

# جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.11 July. 2014

شماره ۱۱ - تیر ۱۳۹۳



به نام خدا

۱) ششمین کنگره بین المللی جراحی مغز و اعصاب از تاریخ ۲۲ تا ۲۴ خرداد در مرکز همایش های بین المللی بیمارستان میلاد برگزار شد. این کنگره سطح علمی تخصصی بسیار خوبی را با حضور بیش از ۳۰ سخنران خارجی از کشورهای اروپایی و آسیایی و آمریکای لاتین ارائه داد. به دلیل حضور پروفیسور سمیعی جراح برجسته ایرانی مغز و اعصاب و شناخت تخصصی ایشان از سخنرانان، سخنرانی های علمی بسیار دقیق انتخاب شده و هماهنگی بسیار خوبی نیز بین سخنرانان برقرار بود.

امروزه دسترسی به منابع علمی بین المللی می‌تواند همه اهالی علم را در سراسر دنیا از لحاظ ذهنی بسیار به هم نزدیک کند و اطلاع از دستاوردهای تازه علمی هر رشته، نیازهای مرتبط با آن را تعریف کرده و موضوعات مبرم روز را مطرح کند. اکثریت متخصصان رشته پزشکی با دسترسی به این منابع و شرکت وسیع در این کنگره‌های مرتبط با رشته و علوم وابسته بالینی، می‌توانند اطلاعات خود را تازه کرده و در این رابطه فعال عمل کنند.

این کنگره که ۲۰ امتیاز برای متخصصان جراحی مغز و اعصاب و به همان میزان برای متخصصان رشته های مرتبط از جمله جراحی فک و صورت اختصاص داده بود، می‌توانست عرصه شایسته ای برای حضور پر رنگ جراحان فک و صورت و ورود به مباحث تخصصی رشته مان از منظر جراحی مغز و اعصاب از جمله در مبحث بازسازی های عصب صورتی و درمان های عصب سه قلو و تومورهای حفره کرانیال فراهم آورد. جا دارد که از احساس مسئولیت برگزار کنندگان کنگره در فراهم آوری این گرد هم آیی علمی، برای حضور فعال رشته های مرتبط تشکر کرد ولی متأسفانه همکاران ما در این کنگره نیز حضوری به شدت کم رنگ داشتند.

یکی از وظایف انجمن های تخصصی در قبال اعضای انجمن خود، ساماندهی دوره های آموزشی تخصصی برای بالا بردن سطح علمی دوره پس از دانشگاه است. زیرا که پس از پایان تحصیلات تخصصی، اگر آموزه ها

دنبال نشود و اطلاعات قبلی به روز نشود پس از ۵ سال کلیه مطالب آموخته شده در دوره آموزشی جای خود را در حافظه به تعداد محدودی تکنیک مورد استفاده فرد می سپارد. علاوه بر آن همه ما از مشکلات و کمبودهای آموزشی در دوره های آموزشی دستیاری به خوبی مطلعیم که وظیفه انجمن ها را در تلاش برای حل این مشکلات، افزون تر می کند. حضور فعال تر ما جراحان فک و صورت در این کنگره ها و برنامه های علمی مشابه که می توانند بخشی از این کمبودها را تا حدودی جبران نمایند به عنوان یک ضرورت مطرح می شود. به علت فعالیت مشترک بیمارستانی ما با همکاران رشته های وابسته بالینی، شرکت در برنامه های آموزشی و کنفرانس های ماهانه منظم انجمن های همکار گروه پزشکی که در آن علاوه بر گروه خود، برای رشته های مرتبط از جمله برای جراحان فک و صورت نیز امتیاز باز آموزی قائل شده اند می تواند در کار درمانی ما بسیار مفید واقع شود. از طرف دیگر شرکت فعال در این همایش ها، مقام علمی رشته ما را در جامعه پزشکی کشور در جایگاه ممتاز و واقعی خود قرار می دهد.

کنگره های علمی انجمن های تخصصی دندان پزشکی که فقط سالی یک بار به منظور برخورداری از بازار پر رونق نمایشگاه، در سطح دندان پزشکی عمومی تشکیل می شود نیز پاسخ گوی معضلات تخصصی نیست. بی شک برگزاری این دوره ها برای دندان پزشکان عمومی در درجه اول به عهده انجمن علمی دندان پزشکی ایران و انجمن علمی دندان پزشکان عمومی ایران است و انجمن های تخصصی باید تعهد خود را در درجه اول در قبال گروه تخصصی خود به جا آورند و با برگزاری کنگره ها و سمپوزیوم ها و برنامه های آموزشی عملی تخصصی نه سالی یکبار در کنگره ای پر رفت و آمد با نمایشگاه (فروشگاه) کالای دندان پزشکی، بلکه به طور مستمر و با برنامه ریزی مسئولانه عملی و با ارائه فرصت های برابر استفاده از آن برای همه اعضا این وظیفه را انجام دهند.

از امکانات و فعالیت های علمی شرکت های تجاری آموزشی مرتبط با رشته نیز می توان در جای خود بهره گرفت. ولی طبعاً فعالیت آن ها با این که برنامه های آموزشی بعضی از آنان در سطح علمی خوبی قرار دارد ولی در چارچوب منافع شرکت تعریف می شود. هر چند تلاش آن ها برای معرفی دانش و فناوری نوین به سود پزشکی کشور تمام می شود ولی طبعاً فعالیت و ابتکار آن ها نمی تواند جایگزین فعالیت علمی انجمن های علمی تخصصی شود.

۲) در سامانه بازآموزی مداوم وزارت بهداشت، در قسمت مربوط به اطلاعات کنگره جراحی مغز و اعصاب، جدول هزینه های کنگره آورده شده بود. جای بسی خوشوقتی است که برگزار کنندگان این کنگره در راستای علینیت فعالیت های اجرایی کنگره، اطلاعات مربوط به هزینه های کنگره را در اختیار همه قرار داده اند. این گام نوین، می تواند نمونه ای از احترام به اعضاء و شرکت کنندگان کنگره و شفافیت فعالیت های اجرایی انجمن ها در کنگره هایشان باشد.

دکتر میترا میرمحمدی

**جدول مخارج کنگره برای ۴ روز که پیش از برگزاری کنگره در سامانه بازآموزی مداوم وزارت بهداشت آمده بود.**

مبلغ هزینه به ریال		هزینه صرف شده
ایاب و ذهاب شامل بلیط هواپیما از کشور مبداء به ایران و برگشت و تشریفات در داخل کشور ۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵ نفر استاد مدعو خارجی + همراهان که هر نفر یک همراه شامل همسر و یا شاگرد دارند. (مجموعاً ۵۰ نفر (	حق الزحمه اساتید
اقامت در هتل و سایر هزینه های مرتبط ۷۳۰/۰۰۰/۰۰۰		
تور داخلی به مقصد اصفهان و یزد ریال ۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰		
تور داخلی تهرانگردی ریال ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰		
( هدایای اساتید خارجی به مبلغ ۱/۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل اسپانسرشیپ تامین می شود.)		
ریال ۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰		هزینه پرسنلی
ریال ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ( چاپ + کاغذ + ... )		هزینه مواد و وسایل مصرفی
ریال ۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ Live Surgery		هزینه خدمات تخصصی
۳۲۰۰ ریال هزینه پکیج آموزشی + پذیرایی برای ۳۲۰۰ نفر ( هشتصدنفر در هر روز شامل مهمانان + شرکت کنندگان + پرسنل همایش )) ۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال		هزینه های جانبی دیگر) پذیرایی، لوازم دفتری و ..... (
ریال ۹/۰۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال ( نهصد و سه میلیون تومان)		جمع کل

ارزیابی عصب صورتی به دنبال جابجایی باز شکستگی ساب کوندیلار و فیکساسیون اینترنال

از طریق دسترسی ترنس پاروتید رتروماندیبولار

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 236–240

## Evaluation of facial nerve following open reduction and internal fixation of subcondylar fracture through retromandibular transparotid approach

Ongkila Bhutia a,\* , Lalit Kumara, Anson Jose a, Ajoy Roychoudhury a, Anjan Trikha b

a Department of Oral & Maxillofacial Surgery, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi 110029, India

b Department of Anaesthesia, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi 110029, India

**چکیده:** هدف از این مطالعه ارزیابی هر گونه آسیبی به عصب صورتی پس از دسترسی ترنس پاروتید رتروماندیبولار در جابجایی باز و فیکساسیون اینترنال (ORIF) شکستگی ساب کوندیلار است. ما ۳۸ بیمار را با ۴۴ شکستگی ساب کوندیلار (۳ شکستگی دو طرفه و ۳۸ شکستگی یک طرفه) که با ORIF از طریق دسترسی ترنس پاروتید رتروماندیبولار درمان شدند را مورد مطالعه قرار دادیم. همه بیماران برای ۶ ماه پایش شدند. عمل کرد عصب صورتی ۲۴ ساعت، ۱، ۳، ۱۲ هفته و ۶ ماه پس از عمل مورد ارزیابی قرار گرفتند. متغیرها شامل نوع شکستگی، میزان باز شدن دهان، اکلوزن پس از عمل، حرکات جانبی ماندیبول و نتایج استتیک نیز کنترل شدند. در ۹ شکستگی از ۴۴ شکستگی (۲۰٪) فلج گذرای عصب صورتی اتفاق افتاد. شاخه های درگیر شده عصب صورتی، عصب باکال (n=7)، مارژینال ماندیبولار (n=2) و زایگوماتیک (n=1) بودند. در گروه با جابجایی لترال شکستگی، ۲/۱۵ مورد، علائم ضعف عصب را نشان دادند، در حالی که در شکستگی های با جابجایی مدیال یا دررفتگی، ۷/۲۳ مورد واجد ضعف عصب بودند. از ۹ محل درگیر شده، در ۷ مورد آن در طی ۳ ماه این مشکل برطرف شد و در ۲ مورد باقی مانده در طی ۶ ماه مشکل برطرف گردید. متوسط زمان برای بهبود عمل کرد عصب، ۱۲ هفته (۶ - ۳ ماه) بود. هیچ موردی از فلج دائمی عصب وجود نداشت.

