

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.12 Agust. 2014

شماره ۱۲ مرداد ۱۳۹۳



به نام خدا

ماهنامه جراحی فک و صورت - تازه‌ها یک‌ساله شد. این ماهنامه با انتشار دوازده شماره منظم در ابتدای هر ماه برای همکاران جراح فک و صورت و دندان‌پزشکان و گروهی از پزشکان رشته‌های وابسته بالینی و علاقه‌مندان به ماه نامه ارسال شده است. در این مدت، این نشریه با عنوان تازه‌های جراحی فک و صورت به معرفی مقالات علمی منتخب از نشریات معتبر بین‌المللی رشته جراحی دهان و فک و صورت پرداخته است تا با معرفی موضوعات رشته و آخرین دستاوردهای آن در کشورهای مختلف، ضمن آشنایی با فعالیت‌های علمی همکارانمان در کشورهای دیگر، زمینه ارتباطی لازم بین رشته‌های وابسته بالینی در داخل کشور نیز تقویت شود.



هم‌چنین تلاش شده است که اخبار نشست‌های علمی ماه که شرکت در آن‌ها می‌تواند برای همکاران مفید باشد به اطلاع ایشان رسانده شود. در این مدت تلاش کردم که ماه‌نامه با نظم انتشاراتی، در ابتدای هر ماه به دست شما عزیزان برسد. دوم این‌که از نظرات و دیدگاه‌های دوستان عزیز در جهت بهینه‌سازی کیفیت نشریه بهره‌مند شوم. در ادامه راه نیز از دوستان می‌خواهم که با همیاری فکری خود در جهت ارتقاء نشریه من را یاری‌رسانند. در آغاز دومین سال انتشار، از همکاران سایت خوب و خواندنی دندان که در معرفی ماه‌نامه موثر بودند صمیمانه سپاسگزاری می‌کنم. با درود و سپاس بی‌کران از همه دوستان عزیز و گران‌قدری که همواره با پیام‌های پر مهر خود اراده‌ام را در ادامه راه بیش از پیش توانمندتر کرده‌اند.

دکتر میترا میرمحمدی

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته « جراحی فک و صورت – تازه‌ها »
سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی www.omfs.ir را مشاهده فرمائید.

لیفت بالشتک چربی باکال:

تکنیک آلترناتیوی برای آگمنتاسیون گونه

Buccal Fat Pad Lifting: An Alternative Open Technique for Malar Augmentation

Kazem Khiabani, DDS, OMFS,* Seied Omid Keyhan, DDS, OMFS,y
Payam Varedi, DDS,z Seifollah Hemmat, DDS, OMFS,x Roohollah Razmdideh, DDS,k
and Elham Hoseini, DDS {Iran.

2014 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
J Oral Maxillofac Surg 72:403.e1-403.e15, 2014

هدف: هدف از این مطالعه، آشنایی با تکنیک جدیدی برای آگمنتاسیون گونه با استفاده از فلپ‌های پایه ای بالشتک چربی باکال و ارزیابی نتایج درازمدت و عوارض این تکنیک بود.

ماتریال و متدها: محققین تجربه کلینیکی آینده نگری را طراحی و به کار بردند. از ژوئن ۲۰۱۱ تا ژوئن ۲۰۱۲ بیماران که بنا به دلایل استتیک یا تراما (به علت شکستگی‌های کمپلکس زایگوماتیکوماگزیلاری شدیداً خرد شده یا قدیمی که نمی‌شد به طور دقیق جا اندازی کرد) مورد جراحی آگمنتاسیون گونه با استفاده از فلپ‌های پایه ای بالشتک چربی باکال قرار گرفتند. برآمد اولیه متغیرها شامل میزان آگمنتاسیون و رزپشن (توسط مقایسه نماهای فتوگرافی قبل و بعد از عمل) و درد، تورم، کبودی و جراحات مجاری پاروتید و اعصاب تخمین زده شدند.

تکنیک جراحی: بالشتک چربی Bichat می‌تواند به سه طریق برداشته شود: (۱) برش غشاء مخاطی باکال یک سانتی‌متر زیر محل خروجی مجرای پاروتید (متد Matarasso) (۲) برش پشت محل خروجی مجرای پاروتید (متد Stuzin) و (۳) برشی در سالکوس جینجیووباکال فوقانی در دیواره سوپریومیال فضای باکال که متداول ترین نوع است.

در سومین طریق دسترسی (که دسترسی ارجح ما است)، برش اولیه (یک برش وستیبولار ۳ - ۲ سانتی‌متری) از مولر دوم به پره مولر اول انجام می‌شود و در مخاط، عضله بوکسیناتور و پریوست گسترش می‌یابد. دایسکشن ساب پریوستال محدود شده استخوان گونه به اجرا در می‌آید. چربی Bichat تقریباً همیشه در طول برش وستیبولار در ناحیه مولر دوم اکسپوز می‌شود. اگر این اتفاق نیفتد، برش کوچکی در پریوست زده می‌شود و دایسکشن بلانت داخل عضله انجام می‌شود و بالشتک چربی می‌تواند از درون آن بیرون زده شود. فاسیای کپسولار که بالشتک چربی را می‌پوشاند با استفاده از ابزارهای کند دست نخورده باقی گذاشته می‌شود و لایه فاسیای چسبنده دیواره فضای باکال از بالشتک چربی Bichat دایسکت می‌شود تا از کشش ساختارهای عصبی که از دیواره لترال فضای باکال عبور می‌کنند پرهیز شود. (Fig 1)

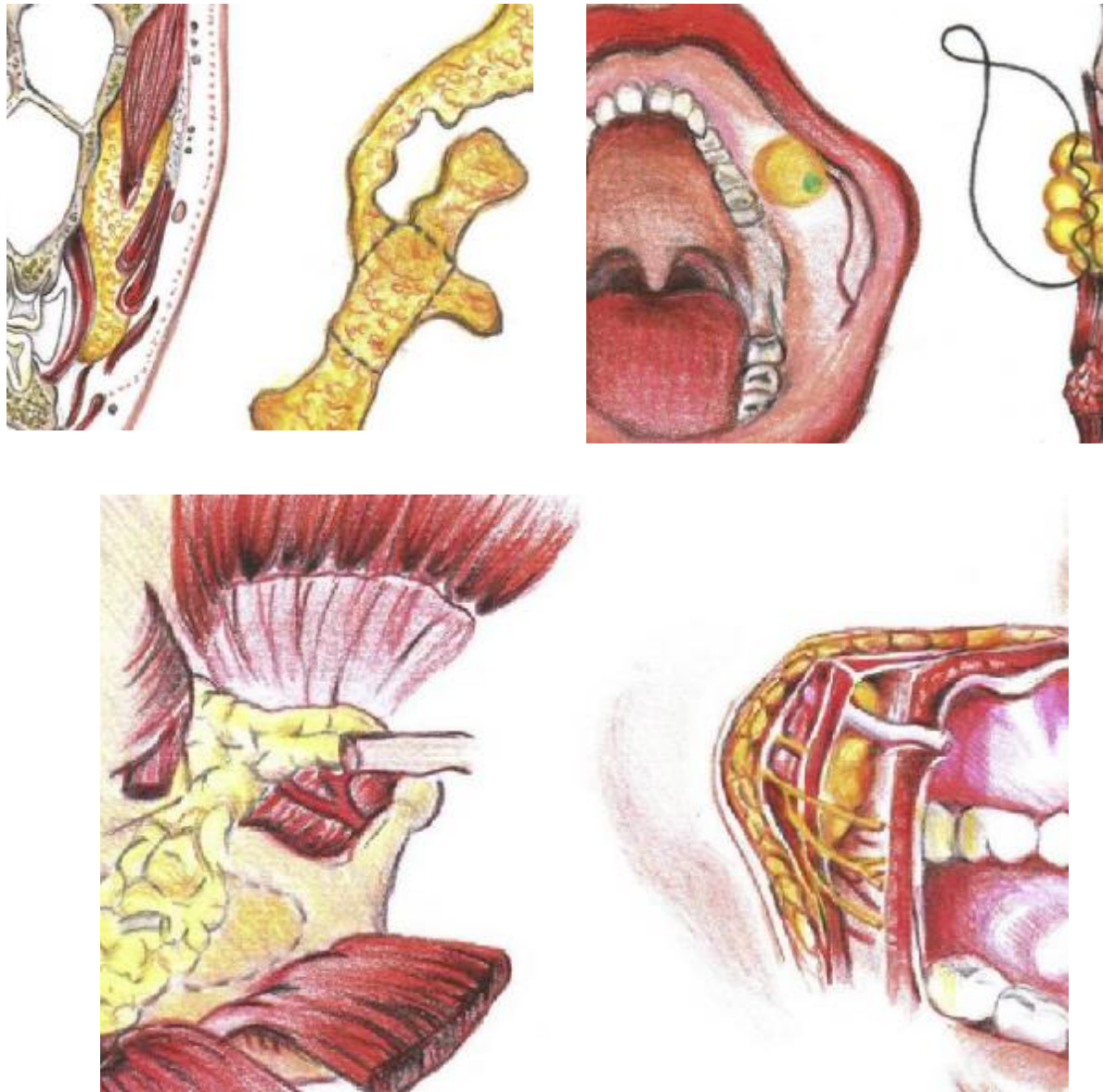


FIGURE 1. A to F, Schematic views of the relevant anatomy of the buccal fat pad.

