۳ - دانشکده دندان پزشکی شهید بهشتی

۸۸۲۴۵۵۹۱ [www.osteologia](http://www.osteologia)

## رویدادهای علمی بین المللی

<p>XXII CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR CRANIOMAXILLO-FACIAL SURGERY 23e26 September 2014, Prague, Czech Republic President e Dr Daniel Hrusak. Website: <a href="http://www.eacmfs2014.com">www.eacmfs2014.com</a></p> <p>INTERNATIONAL COURSE FOR IMPLANTOLOGY 11e12 August 2014, Aachen, Germany Contact: Prof F Hölzlehoelzle Email: <a href="mailto:Hölzlehoelzle@ukaachen.de">Hölzlehoelzle@ukaachen.de</a></p>	<p>THE BRUGES 3D ORTHOGNATHIC COURSE -THE 'LOBSTER COURSE' 30 June e 3 July 2014, Bruges, Belgium Contact: Mrs W Cortier, Mrs L Bultinck Emails: <a href="mailto:wendy.cortier@azsintjan.be">wendy.cortier@azsintjan.be</a>, <a href="mailto:lindsay.bultinck@azsintjan.be">lindsay.bultinck@azsintjan.be</a> Tel: þ32 50 45 22 60 Fax: þ32 50 45 22 79</p>
<p>CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 17e19 September 2014, Coventry, UK Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email: <a href="mailto:liviu-ernat@uhcm.nhs.uk">liviu-ernat@uhcm.nhs.uk</a>.</p>	<p>FIRST INTERNATIONAL MEETING ON SCIENCE AND ART OF FACIAL MAKEOVER 4e6 June 2014, Brussels, Belgium Contact: MCI Brussels. Email: <a href="mailto:facialmakeover2014@mci-group.com">facialmakeover2014@mci-group.com</a>. Tel: þ32 (0) 2 743 15 40.</p>
<p>36TH ASIA PACIFIC CONGRESS (APDC 2014) 17e19 June 2014, Dubai. APDC 2014 Conference Secretariat c/o Kenes Asia (Thailand Office) PICO Building, 10 Soi Lasalle 56, Sukhumwit Bangna, Bangkok 10260 Thailand Telephone: +662 7487881 Fax: +662 7487880 Email: <a href="mailto:apdc2014@kenes.com">apdc2014@kenes.com</a></p>	<p>50TH CONGRES DE LA SOCIETE FRANCAISE DE STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET CHIRURGIE ORALE 18e20 September 2014, Lyon, France Contact: SFSCMFCO 2014, 43 bd du 11 Novembre 1918, 69622, Villeurbanne Cedex Email: <a href="mailto:sfscmfco2014@univ-lyon.fr">sfscmfco2014@univ-lyon.fr</a>. 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: <a href="mailto:j.braun@mkg.uni-kiel.de">j.braun@mkg.uni-kiel.de</a>. Website: <a href="http://www.imasder.org">http://www.imasder.org</a>.</p>

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته «جراحی فک و صورت - تازه‌ها»  
سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی [www.omfs.ir](http://www.omfs.ir) را  
مشاهده فرمائید.