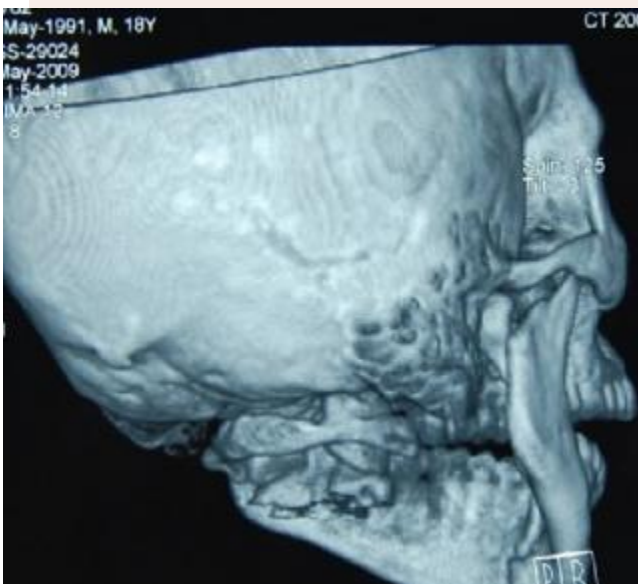


Fig. 1. Three-dimensional computed tomographic scan showing displacement of the subcondylar fracture

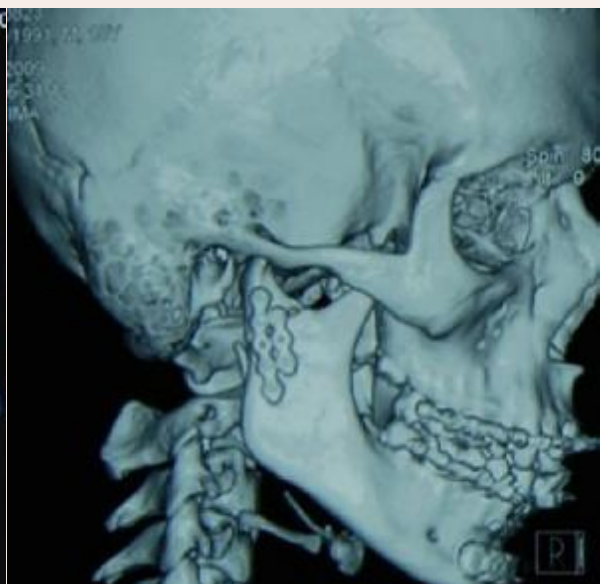


Fig. 2. Postoperative computed tomographic scan after fixation of the subcondylar fracture.

دسترسی ترنس پاروتید رتروماندیبولار در ORIF به طور دائمی به شاخه‌های عصب صورتی آسیب نمی‌رساند. در این شرایط فلج موقت که شایع است در طی ۶ - ۳ ماه برطرف می‌شود. اکلوزن بعد از عمل، باز کردن دهان و حرکات جانبی ماندیبل در چارچوب دامنه‌های مرجع بودند. ما هیچ عفونت یا شکستگی پلیت یا اسکارهای هیپرتروفیک یا کلوئیدی در بیماران نداشتیم.

## سیمای مورفولوژیک راموس ماندیبل در افزایش زمان جراحی و خون‌ریزی در استئوتومی ساژیتال اسپلیت راموس

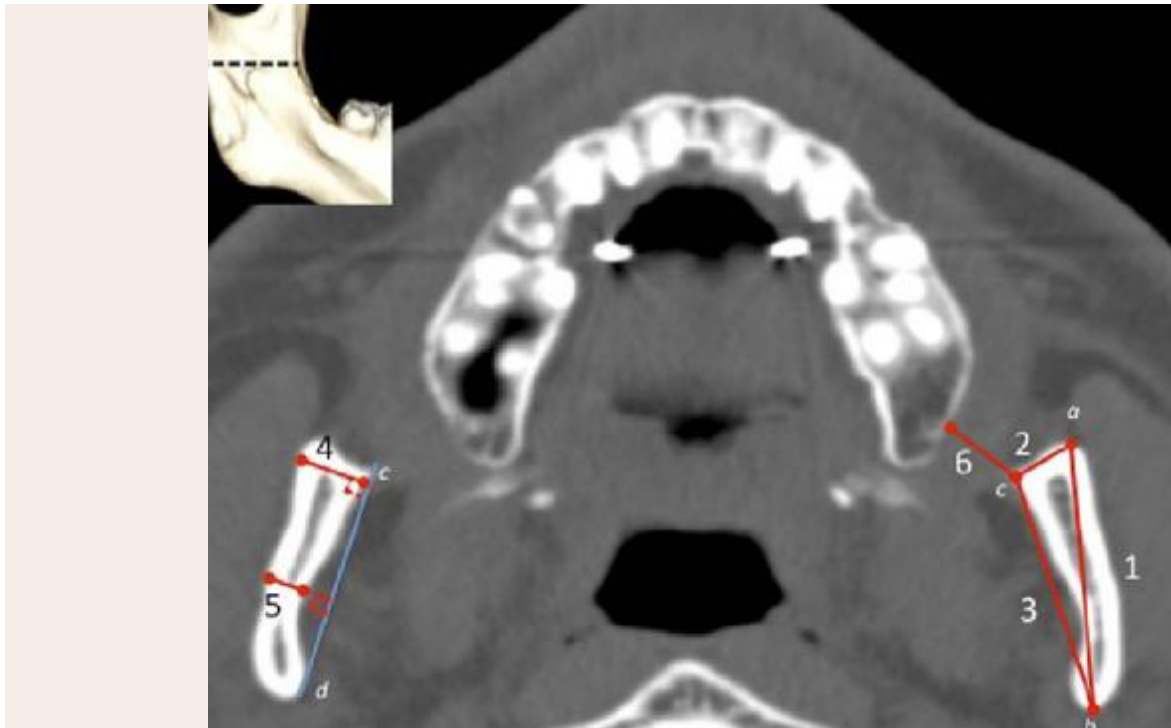
© 2013 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons  
*J Oral Maxillofac Surg* 71:e31-e41, 2013

### **Morphologic Features of the Mandibular Ramus Associated With Increased Surgical Time and Blood Loss in Sagittal Split-Ramus Osteotomy**

Norio Kuroyanagi, DDS, PhD,\* Hitoshi Miyachi, DDS, PhD,†  
Teruyuki Kanazawa, DDS,‡ Noboru Kamiya, DDS,§  
Toru Nagao, DDS, PhD, DMSc, and  
Kazuo Shimozato, DDS, PhD¶

**هدف:** تعیین این که آیا خصیصه ویژه مورفولوژیک راموس ماندیبل می‌تواند افزایش زمان جراحی و خون‌ریزی در استئوتومی ساژیتال اسپلیت راموس (SSRO) را پیش‌بینی کند؟

**ماتریال‌ها و روش‌ها:** سیمای کلینیکی و مورفولوژیکی راموس ماندیبل، گرفته شده از تصاویر CT (n = 50) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و زمان جراحی و زمان لازم برای برش مدیال راموس ماندیبل و برای قطع ماندیبل را در اجرای SSRO اصلاح شده obwegeser پیش‌بینی کرد.



**FIGURE 1.** Horizontal section in line with the horizontal osteotomy line, parallel to the occlusal plane, slightly above the level of the mandibular foramen of the mandibular ramus. *Dashed lines* indicate the slice of the corresponding images. Measurements are listed in Table 1.



