

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.18 Feb. 2015.

شماره ۱۸ - بهمن ۱۳۹۳



به نام خدا

نتیجه بحث پیرامون ضرورت تسلط پزشک بر علوم پایه پزشکی به ویژه آناتومی که از پیش شرط‌های مجوز برای انجام جراحی است، کاملاً روشن است. نقش علم آناتومی در علم جراحی به مانند نقش عنصر آب در حیات است. بدون تسلط بر آناتومی و فقط با فراگیری تجربی تکنیک، انجام جراحی می‌تواند فاجعه بار باشد. این که دستیار تخصصی در آستانه فارغ التحصیل شدن، آناتومی ناحیه ای که بر روی آن عمل می‌کند با اسامی اختصاصی علمی آناتومی نشناسد و از عناوین کلی رگ و عضله و عصب و ... استفاده کند، نشانه آن است که زیر و زبر این ناحیه را نیز نمی‌شناسد و ... وای به حال بیمار بیچاره ای که از بخت بد، سر از این گذرگاه در آورده است.

در سال ۱۳۶۱ پس از بازگشایی دوباره دانشگاه‌ها، برای مدت‌های طولانی در سالن تشریح دانشکده پزشکی دانشگاه تهران، جسد دفورمه شده ای داشتیم که کار تشریح بر روی آن بسیار دشوار بود و عملاً مجبور بودیم که آناتومی را در کلاس تئوریک و با تقویت قوه تصویر سازی خود بر روی مجسمه‌هایی که در اختیار داشتیم، فرا بگیریم .

به دلیل این که حیطة تخصصی رشته دندان پزشکی، حفره دهان است، آموزش تمام عیار آناتومی سر و گردن به یک دانشجوی دندان پزشکی الزامی است. او باید نه تنها دانش تئوریک لازم را در این رابطه داشته باشد بلکه خود مستقلاً بتواند به تشریح عملی ناحیه قبل از ورود به دوره کلینیکی و کار بر روی بیمار بپردازد. چه بسا بسیاری از آسیب‌های جدی که از دانش ضعیف آناتومی بر سر بیماران می‌آید. اهمیت این علم برای جراحان فک و صورت که با جراحی‌های سنگینی مواجه اند و به حیطة حساس‌تری از بدن انسان وارد می‌شوند، بسیار پر رنگ‌تر است.

برگزاری کارگاه‌های آموزش عملی تکنیک‌های جراحی بر روی جسد که در آن مقدماً مروری نیز بر آناتومی ناحیه می‌شود، نه تنها برای بازآموزی بلکه برای کار پژوهشی و نوآوری و ارائه تکنیک‌های نوین جراحی ضروری است .

بر روی بیماران نمی‌توان و نباید به اجرای تکنیک‌های جدید جراحی پرداخت زیرا که نتیجه اش می‌تواند از هر جهت فاجعه بار باشد.

پایه احترام به انسان بیمار و احتیاط در رابطه با بافت‌های ناحیه جراحی از دوران دانشجویی و سپس رزیدنتی ریخته و نهادینه می‌شود. اخلاق پزشکی، منشور بر روی کاغذ نیست. در هنگام برخورد پزشک با انسان است که اتیکز پزشکی مفهوم پیدا می‌کند. تسلط پزشک بر ساختار و آناتومی بدن در هنگام جراحی، بخش جداناپذیری از آن چیزی است که اخلاق پزشکی نامیده می‌شود.

آموزش کامل تشریح بدن انسان بر اساس کریکولوم آموزشی موجود از وظایف دانشگاه است. اگر دانشگاه به وظیفه اش به درستی عمل نکرد، منافع ملی و مسئولیت نسبت به جان و شخصیت انسان بیمار حکم می‌کند که انجمن‌های علمی با درک علمی و اخلاقی اهمیت این آموزش، زمینه‌های لازم را برای آموزش و رفع نارسائی‌های آموزشی اعضای خود، مطالبه کنند.

وظیفه ای که انجمن‌های علمی در این باره دارند تلاش جدی در گرفتن تسهیلات برای برگزاری این گونه کارگاه‌هاست. چرا که امکان دستیابی فردی به این امکانات وجود ندارد و البته ضروری است در صورت دستیابی به چنین امکانی، در اختیار همه اعضای انجمن قرار گیرد و از ویژه‌گزینی می‌بایست پرهیز کرد که خود کاری است غیراخلاقی و غیر حرفه‌ای.

برخی از انجمن‌های رشته‌های پزشکی مجاور رشته فک و صورت، برنامه‌های علمی منظم ماهانه دارند، برنامه‌های کارگاه‌های آموزشی تکنیکی بر روی جسد در پزشکی قانونی نیز جزئی از فعالیت‌های علمی منظم آنان است که اعضا از آن بهره می‌برند.

در واقع، مهم‌ترین وظیفه ای که در اساس‌نامه انجمن‌های علمی معین شده است، ایجاد تسهیلات برای ارتقا علمی اعضای آنان است که یقیناً در کنگره سه روزه سالی یک‌بار حاصل نمی‌شود و تامین این نظر، تلاشی است مستمر با برنامه ریزی منظم آموزشی تخصصی مسئولانه.

