

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

Dec. 2014 No.16

شماره ۱۶ - آذر ۱۳۹۳



به نام خدا

نشست اعضای انجمن علمی جراحان فک و صورت ایران ساعت ۱۵ روز پنجشنبه ۲۹ آبان در محل سالن دانشکده دندان پزشکی تهران برگزار شد. در این جلسه ضمن گزارش از فعالیت‌های جاری و بحث و بررسی پیرامون معضلات روز انجمن، تصمیم به تقویت بیش‌تر انجمن صنفی به موازات انجمن علمی گرفته شد.

انجمن‌های صنفی اگر مدیران توانمند و قانون‌مندی داشته باشند می‌توانند در جهت حل معضلات جدی جامعه دندان پزشکی که

به سالیان حل نشده باقی مانده اند چون تعرفه، مالیات، بیمه و ... از طرق قانونی گام‌های کارگشایی بردارند. یکی از موثرترین راه‌های دسترسی و پیگیری مطالبات دیرینه جامعه پزشکی، سازمان‌های مردم‌نهاد خود یعنی انجمن‌های صنفی است.

خوشبختانه جراحان فک و صورت تنها گروه تخصصی دندان پزشکی هستند که به غیر از انجمن علمی، دارای انجمن صنفی جراحان دهان و فک و صورت هم هستند. در هیئت‌مدیره این انجمن، همکارانی بسیار خوب فعالیت داشتند. چند خبرنگار هم منتشر کردند. این انجمن مجوز فعالیت از وزارت تعاون و کار و امور اجتماعی دارد و اساس‌نامه کارآمدش، امکان پیگیری قانونی مطالبات در عرصه تعرفه‌ها، مالیات و به‌طور کلی ورود به همه مباحث صنفی را فراهم می‌آورد. همکاران ما برای آن که بتوانند با فراغ‌بال به کار علمی بپردازند باید پشتوانه دل‌گرم‌کننده‌ای داشته باشند. بی‌شک فعال‌شدن دوباره انجمن صنفی با تامین خدمات صنفی و رفاهی و شرکت در حل چالش‌های حرفه‌ای همکاران پشتوانه محکمی برای فعالیت‌های علمی همکاران در انجمن علمی خواهد بود.

دکتر میترا میرمحمدی

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

سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی www.omfs.ir را مشاهده

فرمائید.

شکستگی‌های توبرکل‌های جنیال فک پایین: گزارش مورد و مرور مقالات

Fracture of the Genial Tubercles of the Mandible: Case Report and Review of the Literature

Anne Cornelis van Leeuwen, MD, DDS, PhD,* Erik H. van der Meij, MD, DDS, PhD,^y and Jan G. de Visscher, MD, DDS, PhD^z

J Oral Maxillofac Surg 72:1994.e1-1994.e6, 2014

Received from the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Medical Centre Leeuwarden, Leeuwarden, The Netherlands.

شکستگی‌های توبرکل‌های جنیال حادثه نادری است و می‌تواند یک شکستگی مجرد یا همراه با شکستگی‌های دیگر فک پایین باشد. به نظر می‌رسد که شکستگی مجرد به دنبال تحلیل شدید فک پایین اتفاق می‌افتد. در این مقاله گزارشی از مورد توبرکل‌های جنیال شکسته شده یک خانم ۸۰ ساله بی‌دندان توضیح داده شده و مروری بر مقالات مربوط ارائه شده است.

توبرکل‌های جنیال در سطح لینگوال ناحیه سمفیزال فک پایین در زیر ریج آلوئولار جای دارند. ۴ توبرکل: ۲ تا در بالا که عضلات جنیوگلووسوس به آن می‌چسبند و ۲ تا در پایین که عضلات جنیوهیوئید از آن منشاء می‌گیرند وجود دارند. توبرکل‌ها به‌طور طبیعی کاملاً کوچک هستند. ممکن است آن‌ها توسط کلسیفیکاسیون دژنراتیو لیگامان‌های جنیوگلووسوس بزرگ شوند و به‌علت تحلیل ریج آلوئولار فک پایین برجسته‌تر گردند.

شکستگی خود به خود مجزای توبرکل‌ها می‌تواند در نتیجه فعالیت طبیعی عضلانی حادث شود، اما غالباً وجود یک دنچر پایین عامل اصلی این اتفاق است، مکانیسم فرض شده این است که دنچر پایین بر روی توبرکل‌ها فشار می‌آورد و باعث شکستگی‌های ریز (میکرو) در اثر عمل‌کرد عضلات چسبنده می‌شود. گزینه درمانی، درمان محافظه کارانه و مداخلات جراحی است.



FIGURE 1. Light photograph showing the hematoma on the floor of the mouth.

گزارش مورد: بیمار خانم ۸۰ ساله

بی‌دندان به لحاظ کلینیکی مشکوک به شکستگی فک پایین به بخش جراحی فک و صورت ارجاع شد. از روز قبل صدای ترک خوردن در حین جویدن را احساس می‌کرد که متعاقب آن درد و دیسفاژی را به همراه داشت. در تاریخچه او هیچ سابقه ای از تراما نبود. معاینات داخل دهانی، هماتوم در کف دهان را نشان می‌داد (Fig 1) حرکت زبان دردناک بود. ریج آلوئولار فک پایین شدیداً تحلیل رفته بود. معاینه و لمس بخش قدامی فک پایین هیچ نشانه ای از شکستگی را نشان نمی‌داد.