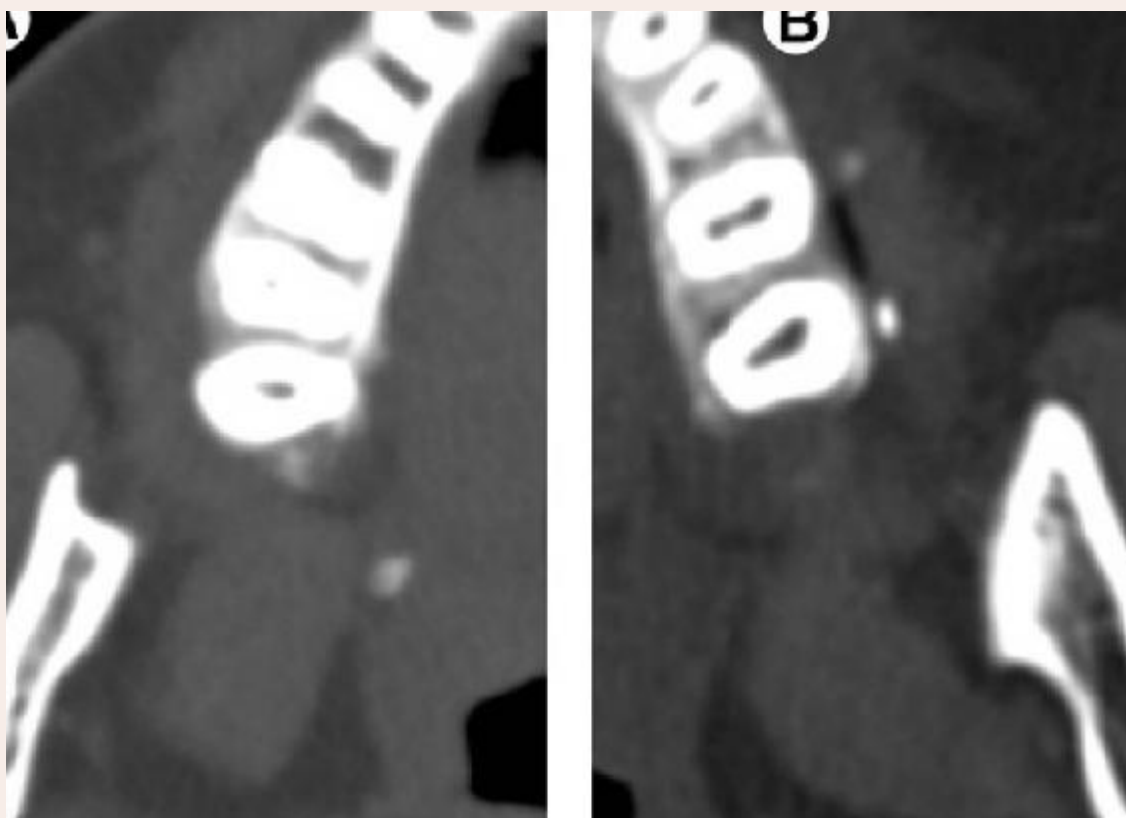
**FIGURE 2.** A, Horizontal image parallel to the occlusal plane and just above the level of the mandibular incisal point. B, Coronal image at the deepest position at the level of the mandibular notch. *Dashed lines* indicate the slice of the corresponding images.

**نتایج:** عوامل قابل توجه همراه با زمان جراحی، پهنای قدام راموس حداقل ۱۰/۵ میلی‌متر، بیش‌ترین طول راموس ضخیم شده حداقل ۸/۵ میلی‌متر و فاصله از انسیزور ماندیبل تا بردر خلفی ماندیبل حداقل ۹۷/۵ میلی‌متر بودند. تفاوت‌های قابل توجهی در میزان از دست دادن خون بین ۲ وجه محوری مدیال راموس وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** هرچه پیش آمدگی ریج مایل مدیال بیش‌تر، راموس ضخیم‌تر و فاصله بیش‌تری از انسیزور ماندیبل به بردر خلفی آن باشد ممکن است زمان جراحی و خون‌ریزی در بیماران مورد جراحی کلاسیک SSRO را افزایش دهد.

موقعی که SSRO طراحی می‌شود و یا به اجرا در می‌آید، سیمای مورفولوژیک برگرفته از تصاویر CT می‌تواند به جراح کمک به درک بهتر پتانسیل ایجاد مشکلات در مواقعی کند که محل جراحی شامل سطح مدیال راموس ماندیبل می‌شود.

**بحث:** در تمام جراحی‌ها، دید خوب میدان جراحی بر درمان جراحی تأثیر می‌گذارد و نیز تأثیر قابل توجهی بر زمان جراحی دارد.



**FIGURE 3.** The ramus can be morphologically divided into 2 categories: A, moderately straight type and B, concave type.

در مجموع برای پهنای مدیولترالی قدام راموس به پهنای بیش از ۱۵ میلی‌متر، زمان مقتضی برای برش مدیالی به ۶۰۰ ثانیه افزایش می‌یابد. (متوسط همه موارد - ۱۴۹ ثانیه)

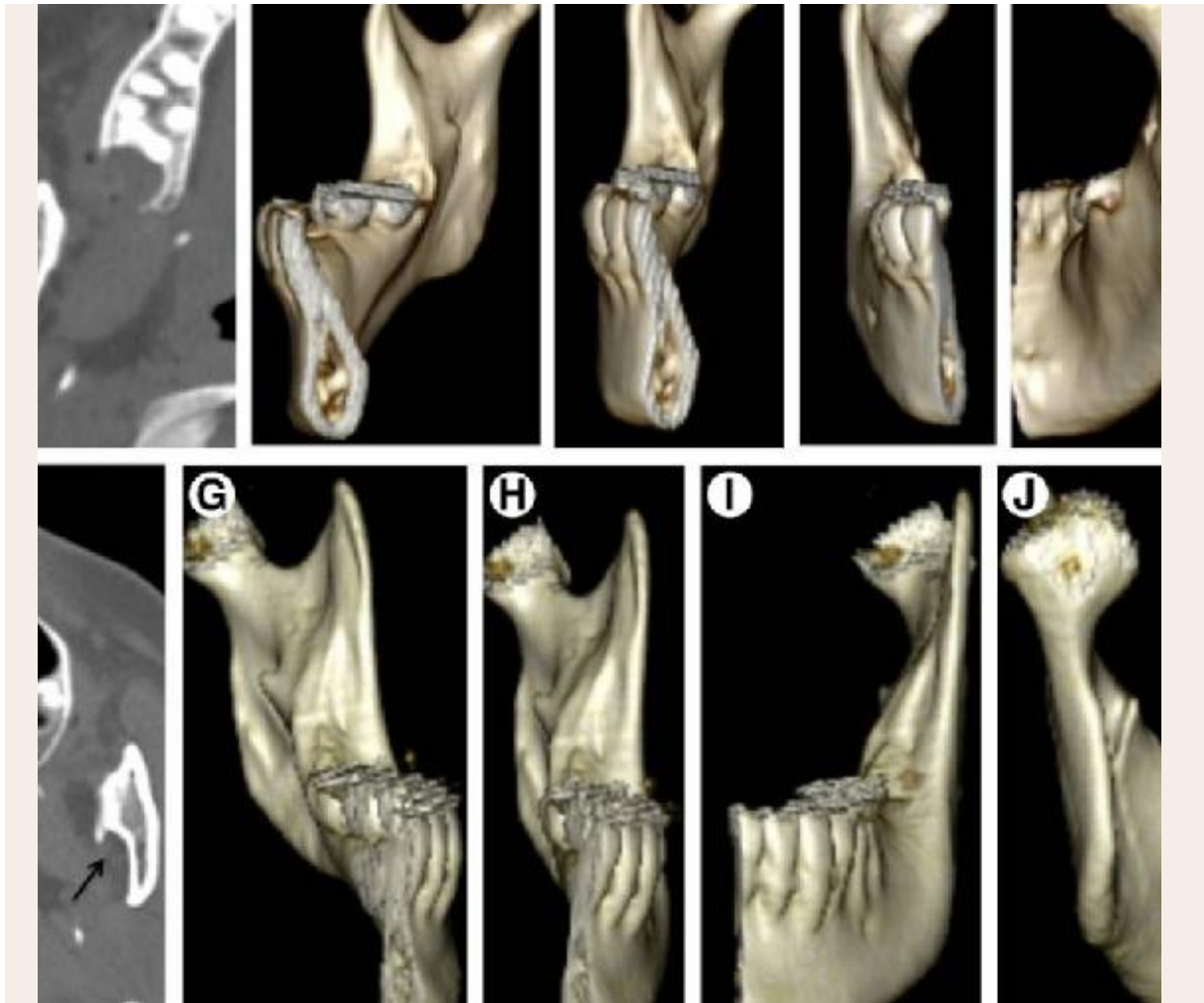
صدمه به عروق ممکن است در طی دایسکشن سوپراپریوستال به طور سهوی اتفاق بیفتد و برخی گزارش‌ها حاکی است که واضح‌ترین تغییرات در انتقال اعصاب حسی در طی آماده سازی طرف مدیالی راموس در وقتی که عصب تحت فشار قرار می‌گیرد یا توسط رترکتور کشیده می‌شود، حادث می‌گردد. Morris پیشنهاد می‌کند که در دایسکشن مدیال راموس، دایسکشن از قدام شروع شود و به خلفی - فوقانی برسد.

Obwegeser توصیه کرد که بلند کردن اولیه پریوست در سمت مدیال هر چه عقب‌تر از تقعر بالای مدخل ورودی عصب ماندیبولار به داخل فورامن باشد، برش کورتیکال لینگوالی بر روی برادر قدامی پهن، دید بهتری از وجه مدیال ایجاد کرد. گرچه برای جراحان جوان و بی تجربه، در ابتدا شناسایی فضای سوپرا پریوستال به علت محدودیت حوزه دید جراحی، اتصالات عضلانی - تاندونی و تفاوت های مورفولوژیک، سخت است.

در این مطالعه، کار بر روی مدیال راموس در نوع مقعر آن به علت تفاوت ۲/۸ میلی‌متر بین پهنای حداکثر و حداقل راموس سخت‌تر بود.

در رابطه با از دست دادن خون، در نوع مقعر راموس، خون ریزی تقریباً ۳/۶ بار میزان بالاتری نسبت به نوع مستقیم دارد، مشاهده اسکلت صورت از عقب به جلو در تصاویر سه بعدی نیز هم‌چنین برای ارزیابی میزان سختی مفید است.