دکتر میترا میرمحمدی

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

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

نکروز و اروژن پیشرونده استخوان میدفیشیال

گزارش نمونه و تشخیص افتراقی

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 1698e1703

Case report

Progressive midfacial bone erosion and necrosis: Case report and differential diagnosis

Francesca Antonella Bianchi ^{a,*}, Giovanni Gerbino ^a, Paolo Tosco ^a, Giulia Tanteri ^a,
Gaia Gatti ^b, Guglielmo Ramieri ^a

^aDepartment of Surgical Sciences (Head: Prof. G. Ramieri), Maxillofacial Surgery Section, San Giovanni Battista Hospital, University of Turin, Corso A.M. Dogliotti 14, Turin 10126, Italy

^bDepartment of Pathology (Head: Prof. G. Inghirami), San Giovanni Battista Hospital, University of Turin, Corso A.M. Dogliotti 14, Turin 10126, **Italy**

بیمار خانم ۳۱ ساله با ارتباط وسیع دهانی - بینی (ONC) و فقدان قابل ملاحظه استخوان وومر و غضروف بینی و دفورمیتی بینی مراجعه کرد. معاینات فیزیکی بیمار، ضایعه تخریب کننده مشخص میدلاین (MDL) با پرفوراسیون سپتوم بینی و کام سخت/ نرم با یک سطح گرانولار شکننده و مقدار بزرگی از بافت نکروتیک را آشکار کرد. سابقه پزشکی او مورد خاصی نداشت و بیمار آسیب به ناحیه از جمله جراحی یا مصرف دارو را انکار کرد. معاینات پاتولوژی حضور نکروز و التهاب مزمن را نشان داد.

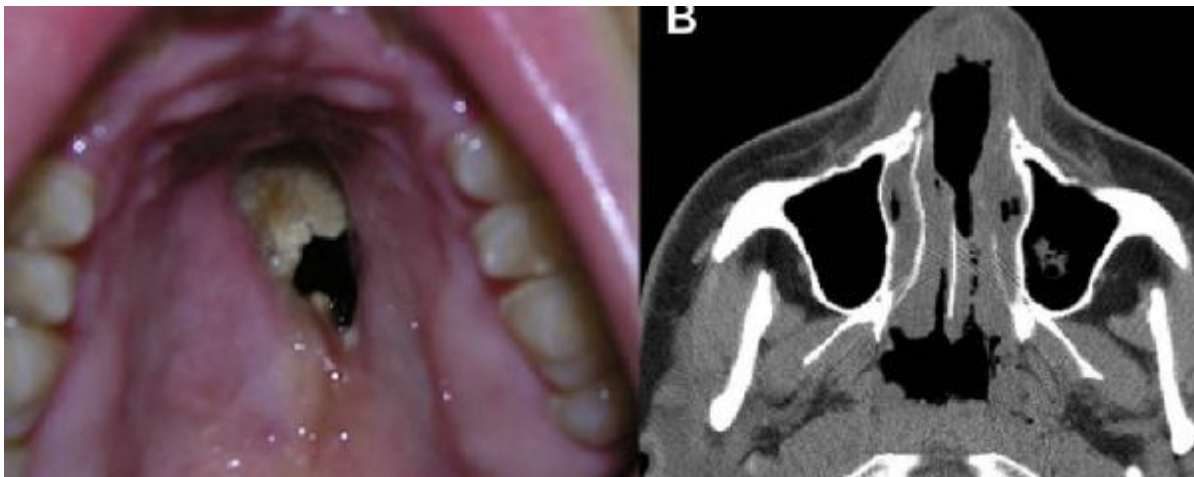


Fig. 1. Maxillary view showing the initial hard palate defect (A) and axial CT scans showing the initial erosion of bony nasal septum and hard palate (B)

MDL ها اتیولوژی های گوناگونی دارند. علائم و نشانه های MDL ها می تواند شبیه به هم باشد و تشخیص دقیق را ممکن است دشوار کند. ما در این جا یافته های کلینیکی و پاتولوژیکی را ارائه می کنیم. چهار بیماری اصلی که تظاهرات کلینیکی لوکال آن ها شبیه هستند شامل گرانولوماتوز با پلی آنژیت (Wegeners / GPA)، سارکوئیدوز، اکسترانودال NK / T-cell لنفوما (ENKTL) و ضایعات تخریب کننده میدلاین به سبب کوکائین (CIMDL) می باشند.

بیماری های عفونی از جمله باکتریایی (بروسلوز، سیفلیس، رینوسکلروما، جذام، اکتینومیکوز، توبرکولوز)، قارچی (هیستوپلاسموز، کاندیدا، موکومیکوز، بلاستومیکوز، رینوسپوریدوز، کوکسیدیومیکوز) و انگلی (لیشمانیاز، میازیس) هم چنین می توانند به سمت پرفوراسیون سپتوم یا تخریب استخوانی - غضروفی در

حفره بینی برونند. بنابراین MDL توسط شرایط گوناگونی ممکن است ایجاد شود ولی به سبب استفاده از کوکائین کم‌تر شناخته شده است.