بالشتک چربی Bichat را باید آزاد کرد که به آسانی به عنوان فلپ پایه ای قابلیت تحرک و تغییر مکان داشته باشد. (Fig 2 B to F).



FIGURE 2. Intraoperative views. A, Intraoperative measurement of malar projection. B to F, Intraoperative views of surgical technique.

عروق روی فاسیای بالشتک چربی را اغلب می توان مشاهده کرد. در گام بعد، یک برش پره اربیتال یک سانتی متری (Fig 2 F) یا یک برش ترانس کونجاکتیوال انجام می شود. دایسکشن ساب کوتانوس در ناحیه مالار مشخص شده با قیچی یا کانولا انجام می شود و پاکت پوستی ایجاد می گردد. در پایین ترین قسمت پاکت، با برشی به طرف استخوان، پاکت پوستی به برش داخل دهانی متصل می شود. یک بخیه با نخ نایلون ۰ - ۲ با سوزن به بالشتک چربی Bichat زده می شود (Fig 2F) و انتهای بخیه به پاکت پوستی نقب زده می شود. (Fig 2 F) فلپ پایه تغییر مکان داده شده به بافت های اطراف بخیه زده می شود. برش های داخل و خارج دهانی بخیه زده می شوند.



برای ارزیابی بیماران و تکنیک، یک تکنیک آنالیز صورتی ۲ بعدی، که در مقاله قبلی مؤلفین توضیح داده شده، قبل از عمل و ۱ سال بعد از عمل مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: در ۱۳ بیمار (۸ مرد و ۵ زن) که مورد آگمنتاسیون گونه ای در ناحیه استخوان گونه با استفاده از تکنیک فلپ بالشتک چربی باکال قرار گرفتند، یک سال پس از جراحی میانگین مقدار رزپشن ۰/۳۷۶ میلی متر بود. دیگر عوارض بزرگ، از قبیل کبودی طولانی مدت، هماتوم وسیع، درد شدید، آسیمتری و جراحی مجرای پاروتید بررسی نشدند.



FIGURE 3. Photographic views. A,B, Preoperative views. C,D, Postoperative views

نتیجه گیری: این نتایج نشان می‌دهد که این تکنیک جدید قابل دستیابی می‌تواند به عنوان متدی آلترناتیو برای درمان افتادگی کم تا متوسط گونه در بیماران مورد جراحی استتیک و بعد از تراما مورد توجه قرار گیرد.

عفونت با منشاء دندانی و pachymeningitis سینوس کاورنوس

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) e27–e29

Short communication

Odontogenic infection and pachymeningitis of the cavernous sinus

Anson Jose, Shakil Ahmed Nagori, Ongkila Bhutia, Ajoy Roychoudhury

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, **India**

مقدمه: عفونت‌های دندانی به ندرت به فضای داخل جمجمه ای گسترش می‌یابند و مشکلاتی چون ترومبوز سینوس کاورنوس، آبسه یا مننژیت ایجاد می‌کنند.

Hypertrophic pachymeningitis یک وضعیت نادر است که شامل ضخیم شدن التهابی دورال می‌باشد. بیش‌ترین موارد با عامل ناشناخته اند، اما التهاب، عفونت و پروسه‌های بدخیم جزء عوامل شناخته شده اند. ما اولین مورد pachymeningitis سینوس کاورنوس با احتمال وجود منشا دندانی را گزارش می‌کنیم.

گزارش مورد: مرد ۶۰ ساله ای با سابقه مصرف طولانی تنباکو و شاه دانه، با درد در ناحیه مولر دوم سمت راست ماگزیلا مراجعه کرد. در معاینه، ریشه قطع شده ای به همراه لثه ملتهب مشاهده شد. توصیه به خارج کردن فوری ریشه را بیمار نپذیرفت.



Fig. 1. Involvement of the VI cranial nerve indicated by paralysis of the right lateral rectus muscle.

یک ماه بعد، بیمار با سر درد متناوب در سمت راست پیرامون چشم، پتوز پلک سمت راست، اِدِم مختصر اطراف چشم و تاری دید در چشم راست مراجعه کرد: ophthalmoplegia کامل (اعصاب جمجمه ای (III, IV, VI) (شکل ۱) همراه با مردمک گشاد شده بدون پاسخ و پارستزی شاخه VI عصب V کرانیال در سمت مبتلا وجود داشت.

بیمار ادم و احتقان در حدقه چشم نداشت. تاریخچه پزشکی او نشانی در مورد علائم او مطرح نکرد.

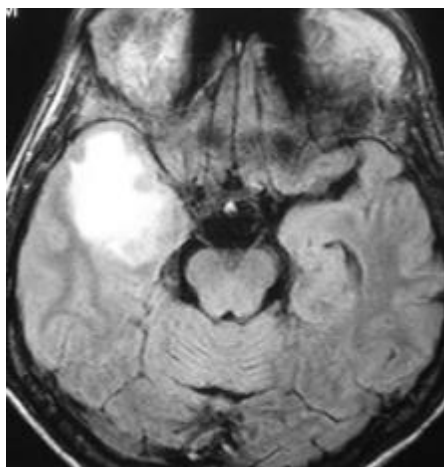


Fig. 2. Magnetic resonance axial image after contrast showing intense enhancement in the region of right cavernous sinus.

در آزمایش، ESR بسیار افزایش یافته بود اما عملکرد کلیه و کبد بیمار نرمال بود. MRI از مغز بیمار گسترش یک‌نواخت و شدید افزایش ضخامت مننژ سینوس کاورنوس راست در امتداد قطب تمپورال راست را نشان داد (شکل ۲) و هیچ ترومبوزی در سینوس‌های دورال دیده نشد. آزمایش مایع مغزی-نخاعی (CSF) افزایش متوسطی را در تراکم پروتئین نشان داد. در کشت و رنگ آمیزی خون و ادرار هیچ میکروارگانیسمی یافت نشد. بررسی‌ها جهت توبرکلوز، HIV و ویروس هرپس و هیپاتیت B, C و سیفلیس و میزان آنتی‌بادی‌های آنتی نوکلئار (ANA) و آنتی‌بادی‌های سیتوپلاسمی آنتی نوتروفیل (CANCA) و فاکتور روماتوئید (RF) و رادیوگرافی قفسه سینه و تجمع سرمی آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین و آنتی ژن اختصاصی پروستات در محدوده نرمال بود.

بیمار از بیوپسی دوران امتناع کرد. معاینه داخل دهانی قرمزی و حساسیت در ناحیه سمت راست ماگزیلا در ناحیه ریشه مولر دوم و تورم وستیبول را نشان داد.

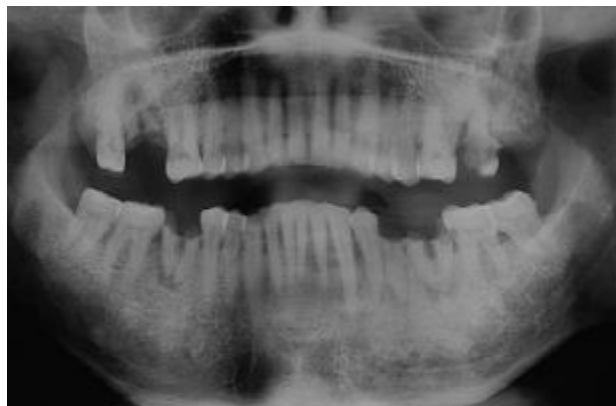


Fig. 3. Orthopantomogram showing the periapical lesion in relation to the root of the right maxillary second molar.