**FIGURE 4.** A-E, Top panels. Two (A) and 3-dimensional helical computed tomographic images (B; anterior view inclined to the sagittal plane of the ramus, C; anterior view slightly inclined to the sagittal plane of the ramus, D; anterior view parallel to the sagittal plane of the ramus, E; posterior view parallel to the sagittal plane of the ramus) in a case with the least time required for medial ablation and bone sectioning (67 s required for ablation and 191 s for bone sectioning). The difference in bone thickness between the anterior and posterior ramus is minimal, and the medial side of the mandibular ramus shows a flat plane (A, D and E). F-J, Bottom panels. Two (F) and 3-dimensional helical computed tomographic images (G; anterior view inclined to the sagittal plane of the ramus, H; anterior view slightly inclined to the sagittal plane of the ramus, I; anterior view parallel to the sagittal plane of the ramus, J; posterior view parallel to the sagittal plane of the ramus) in a case with the most time required for medial ablation and bone sectioning (769 s required for ablation and 626 s for bone sectioning). There is a large difference in bone thickness between the anterior and posterior ramus (F). Note that the medial side of the mandibular ramus is sharply inclined from anterior to posterior (arrow in F).

بنا به برخی گزارشات، راموس مندیبل در بیماران کلاس III از لحاظ آناتومیک پیچیده تر است و به علت این که طرح استخوان اسفنجی متغیرتر است و نواحی مجزای استخوان اسفنجی و فقدان آن در خلف و در قدام فورامن ماندیبولار مشهود است. در پروگناتیسم ماندیبل نسبت به رتروگناتی، کار با بافتها در مدیال راموس می تواند سخت تر باشد. جالب است که فاصله از لینگولا تا ناچ ماندیبولار متناظر با فاصله از کامیشور دهان، ارتباط با زمان مقتضی برای قطعه کردن استخوان دارد.

این یافته ها نشان می دهد که اقدامات جراحی مدیال راموس ممکن است یکی از حساس ترین مراحل در SSRO باشد.

پهنای برادر قدامی راموس ماندیبل و فاصله از انسیزور ماندیبل به برادر خلفی آن می تواند برای پیش بینی دشواری جراحی در SSRO به کار رود. تلاش برای کوتاه کردن زمان جراحی اهمیت قابل توجهی برای

حصول به نتایج خوب در جراحی ارتوگناتیک دارد. این امر جراحی بی‌خطرتر و نتایج بهتر در این اقدامات را تضمین می‌کند.

## تأثیر جراحی پیزوالکتریک در کاهش عوارض جراحی بعد از استئوتومی سازیتال اسپلیت دو طرفه

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 219–222

### Effectiveness of piezoelectric surgery in reducing surgical complications after bilateral sagittal split osteotomy

Tatsuo Shirota <sup>a,\*</sup>, Takaaki Kamatani <sup>a</sup>, Tetsutaro Yamaguchi <sup>b</sup>, Hiroshi Ogura <sup>c</sup>,  
Kotaro Maki<sup>b</sup>, Satoru Shintani <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Showa University, 2-1-1, Kita-senzoku, Ohta-ku, 145-8515 Tokyo, Japan

<sup>b</sup>Department of Orthodontics, School of Dentistry, Showa University, 2-1-1, Kita-senzoku, Ohta-ku, 145-8515 Tokyo, Japan

<sup>c</sup>Department of Information Science, Faculty of Arts and Sciences at Fujiyoshida, Showa University, 4562, Kamiyoshida, Fujiyoshida, 403-

0005 Yamanashi, **Japan**

چکیده:

هدف ما بررسی مؤثر بودن جراحی پیزوالکتریک در استئوتومی با ویبراسیون اولتراسونیک، در کاهش عوارض جراحی بعد از استئوتومی سازیتال اسپلیت (BSSO) دو طرفه بود.

از تاریخ ژانویه ۲۰۰۹ تا آوریل ۲۰۱۱، ۵۹ بیمار با پروگناتیسیم اسکلتال ماندیبولار که جراحی Setback ماندیبولار با BSSO داشتند در مطالعه گنجانده شدند. جراحی پیزو در ۲۹ مورد به کار برده شد و استخوان به کمک سپاراتور از هم جدا شد. در ۳۰ نفر دیگر، فرز لینده‌من برای استئوتومی و چیزل برای جدا کردن استخوان استفاده شد. میزان خون‌ریزی در حین جراحی و تست امتیازی Semmes Weinstein به عنوان متغیرهای عینی برای ارزیابی درجه اختلال حسی عصب به کار برده شد و جنسیت، سن، استفاده از جراحی پیزو، میزان Set back، زمان عمل و متد فیکساسیون به عنوان متغیرهای توضیحی مورد استفاده قرار گرفتند.

ما از آنالیز مغایرت با هم (ANCOVA) برای سنجش اهمیت این تفاوت‌ها استفاده کردیم. خون‌ریزی در حین عمل به طور قابل توجهی کمتر با سن ارتباط داشت و در شرایطی که عمل طولانی‌تر بود، بیش‌تر بود و تحت تأثیر استفاده از جراحی پیزو قرار نداشت. تست امتیازی Semmes Weinstein به طور قابل توجهی با سن افزایش می‌یافت و در شرایطی که جراحی پیزوالکتریک انجام می‌شد بزرگ‌تر بود. در طی ۳ ماه بعد از جراحی، علائم اختلال حسی عصب بیش‌تر در بیماران مسن‌تر و کسانی که جراحی پیزوالکتریک داشتند مشاهده شد.

در این مطالعه گذشته‌نگر غیر اتفاقی، جراحی پیزوالکتریک نه باعث کم شدن خون‌ریزی شد و نه وقوع اختلال حسی عصبی را در بیماران BSSO کاهش داد.

### Epidermoid cyst of the temporal region

Paolo Boffano, MD,<sup>a</sup> Fabio Rocchia, MD,<sup>b</sup> Paola Campisi, MD,<sup>c</sup> Emanuele Zavattero, MD,<sup>a</sup>  
Cesare Gallesio, MD, DDS,<sup>b</sup> and Giovanni Francesco Bosco, MD, DDS,<sup>b</sup> Turin, **Italy**  
UNIVERSITY OF TURIN  
(Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:e113-e116)

کیست‌های اپیدرموئید (EC) نادر، با رشد کم، خوش خیم و کیست‌های تکاملی هستند که از بافت اکتودرمال واقع شده در محل غیرطبیعی منشاء می‌گیرند. EC ممکن است از به دام انداختن تراماتیک اپی‌تلیوم سطحی یا بیش‌تر موارد، از ترمیم نابه‌جای اپی‌تلیوم قیفی شکل در طی دوره ای از التهاب فولیکولار ایجاد شود.

کیست‌های اپیدرموئید می‌توانند در هر نقطه ای از بدن ظاهر شوند و رشد آن‌ها کند و بدون درد است و توجه کمی را به خود جلب می‌کنند تا این که رسیدن به اندازه معین باعث توجه به آن شود. ۷٪ از آنان در سر و گردن ظاهر می‌شوند. به طور اختصاصی این ضایعات در سر، اربیت و در حفرات پشتی و میانه داخل جمجمه ظاهر می‌شوند. در مقالات تعداد بسیار کمی از کیست‌های اپیدرموئید در ناحیه گیجگاهی گزارش شده اند. به لحاظ هیستوپاتولوژیک، این کیست‌ها با کراتین طبقه طبقه شده مسطح که تولید اپی‌تلیوم سنگ‌فرشی می‌کنند پوشیده شده اند، با لایه‌های روی هم قرار گرفته مواد شاخی پر شده است. هیچ ساختار زائده ای را نشان نمی‌دهد ولی می‌تواند حاوی مواد کراتینه پنیری باشد. اگر چه در برخی از موارد، بخشی از پوشش آن از مخاط مترشحه و اپی‌تلیوم مژه دار ساخته شده است. این مسئله برای کیست‌ها منشاء اندودرمال در مقایسه با اکتودرمال مطرح می‌کند. در این جا ما درمان بیماری با کیست اپیدرموئید ناحیه گیجگاهی بعد از تروما را معرفی و مورد بحث قرار می‌دهیم.

CT و MRI از EC بستگی به محتویات کیست دارد. EC بر روی تصاویر CT، ضایعات توسعه یافته ای با حاشیه‌های اسکلوئوتیک صاف را نشان می‌دهد. در جایی که یافته‌های شاخص MRI حاوی مارژین‌های با حدود خوب، با شدت سیگنال‌های ایزو یا کمی بالا در تصاویر T1-weighted هستند که مربوط به عضلات مجاور است و سیگنال‌های با شدت بسیار زیاد در تصاویر T2-weighted که نشان دهنده سیگنال‌هایی همانند مایع می‌باشند.

### گزارش نمونه:

آقای ۲۵ ساله ای با سابقه پزشکی بدون موردی قابل توجه، به بخش جراحی فک و صورت دانشگاه تورینو شهر تورین ایتالیا برای درمان تورم با رشد آهسته در ناحیه گیجگاهی سمت راست ارجاع شده بود. او سابقه تراما در این ناحیه در کودکی را گزارش کرد. بیمار، شکایت از استتیک و کمی درد و ناراحتی در عملکرد فک پایین را اظهار کرد. در لمس، ضایعه نرم، الاستیک، با حدود مشخص و بدون درد بود.



Fig. 1. Preoperative image of the patient. A swelling in the right temporal region can be appreciated

اولتراسونوگرافی توده زیر پوستی، هیپواکوئیک هموژن در ناحیه عضله گیجگاهی سمت راست را نشان داد. بیوپسی آسپیراسیون fine - needle وجود یک EC را پیشنهاد کرد. MRI حضور یک ضایعه کیستیک زیر جلدی با اندازه تقریبی  $1/5 * 8$  سانتی متر را در ناحیه گیجگاهی سمت راست تأیید کرد. بیمار با طرح درمان اکسیزیون ضایعه کیستیک زیر بی هوشی عمومی موافقت کرد. با برش همی کروئال در پشت خط مو و زیر لایه سوپرفیشیال فاسیای گیجگاهی ضایعه اکسپوز شد. توده کیستیک به حفره گیجگاهی گسترش یافته بود. تمامی ضایعه برداشته شد و سپس، برش در چند لایه سوچور زده شدند.

