

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.13 Sept. 2014

شماره ۱۳ - شهریور ۱۳۹۳



به نام خدا

افزایش سریع تعداد دندان پزشکان در کشور، نیاز به آموزش پس از فارغ التحصیلی را به طور فزاینده‌ای بالا برده است. برای پاسخ‌گویی به این نیازها، استفاده از امکانات شرکت‌های آموزشی خارجی و فراملیتی یکی از راه‌های قابل قبول است. این شرکت‌ها می‌توانند در انتقال تجربه از خارج به داخل کشور نقش مهمی بازی کنند. ولی نباید فراموش کرد که توانائی‌ها و استعدادهای بسیار زیادی در داخل کشور وجود دارد. کمک به ایجاد شرکت‌های خصوصی آموزشی جدید و تقویت شرکت‌های کوچکی که هم اکنون پا گرفته و فعال شده اند راه مهم تری برای دست یابی به هدف‌های پایدار ملی است.

با گسترش کار شرکت‌های آموزشی می‌توان امید داشت به تدریج با تمرکز سرمایه مادی و انسانی، شرکت‌های فراملی ایرانی بتوانند در کشورهای دیگر به ویژه در کشورهای همجوار فعال شده و دستاوردهای پزشکی کشور ما را به دیگر سرزمین‌ها انتقال دهند و بشناسانند.

سال پیش انجمن دندان پزشکی ایران با همکاری شرکت ICOI در اصفهان همایشی برگزار کرد که نقد آن را در ماه نامه شماره ۳ آوردم. خوش‌بختانه در همایشی که در تاریخ ۱۵ تا ۱۷ مرداد با همکاری این شرکت و انجمن علمی دندان پزشکی ایران برگزار شد با رفع ضعف‌های کنگره اصفهان، گام بسیار خوبی به سوی اعتلای کار برداشته شده بود و با دعوت از سخنرانان ماهر و با تجربه از کشورهای مصر، ترکیه و لبنان، همایشی با سطح علمی خوب برگزار گردید.

استفاده انجمن‌های علمی از تجربه‌های شرکت‌های آموزشی خارجی و همزمان همکاری با شرکت‌های خصوصی آموزشی داخلی دارای کیفیت خوب می‌تواند هم در بالا بردن دانش دندان‌پزشکان ایرانی تاثیر ماندگاری داشته باشد و هم به ایجاد و گسترش شرکت‌های خصوصی ایرانی که در کشور ثبت شده و بتوانند در خارج از کشور کنگره و همایش‌های علمی برگزار کنند، کمک خواهد کرد.

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته «جراحی فک و صورت - تازه‌ها»

سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی www.omfs.ir را

مشاهده فرمائید.

Advancement عضله جنیوگلسوس

اصلاح تکنیک مرسوم

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 239e244

Genioglossus muscle advancement: A modification of the conventional technique

José Ramón García Vega ^{a,*}, María Mancha de la Plata ^a, Néstor Galindo ^b,

Miriam Navarro ^b, Daniel Díez ^c, Fernando Lánçara ^a

^a Department of Oral and Maxillofacial Surgery (Head: Dr. José Ramón García Vega), Hospital Ruber Internacional, C/La Masó n.38, 28034 Madrid, Spain

^b Department of Otorhinolaryngology, Hospital Ruber Internacional, Madrid, Spain

^c Department of Orthodontics, Hospital Ruber Internacional, Madrid,

Spain

سندروم آپنه خواب انسدادی (OSAS) وضعیت پاتوفیزیولوژیکی است که توأم با خواب قطعه قطعه شده و بیداری در اثر انسداد مکانیکی شبانه راه تنفسی فوقانی است. این وضعیت سبب اختلالات رفتاری، از قبیل خواب آلودگی زیاد روزانه و خستگی و اختلالات پاتوفیزیولوژیک چون فشار خون بالا، آریتمی و انفارکتوس میوکارد می گردد که موجب لطمات و مرگ و میر ناگهانی می شوند.

جلو آوردن عضله جنیوگلسوس تکنیک تأیید شده ای برای درمان سندروم آپنه خواب انسدادی کم تا متوسط، توسط آزاد کردن انسداد راه هوایی در سطح هیپوفارنکس است. در این مقاله، ما گزارشی از اصلاح متداول جلو آوردن جنیوگلسوس که توسط Riley و Powell توضیح داده شده بود را ارائه کردیم. اصلاحیه ما جابه جایی قطعه استخوانی در استخوان بازال ماندیبولار ترجیحاً در ناحیه میانی سمفیز بود.