OPG ضایعه ای در اطراف ریشه را نشان داد. (شکل ۳) ریشه خارج شد و چرک از ناحیه vestibule تخلیه شد. در کشت، رشد استافیلوکوک کواگولاز منفی را نشان داد. بیمار با steroid, Vancomycin, Ceftriaxone, و درمان شد که منتج به بهبود قابل توجه در عملکرد اعصاب طی ماه بعد شد.

بحث: Pachymeningitis به التهاب مزمن همراه با افزایش ضخامت دورا اطلاق می‌شود که ممکن است در یک نقطه یا چند نقطه باشد. اگرچه این اصطلاح به صورت صحیح بیماری را تعریف نمی‌کند زیرا ماده سفید مغز و عنكبوتیه نیز با امتزاج هر سه لایه مننژ توسط یک غشای فیبروتیک محکم در این بیماری درگیر هستند. Charcot, joffroy اولین مورد pachymeningitis را در سال ۱۸۶۹ گزارش کردند که مرتبط با سفیلیس بود. پس از آن، موارد دیگری نیز گزارش شد که اغلب دارای اتیولوژی ناشناخته بودند. بنابراین شرایط می‌تواند به یکی از دو صورت اولیه یا ایدیوپاتیک بدون تشخیص دلیل مشخص و یا ثانویه در اثر خود ایمنی، عفونی یا پروسه اینفیلتراسیون باشد. سردرد و درگیری متعدد اعصاب مغزی بر اساس محل درگیری، علائم شایع را تشکیل می‌دهند.

بر اثر درگیری سینوس کاورنوس، دیواره مننژیال فیبروز و ضخیم شده و در نتیجه به اختلال عصبی اعصاب مربوط (III, VI) می‌انجامد. در بررسی این بیماران، باید تمامی فاکتورهای اتیولوژیک دیگر را حذف کرد. شرایط گرانولوماتوز (مانند سارکوئیدوز یا گرانولوماتوز وگنر)، عفونت (توبرکلوز یا سفیلیس)، واسکولیت، اختلالات بافت همبند و شرایط بدخیمی می‌بایست رد شوند.

علائمی از افزایش ضخامت دورا با افزایش کنتراست پس از تزریق ماده حاجب در MRI وجود دارد. بررسی CSF ممکن است بدون تغییرات باشد یا حداقل تغییرات را نشان دهد. با بیوپسی از دورا می‌توان میان موارد ایدیوپاتیک و ثانویه افتراق داد. در عدم حضور عامل ممکنه، مورد به عنوان ایدیوپاتیک در نظر گرفته می‌شود.

تشخیص‌های افتراقی شامل سندروم Tolosa – Hunt، کاهش فشار خون داخل جمجمه ای و مننژیت نئوپلاستیک در اثر لنفوما، لوسمی، آدنوکارسینوم، ملانوما یا مننژیوما می‌شود. استروئیدها اولین خط درمانی به همراه آنتی بیوتیک مناسب جهت عفونت هستند.

عفونت‌های گوش به‌عنوان یک عامل pachymeningitis معرفی شده است اما هیچ گزارشی از پروسه‌های دندانی نداریم. می‌دانیم که عفونت‌های دندانی می‌توانند توسط گسترش مستقیم در امتداد پلن‌های فاسیایی

یا از طریق مسیر خونی به سینوس کاورنوس گسترش یابند. در این مورد پس از بررسی جزئیات عوامل اتیولوژیک ممکن، ریشه عفونی در ماگزیلا به عنوان عامل احتمالی مورد نظر قرار گرفت. نمونه برداری از دورا همراه با جداسازی باکتری می‌توانست شواهد بهتری فراهم کند اما مورد پذیرش بیمار قرار نگرفت. اگر چه ما بر این باوریم که در فقدان عوامل دیگر، عفونت مزمن دندانی او و احتمال گسترش عفونت از مسیر پتریگوئید و پاسخ به آنتی بیوتیک نشان دهنده ارتباط مشخص بین این دو شرایط است.

درآوردن استخوان ماهی وارد شده به مجرای پاروتید به کمک اندوسکوپ:

یک مورد غیر معمول

Endoscopically Assisted Removal of a Fish Bone Penetrating the Parotid Duct: An Unusual Case

Yukio Yamano, DDS, PhD,* Katsuhiro Uzawa, DDS, PhD,^y Hiroshi Ito, MD, PhD,^z

and Hideki Tanzawa, MD, DDS, PhD^{Japan}.

J Oral Maxillofac Surg 72:1343-1349, 2014



FIGURE 1. Photograph of the left buccal mucosa. The orifice of Stensen's duct was slightly inflamed. The foreign body could be palpated using a probe at a depth of about 32 mm in the parotid duct. No penetrating injuries resulting from the foreign body were seen in the oral cavity.

هدف: هدف ارزیابی مؤثر بودن جراحی اندوسکوپیک برای درآوردن جسم خارجی (استخوان ماهی) است که در عمق مجرای پاروتید وارد شده بود .

بیماران و روش ها: ما مورد آقای ۶۷ ساله ای با تورم منتشر گونه و خروج چرک از محل خروجی مجرای پاروتید به علت ورود استخوان ماهی به مجرا را گزارش می‌کنیم. معاینات قبل از عمل با استفاده از اولترا سونوگرافی و CT ، جسم خارجی خطی شکل را نشان داده بود.

نتایج: تصور می‌شد که استخوان ماهی عمیقاً در مجرای پاروتید نفوذ کرده است. به علت این که ما مشکلاتی را در برداشتن استخوان ماهی به طریق اندوسکوپیک انتظار داشتیم، بنابراین از ترکیب دسترسی اندوسکوپیک و جراحی باز استفاده کردیم.

نمای اندوسکوپیک نشان داد که قسمتی از استخوان ماهی وارد بافت نرم دیواره مجرای پاروتید شده بود ولی استخوان ماهی به طریق اندوسکوپیک نمی‌توانست درآورده شود. به کمک اندوسکوپ، استخوان ماهی نهفته توسط جراحی داخل دهانی درآورده شد. نتایج کلینیکی در طول ۱۰ ماه پایش بدون هیچ شواهدی از عوارض آن رضایت بخش بود.

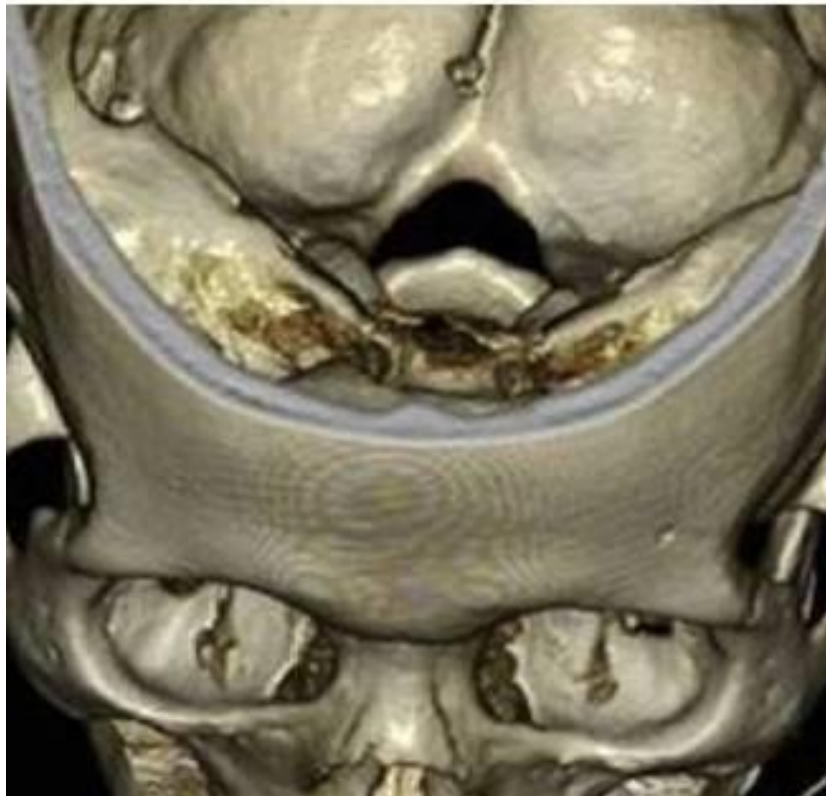
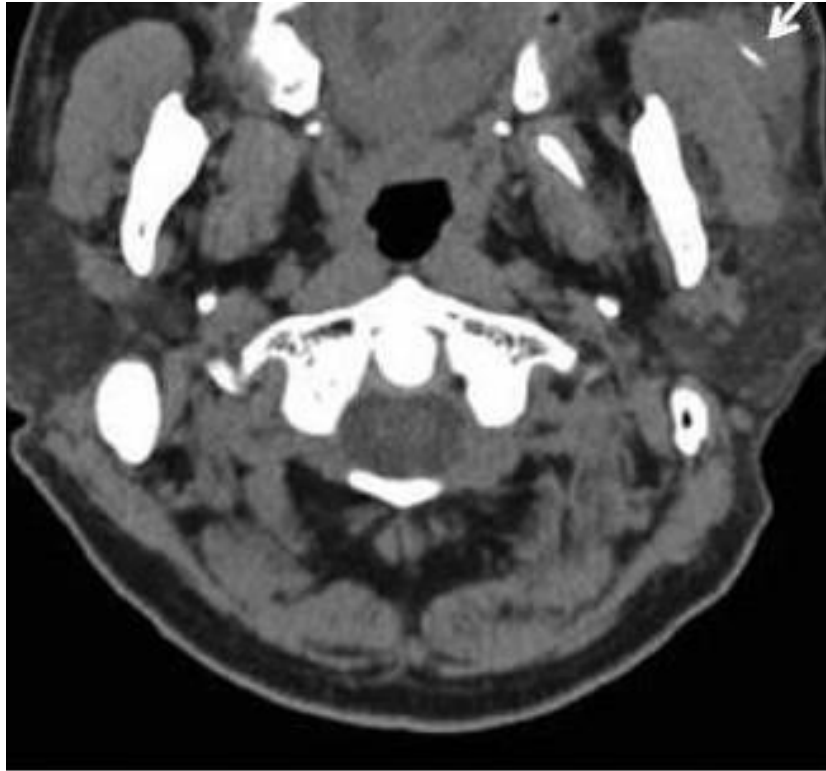