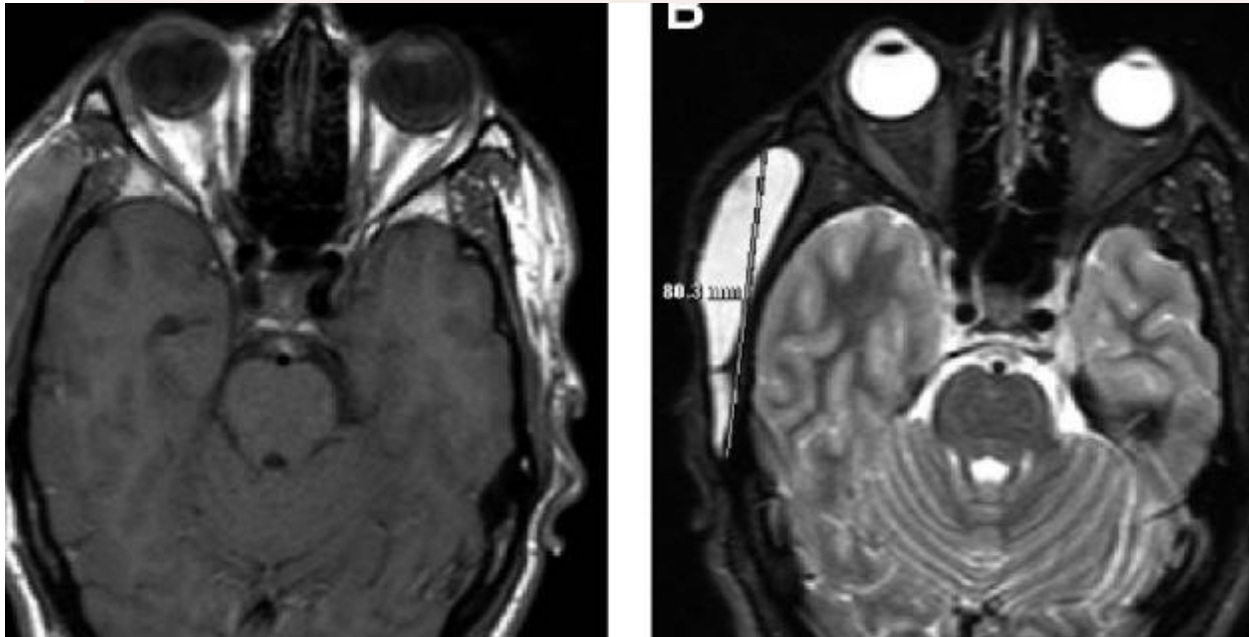


Fig. 2. T1-weighted (A) and T2-weighted (B) preoperative MRI of the epidermoid cyst.

پس از بررسی هیستوپاتولوژیک ( عکس ۳ ) تشخیص EC تأیید شد.

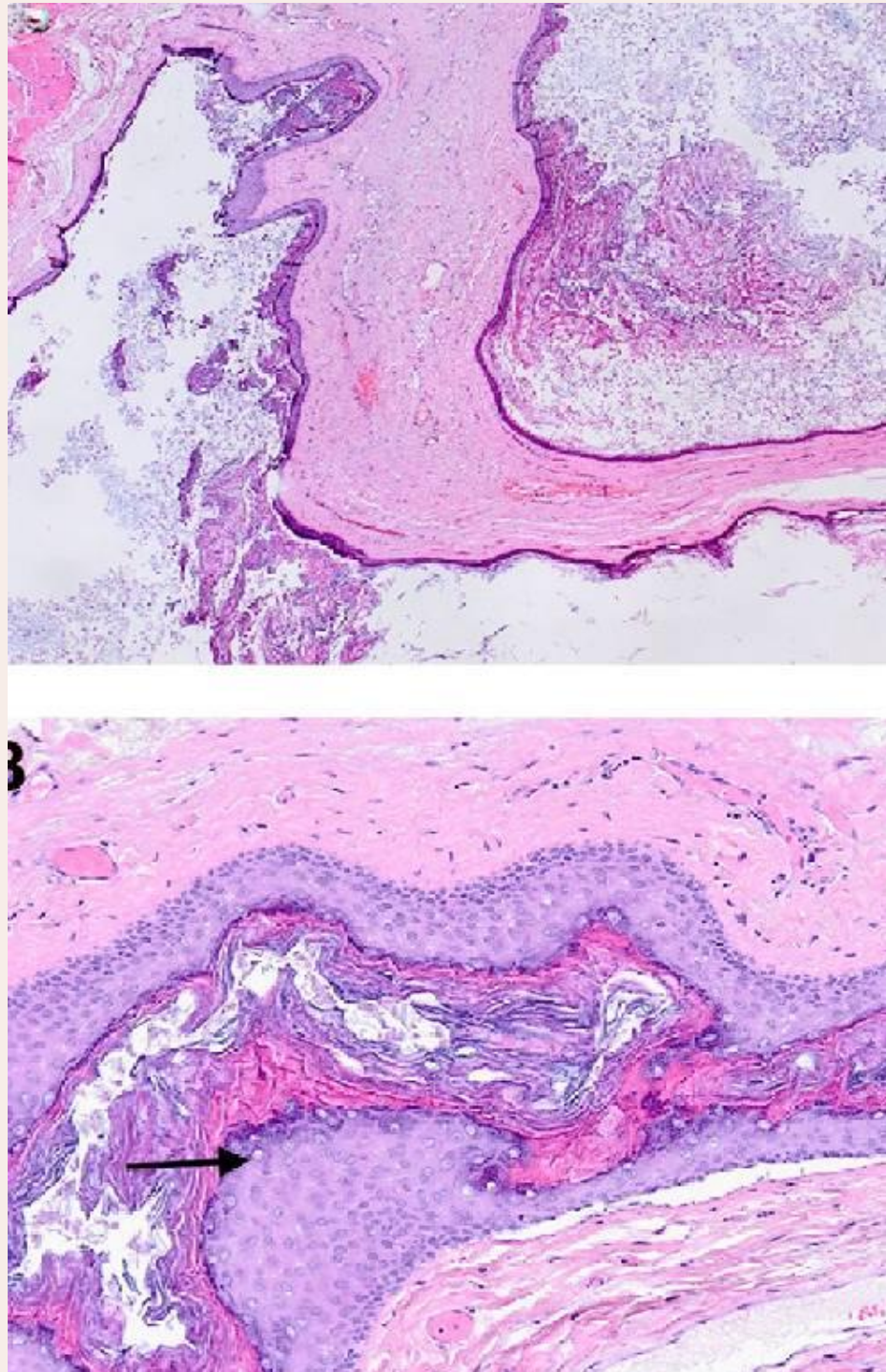


Fig. 3. The cyst was lined by plain stratified keratinproducing squamous epithelium (*arrow*) (A, H&E original magnification \_20; B, H&E; original magnification \_100).



Fig. 4. Postoperative image of the patient.

دوره بعد از عمل، بدون مشکل سپری شد و عمل کرد عصب طبیعی بود. در روز دوم پس از عمل، بیمار با حال عمومی خوب ترخیص شد. سوچورها ۱۰ روز پس از عمل برداشته شدند و هیچ نشانه ای از عفونت مشاهده نشد.

۶ ماه پس از عمل، نتایج کوتاه مدت استتیک عالی بود و رضایت بیمار را به همراه داشت. او هیچ درد یا ناراحتی را در طی عمل کرد فک پایین گزارش نکرد.

**بحث:** EC های زیر جلدی از طریق پرولیفراسیون سلولهای اپیدرمال، درون فضاهای محدود شده درمال رشد می کنند. ECها بسته به پاتوژنز خود به انواع مادرزادی و اکتسابی تقسیم می شوند. دو نظریه برای شکل گیری ECها توضیح داده شده است. اول ECها ممکن است از دربرگیری مادرزادی بافت اکتودرمال در طی امبریوژنز با امتزاج دو سطح اپیدرمال در طی اوایل مرحله داخل رحمی رشد کنند. دوم، ECها ممکن است از به دام افتادن تراماتیک اپی تلیوم سطحی در بافت مزانشیمال عمقی تر در نتیجه ترامای تصادفی یا جراحی شکل بگیرد. در مورد ما، پاتوژنز تراماتیک مسئول شکل گیری EC بود.

این کیستها در چهار دهه اول زندگی ظاهر می شوند، بر عکس کیستهای درموئید، ECها بطور مشخص در قسمت جانبی سر واقع می شوند.

این کیستها ممکن است باعث خوردگی استخوان یا تغییرات شکلی استخوان شوند.

ECها باید با استفاده از CT یا MRI قبل از جراحی بررسی شوند تا امکان گسترش داخل جمجمه رد شود. اکسیزیون جراحی شایع ترین درمان برای این قبیل ضایعات است و درمان این ضایعات از طریق انوکلیشن جراحی با شمول پوست یا بدون پوست روی آن انجام می شود.

چند تکنیک برای درمان ضایعات کوچکتر از قبیل انسیزیون پانچ، انسیزیون بیضی و تکنیکهای اکسیزیون مینیمال پیشنهاد شده اند. بررسی هیستولوژیک پس از برداشتن کیست باید انجام شود تا تشخیصهای غیر معمول تری چون بازال سل و پیلوماتریکس کارسینوما رد شود.