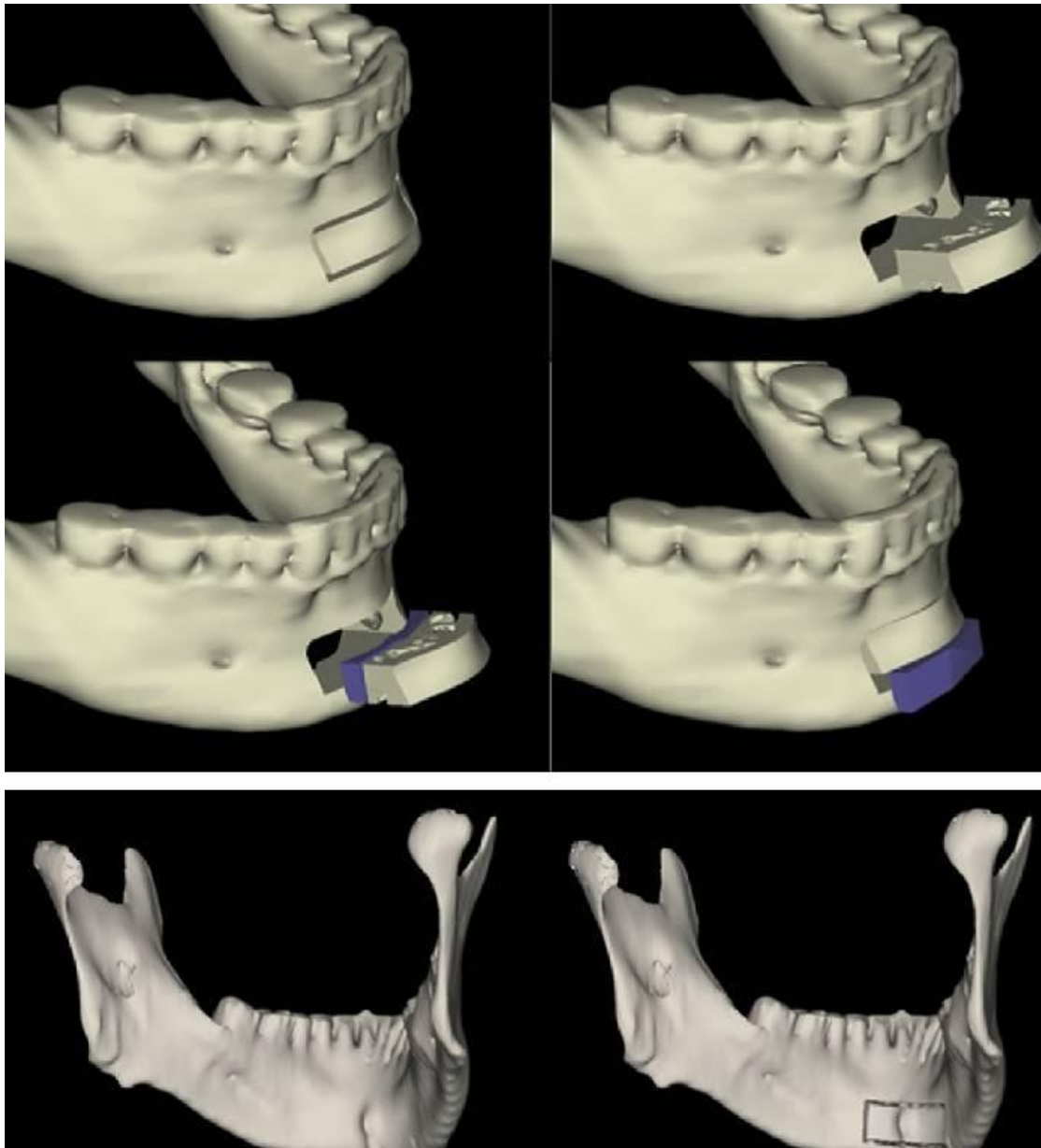


Fig. 1. a: Preoperative planification on the 3D-CT scan. Anterior view. b: Preoperative planification on the 3D-CT scan. Posterior view

این کار به معنای آن است که با حرکت خطی، اجازه جلو آوردن بیش تر و پرهیز از چرخیدن عضله جنیوگلو سوس به وجود می آید. ما در این مقاله، امتیازات این تکنیک جراحی از جمله مؤثر بودن بیش تر، ثبات، نتایج استتیک رضایت بخش تر و کاهش عوارض احتمالی را توضیح خواهیم داد. تدابیر تشخیصی دینامیک، فقدان فعالیت عضلانی بازکننده های فارنژیال که منتج به کلاپس راه هوایی می شود را نشان می دهد.

عضله جنیوگلو سوس بازکننده عمده فارنژیال و پیش آورنده اصلی زبان است، بنابراین نقش آن در بسته شدن راه هوایی در شب وسیعاً مطالعه شده است.

گزارش های قبلی، عمل استاندارد جنیوپلاستی افقی را تشریح می کرد. چون این عمل تنها شامل قسمت پایین کمپلکس عضله جنیوگلو سوس می شد، گسترش فوقانی به منظور شمول همه عضله جنیوگلو سوس طراحی شد.

Powell و Riley در سال ۱۹۸۹ عمل جراحی اصلاح شده ای را با تکنیکی شامل استئوتومی مستطیلی بای کورتیکال پیشنهاد کردند که اجازه داخل کردن کمپلکس عضله جنیوگلووسوس را در آن می‌دهد. بنابراین یک پارچگی بر در تحتانی فک پایین را حفظ می‌کند و ریسک شکستگی فک پایین را کاهش می‌دهد.

تکنیک جراحی: به طریق داخل دهانی با برش مخاطی در سالکوس جینیوولیبیال، دایسکشن ساب موکوپریوستالی برای اکسپوز سمفیز ماندیبولار بدون نیاز به تعیین محل اعصاب منتال دو طرف به اجرا در می‌آید. یک پنجره مستطیلی شکل استخوانی، در مرکز میانه سمفیز ماندیبیل طراحی می‌شود. خطوط افقی فوقانی و تحتانی (با طول ۲۰ میلی‌متر) در مواضع قبلاً در سی‌تی‌اسکن سه بعدی اندازه گیری شده علامت گذاری شدند. خط فوقانی باید همیشه موقعیتش ۵ میلی‌متر زیر آپکس دندان‌های انسیزور فک پایین باشد. هر دو خط توسط دو خط عمودی که در مدیال آپکس ریشه‌های دندان‌های کانین (۱۰ میلی‌متر ارتفاع) واقع شده‌اند به هم متصل می‌شوند. سپس استخوان کورتیکال قدامی در پی کشیدن مستطیل بریده می‌شود. در این مرحله از عمل یک پیچ کشش ارتودنتیک به ارتفاع ۱۶ - ۱۴ میلی‌متر را در مرکز کورتیکوتومی مستطیلی قرار می‌دهیم (Fig 2)



Fig. 2. Bicortical screw placed in the midline of the anterior rectangular corticotomy.



Fig. 3. The bicortical screw used for control and manipulation of the bone segment.

مراقبت خوبی باید به منظور ایجاد تمایل در دریل انجام شود تا به توبرکل جنیوگلووسوس در سطح داخلی سمفیز ماندیبیل برسیم. پیچ کششی ارتودنتیکی که استفاده می‌کنیم سر استوانه‌ای بلندی دارد که مرجعی برای ایجاد تمایل جهت اجرای استئوتومی‌های افقی می‌باشد. سر پیچ نیز دارای روزه‌ای در میانه آن است که سیم از آن عبور می‌کند تا بتوان آن را حرکت داده و جلو آوردن قطعه استخوانی استئوتومی شده را کنترل نماید.