FIGURE 2. A, Axial computed tomography (CT) scan showing a portion of linear calcification in the left anterior masseter muscle with a lowdensity area (arrow). B, A 3-dimensional CT image showing linear calcification (arrow).

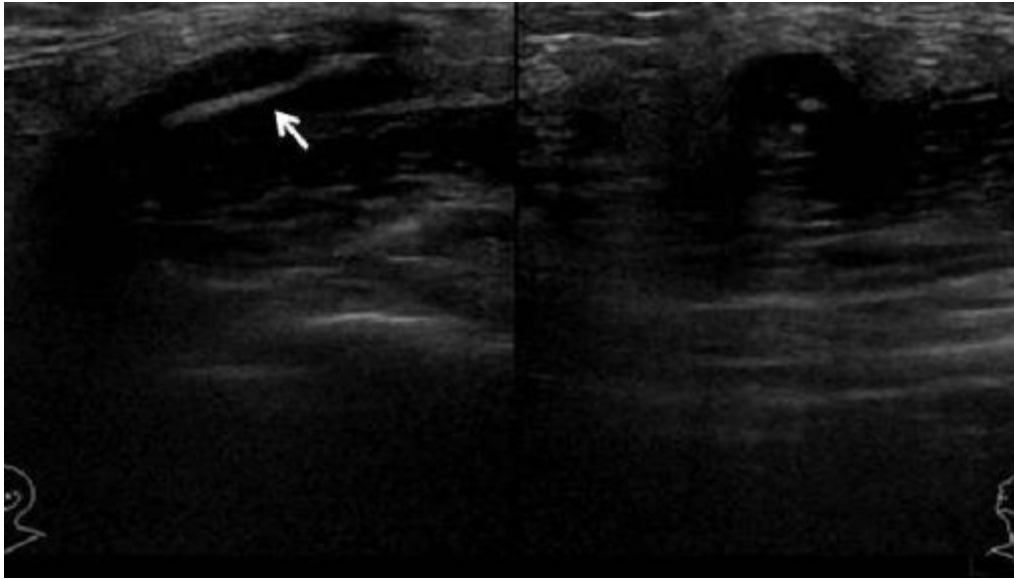


FIGURE 3. Ultrasound scan showing a linear foreign body-like hyperechoic area (16.0 _ 0.9 mm; arrow)

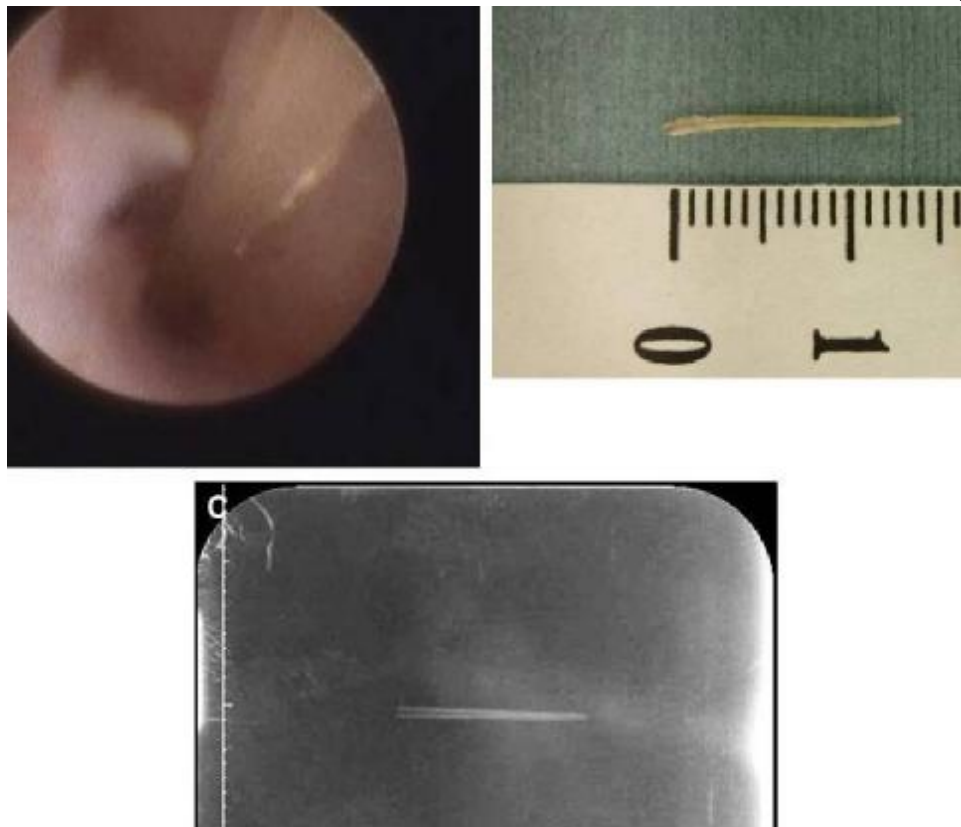


FIGURE 4. A, Endoscopic view of the fish bone from Stensen's duct. B, The fish bone that had penetrated the parotid duct. C, Radiograph of the removed fish bone.

نتیجه گیری: تلفیق دسترسی جراحی و اندوسکوپی به نتیجه بی خطر و مؤثری در درآوردن جسم خارجی از مجاری بزاقی می انجامد که با استفاده از سیالاندوسکوپی به تنهایی قابل حصول نیست.



FIGURE 5. The location of the fish bone embedded in the parotid duct. The arrow indicates the direction of the penetration of the fish bone into the adjacent soft tissue.