عود ECها غیر محتمل است و ترانسفورماسیون به بدخیمی تا کنون مشاهده نشده است.

## آیا هدایت‌گرها ( Navigation ) در عمل جراحی، ابعاد اربیت را در نقص‌های تراماتیک و پس از جراحی‌های کاهنده باز می‌گردانند؟

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 40 (2012) 142e148

### Does intraoperative navigation restore orbital dimensions in traumatic and post-ablative defects?

Michael R. Markiewicz<sup>a</sup>, Eric J. Dierks<sup>a,b</sup>, R. Bryan Bell<sup>a,b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA

<sup>b</sup> Trauma Service/Oral and Maxillofacial Surgery Service, Legacy Emanuel Medical Center, Portland, OR, USA

<sup>c</sup> Oral, Head and Neck Cancer Program, Providence Cancer Center, Providence Portland Medical Center, Portland, Oregon, **USA**

#### چکیده:

**سابقه:** نتایج بازسازی دیفکت‌های اربیتال پس از جراحی‌های کاهنده و پس از تراما در موقعی که بازسازی ابعاد اربیتال انجام می‌شود، غالباً غیرقابل پیش‌بینی هستند. هدایت‌گرها در عمل جراحی به جراحان امکان دید لندمارک‌های استخوانی را به واسطه مقایسه با توموگرافی کامپیوتری قبل از عمل، کمک در جا اندازی استخوان‌ها و گذاشتن ایمپلنت را می‌دهند.

هدف از این مطالعه ارزیابی این مسئله بود که آیا هدایت‌گرها در عمل جراحی بازسازی اربیتال، حجم اربیت و پروجکشن گلوب را در موارد نقص‌های اربیت پس از جراحی کاهنده و بعد از تراوما، برقرار می‌کنند؟

**ماتریال و متدها:** محققین با مطالعه گروهی گذشته‌نگر، نمونه‌های مواردی که تحت بازسازی اولیه یا ثانویه برای دفورمیتی‌های یک طرفه اربیتال، ثانویه به جراحی‌های تراماتیک یا جراحی تومور قرار گرفته بودند را در فهرست وارد کردند. حجم اربیتال و پروجکشن گلوب قبل و بعد از عمل اندازه‌گیری شد و از تست ( matched pairs t-test ) به منظور ارزیابی تفاوت حجم اربیت و پروجکشن گلوب قبل و بعد از عمل استفاده شد.

**نتایج:** ۲۳ بیمار تحت جراحی بازسازی اربیتال با راهنمای هدایت‌گر قرار گرفتند. متوسط تفاوت در حجم اربیت و پروجکشن گلوب بین اربیت عمل نشده و اربیت پس از جراحی، به ترتیب ۱/۳ سانتی‌متر مکعب و ۲/۴ میلی‌متر بود. هر دو اندازه‌گیری‌های نهایی، در محدوده حاشیه‌ای خطای قابل ملاحظه کلینیکی انوفتالموس بود. متوسط تفاوت مطلق در حجم اربیت و پروجکشن گلوب در زمان قبل و بعد از عمل ۵/۱ سانتی‌متر مکعب و ۴/۱ میلی‌متر بود.

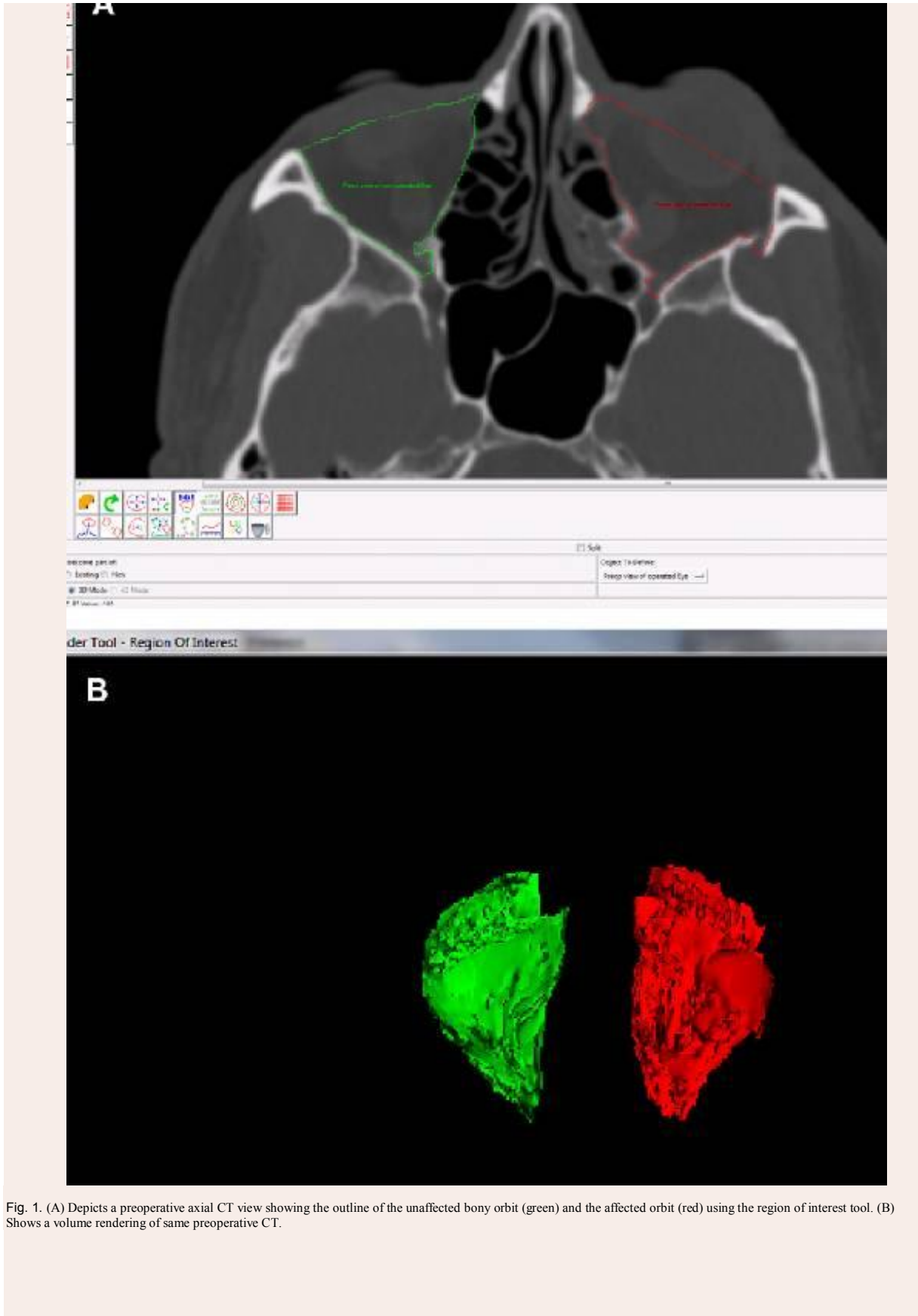


Fig. 1. (A) Depicts a preoperative axial CT view showing the outline of the unaffected bony orbit (green) and the affected orbit (red) using the region of interest tool. (B) Shows a volume rendering of same preoperative CT.



