

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.15 Nov. 2014

شماره ۱۵ - آبان ۱۳۹۳



به نام خدا

صورت معرف هویت و بازتاب دهنده احساسات انسان و جراحی ارتوگناتیک، عملی است که ساختار صورت را از اساس و بنیان به هم می‌ریزد و یکی از پیچیده‌ترین جراحی‌هایی است که نه تنها تغییرات شگرفی را در فیزیک انسان بلکه در روان او ایجاد می‌کند. در ماه گذشته، با حضور پروفسور Johan Reyneke در کنگره ارتودنטיست‌های ایران این موضوع در مرکز توجه علاقه‌مندان به مبحث جراحی فک قرار گرفت.

جراحی ارتوگناتیک، جراحی سنگین و پرمسئولیتی است که در دوره دستکاری، فقط فراگیری تکنیک‌های آن حاصل می‌شود. تسلط بر طرح درمان جراحی ارتوگناتیک، فرآیندی است که در طی سالیان تجربه مبتنی بر تجزیه و تحلیل علمی وضعیت بیماران و با ثبت داده‌ها و مشخصات و اندازه‌گیری‌های دقیق در طی پایش‌های زمان‌بندی شده به دست می‌آید. فقط با رعایت این فرایند است که پیش‌بینی دقیق نتایج درمان میسر می‌شود.

پروفسور Reyneke در ۳۰ سال گذشته بیش از ۸۰۰۰ جراحی ارتوگناتیک انجام داده است، مولف ۶۴ مقاله و کتاب «ضروریات جراحی ارتوگناتیک» است و بی‌شک در زمره صاحب‌نظران این رشته در سطح جهانی است. پایش بیماران جراحی‌های ارتوگناتیک پروفسور Reyneke به مدت ۲۵ - ۲۰ سال پس از جراحی انجام شده بود که ارزش کار ایشان را به عنوان کادر تمام‌عیار علمی مطرح می‌کند.

در کشور ما هم هستند جراحانی که به طور متوسط در ماه بیش از ۱۰ عمل ارتوگناتیک انجام می‌دهند ولی به علت کم‌توجهی به مستندسازی جراحی‌ها و پایش ضعیف پس از عمل، عملاً دستاورد علمی آنان شخصی شده و به موارد پراکنده تکنیکی بدل می‌شود.

پروفسور دانیل، از بزرگان جراحی پلاستیک بینی در سفری که چند سال پیش به دعوت انجمن تحقیقات رینولوژی ایران برای سخنرانی در کنگره این انجمن به ایران آمده بود اظهار کرد که با این همه جراحی‌های بینی که در ایران انجام می‌شود، قاعدتاً باید جراحان ایرانی بینی، از سرآمدان و صاحب‌سبک‌های جراحی بینی در جهان باشند...

دانشگاه ساز و کارهای فعالیت علمی و پژوهشی لازم را کم و بیش در اختیار کادرهای دانشگاهی می‌گذارد که فعالیت علمی را به مراتب برای این گروه آسان می‌کند ولی در بخش خصوصی نیز با تسلط به متدولوژی علمی و ثبت دقیق داده‌ها، دسته بندی و آرشیو کردن آنان در رشته هایی که بسیار متکی به داده‌های کلینیکی هستند، می‌توان فضای کار علمی در این عرصه را به وجود آورد و تا حدودی بر دشواری‌های کار علمی در بخش خصوصی فائق آمد. این کار با تشکیل گروه‌های علمی همکاران به مراتب جذاب‌تر و از پتانسیل نوآوری بالاتری برخوردار خواهد شد. انجمن‌های علمی و نهادهای مدنی پزشکان می‌توانند در هدایت این کار بسیار موفق عمل کنند.

ضروری است که در دوره دستگیری، تربیت کادر علمی در محور اهداف آموزشی دوره قرار گیرد و آموزش تکنیک در خدمت آن باشد. تربیت کادرهای صرفاً کلینیسیست تکنیک گرا، لطمه جبران ناپذیری به مقوله طراحی درمان مبتنی بر علم و تجربه در جراحی‌های پیچیده ای از جمله جراحی ارتوگناتیک می‌زند. برای دستیابی به مقامی در تولید علم، تربیت کادر علمی مجهز به متدولوژی علمی باید به عنوان هدف اول در دستور کار دوره های آموزشی تخصصی قرار گیرد.

دکتر میترا میرمحمدی

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

سال خوردگی اطراف دهان

یک ارزیابی آنترپومتریکی

Perioral aging - An anthropometric appraisal

Gregor F. Raschke [a,c,*](#), Ulrich M. Rieger [b,c,1](#), Rolf-Dieter Bader [a](#), Oliver Schaefer [c](#), Arndt Guentsch [c](#), Marta Gomez Dammeier [a,c](#), Stefan Schultze-Mosgau [a](#)

a Department of Cranio-Maxillofacial Surgery & Plastic Surgery, Friedrich Schiller University Jena, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, Germany

b Department of Plastic & Aesthetic, Reconstructive & Hand Surgery, Markus Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Straße 4, Frankfurt am Main, Academic Teaching Hospital, Johann Wolfgang von Goethe University, Germany

c Interdisciplinary Research Group of Computational Medicine, Friedrich Schiller University Jena, Erlanger Allee 101, 07747 Jena, [Germany](#)

[Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 \(2014\) e312e317](#)

چکیده: به منظور انجام جراحی‌های مؤثر و کافی جوان سازی اطراف دهان، درک تغییرات مورفولوژی ناشی از سال خوردگی صورت ضروری است. تجزیه و تحلیل آنترپومتریکی نمای استاندارد شده تمام رخ و نیم رخ فتوگرافی‌های صورت می‌تواند به بررسی چنین تغییراتی کمک کند.