بازسازی تأخیری گوش

گزارش نمونه از بازسازی گوش از جا کنده شده ۲ روز پس از جراحی

Delayed Ear Reconstruction: Case Reports of Reconstruction of an Avulsed Ear 2 Days After Injury

Hans C. Brockhoff II DDS, MD,* and Michael Zide, DMD **Dallas, TX.**
J Oral Maxillofac Surg 72:1432.e1-1432.e4, 2014

دوباره متصل کردن گوش و بازسازی آن به دنبال از جا کنده شدن تراماتیک گوش، یک مسئله چالش برانگیز جراحی است. متدهای بازسازی پیشنهادی شامل دوباره متصل سازی مستقیم، گرفت کامپوزیت، متدهای پاکت (تشکیل کیسه)، پوشش با فلپ‌های پره اوریکولار و جراحی ترمیمی میکروسکوپی می‌شود. تجدید اتصال و قراردادن قسمت بریده شده در زیر فلپ پشت گوشی، جایگزین شناخته شده ای است. در گزارش فعلی، گوش مرد ۲۲ ساله ای که کاملاً با گاز گرفتگی و از جا کنده شدن کامل بخشی از گوش، به عنوان گرفت آزاد در بازسازی گوش دوباره پیوند شد را معرفی می‌کنیم. دو روز بعد از آن، غضروف زیر فلپ پشت گوشی ذخیره شد. ۲ روز بعد پوست قطعه کنده شده سیاه و بی خون بود. قطعه کنده شده از گوش برداشته شد. پوست روی آن از روی گوش متصل دایسکت شد و پری کندریوم بر روی سطح مدیال گوش باقی گذاشته شد. غضروف سپس دوباره متصل شد. پاکت فلپ پشت گوش ایجاد و به فاسیای پشت گوشی متصل گردید و روی آن با پوست بسته شد. پنج هفته بعد، برای بیمار تقسیمات الحاق فلپ با گرفت پوستی با ضخامت کامل به سطح پشتی گوش انجام شد..



FIGURE 1. Initial reattachment of the ear in the emergency room.



FIGURE 2. Postauricular flap opened



FIGURE 3. Postauricular flap closed.



FIGURE 4. Right supraclavicular harvest site.



FIGURE 5. Division of the flap at 5 weeks postoperatively



FIGURE 6. View at 15 weeks postoperatively

بیوپسی sentinel node در ارتباط با survival کارسینومای کف دهان

Sentinel node biopsy in relation to survival in floor of the mouth carcinoma§

J. Alvarez, A. Bidaguren, M. McGurk, G. Diaz-Basterra, J. Brunso', B. Andikoetxea, J. C. Marti'n, L. Barbier, I. Arteagoitia, J. A. Santamarı'a. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2014; 43: 269–273. **UK**

نتایج امید بخشی در مراحل زود هنگام کارسینومای دهان توسط (SNB) sentinel node biopsy به دست آمده است، ولی کف دهان به عنوان محلی با ریسک تشخیص نادرست این ضایعه باقی مانده است. یک مطالعه گذشته‌نگر و آینده‌نگر برای ارزیابی SNB طراحی شد که در آن مقایسه بین میزان بقای بیماران در مراحل اولیه کارسینومای کف دهان که برایشان SNB انجام شد با گروه کنترل که به شکل رایج توسط ترکیبی از بررسی های کلینیکی و دایسکشن گردنی الکتیو (END) مورد درمان واقع شدند صورت گرفت. مجموعاً ۶۳ بیمار در مراحل اولیه کارسینومای کف دهان در طی سال‌های ۲۰۰۵ - ۱۹۹۱ تحت درمان قرار گرفتند. در گروه کنترل برای ۲۶ بیمار END انجام شد و ۹ بیمار زیر مراقبت نزدیک بودند. در گروه آزمایش، در ۲۸ بیمار SNB انجام شد. برگشت تومور در محل اولیه در ۲۳٪ افراد گروه کنترل و ۲۵٪ بیماران مورد آزمایش اتفاق افتاد. تقریباً ۲۵٪ بیماران با جراحی salvage به طور موفقیت آمیزی درمان شدند. میزان بقای Disease – specific ۶۵/۵٪ برای بیماران در گروه کنترل و ۸۵٪ برای بیماران SNB بود و تفاوت آماری قابل ملاحظه ای مشاهده نشد. استفاده از SNB در درمان کانسره‌های کف دهان در ۶۹/۵٪ موارد از دایسکشن گردنی غیر ضرور جلوگیری کرد، در حالی که پیشرفت کلینیکی بیماران در گروه SNB بهتر از گروه کنترل بود.

دسترسی ماگزیلاری - فرونتوتمپورال

برای خارج کردن تومورهای بدخیم بازگشت کرده حفره اینفرا تمپورال

یک مطالعه آناتومیکی و کلینیکی

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 206e212

Maxillary-fronto-temporal approach for removal of recurrent malignant infratemporal fossa tumors: Anatomical and clinical study

Yuxing Guo, Chuanbin Guo*

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Peking University School and Hospital of Stomatology, 22 Zhongguancun Nandajie,

Haidian District, Beijing 100081, PR **China**

هدف: برای تومورهای بدخیم برگشت کرده به حفره اینفرا تمپورال، انتخاب یک دسترسی جراحی معین بسیار دشوار است. ما تأثیر یک دسترسی نوین برای خارج کردن تومورهای بدخیم درگیر کرده حفره اینفرا تمپورال را بر اساس اندازه گیری‌های سه بعدی CT در ۶ نمونه جسد و تجارب جراحی مان مورد بررسی قرار دادیم.

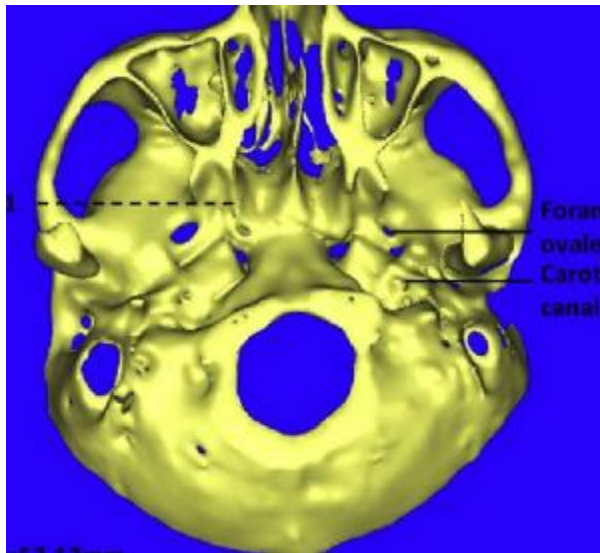


Fig. 1. View of skull base of three-dimensional CT, showing measurements made and their relationship to important landmarks. The picture shows distance of medial pterygoid plate from the zygomatic arch in millimeters.

ماتریال و متدها: فاصله بین لندمارک‌های جراحی در حفره اینفرا تمپورال با استفاده از داده‌های CT به منظور تعیین فاصله بی‌خطر و مشاهده آناتومی در ۶ نمونه جسد فیکس شده در فرمالین انجام گردید.

داده‌های ۷ بیمار با تومورهای برگشت کرده بدخیم حفره اینفرا تمپورال با سابقه آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: فاصله متوسط پلینت مدیال پتریگوئید از زایگوما ۵۲/۱۲ میلی‌متر بود. شریان ماگزیلاری را بین سطح عمقی کندیدل و لیگامان اسفنومانندیولار با فاصله متوسط ۸/۲۵±۳/۲۲ میلی‌متر از بُردر تحتانی کپسول مفصل گیجگاهی - فکی می توان یافت.

رزکسیون وسیع همه تومورها با استفاده از دسترسی ماگزیلاری - فرونتوتمپورال، عوارضی کمی را به همراه داشت.