شکایت بیمار از علائم دیر پای گرفتگی بینی، خون‌ریزی بینی، درد صورت و تب بود، در اولین معاینات کلینیکی، ۱/۵ ONC سانتی‌متری مشاهده شد و تصاویر CT، اروژن هم سپتوم نازال و هم کام سخت را نشان داد.

شایع‌ترین راه مصرف کوکائین استنشاق از راه بینی است. انکار بیماران در مصرف این ماده تشخیص بیماری را دشوارتر می‌کند.



Fig. 2. Pre-op occlusal view of maxilla (A) and pre-op facial views (B-C-D) showing a large destruction of central hard palate, inferior nasal septum, vomer, and inferior nasal turbinates. Cocaine use over a 5-year period completely destroyed the patient's septum and some of the nasal bony components. This resulted in a severe facial deformity and a drastic loss of nasal profile.

پاتوژنز چند عاملی CIMDL از جمله آپوپتوز، سوپراینفکشن، تغییرات ژنتیکی، آسیب به بافت از کریستال‌های کوکائین، ناخنک به بینی و نکروز سطحی همه ممکن است پیشرفت این بیماری را در برخی از افراد مصرف کننده این ماده مستعد کند.

تلفیق کمبود اکسیژن، التهاب، خراش و زخم های باز، محیط ایده آلی برای عفونت های بی هوازی ایجاد می کنند. گرچه در این ضایعات میکوباکتری و قارچ ها هرگز تشخیص داده نمی شوند ولی استافیلوکوک اورئوس پیوژنیک یکی از یافته های شایع در این بیماری است.

درجه تخریب ناحیه در CIMDL قابل ملاحظه تر از درگیری بینی در GPA و سارکوئیدوز است.

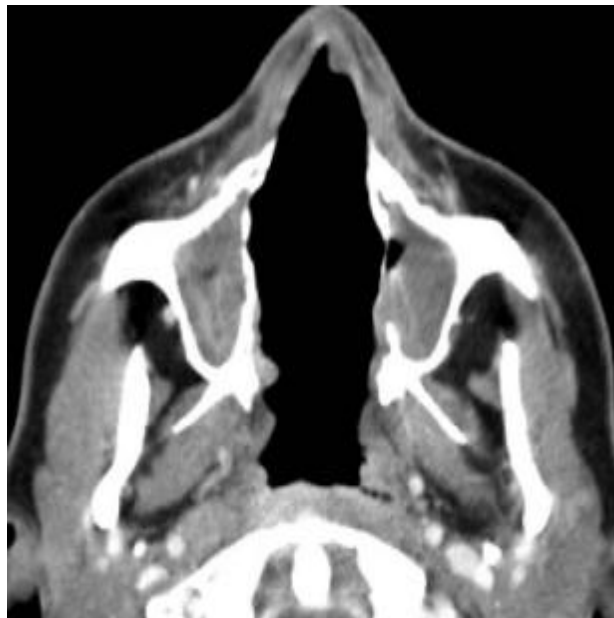


Fig. 3. Pre-op axial CT scan of the patient. Note the large hard palate defect as well as extensive destruction of nasoethmoid region.

در بیمار معرفی شده، بیماری در ناحیه سینونازال/ پالاتال وجود داشت و درگیری سیستمیک در اعضای دیگر بدن، قفسه و شکم وجود نداشت. CT اسکن برای فیبروز ریه و گرانولوماتوز منفی بود.

اندوسکوپی راه تنفسی فوقانی تظاهرات کلاسیک نودول های ساب موکوزال در SURT را نشان نداد.

مطالعه MRI و CT با کنتراست بینی و سینوس های پارانازال میزان گسترش تخریب میدلاین را گسترده تر از دیفکت دیده شده در یافته های رادیولوژی مقدماتی نشان داد.