فتوگرافی‌های ۳۴۶ مرد با استفاده از ۱۲ شاخص مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌های ۲ گروه از آنان، اولین گروه با میانگین سنی تقریبی ۲۰ سال و دومین گروه با میانگین سنی تقریبی ۶۰ سال مورد مقایسه قرار گرفتند.



Fig. 1. Example of frontal and profile-view photographs of the perioral region of two health 20-(Above) and two 60-year-old subjects (Middle). Below photographs of two 60-year old subjects exhibiting a combined nicotine and alcohol abuse.

به منظور ارزیابی تأثیر تلفیقی اعتیاد به نیکوتین و الکل، داده‌های دومین گروه مورد مقایسه با سومین گروه با میانگین سنی مشابه که به عنوان معیار به الکل و نیکوتین شناخته می‌شدند قرار گرفت. مقایسه اولین گروه به دومین گروه، کاهش قابل ملاحظه ارتفاع عمودی ورمیلیون بالا و ورمیلیون پایین و حجیم شدگی نسبی قسمت پوستی لب‌های بالا و پایین را نشان داد. این اثر به شکل شدیدتری در ورمیلیون بالا و مدیال لب بالا مشخص بود. افتادگی لب‌های بالا به سمت ایجاد افزایش عرض دهان پیش رفت. در گروه سوم تأثیر افتادگی لب‌های بالا و به خصوص قسمت مدیال آن به طور قابل ملاحظه ای در مقایسه با گروه دوم بالاتر بود.

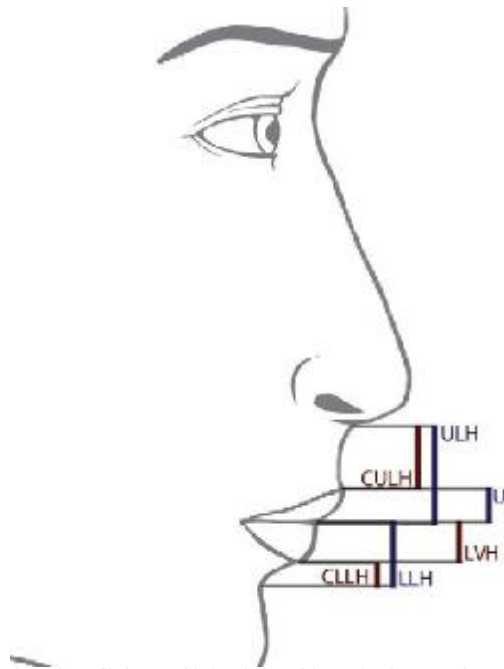


Fig. 3. Schematic profile image with description of the used anthropometric distances. Upper lip height (ULH), lower lip height (LLH), cutaneous upper lip height (CULH), cutaneous lower lip height (CLLH), upper vermilion height (UVH) and lower vermilion sheight (LVH).

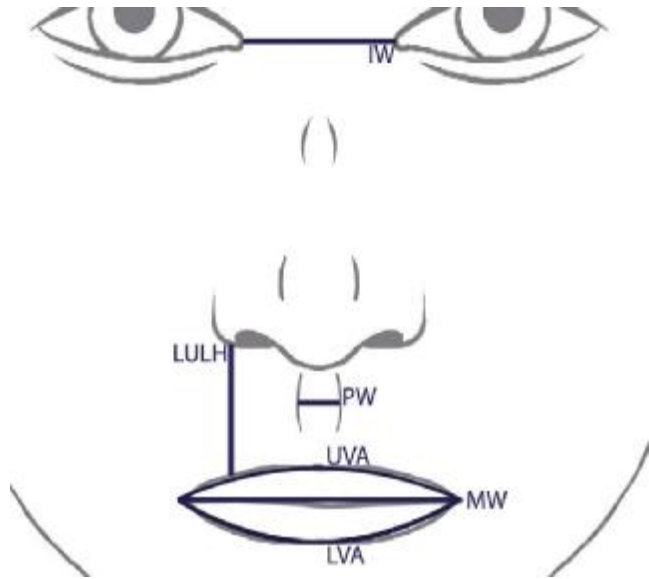


Fig. 2. Schematic frontal-view image with description of the used anthropometric distances. Mouth width (MW), philtrum width (PW), lateral upper lip height (LULH), upper vermilion arc (UVA), and lower vermilion arc (LVA).

اندازه گیری‌های آنتروپومتریک بررسی شده به کمک فتوگرافی، نتایج بازسازی شده در ارتباط با سال‌خوردگی ناحیه پیرامون دهان را ارائه کرد.

لیپوم داخل عضلانی در عضله ماستر

گزارش نمونه

Intramuscular lipoma in the masseter muscle: a case report

Go Tsumurayaa, Hiroyuki Yamadab,*، Hajime Shimizub، Yoshiki Hamadab

^aDepartment of Oral and Maxillofacial Surgery, Syounai Amarume Hospital, Yamagata, Japan ^bDepartment of Oral and

Maxillofacial Surgery, School of Dental Medicine, Tsurumi University, Yokohama, **Japan**

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) e21–e23

چکیده: بنا به اطلاعات ما این اولین گزارش از لیپوم داخل عضلانی است که در عضله ماستر دیده شده است. بیوپسی اکسیژنال زیر بیهوشی عمومی نشان داد که توده در طرف لترال عضله را به سهولت می‌توان از بافت‌های نرم پیرامون خود جدا کرد، ولی در طرف مدیال محکم به عضله چسبیده است. بنابراین اکسیژیون کامل آن نیاز به رزکسیون بخشی از ماستر داشت. آزمایشات هیستوپاتولوژیک نشان داد که توده، یک لیپوم داخل عضلانی است. دو سال و شش ماه پس از جراحی هیچ شاهدهی از برگشت آن وجود نداشت.