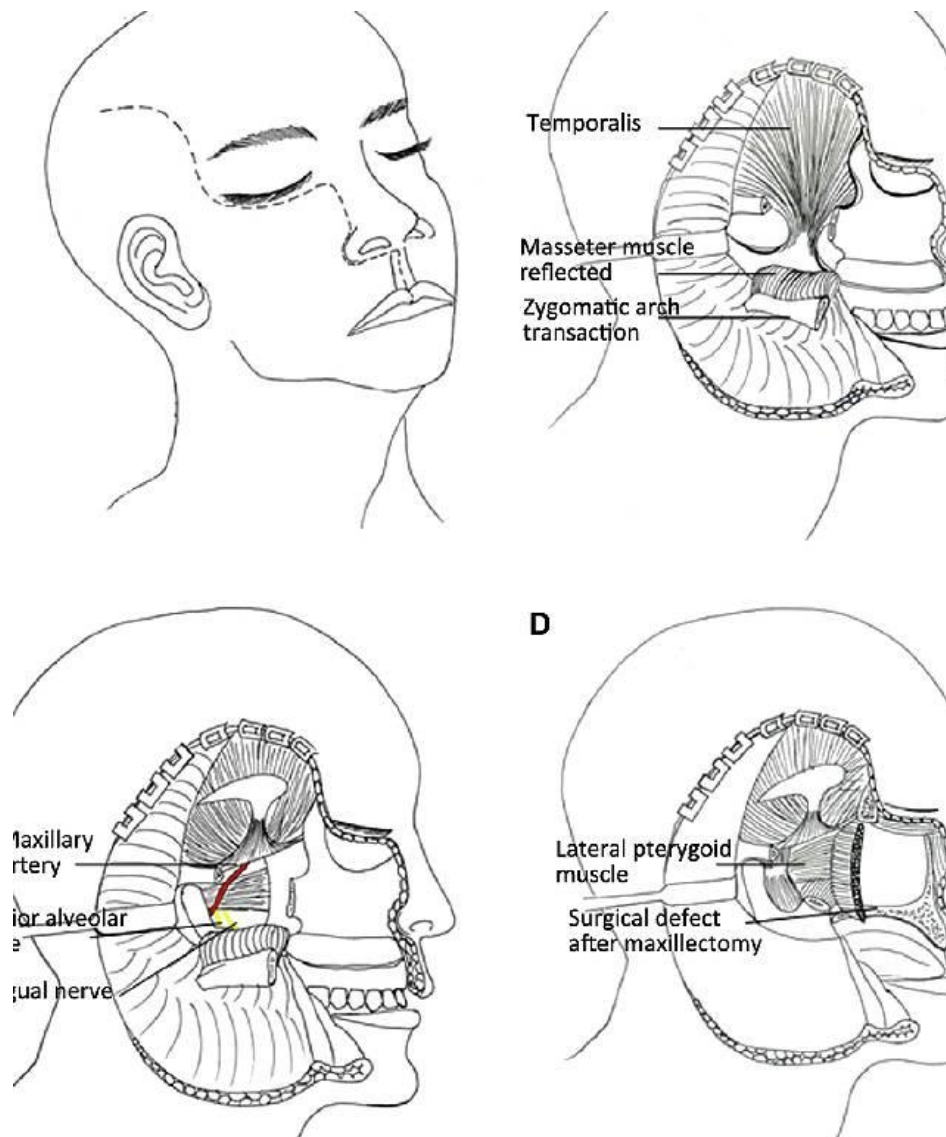


Fig. 2. (A) Design of the operation approach. (B) Zygomatic arch osteotomized with the masseter muscle reflection inferiorly. (C) Coronoidotomy with the attached temporalis muscle retracted superiorly, thus exposing ITF contents. (D) Illustration of the zygomatic arch transaction, coronoid process resection and maxillectomy.

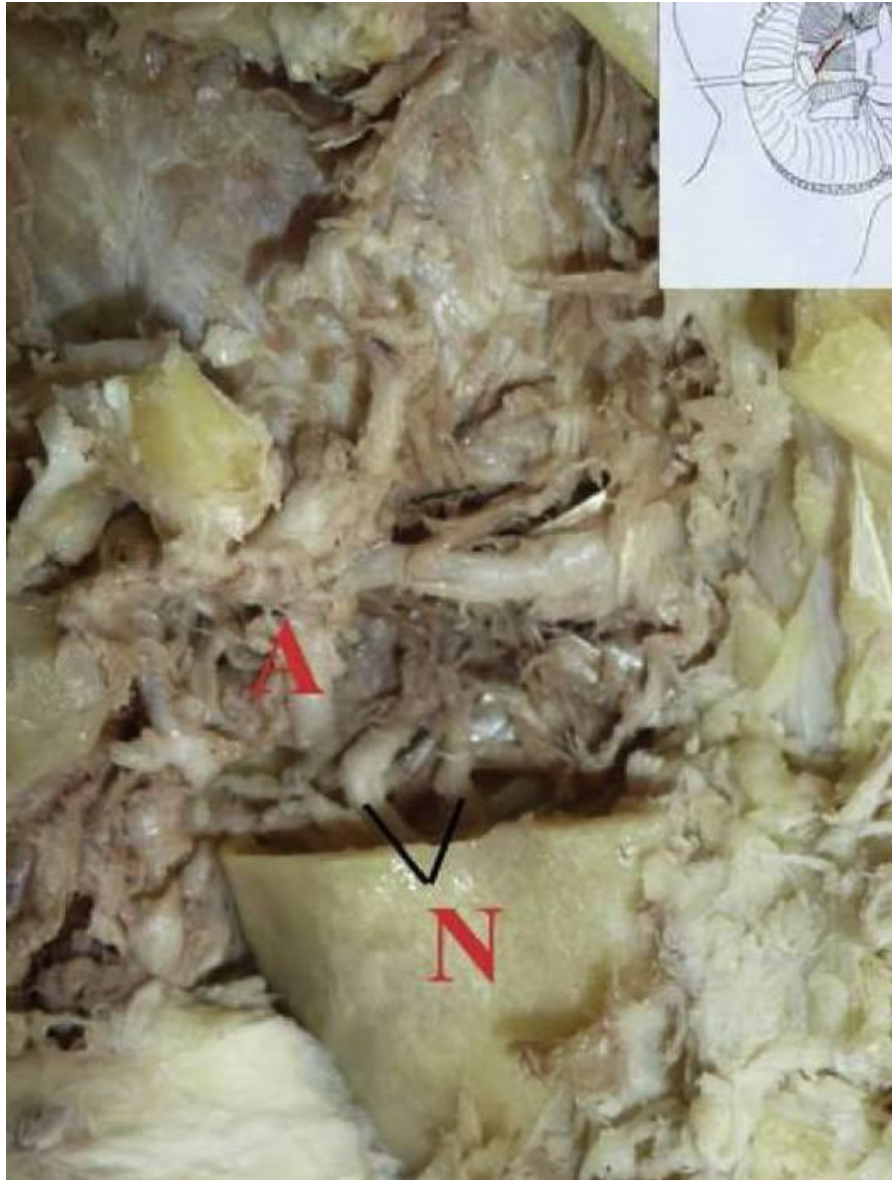
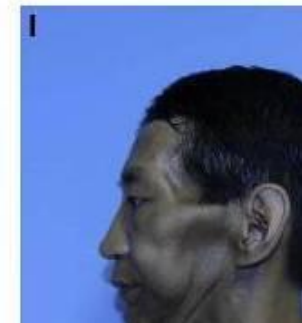
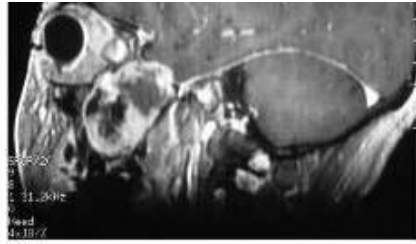
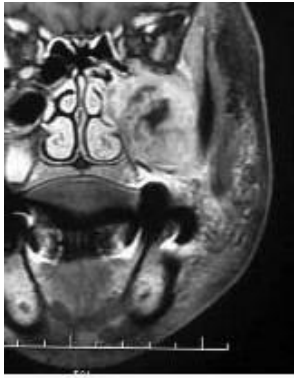


Fig. 3. Observation of ITF on cadaveric specimen shows the maxillary artery, inferior alveolar nerve and lingual nerve.

نتیجه‌گیری: امتیاز دسترسی نوین شامل حفاظت کافی از عصب صورتی با گسترش میدان جراحی بود. عضله تمپورال آشکار شده می‌تواند برای پر کردن فضای مرده به کار رود. این تکنیک به ویژه برای برداشتن بی‌خطر تومورهای بدخیم برگشت کرده حفره اینفراتمپورال مفید است.