استئوتومی‌ها سپس با استفاده از جراحی پیزو و اره با شست‌وشوی فراوان انجام می‌شود که استخوان ماندیبیل را با تمام ضخامت شامل می‌شود. زیر دید مستقیم با فرز چرخشی تنگستن شیار طولی، که در انتهای لینگوالی پهن‌تر نسبت به لیبالی است در کف پنجره استخوانی درست می‌شود. موقعی که این شیار ساخته می‌شود، ارتفاع استخوانی باقی‌مانده حداقل ۸ میلی‌متر باید بالای استخوان بازال ماندیبیل حفظ شود. (Fig 5)

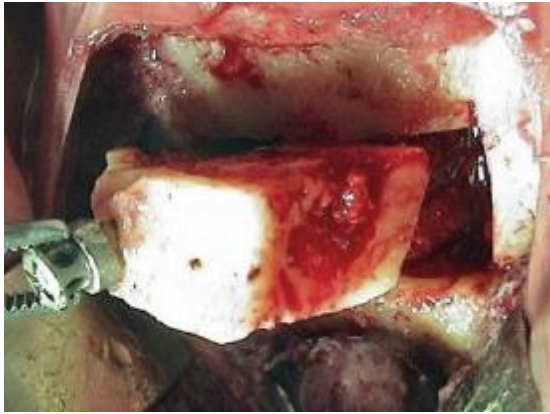


Fig. 4. The bone segment is freed.



Fig. 5. The longitudinal groove in the floor of the bone window and the residual height of the mandibular basal bone are shown.



Fig. 6. Fixation of the bone flap at the mandibular basal bone with the genioglossus muscles laying passively on the groove performed

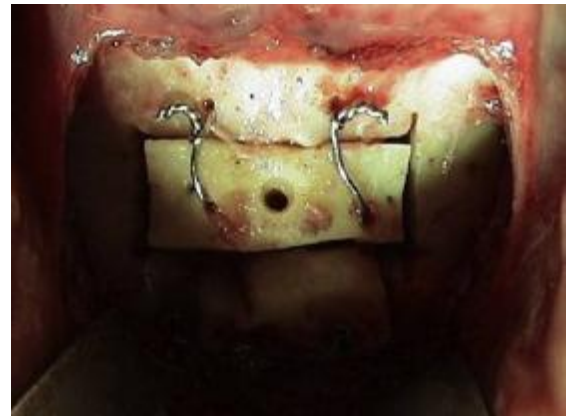


Fig. 7. Surgical view of the final result.

در این زمان، قطعه استخوانی با تمام ضخامت با توپرکل جنیال متصل و عضله جنیوگلووسوس به قدام و پایین، به طرف بردر بازال سمفیز ماندیبل جلو آورده می شود و در این محل به طور پاسیو تطبیق داده می شود. عضله جنیوگلووسوس بدون هیچ پیچشی بر روی شیار از قبل تهیه شده قرار می گیرد. کورتکس استخوانی بیرونی و استخوان اسفنجی آن سپس با اره برداشته می شود. کورتکس داخلی در انتهای لترال آن به استخوان بازال با دو پیچ ۱۴ * ۲ میلی متر فیکس می شود. (Fig 6) در پایان، استخوان برداشته شده به عنوان گرفت اینله استفاده می شود و با سیم استئوسنتز فیکس می گردد و دیفکت استخوانی درست شده را پر می کند (Fig 7) بعد از هموستاز و آویزش عضله منتال، مخاط بسته می شود. به مدت ۴۸ ساعت پانسمان فشاری بر روی قدام ماندیبل برای حفظ عضلات منتال در موقعیت معین خود گذاشته می شود.

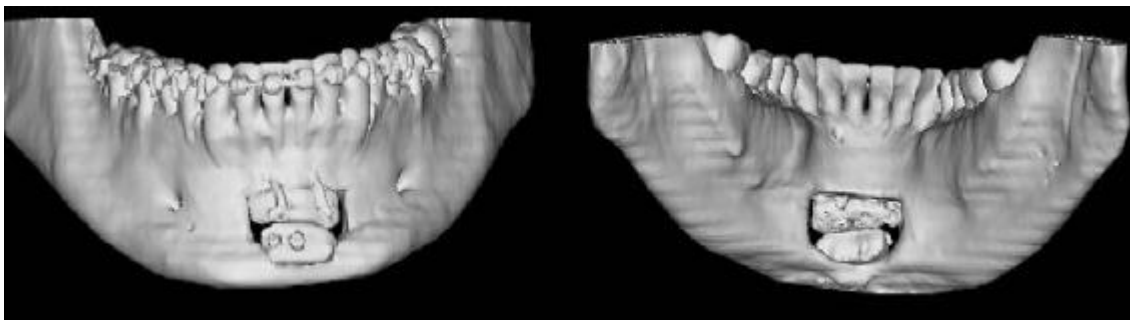


Fig. 8. Anterior and posterior view of the final result on the postoperative 3D-TC scan.