لیپوم تومور خوش خیمی است که توسط پرولیفراسیون adipocytes سفید بالغ تعریف می‌شود و شایع‌ترین نئوپلاسم مزانشیمال بافت نرم در بزرگسالان است. لیپوم داخل عضلانی درون فیبرهای عضلانی اسکلتال در نقاط مختلف، و به‌طور مشخص در طول دوره میان‌سالی و بزرگسالی به‌وجود می‌آید. این

ضایعات اغلب به عنوان نودول‌های خوب محدود و مشخص شده لاستیک مانند مجرد و بدون درد، به طور نسبتاً شایعی در دست‌ها و پاها شناخته می‌شوند. با این حال در سر و گردن به ندرت دیده می‌شوند و شایع‌ترین محل آن‌ها زبان است. نمونه‌های چندی از لیپوم داخل عضلانی در عضله گیجگاهی گزارش شده است ولی بنا به اطلاعات ما اولین گزارش نمونه لیپوم در عضله ماستر در این جا ارائه می‌شود.

گزارش نمونه:

در فوریه ۲۰۱۰ مرد ۵۸ ساله ای با نودول بدون دردی در گونه سمت راست که برای اولین بار ۲ سال پیش از آن متوجه آن شده بود، به بیمارستان ما ارجاع شد. او سابقه ای از کانسر روده بزرگ (مرحله IIIa) داشت که ۲ سال قبل از آن برداشته شده بود و به دنبال آن شیمی‌درمانی بعد از عمل انجام داده بود.

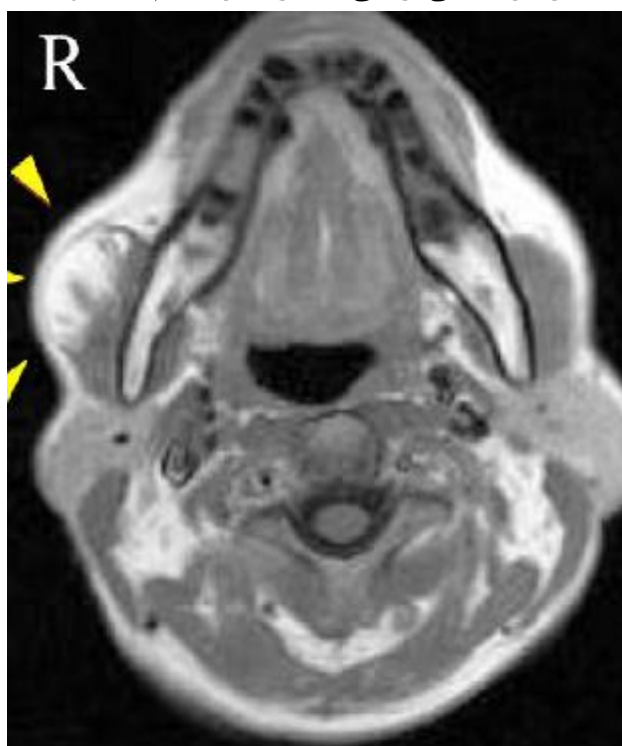


Fig. 1. Preoperative MRI (axial T1-weighted image) showing a mass with high signal intensity. The lateral margin is fairly well-defined, but the medial margin is not well-defined.

در تاریخچه پزشکی او سابقه هیچ جراحی به صورت وجود نداشت. در معاینات پزشکی، توده نرم متحرک در گونه سمت راست وجود داشت که اندازه آن ۳۵ میلی‌متر در ۴۵ میلی‌متر بود.

پوست و مخاط دهان روی آن طبیعی به نظر می‌رسیدند و هیچ صدا و نبضی بر روی توده وجود نداشت. هیچ نشانه ای از فلج عصبی، لنفادنوپاتی گردنی یا تریسموس وجود نداشت.

MRI یک توده ۱۵ میلی‌متر در ۳۰ میلی‌متر در ۳۳ میلی‌متر را در عضله ماستر سمت راست نشان داد. حاشیه لترال بسیار خوب مشخص شده بود ولی حاشیه‌های مدیالی این خصوصیت را نداشت. (Fig 1)



Fig. 2. Operative photograph showing a yellow mass in the incised masseter muscle.

تشخیص کلینیکی لیپوم داخل عضلانی در عضله ماستر سمت راست بود ولی تشخیص لیپوسارکوم خوب متمایز شده بر اساس MRI، کاملاً کنار گذاشته نمی‌شد. بیوپسی اکسیژنال توده از طریق دادن برش ۴ سانتی متری داخل دهانی زیر بیهوشی عمومی، توده نرم و زرد رنگی را در داخل عضله نشان داد (Fig 2) که به راحتی از بافت‌های نرم در طرف لترال جدا می‌شد.

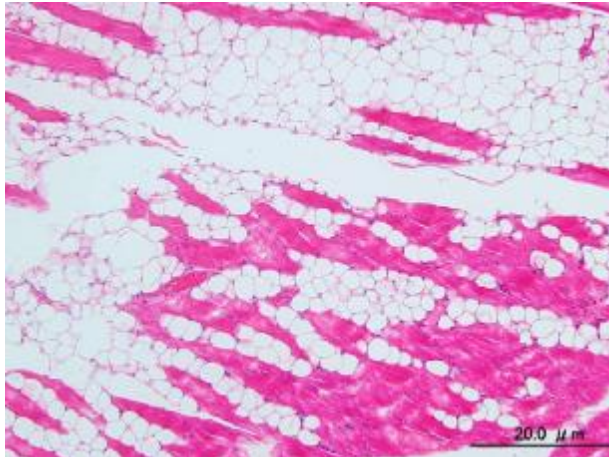


Fig. 3. Photomicrograph showing proliferation of mature adipocytes infiltrating the muscle fibres. The adipocytes show no cellular atypia or irregularity. There are no mitoses (haematoxylin and eosin (original magnification 200x)).