نشست‌های علمی ماه مرداد

کنگرهٔ ایمپلنت پرشیا - همایش و کنگره ۹۳/۵/۱۷ - ۹۳/۵/۱۵

مرکز همایش های برج میلاد

تلفن مجری: ۸۸۲۸۹۲۵۶

۱۶مین کنگره اندودنتیست های ایران

۲۴-۲۲ مرداد ۹۳ مرکز همایش های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سمپوزیوم یک روزه بیماری‌های عفونی تنفسی ۹۳/۵/۱۴

۶ امتیاز برای جراحی فک و صورت و دندان پزشکان عمومی

سالن ابن سینا دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن مجری: ۸ - ۲۲۴۳۹۹۶۳

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

تاریخ ۲ / مرداد / 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 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 علمی ادواری پزشکی قانونی ۹۳/۵/۱۴

ستاد سازمان پزشکی قانونی کشور - خیابان بهشت - سالن اجتماعات

برای همه گروهها ۱/۲۵ امتیاز

۷۷۵۳۷۶۳۳ - ۵۵۶۱۴۱۴۴

رویدادهای علمی بین المللی

<p>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 BRUSSELS ORTHOGNATHIC ATOMIUM COURSE 4e7 August 2014, Brussels, Belgium Course Director: Prof M Mommaerts Course Contact: Mrs Kelly Bosman Email: maxfac@uzbrussel.be INTERNATIONAL COURSE FOR IMPLANTOLOGY 11e12 August 2014, Aachen, Germany Contact: Prof F Hölzlehoelzle Email: Hölzlehoelzle@ukaachen.de 1010-5182/\$ e see front matter 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</p>	<p>CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 4e6 November 2014, Coventry, UK Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email: 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 Website: http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuermund-kiefer-und-gesichtschirurgie/alle-veranstaltungen/aktuell.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</p>
---	---

<p>Chairman, Organisation & Registration: Univ.-Prof. F. Hölzle University Hospital Aachen Tel: þ49 (0) 241 80 88231 Email: 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</p>	<p>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 Telephone: 0044 (0) 20 71884349 Website: http://www.surgicalcourseslondon.co.uk/index.html 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 Website: http://instituteofsurgery.org/8.html FINESSE IN FACIAL PLASTIC SURGERY - THE REGENSBURG COURSE</p>
---	--

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

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

24e25 October 2015, Salzburg, Austria

Contact: Ms Silva Hager

Email: 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

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

**ESTABLISHING A MODERN SALIVARY GLAND
PRACTICE**

One year course with 4 study days:

MY RHINOPLASTY LONDON 2014

19e21 November 2014, London, UK

Where aesthetics and reconstruction meet.

Course contact: Samantha Womack

Email: samantha.womack@aesculap-academy.com

2014

10e14 September 2014, Regensburg, Germany

Associate Course Director - Veronika Vielsmeier

Contact: secretary@facial-plastic-surgery.eu

Website: 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

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.

Telephone: 00357 25761010

مرگ ناگهانی در جراحی



مرگ ناگهانی در بیمارستان به ویژه در اتاق عمل پرسش‌های بسیاری را سبب می‌شود. آیا همه چیز درست انجام شده؟ آیا اشتباهی اتفاق افتاده؟ آیا کسی مقصر بوده؟ بیماری‌های قلبی - عروقی ۸۳٪ علت مرگ‌های ناگهانی را شامل می‌شوند. بیماری‌های شریان‌های کرونر شایع‌ترین علت این گونه مرگ‌ها (حدود نیمی از آنها) و عامل شایع دیگر، خون‌ریزی‌های ساب آراکنوئید (حدود ۱۱٪) بوده اند. استنوز عروق کرونر وابسته به آتروماتوز یا آترواسکلروز پیشرفته‌تر و ترومبوز نیز در ۵۲٪ موارد یافت شده است.

علت این نوع مرگ در درجه اول، آریتمی قلبی، مشکلات گردش خونی (امبولی یا پارگی آنوریسم) و مرگ حاد قلبی بوده است. این احتمال در بیماران با نقائص مادرزادی قلب ۱۰۰ - ۲۵ بار بیش‌تر از افراد طبیعی در همان گروه سنی است. به طور کلی این افزایش ریسک در درجه اول در بیماران با ضایعات سیانوتیک یا انسدادی چپ قلب وجود دارد.

مرگ در نتیجه عفونت بسیار نادر است. (فقط ۳/۹٪). دیگر علل مرگ ناگهانی شامل کارسینوما، صرع، دیابت ملیتوس، انسداد روده و درماتیت آتوپیک در سپتیسمی بوده است. در برخی گزارشات بیش‌ترین علت مرگ ناگهانی فشار خون بالا ذکر می‌شود.

ایست قلبی ناگهانی، حمله قلبی (انفارکت میوکارد) نیست ولی می‌تواند در طی حمله قلبی اتفاق بیفتد. ایست قلبی ناگهانی موقعی اتفاق می‌افتد که در سیستم الکتریکی قلب اختلال عملکردی صورت گیرد و به طور ناگهانی بسیار نامنظم شود. قلب شروع به تپش سریع خطرناکی می‌کند. بطن‌ها ممکن است دچار flutter یا ارتعاش (فیبریلاسیون بطنی) شوند و خون به بدن نرسد.

در چند دقیقه اول، بزرگ‌ترین نگرانی این است که جریان خون به مغز کاهش یابد که باعث از دست دادن هوشیاری در فرد می‌شود و به دنبال آن مرگ رخ می‌دهد.

تعدادی ریسک فاکتورها هستند که می‌توانند ریسک ایست ناگهانی قلب و مرگ ناگهانی قلبی را بالا برند که شامل:

- ۱) حمله قلبی قبلی با ناحیه بزرگی از آسیب قلب (در ۷۵٪ موارد)
- ۲) ریسک مرگ ناگهانی قلبی در افراد در طول ۶ ماه بعد از حمله قلبی

۳) بیماری شریان‌های کرونر (در ۸۰٪ موارد)

۴) ریسک فاکتورهای بیماری شریان کرونر شامل، سیگار، فشار خون بالا، سابقه خانوادگی بیماری قلبی و کلسترول بالا.

در برخی گزارشات آمده است که بعد از انفارکت به عنوان اولین عامل مرگ ناگهانی در بیمارستان، هموراژی از عوامل عمده مرگ است که عمدتاً به علت کواگولوپاتی اندوژن، آنتی کواگولاسیون یا درمان ضد پلاکتی اتفاق می‌افتد. ترمبوآمبولیسم ریوی نیز به عنوان علت مرگ در ۱۵٪ موارد ذکر شده است.

مرگ ناگهانی در افراد جوان می‌تواند به سبب:

۱) بیماری قلبی از جمله کاردیومیوپاتی، بیماری قلبی مادرزادی، میوکاردیت، اختلالات ژنتیکی بافت همبند (سندروم Marfan و Ehler-Danlos)، پرولاپس دریچه میترال یا بیماری هدایتی قلب باشد.
۲) به سبب وابستگی به دارو مانند overdose مواد مخدر باشد که ایجاد آریتمی و گاهی مرگ ناگهانی می‌کند.

تحقیقات نشان می‌دهد که مرگ ناگهانی ممکن است گاهی به علت شرایطی چون بیهوشی و تشنج صرع و حمله شدید آسماتیک بوجود آید. امبولی ریوی به علت بی‌حرکی برای مدتی طولانی موجب کلاپس و مرگ فوری می‌شود.

علت مرگ ناگهانی در بزرگسالان بیش از ۳۰ سال:

*شایع‌ترین علت مرگ ناگهانی در بزرگسالان بیش از ۳۰ سال، **آترومای شریان کرونر** است که به علت استنوز مزمن شدید حداقل ۱ سگمنت از شریان‌های کرونری مازور قلب ایجاد می‌شود. تعداد قابل توجهی از موارد، یک لخته مشخص در این عروق مازور دارند که سبب انسداد ترنس مورال عروق می‌گردد و در نتیجه این وضعیت، ایسکمی گذرا یا طولانی مدت در میوکارد ایجاد می‌شود که تولید آریتمی می‌کند. این وضعیت اغلب یک آریتمی بطنی است که به فیبریلاسیون بطنی گسترش می‌یابد. استنوز مزمن با گرید بالا می‌تواند فیبروز نقطه‌ای در میوکارد ایجاد کند. آریتمی بطنی ممکن است از میوکاردی که قبلاً دچار اسکار در اثر ایسکمی شده باشد نیز ایجاد شود.

***هیپرتروفی بطن چپ قلب، دومین علت مرگ ناگهانی قلبی در بزرگسالان است** که در اثر بیماری طولانی مدت فشار خون بالا ایجاد می‌شود. این وضعیت می‌تواند به طور ثانویه باعث صدمه به دیواره حفره اصلی پمپ کننده قلب شده و با آریتمی قلبی همراه شود.