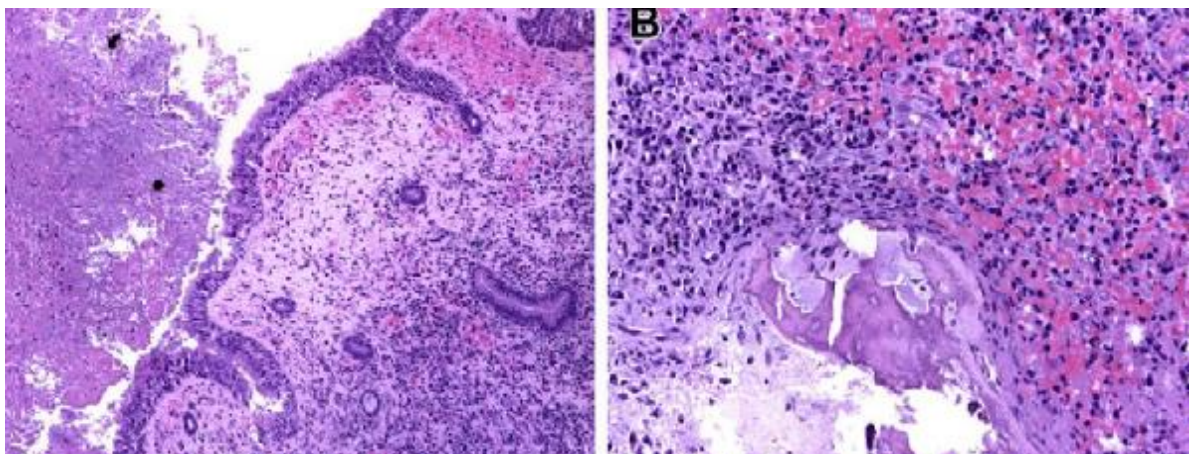


Fig. 4. HaematoxylineEosin stained sections of samples from nasal septa revealed patches of intensely inflamed (A, 100_) and ulcerated respiratory mucosa in relation with necrotic material and bone tissue (B, 200_). There is no evidence of vasculitis or granuloma formation

در این بیمار، تشخیص بر اساس حضور P – ANCA مثبت و MPO – ANCA منفی و پذیرش بیمار در استفاده از کوکائین برای مدت طولانی بود که در تست سرولوژی و ادرار تأیید شد.

برای پرهیز از شکست در درمان، قبل از اقدام به جراحی، درمان شامل ترک مصرف کوکائین است و اصرار برای تأیید قطع مصرف با تست های توکسیکولوژیک که بر بهبود ۶ ماهه یا حتی ۱۲ ماهه صحه می گذارد.

در این بیمار، درمان مقدماً با ساخت آپچوراتور اورونازال شروع شد و سپس برنامه ریزی برای درمان اعتیاد انجام شد و ۶ ماه پس از قطع کامل مصرف کوکائین، دیفکت ها توسط جراحی تصحیح شدند.

بازسازی دیفکت‌های میدفیشیال با مجموعه ای از تدابیر جراحی، از جمله فلپ‌های لینگوال یا فارنژیال، گالئال یا پری کرانیال و فلپ‌های آزاد ریواسکولاریزه مانند فلپ ساعد در مقالات توضیح داده شده اند. با میزان بالایی از موفقیت، انتقال بافت آزاد به عنوان اولین گزینه بازسازی در این بیماران معرفی شده است. برداشت فلپ‌های میکروواسکولار فاسیو - کوتانوس دور دست به جراح امکان اصلاح دیفکت با بافت نرم با خون‌رسانی خوب و به میزان کافی و بدون هیچ‌گونه کشیدگی را می‌دهد. در این بیمار مشکلات عمل‌کردی و استتیک با بازسازی بینی و کام در دو مرحله بهبود یافت. قابلیت انعطاف فلپ آزاد ساعد اجازه جمع شدن بافت در بازسازی دیفکت‌های پیچیده سه بعدی را در شرایطی که گرفت‌های دنده ای در حمایت از نوک بینی به کار برده شدند، دادند.



Fig. 5. Final clinical result. Intraoral examination reveals a good reconstruction of the hard/soft palate (A). The aesthetic result was satisfactory, no hypertrophic scarring was present on the left side of the neck (BeCeD).

نتایج دراز مدت جراحی Quickert - sutures

در انتروپیون involuntional پلک پایین

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 1629e1631

Long-term surgical outcomes of Quickert sutures for involuntional lower eyelid entropion

Sun Young Jang ^a, Se Rang Choi ^b, Jae Woo Jang ^b, Sung Joo Kim ^b, Hye Sun Choi ^{b, *}

^a Department of Ophthalmology, College of Medicine, Soonchunhyang University, Bucheon, 420-767, Republic of Korea

^b Department of Ophthalmology, Kim's Eye Hospital, Myung-Gok Eye Research Institute, Konyang University College of Medicine, Youngdeungpo 4th 156,

Youngdeungpo-gu, Seoul, 150-034, Republic of Korea

Involuntional انتروپیون شایع‌ترین نوع انتروپیون پلک پایین است که غالباً در بیماران مسن دیده می‌شود. مارژین پلک پایین به طرف کره چشم بر می‌گردد که منجر به تزریق ملتحمه، آزرده‌گی چشمی، اشک ریزش، اروژن قرینه و حتی زخم قرینه می‌شود.

به طور کلی، هدف از درمان جراحی در این مشکل، بازسازی کشیدگی طبیعی بالا برنده‌های پلک پایین و تصحیح هر گونه شل‌شدگی افقی موجود پلک پایین است. سوچوره‌های Quickert برای محکم کردن مکانیکی رترکتورهای پلک پایین بدون نیاز به برش پوستی به کار می‌رود، گرچه این روش، مشکل شل‌شدگی افقی پلک پایین را حل نمی‌کند. به علت ریسک بالای برگشت عارضه در هنگامی که Q - Sutures به کار می‌رود، این روش در بیش‌تر موارد برای درمان انتروپیون اسپاستیک که اجازه جراحی جا اندازی مجدد رترکتورهای پلک پایین را نمی‌دهد، به کار گرفته می‌شود.

هدف: تعیین نتایج درازمدت جراحی همراه با استفاده از بخیه‌های Quickert (Q - sutures) برای

انتروپیون عود کننده و روشن کردن عوامل برگشت عارضه پس از عمل.