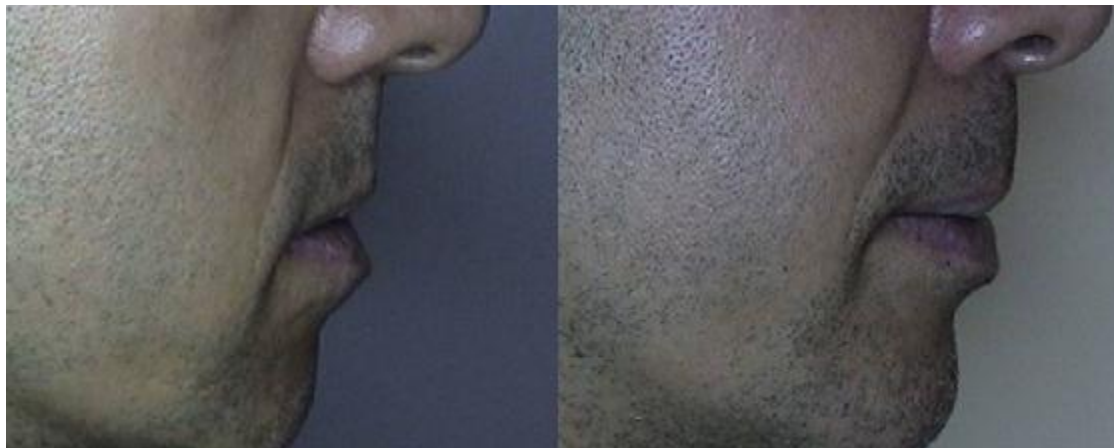


Fig. 9. Inferior third facial profile. Improvement of the chin projection.

کجی عضلانی مادرزادی (Torticollis) در بیماران بزرگسال، مرور مقالات و گزارش نمونه با استفاده از اسکالپل هارمونیک

Congenital Muscular Torticollis in Adult Patients: Literature Review and a Case Report Using a Harmonic Scalpel

Mar_ia Pombo Castro, MD,* Ram_on Luaces Rey, MD,y In_es V_azquez Mah_ia, MD, PhD,z and Jos_e Lu_ıs L_opez-Cedf_un Cembranos, MD, PhD, DDSx
J Oral Maxillofac Surg 72:396-401, 2014

کجی مادرزادی گردن با کوتاه شدن و فیبروز عضله استرنوکلوئیدوماستوئید (SCM) در هنگام تولد و دوره کوتاهی پس از تولد مشخص می‌شود. این وضعیت به تمایل جانبی سر به طرف شانه و انحراف چانه به طرف مقابل می‌انجامد. موقعی که زود تشخیص داده شود، بیش‌تر موارد را می‌توان به طور محافظه کارانه با نتایج عالی درمان کرد. در موارد توجه نشده در بزرگسالان، درمان این وضعیت چالش برانگیزتر است. مروری بر گزینه‌های درمانی متفاوت در موارد توجه نشده این بیماری در بزرگسالان معرفی می‌شود و یک مورد موفق با آزاد کردن SCM توسط بای پولار گزارش شده است.

یک خانم ۳۵ ساله با تشخیص Torticollis مادرزادی به دپارتمان مؤلفین مقاله ارجاع داده شد. بیماری او در سن ۳۲ سالگی تشخیص داده شده و به طور محافظه کارانه‌ای بدون حصول موفقیت درمان شده بود. در معاینات پزشکی ناحیه پشتی عضله SCM چپ در لمس، سخت بود و سر متمایل به همان سمت و انحراف چانه به سمت راست مشاهده شد.



FIGURE 1. Presurgical photograph shows head tilt and chin deviation to the opposite side.



FIGURE 2. Presurgical photograph depicts shortening of the sternocleidomastoid muscle

آزاد کردن عضله SCM توسط بای پولار تحت بی هوشی عمومی با استفاده از اسکالپل هارمونیک به اجرا در آمد. بی حرکتی و تثبیت وضعیت با به کار بردن آتل در طول ۲ هفته اول و کشش دستی بعد از برداشتن آتل انجام شد. تمایل سر و محدودیت حرکت برطرف شدند و نتایج عمل کردی و زیبایی خوبی حاصل شد. اگرچه بهترین نتایج درمانی در Torticollis مادرزادی در طول اولین سال‌های کودکی به دست می‌آید، آزاد سازی عضله SCM توسط بای پولار و به دنبال آن فیزیوتراپی بعد از عمل در بزرگسالانی که بیماری شان مورد غفلت واقع شده، می‌تواند مؤثر باشد.



FIGURE 3. Intraoperative photograph displays retroauricular and supraclavicular approaches to perform the bipolar muscular release.



FIGURE 4. Intraoperative photograph depicts muscular release using the harmonic scalpel.

نوروفیبروماتوز کرانیوفیشیال: درمان دفورمیتی میانه صورت

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 595e600

Craniofacial Neurofibromatosis: Treatment of the midface deformity

Dhruv Singhal ^a, Yi-Chieh Chen ^a, Yueh-Ju Tsai ^b, Chung-Chih Yu ^a, Hung Chang Chen ^a,
Yu-Ray Chen ^a, Philip Kuo-Ting Chen ^{a,*}

^a Chang Gung Craniofacial Center, Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Chang Gung Memorial Hospital, Chang Gung University, Taiwan

^b Department of Ophthalmology, Chang Gung Memorial Hospital, **Taiwan**

نوروفیبروماتوز کرانیوفیشیال بیماری خوش‌خیم ولی ویران کننده است. در حالی که شایع‌ترین محل درگیری در صورت ناحیه اربیتو- تمپورال است، بیماری اغلب با دفورمیتی قابل ملاحظه قسمت میانی صورت معرفی می‌شود. ما مروری برتجارب موارد نوروفیبروماتوز کرانیوفیشیال از ژوئن ۱۹۸۱ تا ژوئن ۲۰۱۱ داشتیم که شامل بیماران با دفورمیتی بافت نرم قسمت میانی صورت بود که شامل تغییرات شگرف قرینگی بینی یا لب بالا می‌شد.



Fig. 1. Case 1. (A) Primary involvement of the entire nasal subunit. (B) 18 months following partial excision of the upper and lower nasal subunits. (C) One month following reexcision with medial canthoptexy and right lower lateral cartilage repositioning. (D) 4 year follow-up photograph.