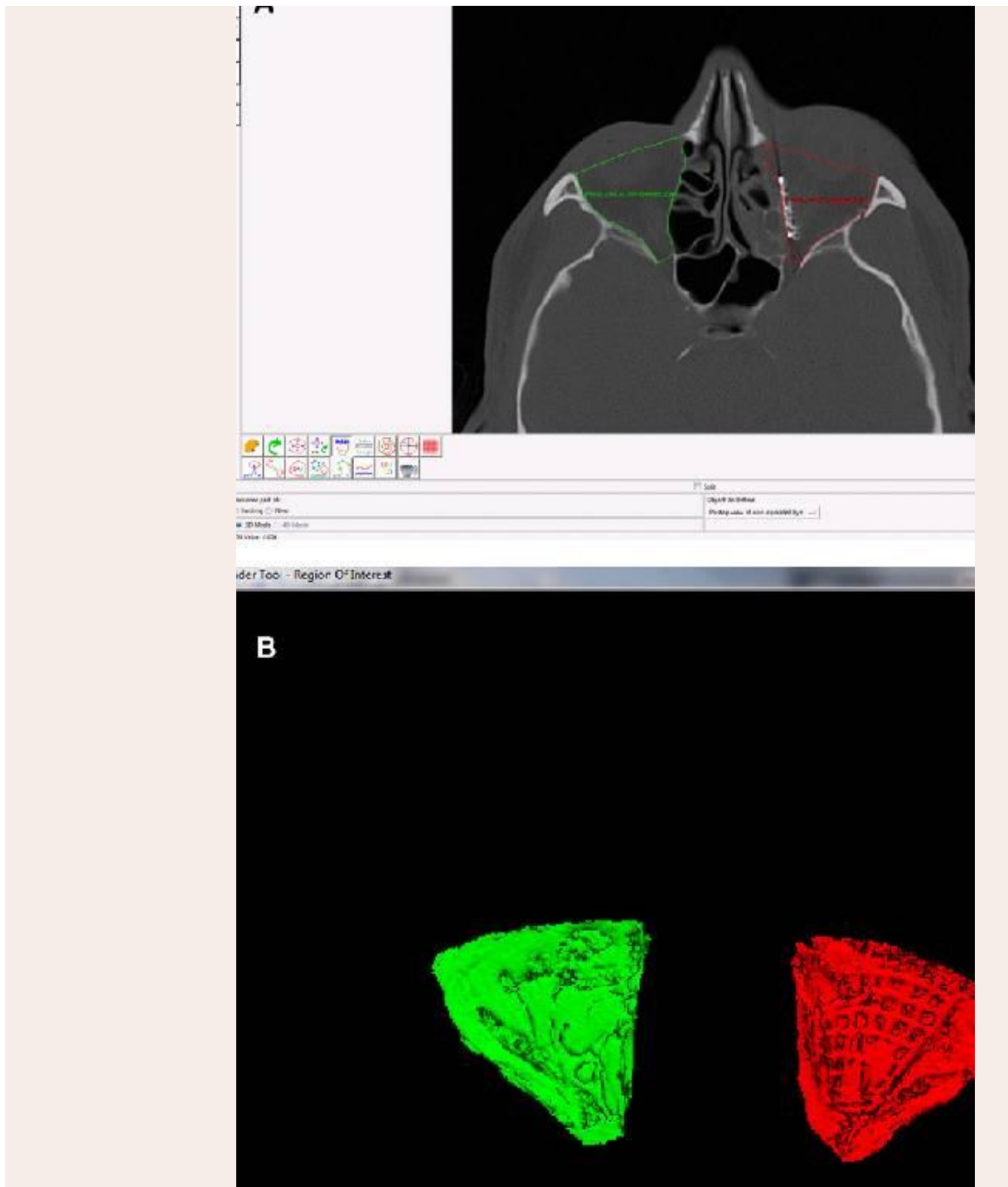


Fig. 2. (A) Depicts a postoperative axial CT view showing the outline of the unaffected bony orbit (green) and the reconstructed affected orbit (red). (B) Shows a volume rendering of same postoperative CT.

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه پیشنهاد می کند که بازسازی اربیتال با استفاده از هدایت گرها در عمل در برقرارکردن حجم طبیعی اربیت و پروجکشن گلوب در نقایص بعد از تراما و بعد از جراحی های کاهنده مؤثر است و اربیت و گلوب را به وضعیت قبل از تراما و قبل از جراحی باز می گرداند.

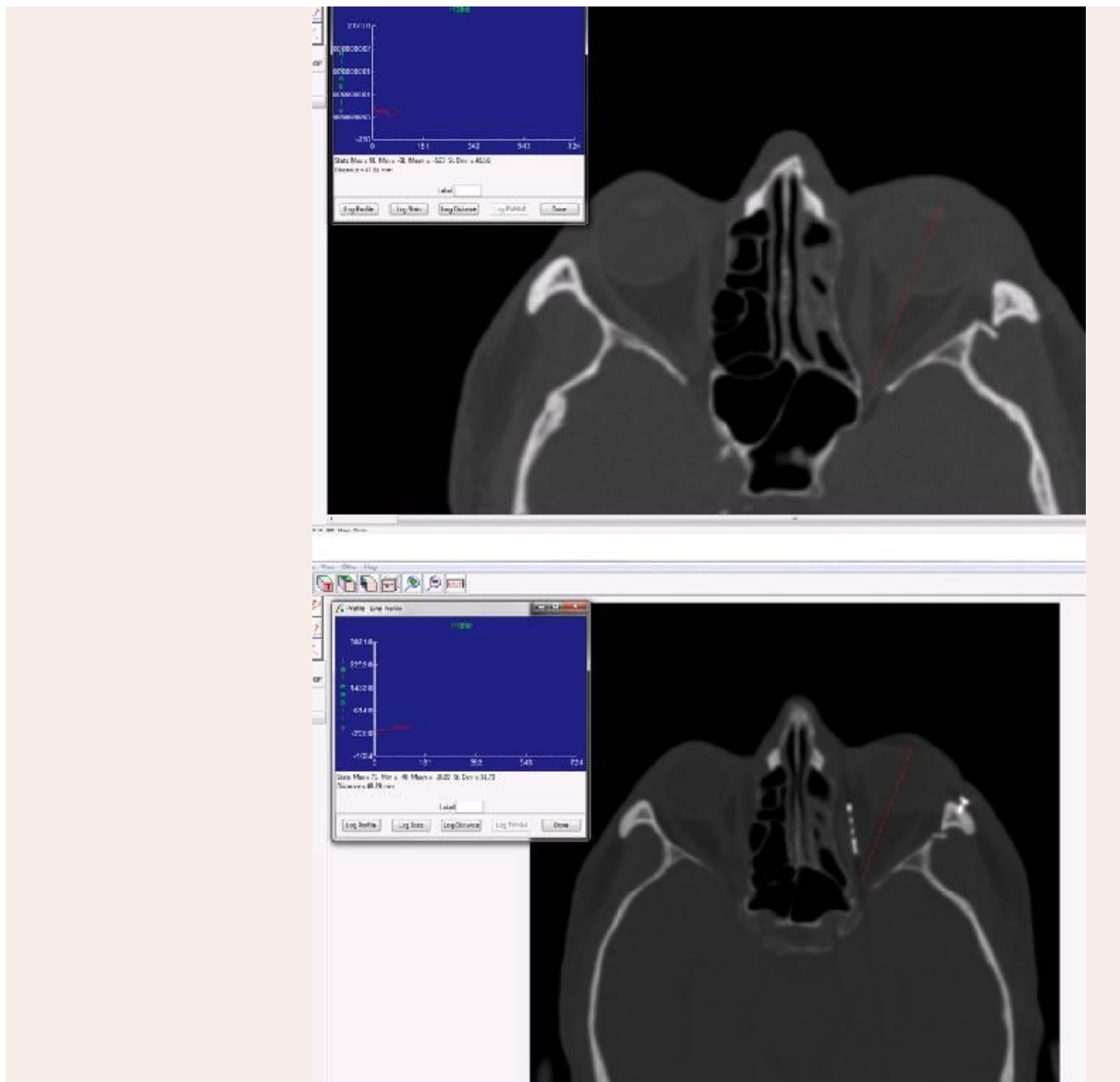


Fig. 3. Depicts measurement of globe projection (orbital foreman to the cornea) in the axial plane using the line profile tool in the pre- (A) and post-operative (B) period.

## عصب ماستریک: منبع قدرت تطبیق پذیری در تکنیک های انیمیشن صورت

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 264–269

# The masseteric nerve: a versatile power source in facial animation techniques

B. Bianchi, A. Ferri \*, S. Ferrari, C. Copelli, L. Salvagni, E. Sesenna

Maxillo-Facial Surgery Division (Head: Professor Enrico Sesenna), Head and Neck Department, University Hospital of Parma, Italy

چکیده:

عصب ماستریک امتیازات بسیاری شامل تلفات کم، نزدیکی آن به عصب صورتی، محرک حرکتی قوی، قابلیت اطمینان و عصب دهی سریع که قابل حصول در بیش تر بیماران است را دارا می باشد. تجدید عصب

دهی ترانس پلانت نوروموسکولار، اندیکاسیون اصلی برای به کارگیری آن است. اخیراً این عصب برای درمان فلج‌های صورتی جدید با نتایج رضایت بخش مورد استفاده قرار گرفته است. ما مطالعه گذشته نگر بر روی ۶۰ بیمار که تدابیر انیمیشن صورتی با استفاده از عصب ماستریک در طول ده سال گذشته داشتند را ارزیابی کردیم. بیماران واجد فلج یک طرفه و دو طرفه اخیر و مستقر یا مادرزادی می‌شدند. عصب ماستریک برای جور شدن و متناسب شدن با عصب صورتی یا به تنهایی و یا در همراهی با گرفت‌های عصبی crossfacial یا برای تجدید عصب دهی ترانس پلانت‌های نوروموسکولار gracilis به کار برده شده است. عصب دهی در تمام موارد موفقیت آمیز و میانگین زمانی ۴ ماه (۵ - ۲ ماه) برای متناسب شدن با عصب صورتی و ۴ ماه (۷ - ۳ ماه) برای ترانس پلانت‌های نوروموسکولار بوده است. زیبایی (متوسط  $n = 15$ ، خوب  $n = 30$  و عالی  $n = 20$ ) ارزیابی شد و در رابطه با نتایج فانکشنال (بدون موردی از عمل کرد معیوب ماضغه ای)، همه بیماران قادر به لبخند زدن و دستیابی به لبخند مستقل از عمل گاز زدن مورد ارزیابی قرار گرفتند.



Fig. 1. Unilateral right facial palsy of 4 months' duration after resection of a tumour of the cerebellopontine angle in a 10-year-old girl (photograph published with the permission of the parents).



Fig. 2. Results of crossfacial nerve grafting and coaptation of the masseteric nerve after 2 years' follow-up (photograph published with the permission of the parents).

عصب ماستریک مورد استفاده بسیاری دارد که شامل به کار بردن آن در هر دو نوع موارد بیماری‌های اخیر و مستقر یا مادرزادی می‌شود. در برخی شرایط این اولین خط درمان است. تلفیق این تکنیک‌ها،

نتایج عالی در فلج های یک طرفه صورت می دهد، بنا براین باید به عنوان یک گزینه معتبر مورد توجه قرار گیرد.



Fig. 3. Unilateral left facial palsy of 5 years' duration after resection of an acoustic neuroma in a 62-year-old woman, who is pictured smiling (photograph published with the permission of the patient).



Fig. 4. Results 16 months postoperatively after a left gracilis neuromuscular transplant had been reinnervated with the masseteric nerve (photograph published with the permission of the patient).