برای بیمار تشخیص کلینیکی شکستگی توبرکل جنیال به صورت مشروط گذاشته شد. رادیوگرافی‌های پانورامیک و اکلوزال شکستگی توبرکل‌های جنیال را نمایش نداد. (Fig 2a , B)

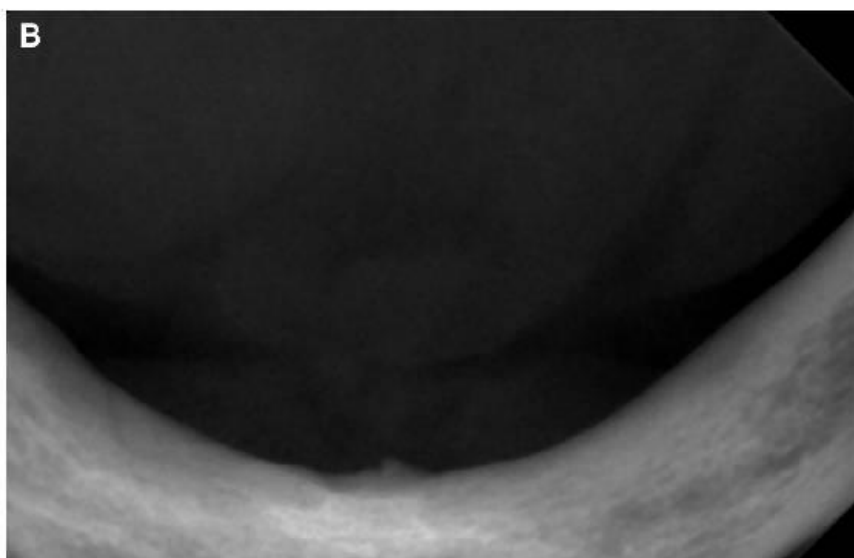


FIGURE 2. A, Orthopantomogram and B, occlusal radiograph showing neither clear signs of fracture(s) of the mandible nor the genial tubercles. Severe atrophy of the mandible is evident

تشخیص مشروط توسط توموگرافی کامپیوتری تأیید شد که نشان داد قطعات استخوانی، دچار جا به جایی دیستالی از سطح داخلی ماندیبل به طرف مرکز کف دهان شده اند. (Fig3) درمان، متشکل از درمان محافظه کارانه و استفاده از ضد دردها بود. دو هفته بعد بیمار هیچ شکایتی نداشت و عمل کرد زبان نیز طبیعی بود. علت‌های مختلفی برای شکستگی‌های مجرد توبرکل‌های جنیال فرض شده است، از جمله استئوپروز و استرس‌های افزایش یافته تکرار شونده و کشیدگی در ناحیه توبرکل‌های جنیال توسط دنچرهای نامناسب فک پایین در تلفیق با تحلیل زیاد فک پایین.

به طور کلی چون درمان محافظه کارانه در این عارضه نتایج خوبی را به دنبال دارد، درمان جراحی (جا اندازی و فیکساسیون) ضرورت ندارد.



FIGURE 3. Three-dimensional reconstructed computed tomograms showing the fractured segment. The fractured and retracted genial tubercles are clearly seen.

درمان جراحی کیست‌های بایفورکیشن باکال:

گرفت استخوانی به‌عنوان درمان تکمیلی انوکلیشن و کورتاژ

Surgical Management of the Buccal Bifurcation Cyst: Bone Grafting as a Treatment Adjunct to Enucleation and Curettage

Rachel E. Levarek, DMD,* Mauricio J. Wiltz, DDS,^y Robert D. Kelsch, DMD,^z
and Richard A. Kraut, DDS^x

J Oral Maxillofac Surg 72:1966-1973, 2014

Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine,
Bronx, NY, USA

کیست‌های بایفورکیشن باکال (BBC) کیست‌های ادنتوژنیک نادر التهابی با اتیولوژی ناشناخته هستند. آن‌ها به طور مشخص در سطح باکال دندان‌های مولر اول دائمی فک پایین و گاهی در دندان مولر دوم دائمی فک پایین در کودکان ۴ تا ۱۴ ساله رشد می‌کنند. یافته‌های کلینیکی شاخص آن‌ها شامل، پیدایش آن‌ها در مولرهای اول یا دوم نیمه نهفته یا کامل رویش یافته زنده فک پایین با تورم در ناحیه ای که الگوی رویش آن‌ها با تأخیر یا تغییر همراه شده باشد و افزایش عمق پاکت پرپودنتال در بخشی از دندان رویش کرده است. **رادیوگرافی اختصاصی**، شامل ضایعه رادیولوسنت در سطح باکال دندان است که ریشه‌ها را به وسعت متغیر در برگرفته و باعث کج شدن مولرهای درگیر شده است. به‌طوری که آپکس ریشه‌ها به طرف دیواره کورتیکال لینگوال تمایل یافته، فضای لیگامان پرپودنتال و لامینادورا دست نخورده باقی مانده، یک واکنش پریوستالی در سطح باکال حادث شده و بوردر تحتانی فک پایین دست نخورده و سالم مانده است. هیستوپاتولوژی ضایعه شبیه به کیست‌های ادنتوژنیک رادیکولار یا التهابی تشریح شده است. بیش‌تر مقاله‌های حاضر از انوکلیشن ساده و کورتاژ کیست بدون کشیدن دندان‌های درگیر به‌عنوان گزینه درمانی مناسب پشتیبانی می‌کنند. این گزارش ۳ مورد از BBC ها را که با انوکلیشن و کورتاژ بدون کشیدن دندان‌های درگیر درمان شدند و به علاوه انجام گرفت استخوانی به طور اولیه یا ثانویه به عنوان درمان تکمیلی انجام شده است را ارائه می‌دهد.



FIGURE 1. Case 1. Panoramic radiograph showing no radiolucent lesion in the lower left quadrant.



FIGURE 2. Case 1. Axial cone-beam computed tomogram showing a well-defined radiolucency of approximately 1.0 cm in diameter about the roots and furcation of the lower left permanent first molar with slight buccal expansion.



FIGURE 3. Case 1. Intraoral buccal view of lesion.