متدها: این مطالعه شامل یک سری موارد مداخله ای گذشته‌نگر است. ما بیمارانی را که از ژانویه ۲۰۰۸ تا اوت ۲۰۱۰ با انتروپیون عود کننده که با Q - Sutures درمان شده بودند را بررسی کردیم. خصوصیات کلینیکی قبل از عمل و نتایج جراحی در ۱، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه بعد در جدول‌های پزشکی مرور شدند.

نتایج: از ۸۵ بیمار، ۶۹ نفر در جلسات در نظر گرفته شده برای پایش حضور یافتند که مورد تجزیه و تحلیل نتایج قرار گرفتند. ۳۴ بیمار (۴۹/۳٪) برگشت عارضه را در طی ۲ سال تجربه کردند. میزان برگشت عارضه ۵ از ۶۹ (۷/۲٪) در ۱ ماه بعد، ۱۵ از ۶۴ (۲۱/۶٪) در ۶ ماه بعد، ۹ از ۴۹ (۱۳٪) در ۱۲ ماه بعد و ۵ از ۴۰ (۱۲/۵٪) در ۲ سال بعد بود. بسیاری از نتایج نشان داد که مردان و بیماران با شل شدن پلک پایین بیش‌تر مستعد به برگشت عارضه پس از عمل هستند.

نتیجه گیری: میزان برگشت عارضه در بیمارانی که با Q - Sutures درمان شدند در پایش ۶ ماهه پس از عمل به بیش‌ترین میزان بود. بنابراین مقتضی است که گزینه‌های جراحی جای‌گزین در مردان و در بیماران با شل شدن پلک پایین به منظور اجتناب از برگشت عارضه مورد توجه قرار گیرد.

Q - Sutures از لحاظ قیمت، ارزان است. به راحتی به اجرا در می‌آید و قابل اجرا در درمان بیماران با آنتی کوآگولانت‌ها می‌باشد. Q - Sutures اغلب توسط متخصصین چشم که جراحی‌های اکولوپلاستی انجام نمی‌دهند به اجرا در می‌آید.

Q – Sutures به این ترتیب انجام می‌شود: ابتدا تزریق محلول لیدوکائین ۲٪ با اپی نفرین ۱:۱۰۰۰۰۰ به پلک پایین و سانترال و لترال به جهت نگه‌داشت پلک در جای خود به اجرا درمی‌آید. تعداد سوچورها طبق پهنای پلک تعیین می‌شود. سوچورها تا حصول به میزان تصحیح بیش‌تر (overcorrection) محکم می‌شوند. ۶ تفاوت در استحکام عضلات اربیکولاریس، جنس پوست، پرولپس چربی و قابلیت انعطاف پلک پایین هم‌چنین می‌توانند در میزان برگشت انتروپیون تاثیر گذار باشند. برای جلوگیری از برگشت انتروپیون، گزینه‌های جراحی از قبیل reinsertion رترکتور پلک پایین یا تلفیقی از Q – Sutures و Lateral tarsal strip می‌تواند در بیماران مرد یا بیماران دیگری که شل شدگی پلک پایین دارند مورد توجه قرار گیرد.

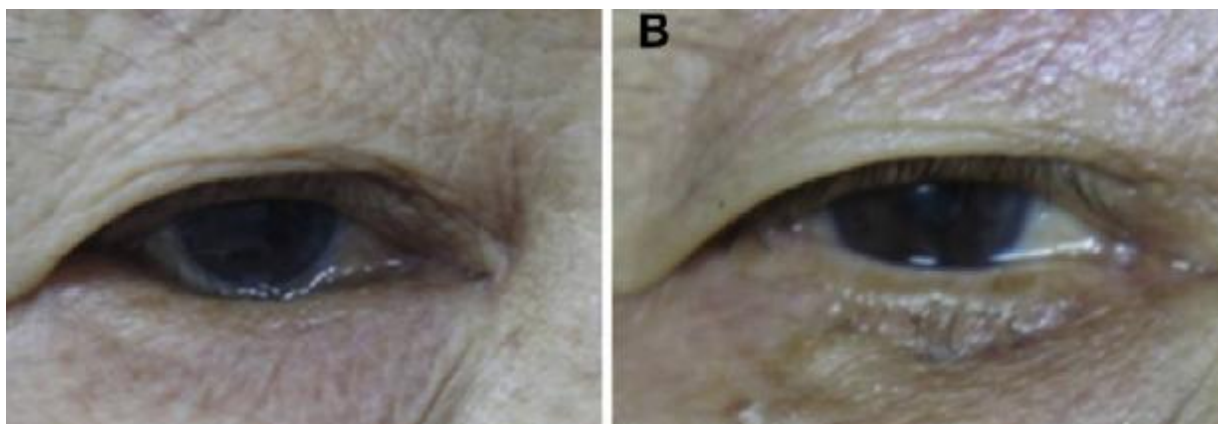


Fig. 1. Photographs of a 77-year-old woman who was diagnosed with involutional entropion and treated with Quickert sutures. (A) Photograph taken preoperatively, (B) 1 week after the surgery.