در آزمایشات هیستوپاتولوژیکی، پرولیفراسیون آدیپوسیت‌های بالغ دیده می‌شد که باعث اینفیلتره شدن فیبرهای عضلانی می‌شد. آدیپوسیت‌ها هیچ‌گونه بی‌قاعدگی سلولی و بی‌نظمی را نشان نمی‌دادند و هیچ میتوزی نیز مشاهده نشد. (Fig 3) تشخیص هیستوپاتولوژیکی ضایعه، لیپوم داخل عضلانی بود. دورهٔ پس از عمل بدون مورد خاصی گذشت و دو سال و شش ماه پس از جراحی هیچ‌گونه شواهدی دال بر برگشت ضایعه وجود نداشت و بیمار قادر به جویدن نرمال بود.

ثبات جراحی Set back مندیبل با و بدون ارتودنسی پیش از عمل

Stability of Mandibular Setback Surgery With and Without Presurgical Orthodontics

Chin-Soo Kim, DDS, PhD,* Sang-Chang Lee, DDS, MSD,^y Hee-Moon Kyung, DDS, PhD,^z
 Hyo-Sang Park, DDS, PhD,^x and Tae-Geon Kwon, DDS, PhD^k
 _ 2014 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
 J Oral Maxillofac Surg 72:779-787, 2014

Received from the School of Dentistry, Kyungpook National University, Daegu, **Korea**

هدف: هدف از این مطالعه، مقایسه ثبات بعد از جراحی Set back مندیبل در بیماران با مال اکلوزن اسکلتال کلاس III با و بدون ارتودنسی پیش از عمل است.

ماتریال‌ها و متدها: این مطالعه گروهی گذشته نگر شامل بیماران با مال اکلوزن کلاس III که تحت جراحی فقط مندیبل قرار گرفتند می‌شد. بیماران با متد ابتدا جراحی، بدون ارتودنسی پیش از عمل (گروه SF) با گروه کنترل که جراحی‌های مرسوم با ارتودنسی پیش از عمل (گروه CS) برایشان انجام شده بود، با استفاده از سفالوگرافی های لترال پیش از عمل، بلافاصله پس از عمل و در زمان debonding مقایسه شدند. متغیرهای پیش بینی کننده (گروه و زمان بندی)، نتایج متغیرها (اندازه گیری های سفالومتریک در طی زمان) و دیگر متغیرها از جمله خصوصیات پایه ای برای تعیین تفاوت‌ها در ثبات موقعیت مندیبل مانند نقطه B مورد ارزیابی قرار گرفتند.