درمان BBC به طور قابل ملاحظه ای در طی سالیان گذشته تغییر یافته است. در مطالعات قبلی گزارش درمان های جراحی موفق با انجام انوکلیشن کیست و کشیدن دندان درگیر، درمان اندودنتیک دندان درگیر و کورتاژ کیست و انوکلیشن کیست بدون کشیدن دندان را ارائه می کرد. بسته به اندازه دیفکت استخوانی حاصل شده که از ۱ تا ۲/۵ سانتی متر در قطر آن متغیر است برای هر سه بیمار بلافاصله پس از انوکلیشن و یا به طور ثانویه، گرفت استخوانی انجام شد. گرفت استخوانی باعث بهبود رژراسیون استخوانی می شد و ثبات و پوشش مناسب ریشه و فورکیشن دندان درگیر را فراهم می آورد و کرسٹ استخوانی آلئوئول را به سطح محل اتصال مینا و سمان دندان بازسازی می کرد.

در حال حاضر درمان توصیه شده برای این نوع کیست ها انوکلیشن و کورتاژ کیست با حفظ دندان درگیر است. مؤلفین این مقاله بر این باورند که ضایعات کوچک تر از ۱ سانتی متر با و یا بدون انقطاع جزئی استخوان کورتیکال، در شرایطی که استخوان کافی است با همین متد درمان شوند ولی در موارد ضایعات بزرگ تر و وسیع تر با از دست رفتن کرسٹ آلئوئول و استخوان کورتیکال باکالی این متد همراه با گرفت استخوانی به طور اولیه یا ثانویه انجام شود. در این حالت چسبندگی بافت نرم در سطح نرمال بهبود می یابد و لقی دندان های درگیر نیز برطرف می شود. مطالعات آینده برای تعیین فاکتورهای پیش بینی کننده این موضوع که کدام ضایعات ممکن است نیاز به گرفت استخوانی به عنوان مکمل روش انوکلیشن و کورتاژ داشته باشند می تواند سودمند باشد.

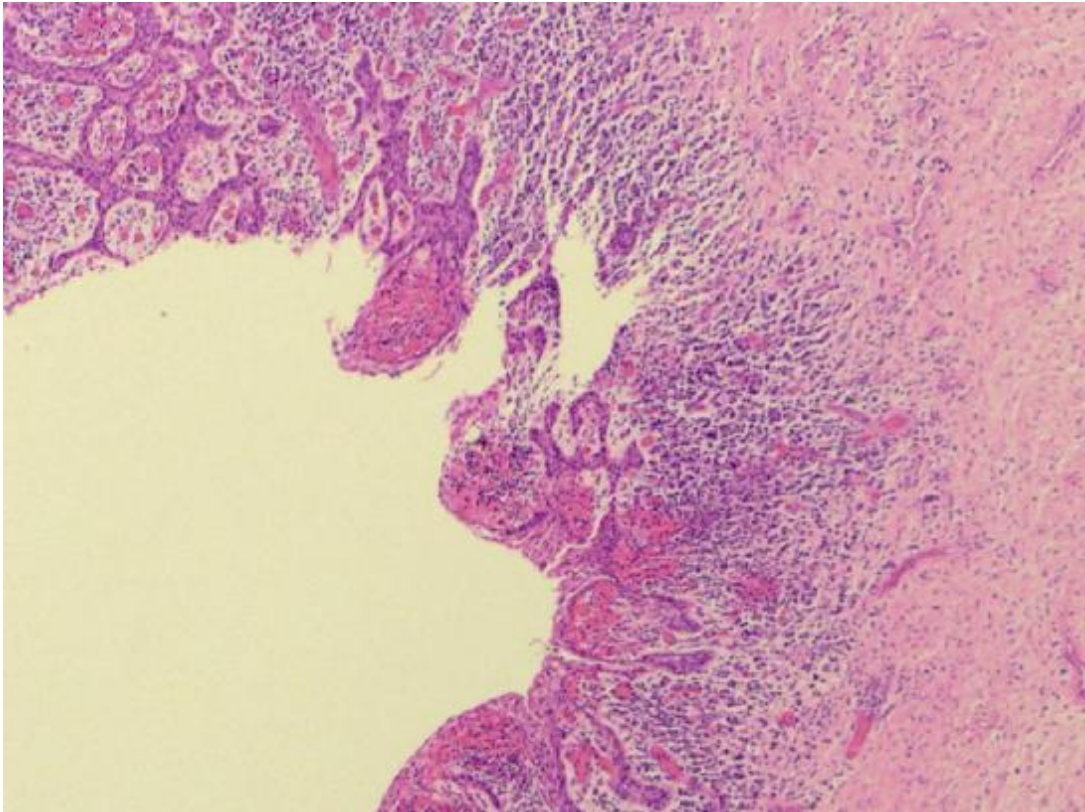


FIGURE 4. Case 1. Photomicrograph showing a cystic process lined by thin proliferative squamous odontogenic epithelium with an associated chronic inflammatory infiltrate in the fibrous connective tissue wall (hematoxylin and eosin stain; magnification, $\times 10$).



FIGURE 5. Case 2. Axial cone-beam computed tomogram displaying lingual displacement of the roots of the first molar. Arrow points to the onion-skin appearance of the periosteum on the buccal surface.



FIGURE 7. Case 3. Coronal cone-beam computed tomogram showing buccal expansion with an eggshell-thin buccal cortex and slight tilting of the permanent mandibular first molar with the root apices toward the lingual cortical plate.



FIGURE 6. Case 3. Panoramic radiograph showing a well-demarcated radiolucency of approximately 2.5 cm in diameter about the roots and involving the furcation of an unerupted left permanent mandibular first molar.



FIGURE 8. Case 3. Panoramic radiograph displaying sufficient bone consolidation around the periphery of the permanent mandibular first molar and no gross bone loss at a 5-month postoperative follow-up visit.