شکاف مدین لب بالا به همراه توده:

یک مورد نادر

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 1557e1561

Case report

Median cleft of the upper lip associated with a mass: A rare case

Xin-chun Jian ^{a,b,*}, Lian Zheng ^{a,b}, Pu Xua, De-yu Liu ^a

^a Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Affiliated Haikou Hospital, Central South University, Haikou 520208, Hainan, People's Republic of China

^b Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, Hunan, People's Republic of China

شکاف مدین لب، شکاف عمودی خط وسط است که در لب بالا واقع می‌شود. این یک آنومالی بسیار نادر در مقالات پزشکی است. شکاف مدین لب به سبب شکست در بهم پیوستگی برآمدگی‌های مدیال بینی ایجاد می‌شود. در این گزارش نمونه، یک پسر چهار ماهه با شکاف مدین به همراه توده در لب بالا معرفی می‌شود.

در گزارش پاتولوژی توده teratoid polyp با ضمام پوستی، بافت پیوندی فیبروز، عضله اسکلتال و استخوان بود و هیچ شاهدهی از بدخیمی در آن نبود. بیمار هیچ آنومالی دیگری در بینی یا استخوان آئوئول نداشت. بیمار normotelorism دارد.



Fig. 1. A 4-month-old boy with a median cleft lip with a mass in the center of the lip separating the vermillion. A. Preoperative frontal view; B. Postoperative frontal view.

تکنیک Z پلاستی در پوست بیس کلوملای بیمار به کار گرفته شد. یک برش عمودی در شکاف با به هم نزدیک کردن عضلات در white roll و بردر wet-dry هر طرف از دیفکت لب بالا به اجرا درآمد. بعد از عمل، بیمار نتیجه رضایت بخشی داشت. اسکارهای برش واضح نبود. Cupid's bow به طور مناسبی تراز شده و ارتفاع لب بالا در دو طرف مساوی بود.

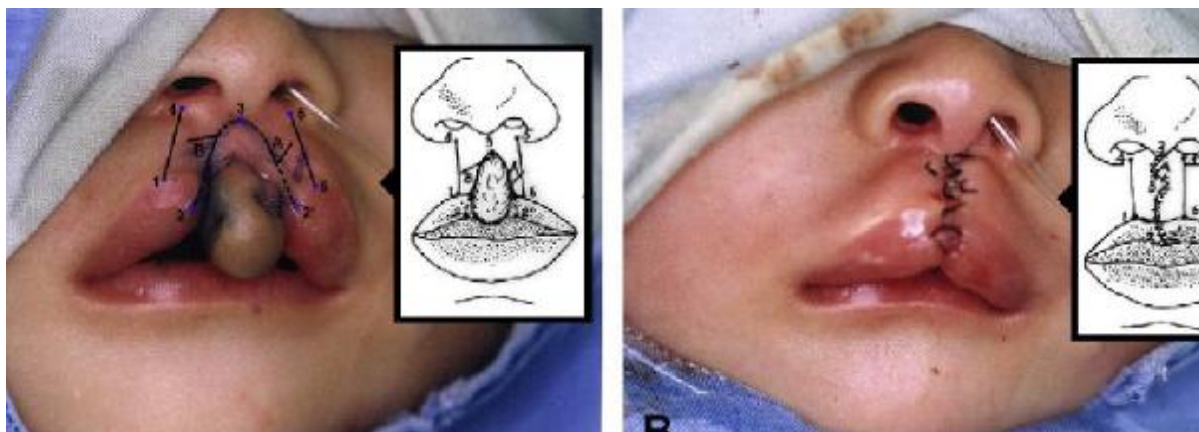


Fig. 2. Surgical plan. A. Preoperative design; B. Postoperative condition.



Fig. 3. Postoperative 7 years. A. Postoperative anterior view at 7 years after surgery; B. Postoperative lateral view at 7 years after surgery; C. Postoperative oblique view at 7 years after surgery; D. Postoperative chin-up view at 7 years after surgery.

انوکلیشن در تلفیق با استکتومی پریفرال:

نقش آن در درمان آملوبلاستومای کیستیک بزرگ فک پایین

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 1659e1663

Enucleation combined with peripheral ostectomy: Its role in the management of large cystic ameloblastomas of the mandible

Sailang Shi ^{a, b}, Yanming Liu ^b, Yidan Shan ^b, Tao Fu ^b, Shifang Zhao ^{b, c, *}

^a Dental Clinic, Sir Run Run Shaw Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, PR China

^b Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, PR China

^c Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Zhejiang University School of Dentistry, Hangzhou, PR **China**

هدف: رزکسیون وسیع آملوبلاستومای کیستیک بزرگ فک پایین ممکن است سبب دفورمیتی شدید و دیسفانکشن جدی شود، در حالی که انوکلیشن ساده احتمال برگشت ضایعه را به بار می‌آورد. هدف از این مطالعه ارزیابی، هر دو جنبه برگشت ضایعه و حفظ کانتور و عمل کرد و مؤثر بودن انوکلیشن در تلفیق با استکتومی پریفرال در درمان این گونه ضایعات بود.