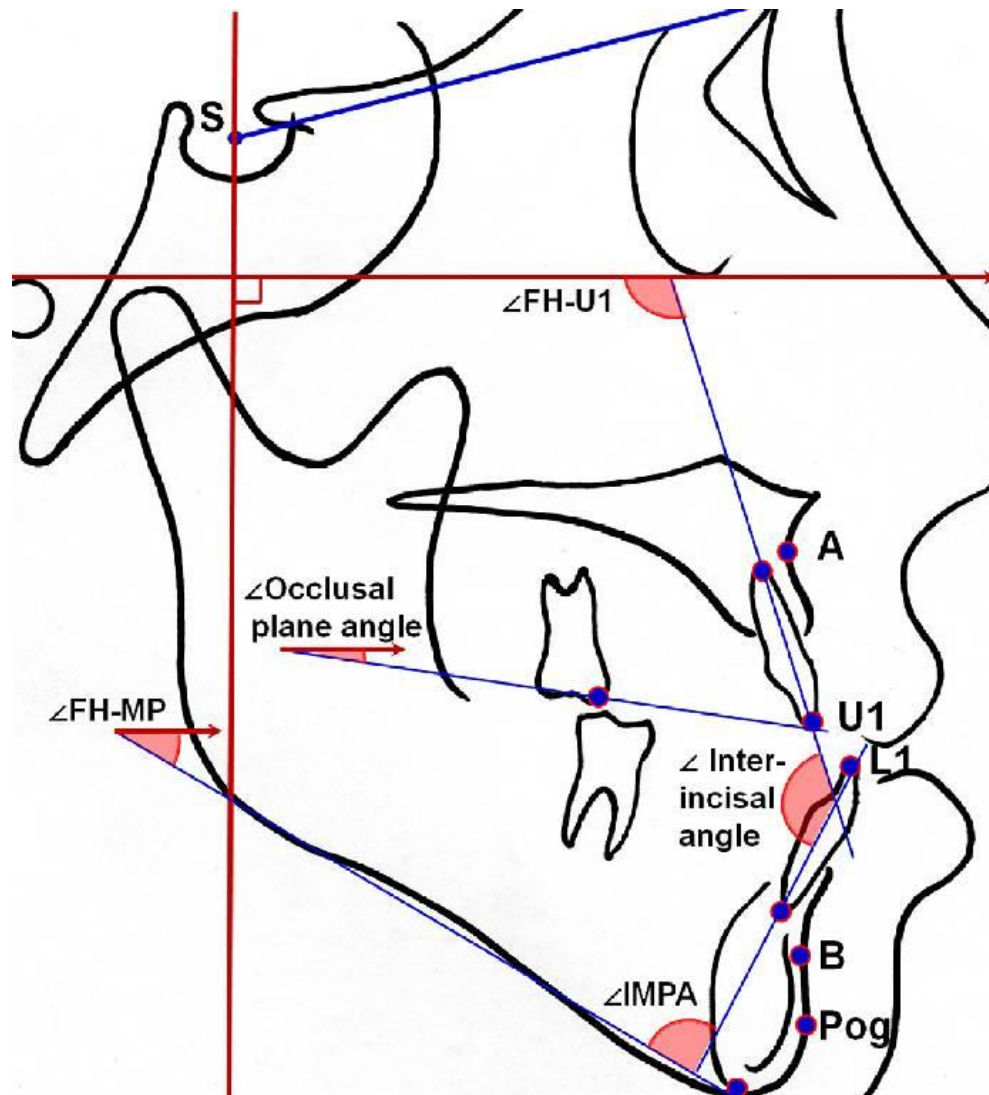


FIGURE 1. Cephalometric landmarks and measurements of the study. The FH plane was the horizontal reference plane. Then, reference lines (FH plane and SN line) were drawn based on the reference point. The S line perpendicular to the FH plane became the vertical reference plane. Positive values indicate forward and inferior movements. The angle of the FH plane to the maxillary occlusal plane angle (FH-OP), the mandibular plane angle (FH-MP), upper incisor inclination (FH-U1), IMPA, interincisal angle, overjet, overbite, and the horizontal (x) and vertical (y) positions of the B point and Pog were measured. A, A point; B, B point; FH, Frankfort horizontal; IMPA, mandibular incisor inclination to mandibular plane angle; L1, lower incisor; MP, mandibular plane; N, nasion; Pog, pogonion; S, sella; U1, upper incisor.

نتایج: ۶۱ بیمار در این مطالعه وارد شدند. (SF گروه n: ۲۳ و CS گروه n: ۳۸)

متغیرهای دموگرافیک پایه ای در هر گروه به جز زمان درمان ارتودنتیک شبیه به هم بودند. میزان Set back متوسط مندیبل در نقطه B شبیه بودند. (SF گروه: ۸/۷ میلی متر و CS گروه: ۹/۸ میلی متر: SF) ولی ریلیس افقی در گروه SF (۲/۴ میلی متر) به طور قابل ملاحظه ای بزرگتر از گروه CS (۱/۶ میلی متر) بود. بیماران با ریلیس افقی بیش تر از ۳ میلی متر شامل ۳۹/۱٪ از بیماران گروه SF را در مقایسه با ۱۵/۸٪ از گروه CS تشکیل می دادند.

نتیجه گیری: استئوتومی ساژیتال اسپلیت ماندیبولار بدون درمان های ارتودنتیک پیش از جراحی ثبات کمتری را در جراحی های ارتوگناتیک برای پروگناتیسیم مندیبل داشت. پیش از انجام متد ابتدا جراحی، ثبات اسکلتال باید مورد توجه قرار گیرد.

درمان فوری تراتومای مادرزادی حفره دهان در هنگام تولد و پایش سه ساله

Emergency management of a congenital teratoma of the oral cavity at birth and three-year follow-up

S. Dakpe^{1,*}, B. Demeer^{2,3}, C. Cordonnier⁴, B. Devauchelle¹

¹Department of Maxillofacial Surgery and Stomatology, University Hospital Amiens, France; ²Department of Prenatal Diagnosis, Gynaecology and Obstetrics, University Hospital Amiens, France; ³Department of Medical Genetics, Rare Disease Centre, University Hospital Amiens, France; ⁴Department of Anatomopathology, University Hospital Amiens, France

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2014; 43: 433–436

چکیده: تراتوماها، مالفرماسیون‌های مادرزادی هستند که بندرت در ناحیه سر و گردن ایجاد می‌شوند. در این جا ما یک نمونه از تراتومای مادرزادی حفره دهان را گزارش می‌کنیم که باعث انسداد راه هوایی شده بود و در هنگام تولد بیمار درمان شد. این تراتوما در ۲۷ هفته بارداری توسط اولتراسونوگرافی کشف شد. با تیم پزشکی برای تشخیص، مشاوره انجام شد. گزینه‌های سقط درمانی یا درمان در هنگام تولد با پیش‌گیری از دیسترس تنفسی مورد مباحثه قرار گرفت، اگرچه، درد زایمان زودرس در ۳۲ هفته بارداری، تصمیمات پزشکی و والدین را به عجله واداشت. والدین با تولد نوزاد موافقت کردند. تدابیر گوناگونی اتخاذ شد و پلن درمانی برای برطرف کردن انسداد راه هوایی نوزاد به هنگام تولد به کار گرفته شد. برقراری باز بودن راه هوایی در طول زایمان به اجرا درآمد و برداشتن تومور بلافاصله پس از آن انجام شد. پایش بیمار در طول ۳ سال گزارش شده است.