آیا بافت نرم لثه از به کار بردن تکنیک فلپ حفظ کننده پاپیلا در جراحی

اندودنتیک سود می برد؟

Do Gingival Soft Tissues Benefit From the Application of a Papilla Preservation Flap Technique in Endodontic Surgery?

Silvio Taschieri, MD, DDS,* Stefano Corbella, DDS, PhD,yand Massimo Del Fabbro, BSc, PhDz

J Oral Maxillofac Surg 72:1898-1908, 2014

Received from the Department of Biomedical, Surgical and Dental Sciences, Universit_a degli Studi di Milano, IRCCS Istituto OrtopedicoGaleazzi, Milan, Italy



FIGURE 1. Clinical image of intrasulcular full-thickness flap.

هدف: سلامت لثه بعد از جراحی اندودنتیک ممکن است وابسته به مدیریت کافی بافت نرم باشد. هدف از این مطالعه مقایسه ۲ تکنیک برش بر پایه پاپیلا (PBI) و فلپ اینترا سولکلار (IS) بود که در حال حاضر در جراحی اندودنتیک به کار برده می شود.

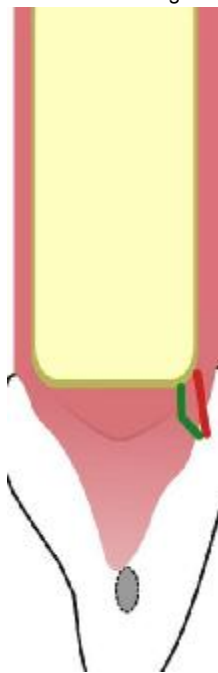


FIGURE 2. Papilla preservation flaps. The standard papilla preservation incision (red line) and the papilla base incision (green line) are depicted. From Velvart.²

ماتریال و متدها: در بررسی های کلینیکی غیرتصادفی کنترل شده حاضر، تنها بیماران متقاضی جراحی اندودنتیک در یک دندان در فهرست وارد شدند. PBI در یک گروه و IS در گروه دیگر به کار برده شد. نتایج اولیه، تغییرات در عمق پروبینگ پرئودنتال، تحلیل لثه و ارتفاع پاپیلای اینترپروگزیمال مزیال و دیستال بودند. برآمد متغیرهای قبل از عمل و ۶ ماه پس از عمل مورد ارزیابی قرار گرفتند، تفاوت های بین گروه ها به طریق تجزیه و تحلیل های آماری مشخص ارزیابی شد.

نتایج: هر گروه متشکل از ۱۲ بیمار بود و دو گروه در مبنای کار قابل مقایسه بودند. ۲ هفته پس از جراحی، ارتفاع پاپیلا در گروه IS به طور قابل ملاحظه ای کاهش یافت (به ترتیب ۲/۰۵ و ۱/۸۰ میلی متر در وجه مزیال و دیستال) در حالی که کاهش قابل ملاحظه ای در ارتفاع پاپیلا در گروه PBI (۰/۱۰ و ۰/۲۰ میلی متر) محقق نشد. تفاوت قابل ملاحظه آماری بین دو گروه بعد از ۶ ماه مشاهده نشد و هیچ تفاوت قابل ملاحظه ای نیز بین دو گروه به لحاظ تحلیل لثه یا عمق پروبینگ در هیچ مقطع زمانی بعدی از پایش بیماران یافت نشد.

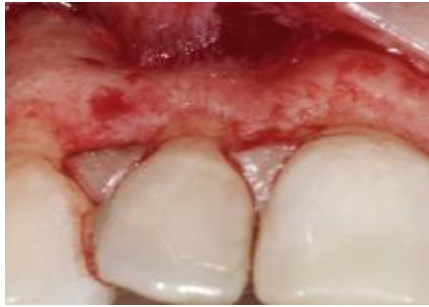


FIGURE 3. Clinical image of papilla base incision flap.

نتیجه گیری: حفظ بهتر بافت نرم در زمان زود هنگام پس از عمل در متد PBI در مقایسه با IS حاصل شد. PBI می تواند برای جراحی های اندودنتیک در نواحی استتیک توصیه شود.