داده‌های مرور شده شامل پرونده پزشکی و بانک فتوگرافی بیماران بود. در طی بیش از ۳۰ سال، ۵۲ بیمار معرفی شدند که مورد جراحی به علت نوروفیبروماتوز کرانیوفیشیال در مرکز کرانیوفیشیال Chang قرار گرفتند. در ارزیابی اولیه ۲۳ بیمار (۴۳٪) واجد دفورمیتی زیاد قسمت میانی صورت بودند. ۵۵٪ بیماران با دفورمیتی لب و ۲۸٪ با دفورمیتی بینی بودند که هیچ نشانه‌ای از درگیری مستقیم با تومور را نشان ندادند. دفورمیتی آنان منحصراً مربوط به تأثیر ثانویه تمایل به طرف نوروفیبروما می‌گونه بود. اینفیلتراسیون اولیه تومور در نواحی نازال و لبیال با اکسیزیون و در پی آن با استفاده از متدهای گوناگون بازسازی شامل جابه‌جایی غضروف Lower Lateral، فلپ‌های پیشانی، فلپ‌های آزاد یا آویزش کامیشور لب، درمان شد. دفورمیتی‌های بافت نرم میانه صورت در بیماران با نوروفیبروماتوز کرانیوفیشیال بسیار شایع هستند و عمیقاً نتایج همه جانبه استتیک را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تمیز دادن درگیری اولیه از ثانویه میانه صورت، به اتخاذ تصمیم‌گیری در جراحی کمک می‌کند.

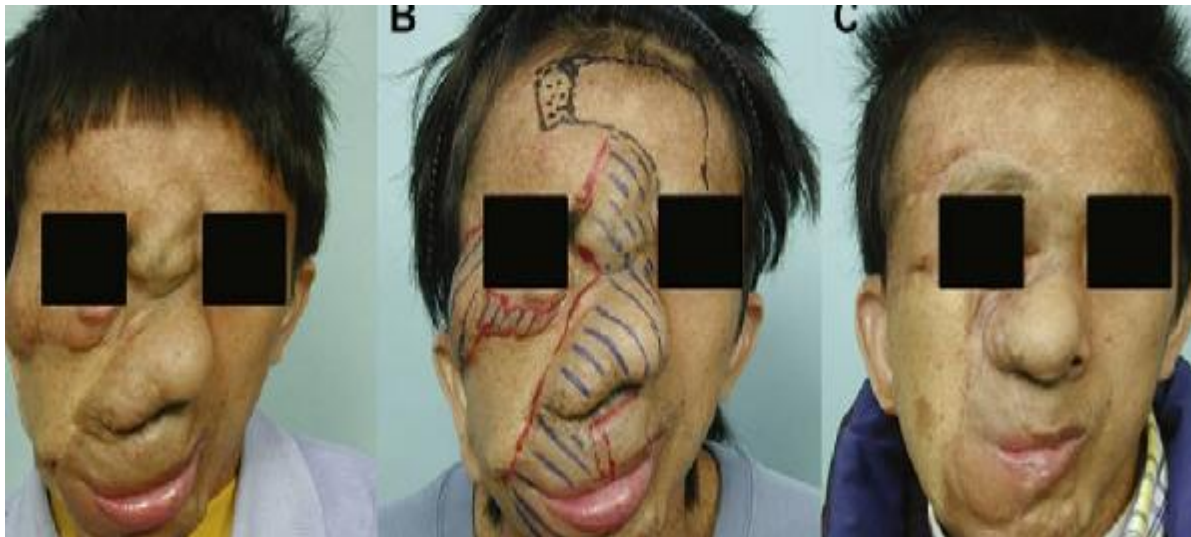


Fig. 2. Case 2. (A) Primary involvement of the entire nasal subunit and right upper lip. (B) Pre-operative markings demonstrating extent of resection (blue and red markings) and planned forehead flap (black markings). (C) 15 month follow-up photograph



Fig. 3. Case 3. (A) Primary involvement of the right upper lip. Radical nasal excision and reconstruction previously performed with an expanded forehead flap. (B) Markings for a planned medially based lip excision. (C) 5 year follow-up demonstrating complete relapse of caudal commissure drift. (D) 7 year follow-up after a dual approach including a medially based re-excision and simultaneous suture suspension of the oral commissure to the orbital rim. Long term preservation of commissure position is demonstrated. Different aspects of same case previously presented in “Craniofacial Neurofibromatosis and tissue expansion: long-term results” (Singhal et al., 2012b) and “Soft tissue management of orbitotemporal neurofibromatosis” (Singhal et al., 2013).



Fig. 4. Case 4. (A) Primary involvement of the lower half of the nasal subunit. Secondary traction of the upper lip from the dependent cheek neurofibroma. (B) Excision of cheek, upper lip, and nasal neurofibromas with appropriate repositioning of the alar base and oral commissure with temporary split thickness skin graft to the cheek. (C) 2 days later, following stabilization of the patient in the ICU, functional gracilis and ALT free flaps were performed. (D) Early relapse of the commissure displacement required suture suspension to the orbital rim. The alar base was re-excised simultaneously. 4 year follow-up demonstrates preservation of commissure and alar base position. Images reprinted from "Role of Free Flaps in the Management of Craniofacial Neurofibromatosis: Soft Tissue Coverage and Attempted Facial Re-Animation" (Singhal et al., 2012a).

بهبود اختلالات حسی عصبی

ناشی از استئوتومی ساژیتال اسپلیت دو طرفه فک پایین با لیزرهای کم توان

یک آزمایش کلینیکی تصادفی متقاطع

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) e130ee133

Lower-level laser therapy improves neurosensory disorders resulting from bilateral mandibular sagittal split osteotomy: A randomized crossover clinical trial

Giovanni Gasperini*, Isabel Cristina Rodrigues de Siqueira, Luciane Rezende Costa

Department of Oral and Maxillofacial Surgery (Dr. Giovanni Gasperini, Ms), UFG Hospital, Primeira Avenida, s/n e Setor Universitário,

74605-020 Goiania, Goias, **Brazil**

استئوتومی ساژیتال اسپلیت دو طرفه (BSSO) تکنیکی است که به طور شایع برای تصحیح عدم تناسب ماندیبولار به کار می رود ولی برخی بیماران به دنبال آن، هیپوستزی عصب آلوئولار تحتانی (IAN) را تجربه می کنند. هدف از این مطالعه تأیید استفاده از پروتکل درمانی لیزرهای کم توان بعد از BSSO است.