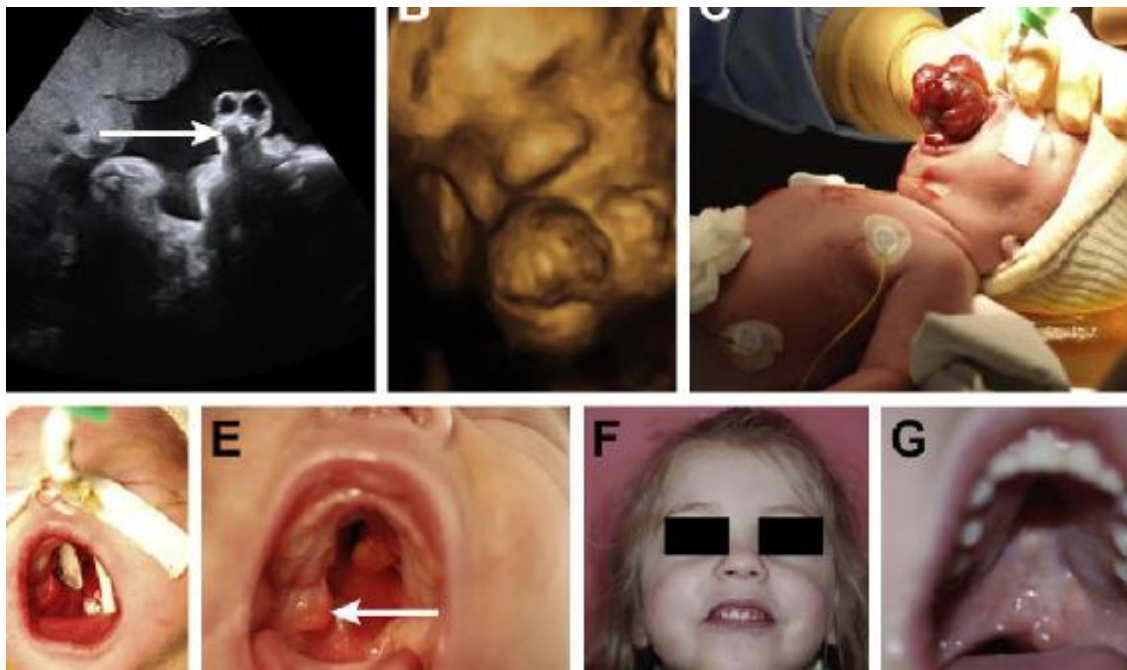


Fig. 1. (A) Ultrasound examination at gestational week 28 showing a large mass with coexisting cystic and solid tissues. The exteriorized mass measured 35 mm _ 20 mm. Hydramnios was visualized (lateral view). (B) 3D ultrasound examination at gestational week 28 showing a large mass; the oral cavity appeared to be totally blocked by this mass. (C) Premature infant (32 gestational weeks) with a large teratoma blocking the oral cavity after nasofibrosopic intubation during the EXIT procedure. (D) Cleft palate and tumoural remnant located in the right oropharynx on day 1. Closure of the large cleft palate was performed at 19

months with a calvarial periosteal graft. (E) Cleft palate and tumoural remnant located in the right oropharynx on day 7. (F) Face of the patient at 36 months. (G) Endobuccal view of the patient at 36 months

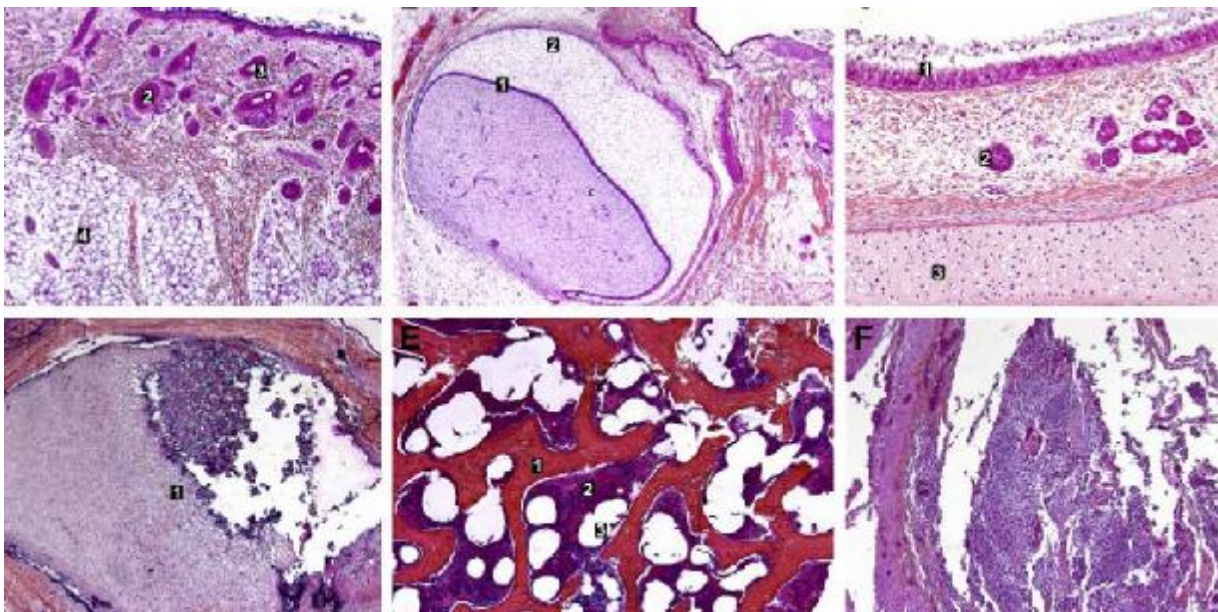


Fig. 2. Histopathological examination; haematoxylin, eosin, and saffron. (A) Subcutaneous tissue (magnification 50 \times): 1, stratified epidermis; 2, epithelial skin appendages; 3, hair follicle; 4, adipocytes. (B) Tooth bud (magnification 25 \times): 1, adamantine epithelium; 2, enamel. (C) Bronchial epithelium (magnification 25 \times): 1, cuboidal ciliated epithelium; 2, sebaceous glands; 3, cartilage tissue. (D) Chondrocytes (magnification 25 \times). (E) Bone and haematopoietic tissues (magnification 100 \times): 1, lamellar bone; 2, medullary tissue; 3, adipocytes. (F) Immature glial tissue (magnification 100 \times).