ماتریال و متد: ۱۴ بیمار با آملوبلاستومای کیستیک بزرگ فک پایین (۱۱ مورد یونی کیستیک و ۳ مورد مولتی کیستیک) که با روش ذکر شده درمان شدند، مورد بررسی مجدد قرار گرفتند.

نتایج: پایش بیماران ۱۱۷ - ۱۹ ماه بود. با استفاده از روش مورد استفاده یک پارچگی فک پایین در تمام بیماران حفظ شد و فقط یک بیمار از بی‌حسی دائمی لب پایین شکایت داشت. با رزتراسیون استخوان، پلیت استخوانی نازک به طور قابل ملاحظه ای ضخیم شد و حفره باقی‌مانده کاهش یافت. هیچ شکستگی پاتولوژیکی اتفاق نیفتاد. در ۳ بیمار برگشت ضایعه حادث شد. ۲ مورد با جراحی رادیکال درمان شدند و دیگری با انوکلیشن در تلفیق با استکتومی پریفرال. هیچ بازگشت جدیدی پس از آن اتفاق نیفتاد. همه بیماران از ظاهر صورت خود رضایت داشتند.



Fig. 1. After enucleation of a large cystic ameloblastoma and the following peripheral ostectomy, the residual bone cavity was filled with Bismuth iodoform paraffin paste-impregnated gauze.



Fig. 2. The incision of several centimetres was not sutured, for the change of Bismuth iodoform paraffin paste-impregnated gauze postoperatively

نتیجه گیری: روش انوکلیشن در تلفیق با استکتومی پریفرال روش عالی در حفظ ظاهر و عمل کرد صورت با کم‌ترین احتمال برگشت، گزینه قابل اطمینانی برای درمان آملوبلاستومای کیستیک بزرگ است.

نوع مولتی کیستیک آملوبلاستوما به عنوان تومور گسترش یابنده در ناحیه نگریسته می‌شود و اغلب در درمان آن رزکسیون وسیع با برداشتن ۲ - ۱ سانتی‌متر مارژین استخوان طبیعی پیرامون توصیه می‌شود.

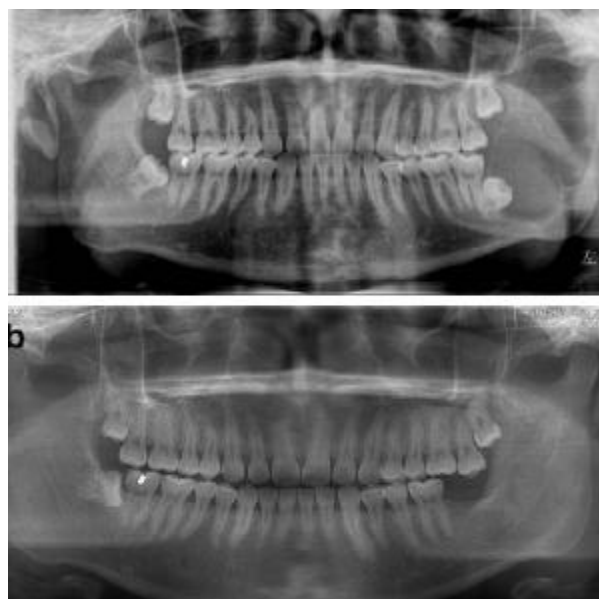


Fig. 3. Panoramic radiographs of an adolescent suffering from large mandibular multicystic ameloblastoma. (a) Preoperative, there was a large radiolucent lesion in the angle and ramus of the left side. (b) After treatment with the Enu/PO procedure, the previous large radiolucent lesion was almost invisible, owing to significant bone regeneration.



Fig. 4. Three-dimension CT scanning. (a) The bone plates were very thin and even perforated before treatment. (b) By using the Enu/PO procedure, mandible continuity was preserved, the bone plates had significantly thickened, and the contour of the mandible was symmetrical.

آملوبلاستوما یونی کیستیک به سه زیر گروه تقسیم می‌شوند: با آستر کیستیک متشکل از اپی‌تلیوم ادنتوژنیک ساده، با آستر کیستیک که در آن پرولیفراسیون اینترالومینال پلکسی فرم آستر اپی‌تلیال دیده می‌شود (آملوبلاستوما یونی کیستیک اینترالومینال) و یک ضایعه کیستیک با تعرض اپی‌تلیال بافت پیوندی پشتیبان (آملوبلاستوما یونی کیستیک مورال).

دو زیر گروه اول به انوکلیشن ساده جواب می‌دهند، در حالی که سومین زیر گروه تهاجم موضعی دارد و برای آن‌ها توصیه به درمانی شبیه به درمان آملوبلاستوما یونی کیستیک می‌شود.

تشخیص نهایی آملوبلاستوما کیستیک فقط وقتی امکان‌پذیر است که بافت تومور کاملاً بررسی شود. بنابراین، تصمیم‌گیری قبل از عمل برای کفایت انوکلیشن برای آن مشکل است.