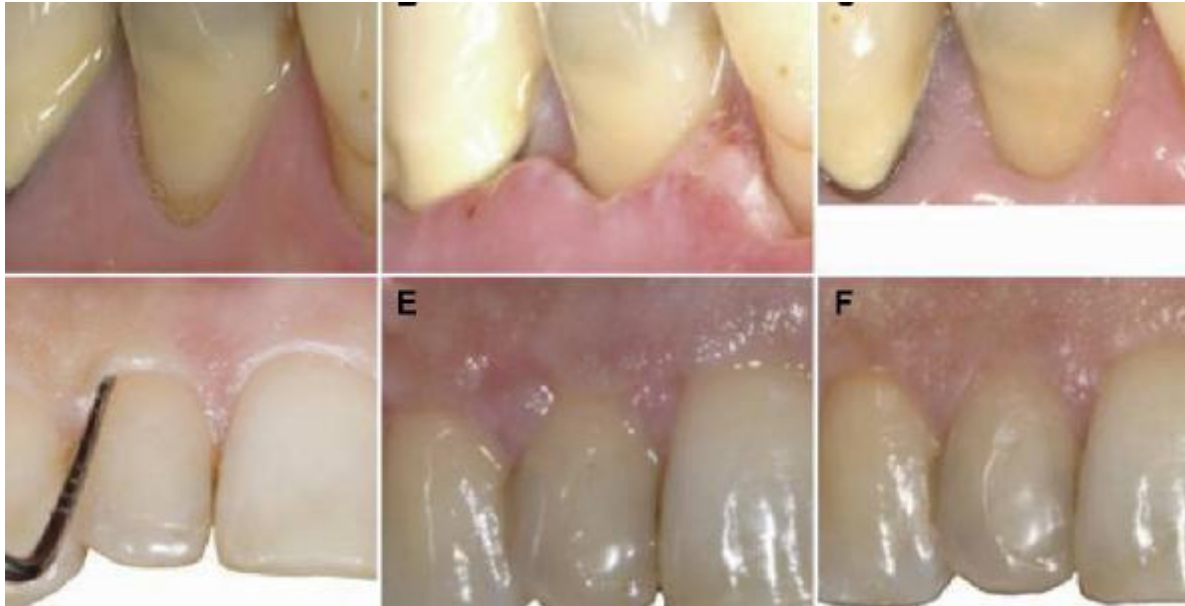


FIGURE 5. A-C, Clinical image of a patient in the IS control group at baseline and 2 weeks and 6 months after surgery; D-F, Clinical image of a patient in the PBI test group at baseline and 2 weeks and 6 months after surgery

به کار بردن فلپ های Karapandzic اصلاح شده در بازسازی دیفکت های بزرگ لب پایین

Application of Modified Karapandzic Flaps in Large Lower Lip Defect Reconstruction

Weimin Ye, MD,* Jingzhou Hu, MD, PhD,^y Hanguang Zhu, MD,^z

Chenping Zhang, MD, PhD,^x and Zhiyuan Zhang, MD, PhD^k

_ 2014 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons

J Oral Maxillofac Surg 72:2077-2082, 2014

Received from the Department of Oral and Maxillofacial-Head and Neck Oncology, Ninth People's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai Key Laboratory of Stomatology, and Shanghai Research Institute of Stomatology, **Shanghai, China.**

هدف: بازسازی دیفکت لب پایین با فلپ Karapandzic اغلب به گرد شدن بیش تر کامیشور لب هدایت می شود. هدف از این مطالعه فراهم آوردن طرح جدیدی از فلپ Karapandzic دو طرفه برای بازسازی دیفکت های بزرگ لب پایین است.

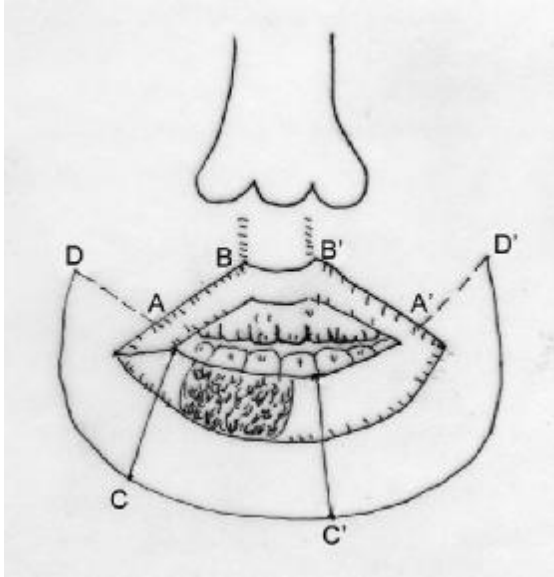


FIGURE 1. Excision margins and Karapandzic flap design. A and A0 are the 2 points in the vermilion border that will be the locations of a newly formed angle oris; B and B0 are lip peaks ($AB = A0B0$). The length along the vermilion border between A and A0 equals the length of the remaining tissue vermilion border. Dashed lines represent additional incisions; C and C0 are two corner points of the rectangular defect; D and D0 are the ending of the semicircular incisions.

نتایج زیبایی در ۸۸٪ موارد خوب تا عالی ارزیابی شد و بازسازی، آسیبی در گفتار، کفایت دهان، حس لب، حالت دهی صورت، رژیم غذایی و یا استفاده از دنچر وارد نیامد.

ماتریال و متد: در این مطالعه گذشته نگر (case series)، اصلاح تکنیک بازسازی لب karapandzic با برش اضافی به منظور دربرگیری بافت بیشتر به کار برده شد. نتیجه استتیک این بازسازی با استفاده از ۴ مقیاس با توجه به شکل کامیشور، قرینگی لب، وجود اسکار و برجستگی لب ارزیابی شد. نتایج عملکردی توسط گفتار، حفظ کفایت دهان، حس لب، حالت دهی صورت، رژیم غذایی و کاربرد دنچر ارزیابی شد.

نتایج: ۱۷ بیمار (۱۳ مرد و ۴ زن با دامنه سنی ۸۲ - ۵۲ سال) با SCC لب پایین تحت بازسازی تک مرحله ای لب قرار گرفتند. دیفکت لب پس از رزکسیون تومور از ۹۰٪ - ۵۰٪ در لب های پایین ایجاد شد. در همه بیماران لب کفایت خود را به دست آورد، بدون این که گردشگی بیشتر کامیشور لب در پی آن ایجاد شود.

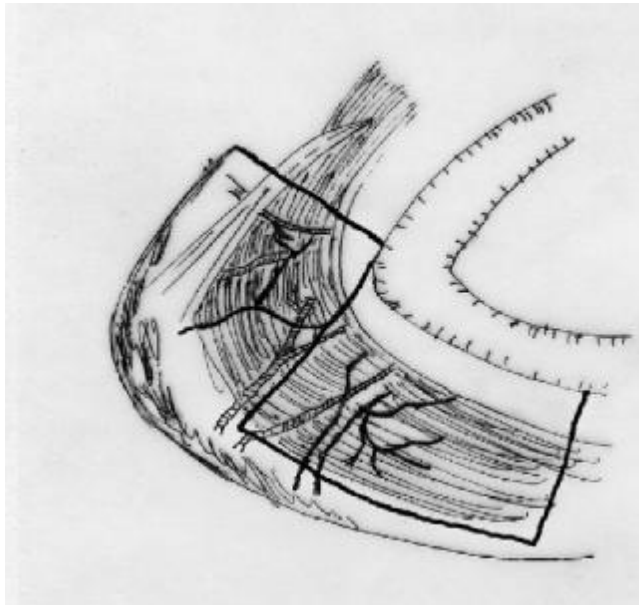


FIGURE 2. Preservation of vessel branches and nerves.