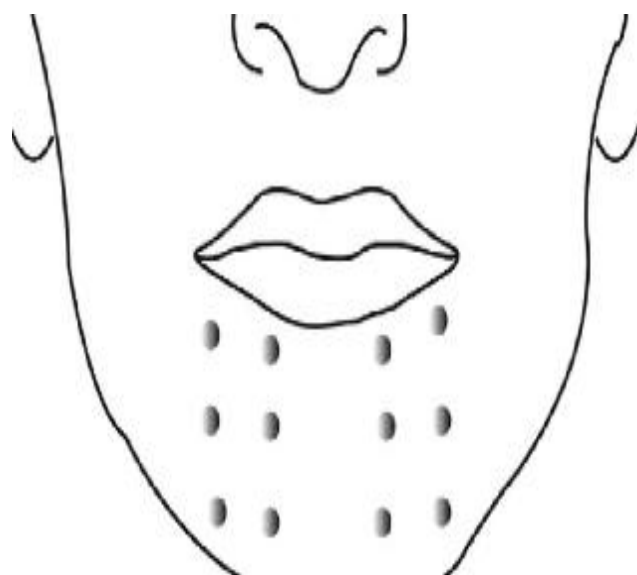


Fig. 1. Six points symmetrically marked to evaluated labiomental sensation.

در مطالعه ما، ۱۰ بیمار که جراحی BSSO و استئوتومی لفورت I و به دنبال آن، درمان لیزر کم توان در یک طرف فک داشتند در طی ۶۰ روز مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از عمل، داده ها برای طرف درمان شده و طرف درمان نشده در روزهای ۱۵، ۳۰ و ۶۰ پس از جراحی، در هنگامی که حس دو طرف بهبود یافت، مقایسه شدند.

در طرف درمان شده، بهبود سریع تر و تقریباً در آخرین ارزیابی ما کامل بود. بنابراین پیشنهاد می شود که درمان با پروتکل لیزرهای کم توان می تواند پاسخ بافتی را بهبود بخشد و نقاهت اختلالات عصب حسی را در پی BSSO تسریع کند.

آیا سیاهی چشم (Black eye) علامت کارآمدی از شکستگی های صورت در بیماران با جراحات های جزئی سر است؟

تجزیه و تحلیل گذشته نگر در مرکز ترامای تراز یک در طی ۱۰ سال

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 518–522

Is a black eye a useful sign of facial fractures in patients with minor head injuries? A retrospective analysis in a level I trauma centre over 10 years

Michael Büttner^a, Fabian Lukas Schlittler^{a,1}, Chantal Michel^b, Aris Konstantinos Exadaktylos^c, Tateyuki Iizuka^a
^aDepartment of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital of Bern (Inselspital), CH-3010 Bern, Switzerland
^bUniversity Hospital of Child and Adolescence Psychiatry and Psychotherapy, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern, Switzerland
^cDepartment of Emergency Medicine, University Hospital of Bern (Inselspital), CH-3010 Bern, Switzerland

چکیده: ترامای کند اربیت شایع است و تشخیص شکستگی آن توسط سی تی اسکن مقدور است. اگرچه این امر باعث در معرض اشعه یونیزه قرار گرفتن بیماران می شود. نشانه چشم سیاه یا اکیموز سطحی پلکها و یا پراکنده شدن خونریزی از ساختارهای عمیق تر به بافت های سست پری اربیتال را نشان می دهد. چشم سیاه عمده ترین نشانه شکستگی استخوان های اربیت است در حالی که دیگر نشانه ها ممکن است در اثر تورم بافت های نرم استتار شوند.

هدف ما تعیین پیش گویی کننده های کلینیکی شکستگی اربیتال به ویژه وجود چشم سیاه برای کاستن از در معرض رادیاسیون غیر ضرور قرار گرفتن بیماران بود. یک مطالعه گذشته نگر ۱۰ ساله از ماه مه ۲۰۰۰ تا آوریل ۲۰۱۰ از پرونده های پزشکی بیماران ما که با ترامای جزئی سر و با یک یا دو چشم سیاه در بخش اورژانس حضور یافتند و هر یک از آنان بیش از ۱۶ سال سن داشته و واجد سی تی اسکن بوده و GCS (Glasgow - coma score) آنان ۱۵ - ۱۳ بود، انجام شد.

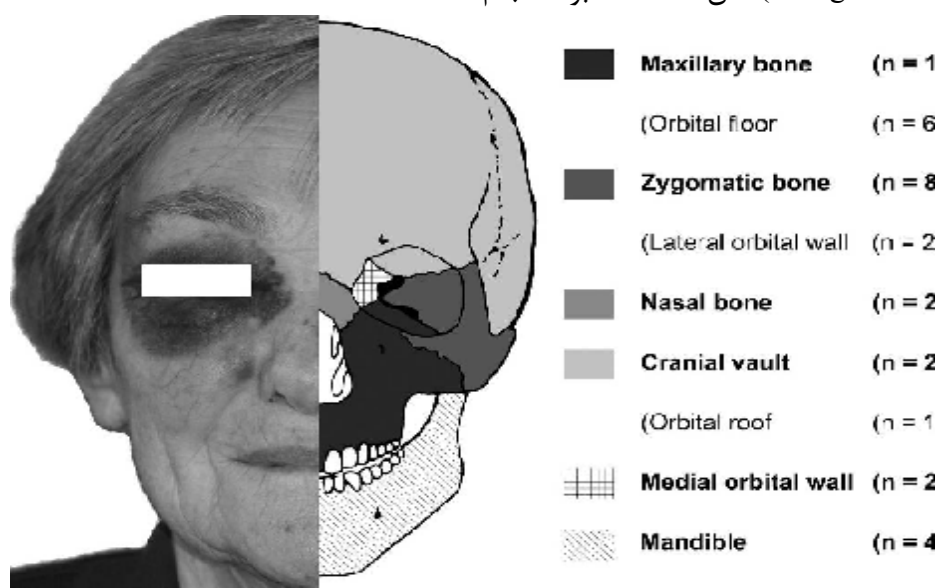


Fig. 2. Distribution of 2945 fractures in 1144 patients (numbers in parentheses indicate subsets).