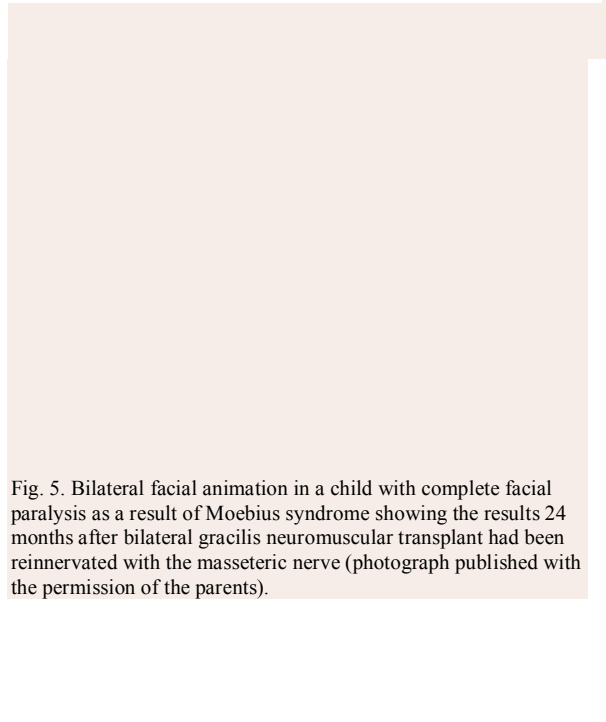


Fig. 5. Bilateral facial animation in a child with complete facial paralysis as a result of Moebius syndrome showing the results 24 months after bilateral gracilis neuromuscular transplant had been reinnervated with the masseteric nerve (photograph published with the permission of the parents).



# نشست‌های علمی ماه تیر

\*کنفرانس علمی ماهانه انجمن گوش، گلو، بینی و سر و گردن

تاریخ ۵ تیر/۱۳۹۳ ساعت ۱۴ - ۸ - ۲ امتیاز

مجری: انجمن جراحان گوش و گلو و بینی و سر و گردن ایران

تلفن واحد مجری: ۴-۸۸۹۷۹۱۰۱ - بیمارستان امیرالمعلم

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.

## رویدادهای علمی بین المللی

### CONGRESS

XXII CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR CRANIOMAXILLO-FACIAL SURGERY  
23e26 September 2014, Prague, Czech Republic  
President e Dr Daniel Hrusak.

Website: [www.eacmfs2014.com](http://www.eacmfs2014.com)

### EACMFS EDUCATIONAL ROLLING PROGRAMME

THE BRUGES 3D ORTHOGNATHIC COURSE - THE 'LOBSTER COURSE'

30 June e 3 July 2014, Bruges, Belgium

Contact: Mrs W Cortier, Mrs L Bultinck

Emails: [wendy.cortier@azsintjan.be](mailto:wendy.cortier@azsintjan.be),

[lindsay.bultinck@azsintjan.be](mailto:lindsay.bultinck@azsintjan.be)

Tel: þ32 50 45 22 60

Fax: þ32 50 45 22 79

### BRUSSELS ORTHOGNATHIC ATOMIUM COURSE

4e7 August 2014, Brussels, Belgium

Course Director: Prof M Mommaerts

Course Contact: Mrs Kelly Bosman

Email: [maxfac@uzbrussel.be](mailto:maxfac@uzbrussel.be)

### INTERNATIONAL COURSE FOR IMPLANTOLOGY

11e12 August 2014, Aachen, Germany

Contact: Prof F Hölzlehoelzle

Email: [Hölzlehoelzle@ukaachen.de](mailto:Hölzlehoelzle@ukaachen.de)

1010-5182/\$ e see front matter

[http://dx.doi.org/10.1016/S1010-5182\(14\)00174-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1010-5182(14)00174-7)

### 16TH SOUTH COAST ANATOMY COURSE

15e19 September 2014, Salisbury, UK  
Surgical Anatomy of head and neck access and reconstruction: a cadaveric dissection course.

Contact: Miss Kerry Herd, Mr I P Downie

Email: [kerryherd1@doctors.org.uk](mailto:kerryherd1@doctors.org.uk)

### CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

4e6 November 2014, Coventry, UK

Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat.

Email: [liviu-cernat@uhcm.nhs.uk](mailto:liviu-cernat@uhcm.nhs.uk)

### 42ND INTERNATIONAL COURSE FOR FLAP RAISING

4e6 December 2014, Munich, Germany

Senior Course Chairman: Univ.-Prof. K.-D. Wolff

Course Chairman: Mr. D. Mitchell

Chairman, Organisation & Registration: Univ.-Prof. F. Hölzle

University Hospital Aachen

Tel: þ49 (0) 241 80 88231

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

Website: [http://www.ukaachen.de/kliniken-](http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuermund-kiefer-und-gesichtschirurgie/alle-veranstaltungen/aktuell.html)

[institute/klinik-fuermund-kiefer-und-gesichtschirurgie/alle-veranstaltungen/aktuell.html](http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuermund-kiefer-und-gesichtschirurgie/alle-veranstaltungen/aktuell.html)

html

### 43RD INTERNATIONAL COURSE FOR FLAP RAISING

26e28 February 2015, Aachen, Germany

Senior Course Chairman: Univ.-Prof. K.-D. Wolff

Course Chairman: Mr. D. Mitchell

Chairman, Organisation & Registration: Univ.-Prof. F. Hölzle  
University Hospital Aachen  
Tel: þ49 (0) 241 80 88231  
Email: [mkg-chirurgie@ukaachen.de](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de)  
Website: <http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuermund-kiefer-und-gesichtschirurgie/alle-veranstaltungen/aktuell.html>

**44TH INTERNATIONAL COURSE FOR  
MICROSURGERY & FLAP  
RAISING**

18e20 March 2015 Block I Anatomical Course for Flap Raising

23e27 March 2015 Block II Microsurgical Exercise Course

Bochum, Germany

Senior Course Chairman: Univ.-Prof. K.-D. Wolff

Course Chairman: Mr. D. Mitchell

Course Chairman: Mr. A. Kanatas

Chairman, Organisation & Registration: Univ.-Prof. F. Hölzle

Tel.: þ49 (0) 241 80 88231

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

Website: <http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuermund-kiefer-und-gesichtschirurgie/alle-veranstaltungen/aktuell.html>

**ORAL DISEASE – AN UPDATE IN DIAGNOSIS,  
PATHOLOGY AND  
TREATMENT**

24e25 October 2015, Salzburg, Austria

Contact: Ms Silva Hager

Email: [s.hager@salk.at](mailto:s.hager@salk.at)

Telephone: þ43 662 4482 3601

**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](mailto:j.braun@mkg.uni-kiel.de)

Website: <http://www.imasder.org>

**EACMFS SCIENTIFICALLY SPONSORED  
MEETINGS**

**INTERNATIONALBERND-SPIESSL-  
SYMPOSIUM10THANNIVERSARY**

19e21 June 2014, Basel, Switzerland

Congress Secretary: Katalin Bohner, Irmi Schwartz

Email: [kbohner@uhbs.ch](mailto:kbohner@uhbs.ch), [ischwartz@uhbs.ch](mailto:ischwartz@uhbs.ch)

**ESTABLISHING A MODERN SALIVARY GLAND  
PRACTICE**

One year course with 4 study days:

**MY RHINOPLASTY LONDON 2014**

Day 1 – 1st October 2014

Day 2 – 7th January 2015

Day 3 – 15th April 2015

Day 4 – 15th July 2015

Contact: Prof M McGurk

Email: [mark.mcgurk@kcl.ac.uk](mailto:mark.mcgurk@kcl.ac.uk)

Telephone: 0044 (0) 20 71884349

Website:

<http://www.surgicalcourseslondon.co.uk/index.html>

**EACMFS ANNOUNCEMENT OF OTHER  
COURSES**

**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: [apdc2014@kenes.com](mailto:apdc2014@kenes.com)

**BAOMS ANNUAL MEETING**

2e4 July 2014, Edinburgh, Scotland

Contact: Sarah Durham

Email: [office@baoms.org.uk](mailto:office@baoms.org.uk)

**FACE, LIPS, NOSE, EYELIDS, AURICLE AND  
SCALP FLAP COURSE**

1e2 September 2014, Nottingham, UK

Hands-on Human Cadaver Dissection Course.

Course Director: Sammy Al-Benna

Email: [info@instituteofsurgery.org](mailto:info@instituteofsurgery.org)

Website: <http://instituteofsurgery.org/8.html>

**FINESSE IN FACIAL PLASTIC SURGERY - THE  
REGENSBURG COURSE  
2014**

10e14 September 2014, Regensburg, Germany

Associate Course Director - Veronika Vielsmeier

Contact: [secretary@facial-plastic-surgery.eu](mailto:secretary@facial-plastic-surgery.eu)

Website: [www.facial-plastic-surgery.eu](http://www.facial-plastic-surgery.eu)

**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: [sfscmfco2014@univ-lyon.fr](mailto:sfscmfco2014@univ-lyon.fr)

**29TH WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL  
COLLEGE FOR  
MAXILLO-FACIAL-SURGERY**

7e11 October 2015, Limassol, Cyprus

Congress President: Zoe Nicolaou

Contact: Melina Limnati

Email: [info@znmaxillofacial.com](mailto:info@znmaxillofacial.com).

Telephone: 00357 25761010

19e21 November 2014, London, UK  
Where aesthetics and reconstruction meet.  
Course contact: Samantha Womack  
Email: [samantha.womack@aesculap-academy.com](mailto:samantha.womack@aesculap-academy.com)

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.