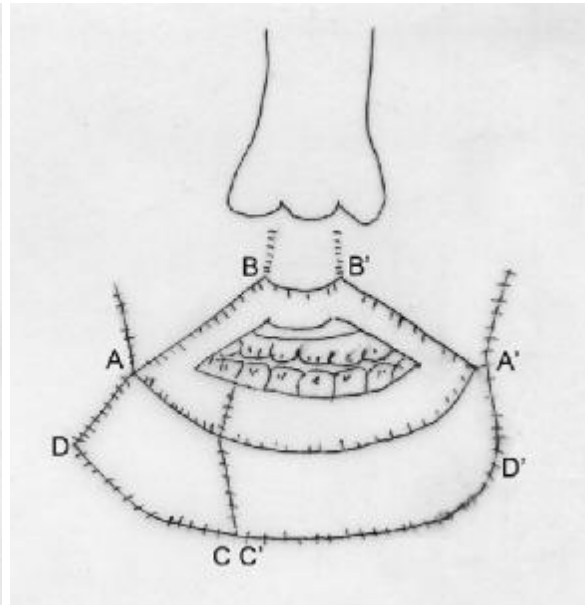


FIGURE 3. Closure of defect.

نتیجه گیری: هدف از فلپ karapandzic جدا کردن عضلات اربیکولاریس اریس از عضلات پیرامون محوری با حفظ اعصاب و عروق تأمین کننده آن است. فلپ karapandzic دو طرفه اصلاح شده تکنیک معتبری است که به منظور بازسازی دیفکت‌های بزرگ لب و بدون ایجاد گردشگی کامیشور لب به کار می رود. با این تکنیک، استتیک و نتایج عمل کردی خوبی قابل دستیابی است.



FIGURE 4. Preoperative appearance



FIGURE 5. Immediate postoperative result.



FIGURE 6. Postoperative result at rest 3 months after surgery.



FIGURE 7. Postoperative result of pursed lip 3 months after surgery.



FIGURE 8. Postoperative result with mouth open 3 months after surgery.

Mandibular Osteonecrosis and Ramsay Hunt Syndrome Following a Case of Herpes

Zoster

Travis Rudd, DDS,* Bryan Y. Chai, DDS, PhD,y Raffi Gurunluoglu, MD, PhD,z
and Mark Glasgow, DDSx

JOral Maxillofac Surg 72:1974.e1-1974.e6, 2014

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Denver Health Medical Center, Denver, co

ویروس زوستر واریسلا (VZC) عاملی است که می تواند آبله مرغان، عفونت شایع کودکان را که مشخصاً به شکل راش های وزیکولار، تنه و سر را تحت تأثیر قرار می دهند سبب شود. بعد از این که عفونت اولیه برطرف شد، VZC به شکل نهفته در گانگلیای ریشه نخاعی پشتی Spinal dorsal root ganglia یا در گانگلیای اکسترامدولاری عصب کرانیال قرار می گیرند تا فعالیت مجدد آن ها منتج به هرپس زوستر شود. (shingles). اعصاب حسی تنه، به عنوان shingles کلاسیک و عصب کرانیال 5، به عنوان زوستر سه قلو، در بیش تر موارد تحت تأثیر قرار می گیرند. shingles در یک عفونت ویروسی حاد با ظهور راش های وزیکولار دردناک یک طرفه، اغلب در محل پخش عصب حسی در ناحیه درماتومال محدود می شوند، راش shingles اغلب با درد و پارسیزی همراه است. یک عارضه شدید نادر فعالیت مجدد VZV در گانگلیون زانویی (geniculate) عصب صورتی، سندروم (RHS) Ramsay Hunt با اتالژی (otalgia) وزیکول در کانال شنوایی و فلج صورتی همان سمت مشخص می شود. عوارض نادرتر عفونت VZV استئونکروز بعد از زوستر است. این گزارش یک مورد استئونکروز شدید ماندیبولار و RHS پس از وقوع هرپس زوستر و راه های درمانی آن را مستند می کند.

گزارش مورد: بیمار مرد ۷۹ ساله با سابقه گرانولوماتوز با (weger) polyangitis، فشار خون بالا و هیپرلیپیدمی بود. در اکتبر ۲۰۰۷ بعد از یک عفونت دندانی اولیه با ظهور تاول در سمت راست صورت، گردن و گوش به بیمارستان محلی مراجعه کرد. تشخیص بیماری او هرپس زوستر با درگیری شاخه ماندیبولار عصب سه قلو داده شد و درمان با آنتی ویرال های داخل رگی شروع شد. در طول مدت بستری، بیماری به فلج عصب بل محیطی سمت راست پیشرفت کرد و شنوایی او در گوش سمت راست ثانویه به هرپس زوستر کاهش یافت. (RHS)

او با داروهای آنتی ویرال ترخیص شد. با این حال زود هنگام پس از ترخیص افزایش درد دهانی و لقی خود به خود دندان ها را در نیمه راست فک پایین تجربه کرد. در دسامبر ۲۰۰۷ بیمار در مرکز بهداشتی کلینیکی جراحی فک و صورت Denver برای ارزیابی و درمان استئونکروز و لقی خودبه خودی دندانی سمت راست ماندیبل ثانویه به هرپس زوستر حاضر شد. در طی معاینه اولیه، بیمار با راش های شدید هرپس زوستر سمت راست صورت و RHS پایا (Fig 1) مشاهده شد. در بررسی ها رادیوگرافی، استئونکروز شدید با لقی شدگی دندانی در نیمه راست فک پایین از دندان ۲۵ تا ۳۲ نشان داده شد. (دندان های ۳۰ و ۳۲ هنوز بدون لقی باقی مانده بودند) (Fig 2).