آیا کوتاه‌شدگی رادیولوژیک راموس، راهنمای قابل اطمینانی برای درمان جراحی شکستگی‌های یک طرفه کندیل مندیبل است؟

Is radiological shortening of the ramus a reliable guide to operative management of unilateral fractures of the mandibular condyle?

Sofie Kommers, Meshkan Moghimi, Lisanne van de Ven, Tymour Forouzanfar

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery/Oral Pathology, VU University Medical Center/Academic Centre for Dentistry Amsterdam

(ACTA) P.O. Box 7057, 1007 MB, Amsterdam, The Netherlands
British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 491–495

چکیده: در مطالعات گوناگون، اندازه‌گیری‌های ارتفاع راموس در تصاویر ارتوپانتوموگرافیک بیماران با شکستگی‌های یک طرفه کندیل مندیبل را به اندازه کمی ممکن برای تصمیم‌گیری درباره درمان منتشر کرده‌اند. با این حال دانسته‌های ما حاکی از فقدان مطالعاتی است که دقت و اعتبار این اندازه‌گیری‌ها را تشریح کند. هدف از مطالعه حاضر، ارزیابی کوتاه‌شدگی راموس در بیماران با چنین شکستگی‌هایی و مقایسه آن‌ها با تفاوت‌های یافت‌شده در گروه کنترل است. ۷۴ بیمار و ۷۴ مورد کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. ارتفاع راموس در شکستگی‌ها کم‌تر از طرف آسیب‌ن دیده بود. در گروه کنترل، ۵۰ مورد (۶۸٪) تفاوتی در ارتفاع راموس خود به میزان بیش از ۲ میلی‌متر داشتند. از ۷۴ بیمار، ۲۵ نفر (۳۴٪) راموس کوتاه‌تر آسیب‌ن‌دیده در طرف مقابل داشتند. کوتاه‌شدگی راموس می‌تواند در تصاویر OPT اندازه‌گیری

شود. با این حال در گروه کنترل تفاوت میانگین بزرگی در ارتفاع راموس وجود داشت. در میان بیماران نیز گاه راموس آسیب ندیده در طرف مقابل کوتاه تر از طرف شکستگی بود. (۳۴٪)



Fig. 1. Measurement of the ramal height using the method described by Palmieri et al.¹² A horizontal reference line is drawn through both gonial angles. A line perpendicular to the reference line through the highest point of the condyle indicates the height of the ramus.

با اندازه گیری تفاوت در ارتفاع در تصاویر OPT نمی توان به عنوان اندیکاسیون مطلق برای تداخلات جراحی تکیه کرد.

تتراسیکلین: علاجی بر همه چیز؟

Tetracycline: a cure all?

Robert Kennedy¹, Mustansir Alibhai, Kaveh Shakib

*Barnet & Chase Farm Hospital, Department of Oral & Maxillofacial Surgery, The Ridgeway, Enfield Middlesex, EN2 8JL,

United Kingdom

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 382–383

چکیده: تتراسیکلین برای درمان دامنه وسیعی از بیماری‌های دهان به کار برده می‌شود. تأثیر خوب آن در درمان پریودنتیت تصدیق شده است و تجویز آن‌ها در درمان دندان‌های از جا کنده شده معتبر است. شواهد پایه ای برای حمایت از استفاده از تتراسیکلین جهت درمان استوماتیت آفتی راجعه در حال افزایش است ولی استفاده از آن در نووس اسفنجی سفید محدود به چند گزارش نمونه است. مکانیسم عمل در این وضعیت‌ها همچنان ناشناخته یا از طریق مهار ماتریکس متالوپروتئیناز (MMP) نشان داده شده است. استفاده از دارویی منفرد برای درمان بیماری‌های مختلف دهانی اهمیت زیادی در پزشکی دهان دارد. در دهه‌های اخیر تتراسیکلین‌ها به عنوان بازدارنده‌های کلاژناز (زیرمجموعه ای از ماتریکس متالوپروتئیناز یا MMP) با استفاده موثر در پزشکی دهان و دندان پزشکی راه پیدا کرده اند. استوماتیت آفتی برگشت پذیر: اتیولوژی این بیماری چند فاکتوری است و کاملاً شناخته نشده است و درمان‌ها عمدتاً تجربی هستند. استفاده از تتراسیکلین موضعی به عنوان دهان شویه یا استفاده موضعی با

پوشش ژل چسبنده به مخاط، درد همراه با این بیماری‌ها را کاهش می‌دهد. تتراسیکلین ۲۵۰ میلی گرم به عنوان دهان شویه استفاده و سپس بلع می‌شود که باعث کاهش درد و اندازه زخم‌ها می‌شود ولی تأثیری بر انتشار آن‌ها ندارد.

ترامای دندانی: تتراسیکلین سیستمیک به عنوان آنتی بیوتیک منتخب درمانی بعد از جای گذاری دندان از جا کنده شده تجویز می‌شود. استفاده موضعی از مینوسیکلین یا داکسی‌سیکلین نیز می‌تواند در دندان‌های ناکامل مورد توجه قرار گیرد. تاثیر این تجویزها بر اساس مطالعات حیوانی که در آن تحلیل ریشه و افزایش خون رسانی پالپی در هنگامی که آنتی بیوتیک‌های تتراسیکلین به طور موضعی در دندان‌های از جا کنده شده به کار می‌روند نشان داده شده است. در این‌جا نیز مکانیسم عمل آن ممکن است به عنوان بازدارنده MMP مطرح باشد در حالی که از عفونت باکتریایی جلوگیری می‌کند.