نتیجه اولیه این بود که چشم سیاه یک معرف ارزشمند از شکستگی است. نشانه های کلینیکی همراه به عنوان نتایج ثانویه مورد توجه قرار گرفتند. مجموعاً ۱۶۷۶ بیمار با سن متوسط ۵۱ سال و ترامای کوچک سر با یک یا دو چشم سیاه در این مطالعه قرار گرفتند. در ۱۱۴۴ سی تی اسکن، یک شکستگی استخوان های فک و صورت وجود داشت که در ۶۸/۳٪ سیاهی چشم علامت واضح آن بود.

اختصاصی بودن این علامت برای شکستگی صورت به ویژه برای دیگر علائم کلینیکی بالا بود از جمله کم شدن حس پوست (۹۶/۴٪)، دو بینی یا اختلالات حرکتی چشم (۸۹/۳٪)، پله کان شکستگی (۹۹/۸٪)، خونریزی (۹۵/۵٪) و هموراژی زیر ملتحمه (۹۰/۴٪) و امفیزم (۹۹/۶٪). میزان اختصاصی بودن همان نشانه ها از ۱۰/۸٪ تا ۲۲/۲٪ متغیر بود. قابل ملاحظه ترین واقعیت این بود که در ۶۸/۳٪ از بیماران این علامت بر زمینه شکستگی ایجاد شده بود.

بنابراین ما نتیجه گیری کردیم که برای هر بیمار با جراحی جزئی سر که با علامت چشم سیاه حاضر می شوند الزاماً انجام سی تی اسکن تجویز شود.

آگمنتاسیون کف سینوس ماگزایلا در بیماران با کیست های کاذب سینوس

گزارش نمونه

Maxillary sinus floor augmentation in patients with maxillary sinus pseudocyst: case report

Nukhet Celebi, DDS, PhD,^a Zeynep Burcin Gonen, DDS,^b Erdem Kilic, DDS, PhD,^a

Osman Etoz, DDS, PhD,^a and Alper Alkan, DDS, PhD,^c Kayseri, **Turkey** ERCIYES UNIVERSITY
(Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:e97-e102)

عمل بالا بردن کف سینوس ماگزایلا با نتایج قابل پیش بینی مورد اقبال عمومی قرار گرفته است و تکنیک بی خطر و قابل قبولی برای آگمنتاسیون استخوان است که پایه ای برای درمان های ایمپلنت فراهم می آورد. در رادیوگرافی ها، تشخیص ضایعات رادیوآپک ضعیف در بیس سینوس ماگزایلا باید در طی برنامه ریزی برای ایمپلنت دندانانی مورد توجه قرار گیرند.



Fig. 1. Right antral pseudocyst was confirmed with CT examination in case 1.

کیست‌های کاذب به طور کلاسیک نیمه
 کروی و اپک همگن و در رادیوگرافی پانورامیک و
 پری اپیکال خوب مشخص است. بخش بزرگی از
 این ضایعات بدون علامت هستند و نیاز به درمان
 جراحی ندارند. در این گزارش نمونه، ما ۴ بیمار را
 معرفی می‌کنیم که عمل بالا بردن کف سینوس
 ماگزیلا با وجود کیست‌های کاذب در سینوس با
 استفاده از دسترسی کورستال یا لترال داشته‌اند.
 هیچ عوارضی در طی پایش بیماران مشاهده
 نشد و عمل کرد همه ایمپلنت‌ها موفقیت آمیز بود.

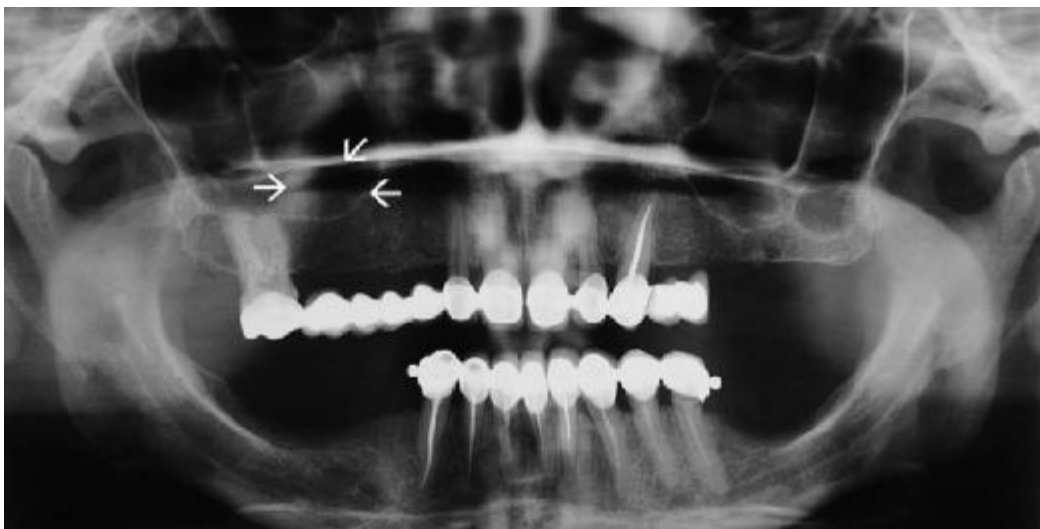


Fig. 2. White arrows indicate maxillary sinus pseudocyst in case 2.