FIGURE 1. Initial presentation in December 2007 to the Denver Health Oral and Maxillofacial Surgery Clinic with herpes zoster along the right face in the areas of innervation of the mandibular branch of the trigeminal nerve. The extent of the herpes zoster can be seen from the A, profile and B, front views. B, Right-side Bell palsy also can be seen with the drooping of the lips and C, osteonecrosis of the right mandible with exfoliation of teeth 25 to 29.

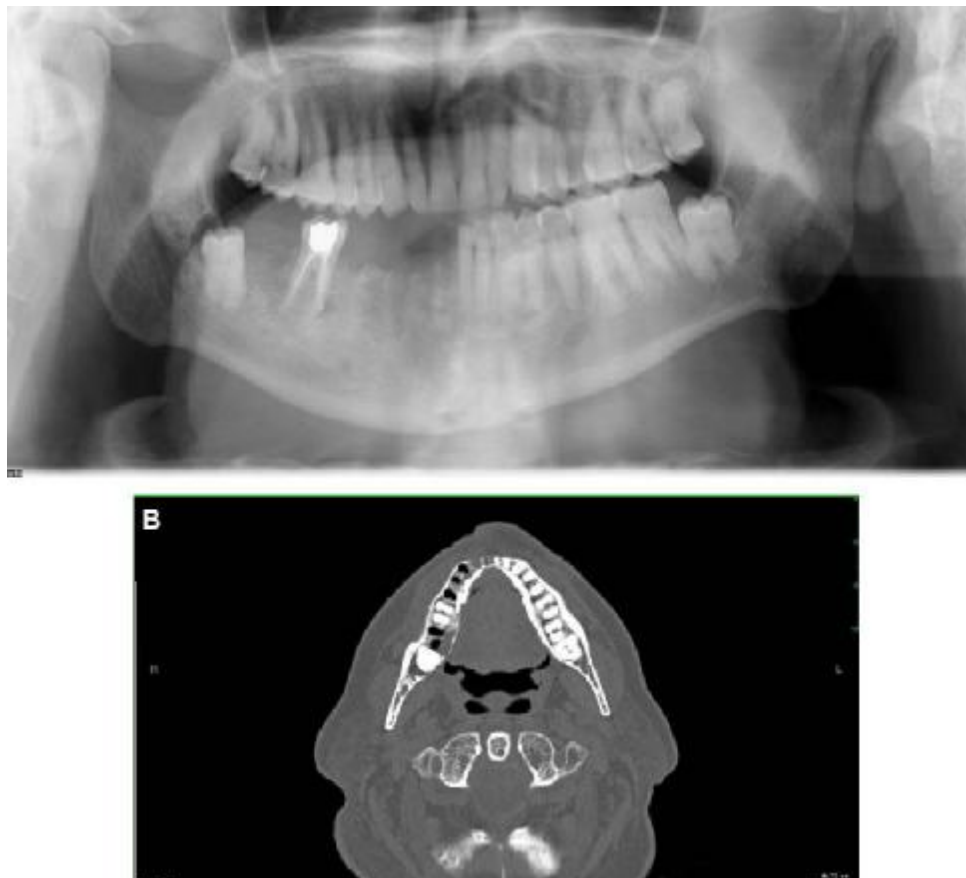


FIGURE 2. Radiographic presentation of osteonecrosis of the right mandible. A, Panoramic radiograph and B, computed tomogram show exfoliation of teeth 25 to 29 and 31 with extensive osteonecrosis throughout the right mandible. Osteonecrosis can be seen extending from the midline to the distal side of tooth 32.

بلافاصله پس از ویزیت اولیه، بیمار به بخش پذیرش شد و در آن جا به او درمان آنتی ویرال و آنتی بیوتیکی برای بیش از ۵ روز تجویز شد و دبریدمان استئونکروز سمت راست فک پایین با کشیدن ضروری دندان‌های لق به اجرا درآمد. بیمار با تجویز داروهای آنتی ویرال و آنتی بیوتیک و پایش یک هفته ای پس از عمل ترخیص شد. پس از این مدت او با نواحی ترمیم نشده درگیر استئونکروز پایا به کلینیک برگشت. در آن زمان برای بیمار دبریدمان ثانویه استخوان های نکروتیک زیر بی حسی موضعی انجام شد. (Fig 3) در طول یک ماه پس از آن بهبودی بسیار کمی در رابطه با استئونکروز سمت راست فک پایین وجود داشت. این طور تصمیم گرفته شد که دبریدمان وسیع تا رسیدن به استخوان خون چکان در اتاق عمل انجام پذیرد. این اقدام در فوریه ۲۰۰۸ انجام شد.

در طی ماه های بعد، وضعیت بیمار به طور کلینیکی بهبود یافت و راش های صورتی و استئونکروز به طور قابل ملاحظه ای درمان شد. فقط دبریدمان جزئی استخوان اکسپوز شده تحت بی حسی موضعی در ژوئیه ۲۰۰۸ انجام شد. تا سپتامبر ۲۰۰۸، پارستزی بیمار برطرف شد و فقط ضعف کم تا متوسط شاخه مارژینال ماندیبولار عصب صورتی وجود داشت. در دسامبر ۲۰۰۸، بیمار برای درمان های بعدی اسکار لب پایین حضور پیدا کرد و سپس در پایش های بعدی مراجعه نکرد.