***از علت‌های دیگر مرگ ناگهانی می‌توان از آبنورمالیتی‌های الکتروفیزیولوژیک اولیه نام برد از جمله:**

۱) سندروم QT طولانی

۲) سندروم سینوس بیمار

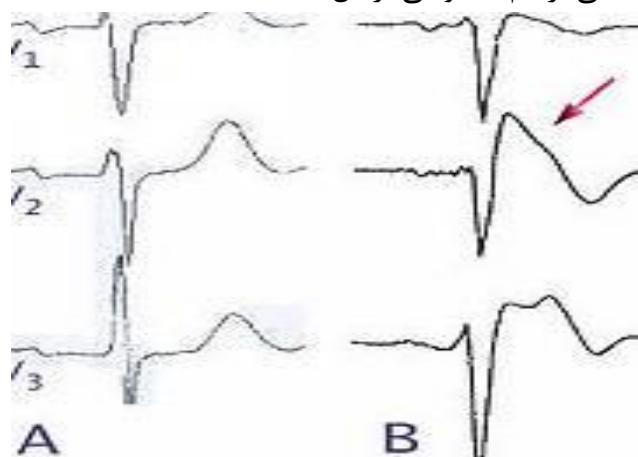
۳) تاکیکاردی بطنی پلی مورفیک کاتکولامینرژیک

۴) PCCD (دیفکت هدایت قلبی پیشرونده)

۵) IVF (فیبریلاسیون بطنی ایدیوپاتیک) و بیماری کانال سدیم.

۶) سندروم Brugada (BrS)

سندروم Brugada : اولین بار این سندروم توسط Brugada در سال ۱۹۹۲ تشریح شد. این سندروم بیماری ژنتیک نادری است که خصوصیات آن با یافته‌های غیر طبیعی الکتروکاردیوگرام (ECG) و افزایش ریسک مرگ قلبی ناگهانی (SCD) با فیبریلاسیون بطنی تعریف می‌شود. این وضعیت هم‌چنین به عنوان سندروم مرگ غیر منتظره ناگهانی شناخته می‌شود. در این سندروم، اپیزود سنکوپ (syncopal) بدون هیچ علائم اولیه دیگر بیماری به عنوان اولین تظاهر بیماری خود را نشان می‌دهد. در گزارشات، به استثنای یک مورد، همه بیماران در معاینات پزشکی، یافته‌های طبیعی و بدون هیچ شواهدی دال بر بیماری قلبی داشتند. هم‌چنین آنان به غیر از اپیزودهای آریتمی بطنی، ریتم سینوسی نرمال داشتند.



تاکیکاری پلی مرفیک بطنی علت مرگ ناگهانی قلبی در برخی بیماران ثبت شده است. آریتمی به عنوان یک بیماری آریتموژنیک ارثی اتوزومال غالب در این بیماری و یک channelopathy قلبی با علت زمینه ای اختلال سدر عملکرد کانال یون سدیم در میوسیت‌ها و در برخی موارد به علت نقص‌های ژنتیکی در کانال سدیم قلب شناخته شده است.

BrS شایع‌ترین علت مرگ ناگهانی در برخی از جمعیت انسانی از جمله در جنوب شرقی آسیا در افراد کم‌تر از ۵۰ سال، بدون بیماری زمینه ای قلبی می‌باشد. در BrS، فیبریلاسیون بطنی و سندروم مرگ ناگهانی قلب عمدتاً در وضعیت استراحت و غالباً در هنگام خواب اتفاق می‌افتد. طولانی شدن اینتروال QT در برادیکاردی، ویژگی بیماران با علائم است.

این مسئله می‌تواند احتمال وقوع بیش‌تر این وضعیت در افراد مبتلا به این سندروم را در شب توضیح دهد که با مدولاسیون اعصاب اتونومیک به‌خصوص تحریک عصب واگ ایجاد شود. این وضعیت باعث تاکی آریتمی بطنی در BrS می‌شود.

بیماران مبتلا به این سندروم در شرایطی که بدون درمان می‌مانند، پروگنوز بسیار ضعیفی دارند. به‌علت این که یک سوم این بیماران که اپیزودهای سنکوپ را تجربه می‌کنند یا از مرگ قریب‌الوقوع احیاء می‌شوند، اپیزودهای اضافی VT پلی مرفیک در طی ۲ سال در ایشان باقی می‌ماند.

بنابراین پروگنوز افراد بدون علامت با یافته‌های مشخص ECG ضعیف است و یک سوم از آنان با اولین VT پلی مرفیک و فیبریلاسیون بطنی در طی ۲ سال پایش مراجعه می‌کنند. فیبریلاسیون بطنی یا ایست قلبی تقریباً در ۶۰٪ این بیماران در طی یک سال حادث می‌شود و ۴۰٪ آنان احتمالاً اگر بدون درمان بمانند به صورت ناگهانی می‌میرند. گذشته از آن، در بقیه بیماران که این وضعیت در آنان تکرار شونده می‌شود با انسفالوپاتی anoxic در شکل ملایم تا ناتوان کننده مواجه می‌شوند.

به علت این که داروهای ضد آریتمی (amiodarone یا B-blockers) بیمار را علیه SCD محافظت نمی کنند، تنها درمان معتبر کار گذاشتن دفیبریلاتور کاردیوورتر (ICD اینترنال) است. این وسیله به طور مؤثر آریتمی بطنی را می شناسد و درمان می کند. در صورت تأمین بیمار با ICD، مرگ و میر بیماران با BrS به صفر در صد با بیش از ۱۰ سال پایش می رسد.

برای بیماران بدون علامت نوع I وابسته به دارو با یافته های ECG یا بیماران بدون علامت با یافته های ECG و با سابقه خانوادگی SCD الزاماً می بایست مطالعه الکتروفیزیولوژی برای راهنمایی جهت ایمپلنتاسیون ICD انجام شود.

برای جراحی های پیش رو با بیهوشی عمومی در این بیماران، باید حتماً مشاوره با متخصص قلب انجام شود. اقدامات جراحی سرپایی در بیماران مجهز به ICD را در مطب نیز می توان انجام داد.

جنبه کلیدی در بیهوشی این بیماران، تجویز داروهای معین در طول بیهوشی است. تجویز پروپوفول، فنتانیل، آتراکوریوم، هوا و اکسیژن یا پروپوفول و میدازولام یا پروپوفول، سووفلوران و فنتانیل در بیماران با BrS بی خطر تشخیص داده شده است. پرهیز از داروهای معین چون بوپیواکائین که به طور شایع در جراحی های فک و صورت استفاده می شود توصیه می گردد. هم چنین در مطالعات قبلی گفته شده که تجویز لیدوکائین، BrS را منکوب می کند.

BrS هم چنین می تواند توسط داروهای کلاس Ia آنتی آریتمیک مثل epidural bupivacaine و procaineamide، ajmaline، flecainide، disopyramide که ST – segment elevation را بدتر می کنند، ایجاد شود. به نظر می رسد که داروهای آنتی آریتمیک کلاس IIa از جمله mexiletine و Lidocaine هیچ تأثیری در ST – segment elevation در این بیماران نداشته باشند. BrS توسط دوز پایینی از Isoproterenol تخفیف می یابد.

به دلیل این که مکانیسم یونی کانال سدیم مسئول فنوتیپ ECG وابسته به حرارت است، تب می تواند به عنوان عامل محرک در این بیماری عمل کند. به علاوه تأثیر تحریک واگال به همراه تهوع و استفراغ به عنوان محرکی برای BrS نشان داده شده است.

مطالعه متآنالیز برای درجه بندی ریسک این بیماری، سابقه سنکوپ، حضور یافته های ECG در نوع I خودبه خودی Brugada و جنسیت مرد، وضعیت بدخیم تری را پیش بینی می کند. این نتایج نیز از کار گذاشتن یک ICD در بیماران با علائم و یافته های ECG تایپ I – Brugada پشتیبانی می کند.

به دلیل احتیاط در بیماران BrS که می توانند حامل خاموش این بیماری باشند، پرهیز از برخی داروهای مورد مصرف در جراحی دهان و فک و صورت چون بوپیواکائین منطقی است.

به منظور کم کردن تأثیر واگ تجویز آتروپین و افدرین باید مد نظر قرار گیرد. هم چنین کنترل تب پس از عمل ضروری است.

بعد از عمل بهتر است بیمار ۲۴ ساعت تحت نظر ICU باشد.

استفاده از الکتروکوتر در این بیماران باید الزاماً همراه با قطع فعالیت ICD در عمل باشد.

در این بیماران با مشورت با کاردیولوژیست می توان بیمار را در همان روز ترخیص کرد.

BrS که به طور بالقوه تهدید کننده حیات بیمار است و جراحان فک و صورت ممکن است در جریان کار با آن مواجه شوند، با رعایت ملاحظات ویژه خود قابل کنترل است. با استفاده از دستورالعمل‌ها و توصیه‌ها و با ارتباط نزدیک با متخصص قلب این بیماران، جراحی این بیماران امکان پذیر و بی خطر خواهد شد.

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته « جراحی فک و صورت – تازه‌ها »
سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی www.omfs.ir را مشاهده فرمائید.