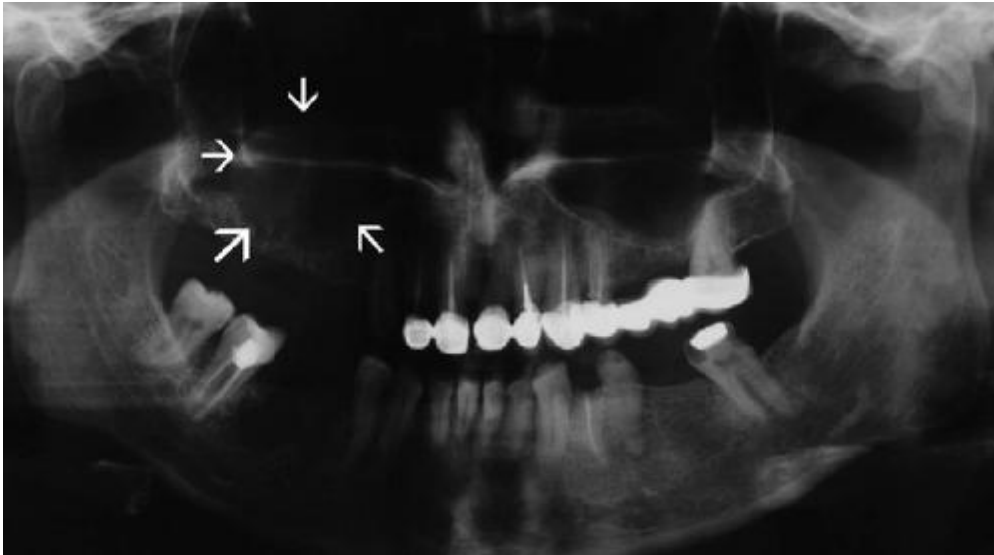


Fig. 3. White arrows indicate maxillary sinus pseudocyst in case 3



Fig. 4. CT image shows right maxillary sinus pseudocyst after sinus floor elevation in case 4.



Fig. 5. CT image shows antral pseudocyst and implant relation 3 months after implant insertion in case 1.



Fig. 6. White arrows indicate maxillary sinus pseudocyst 4 months after implant insertion in case 2.

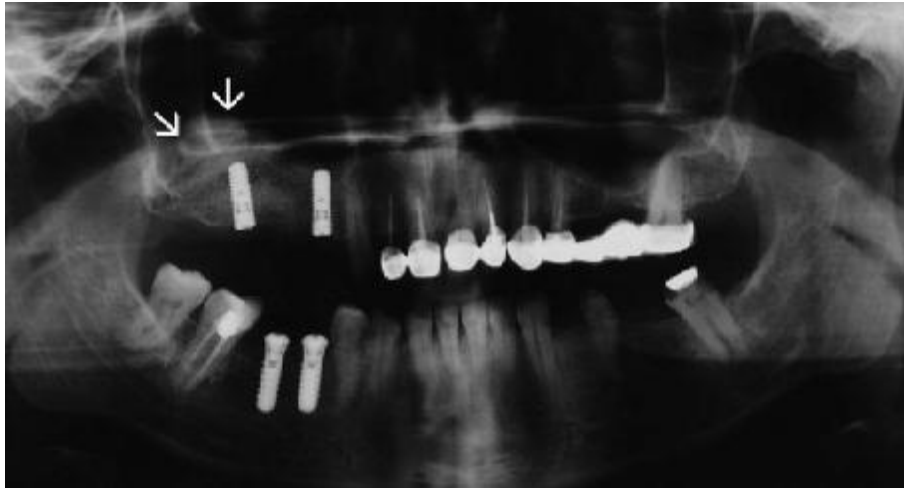


Fig. 7. White arrows indicate the reduced size of the maxillary sinus pseudocyst, 2 months after implant insertion in case 3.

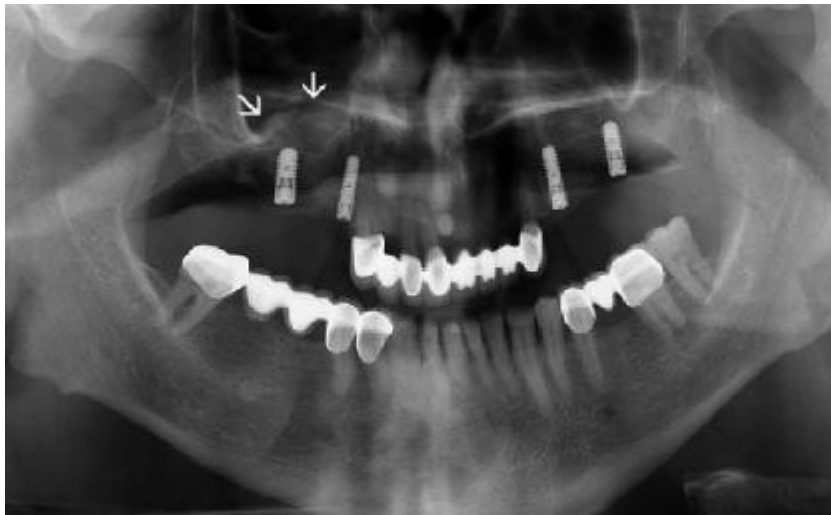


Fig. 8. White arrows indicate maxillary sinus pseudocyst after implant insertion in case 4.

نشست‌های علمی ماه شهریور

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

تاریخ ۶ شهریور/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.

شانزدهمین کنگره سراسری تازه های قلب و عروق

سالن همایش های بین المللی رازی

۲۸ - ۲۵ شهریور ۹۳ www.iranathero.ir

کنفرانس ماهانه انجمن علمی راینولوژی ایران

محل برگزاری: تالار تصویر برداری بیمارستان امام خمینی ۹۳/۶/۶

۲ امتیاز برای جراحان فک و صورت

تلفن واحد مجری: ۸۸۹۵۰۳۹۵ - ۰۲۱

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 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 CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 4e6 November 2014, Coventry, UK Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email: liviu-cernat@uhcm.nhs.uk</p>	<p>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 88231s 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</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</p>

<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>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 Website: www.facial-plastic-surgery.eu</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: sfscmfco2014@univ-lyon.fr</p> <p>29TH WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL COLLEGE FOR MAXILLO-FACIAL-SURGERY 7e11 October 2015, Limassol, Cyprus Congress President: Zoe Nicolaou Contact: Melina Limmati Email: info@znmaxillofacial.com Telephone: 00357 25761010</p>
---	---