FIGURE 3. One-week follow-up after initial debridement of necrotic bone in December 2008. A, The patient had been on antivirals for longer than 1 week, resulting in alleviation of the herpes zoster. B, The surgical site of the initial debridement showed insufficient healing with the presence of more necrotic bone. The site was debrided a second time under local anesthesia

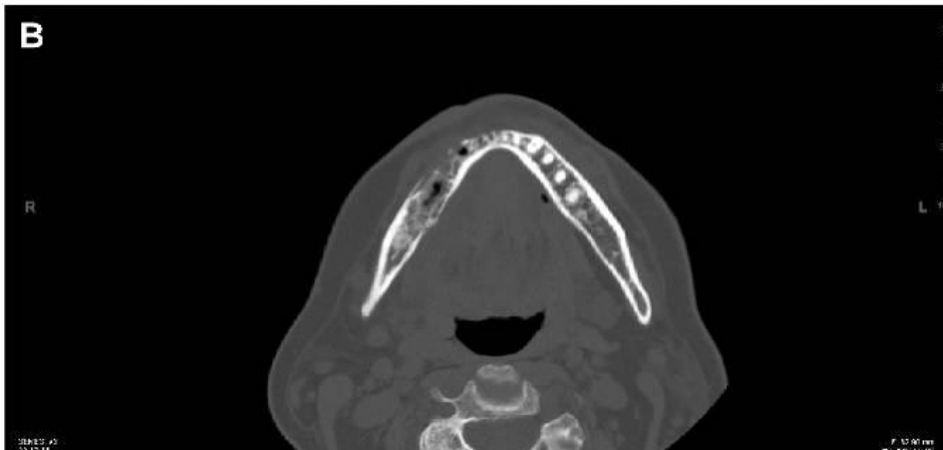


FIGURE 4. Radiographic presentation of osteonecrosis of the right mandible after debridement in February 2008. A, The panoramic radiograph shows the extent of the debridement. B, Computed tomogram shows postsurgical improvement of the right mandibular quadrant



FIGURE 5. Evaluation in May 2008 after aggressive surgical debridement in the operating room. A, Profile and B, frontal images show nearly complete resolution of the herpes zoster, with significant scarring at the healed areas. C, Right mandibular osteonecrosis was nearly healed after aggressive surgical debridement. Necrotic bone persisted in the area of dehiscence, necessitating another local debridement.

رترکتور جراحی اتوستاتیک جدید در جراحی سر و گردن

New autostatic surgical retractor in head and neck surgery

Giancarlo Tirelli, Margherita Tofanelli**Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery,*

Cattinara Hospital, Strada di Fiume 447, I-34149 Trieste, Italy

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 868–869

اکسپوزر کافی ناحیه جراحی در همه جراحی‌ها مهم است و جراحی سر و گردن شامل چندین تکنیک از جمله میکروسکوپی، اندوسکوپی و جراحی‌های باز می‌شود. رترکتورهای متداول self retaining stainless steel می‌تواند هم دید نمای کامل را مانع شود و هم جلوی گذاشتن وسایل دیگر را بگیرد. این ابزارها اغلب نیاز به تطبیق دادن دارند، زبانه آن‌ها تیز است و بافت‌ها را در کشش به طریق افزایش کشش نگه می‌دارند و در نتیجه به زخم آسیب می‌زنند. Ree Trakt یک رترکتور جدید قابل عرضه است که اولین بار در درمان فیستول شریانی - سیاهرگی به کار برده شد. رترکتور به کار برده شده یک قلاب ارگونومیک ساخته شده از پلی کربنات دارد که نوک آن بسیار بزرگ‌تر از وسیله‌ای است که در جراحی سر و گردن استفاده می‌شود.



Fig. 1. A ReeTrakt device.



Fig. 2. Tracheotomy. The strap is tightened until the desired tension is achieved; at this point the strap and the base are fixed together with Velcro®.

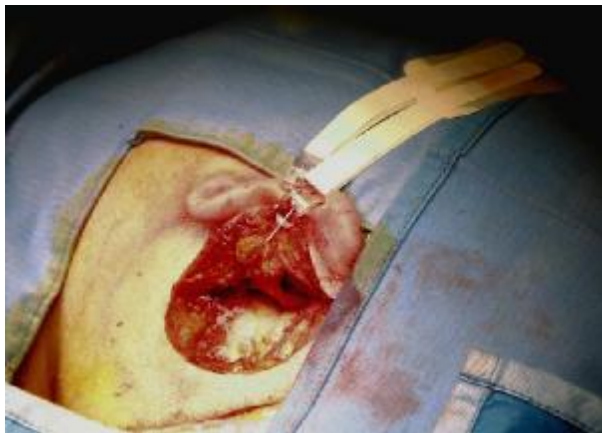


Fig. 3. Otosurgery. The ReeTrakt retracts the ear and reflects the Palva flap.



Fig. 4. Neck dissection. The ReeTrakt devices lift up the myocutaneous platysma flap for adequate exposure of the operative field.

نشست‌های علمی ماه آذر

سمینار تازه های جراحی پلاستیک بینی و صورت

دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۱ امتیاز برای جراحان فک و صورت

۹۳ / ۹ / ۵ بیمارستان میلاد

کنفرانس ماهانه انجمن علمی راینولوژی

۲ امتیاز ۹۳ / ۹ / ۶

تالار تصویربرداری بیمارستان امام خمینی

بیست و چهارمین کنگره سالیانه انجمن چشم پزشکی ایران
۱۳ - ۱۰ آذر مرکز همایش های رازی

کنگره سالیانه انجمن پروستودنتیست های ایران
۱۴ - ۱۱ آذر ماه برج میلاد

همایش بین المللی سرطان های دستگاه گوارش
۱۴ - ۱۲ آذر ماه هتل المپیک

کنگره پوست دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲۱ - ۱۹ آذر تالار دکتر غرضی بیمارستان میلاد

رویدادهای علمی بین المللی

<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. 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</p>	<p>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</p>
--	--

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

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
**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

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