نووس اسفنجی سفید: این ضایعه که نادر است و به صورت اتوزومال غالب به ارث می‌رسد، به شکل پلاک‌های اسفنجی سفید دو طرفه در مخاط باکال ظاهر می‌شود. چندین گزارش نمونه، بهبود این ضایعات با کاربرد دهان شویه تتراسیکلین را ثبت کرده اند و مؤلفین نیز نتایج مشابهی را مشاهده کرده اند. ممکن است که این فرض مطرح باشد که ساختار این ضایعات کلونیزاسیون باکتریایی را تقویت می‌کند و این عملی در بروز این شرایط علیرغم اتیولوژی ژنتیکی آن دارد. مکانیسم عملکرد تتراسیکلین ممکن است در این صورت آنتی باکتریایی باشد.

پریدونتیت و پری ایمپلنتیت: در پریدونتیت و در همراهی با از دست دادن اتصالات کلینیکی غلظت MMP افزایش می‌یابد. میزان ساب آنتی میکروبیال داکسی‌سیکلین (۲۰ میلی‌گرم - دوبار در روز) فعالیت MMP را مهار می‌کند و در تلفیق با جرم گیری مرسوم به بهبود سطح اتصالات کلینیکی رهنمون می‌شود. در UK به داکسی‌سیکلین به عنوان مکمل جرم گیری برای درمان پریدونتیت مجوز داده شده است. همچنین استفاده از داکسی‌سیکلین موضعی به عنوان مکمل دبریدمان دستی به پیشرفت سطح اتصالات کلینیکی در پیرامون ایمپلنت رهنمون می‌شود.

بیماری‌های وزیکولوبولوز: هرپس لب با ژلی مرکب از دوز پایین داکسی‌سیکلین و مونوکاپرین زمان ترمیم را کوتاه می‌کند و درد را کاهش می‌دهد. مؤلفین پیشنهاد می‌کنند که مکانیسم آن بر پایه مهار MMP است.

عفونت‌های باکتریایی مؤثر بر ناحیه اوروفارنژیال: علیرغم بروز مقاومت‌های باکتریایی، تتراسیکلین‌ها به عنوان آنتی‌بیوتیک‌های منتخب در درمان عفونت‌های ناشی از کلامیدیاتراکوماتیس باقی مانده اند. تتراسیکلین‌ها بر طبق توصیف در British National Formulary همچنین کماکان در درمان عفونت‌های ناشی از میکوپلاسما هومینیس به کار برده می‌شوند.

نشست‌های علمی ماه آبان

پنجمین سمینار سراسری ایدز

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - دانشکده پزشکی - سالن همایش های بین المللی امام خمینی
تلفن واحد مجری: ۲۲۴۳۹۹۶۳ - ۸ ۹۳ / ۸ / ۲۰ - ۲۲
۱۴/۵ امتیاز

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

تاریخ ۱ / آبان / ۱۳۹۳ ساعت ۱۴ - ۸
مجری: انجمن جراحان گوش و گلو و بینی و سر و گردن ایران
تلفن واحد مجری: ۴-۸۸۹۷۹۱۰۱ - بیمارستان امیراعلم

رویدادهای علمی بین المللی

<p>CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 4e6 November 2014, Coventry, UK Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email: liviu-cernat@uhcm.nhs.uk Hölzle University Hospital Aachen Tel: p49 (0) 241 80 88231 Email: mkg-chirurgie@ukaachen.de Website: http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuermund-kiefer-und-gesichtschirurgie/alle-veranstaltungen/aktuell.</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. 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>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.</p>	<p>CALENDAR OF EVENTS 2014 November 5 Mid-Atlantic Society of OMS Location: Ellicott City, MD Contact: Maggie DiJulio, executive director, Maryland Society of OMS; Telephone: 732/709-3066; e-mail: masoomsdir@verizon.net Connecticut Society of OMS Implant Symposium</p>
---	--

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

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>

December 3-5

2015 Dental Implant Conference

Location: Sheraton Chicago Hotel and Towers,
Chicago, IL

Contact: AAOMS, 9700 W Bryn Mawr Avenue,
Rosemont,

IL 60018; telephone: 800-822-6637; fax: 847-

678-6286; e-mail: inquiries@aaoms.org; Web

site:www.aaoms.org

Location: Waters Edge Resort, Westbrook, CT
Contact: Nancy L. Sullivan, executive secretary;
telephone: 860/349-1471; e-mail:

ctcsoms@comcast.net

November 25-28

28th ICMFS World Congress

Location: Cancun, Mexico

Contact:

<http://www.medical.theconferencewebsite.com/conference-info/ICMFS-2014>

December 4-7

Dental Implant Conference

Location: Sheraton Chicago Hotel & Towers,
Chicago, IL

Contact: AAOMS, 9700 W Bryn Mawr Avenue,
Rosemont,

IL 60018; telephone: 800-822-6637; fax: 847-

678-6286; e-mail: inquiries@aaoms.org; Web

site: www.aaoms.org

2015

April 11-12

Virginia Society of Oral and Maxillofacial

Surgeons Annual Meeting

Location: Westin Virginia Beach Town Center,
Virginia Beach, VA

Contact: Virginia Society of Oral and Maxillofacial
Surgeons, 3460 Mayland Ct., Ste. 110,

Richmond,

VA 23233; (P) 804-523-2185; (F) 804-288-1880

September 28-October 3

AAOMS 97th Annual Meeting, Scientific Sessions

and Exhibition in conjunction with the Canadian

Association of Oral and Maxillofacial

Surgeons

Location: Washington Convention Center and
Washington

Marriott Marquis, Washington, DC

Contact: AAOMS,

9700W Bryn Mawr Avenue, Rosemont,

IL 60018; telephone: 800-822-6637; fax: 847-

678-6286;

e-mail: inquiries@aaoms.org; Web site:

www.aaoms.org

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