بی‌شک جراحی رادیکال ریسک برگشت ضایعه را کم می‌کند. ولی به دنبال آن دیفکت استخوانی بزرگ و دفورمیتی صورت، مال اکلوژن، بی‌حسی لب و مضع ضعیف حاصل می‌شود.

به‌علاوه برای بیماران در حال رشد ممکن است تأثیر بسیار جدی بر رشد صورت و شرایط روانی آنان داشته باشد. رزکسیون رادیکال در شرایطی باید توصیه شود که عامل برگشت ضایعه تنها ملاحظه در درمان باشد. در صورتی که، چون آملوبلاستوما اساساً یک ضایعه خوش‌خیم با رشد کند و تهدید کننده زندگی بیمار نیست، منطقی به نظر نمی‌رسد که احتمال عدم برگشت ضایعات را به قیمت قربانی کردن ظاهر و عمل‌کرد بیمار به‌دست آورد. الویت باید به کیفیت زندگی بیمار پس از عمل در درمان آملوبلاستوما کیستیک بزرگ

فک پایین به ویژه در بیماران جوان داده شود. از طرف دیگر انوکلیشن ساده جزائر تومورال اینفیلتراتیو را در دیواره استخوانی بر نمی‌دارد و بنابراین احتمال برگشت ضایعه را افزون می‌کند که در مقالات به ۶۰٪ در نوع یونی کیستیک و ۸۰٪ - ۶۰٪ در نوع مولتی کیستیک گزارش شده است.

استراتژی بهتر برای درمان آملوبلاستومای کیستیک بزرگ فک پایین باید هر دو جنبه کیفیت زندگی پس از عمل و پایین آوردن ریسک برگشت ضایعه را در نظر گیرد.

روش تلفیقی ما میزان برگشت را فقط به ۱۸/۲٪ در نوع یونی کیستیک و ۳۳/۳٪ در نوع مولتی کیستیک کاهش داد و بدین علت، به عنوان روشی مؤثر در درمان آملوبلاستومای کیستیک بزرگ مؤثر واقع شد.

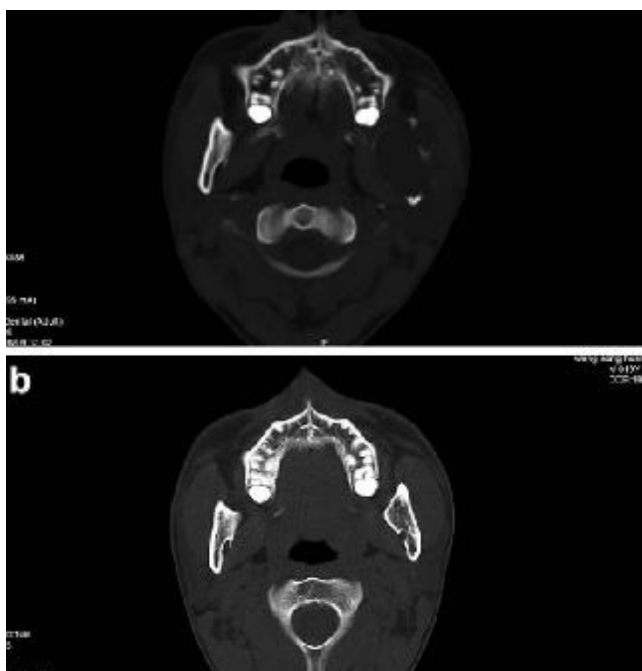


Fig. 5. Horizontal cross-section CT images at the mandibular foramen level. (a) Preoperatively, the bone plates of the ramus were very thin, owing to the bulging lesion. (b) After Enu/PO, the large bone cavity was invisible and the bone plates were significantly strengthened.

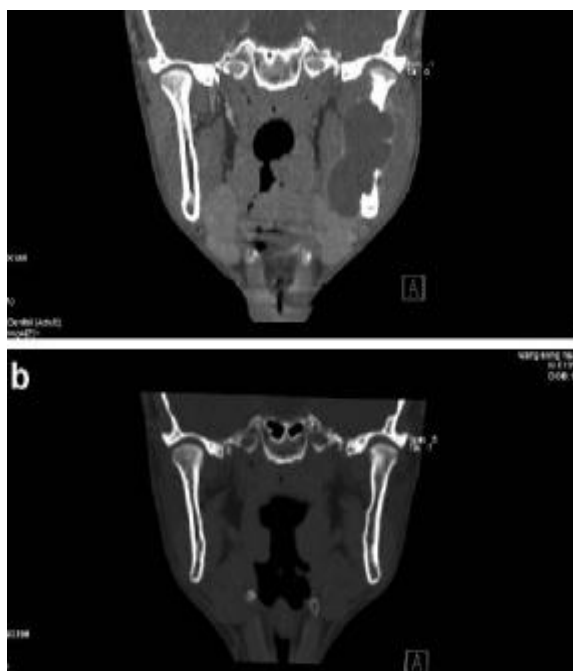


Fig. 6. Coronal cross-section CT images. (a) Preoperatively, the posterior part of the ramus was severely destroyed. (b) After treatment, bone regenerated and the previously destroyed ramus was symmetrical to the contralateral counterpart.

ثبات اسکلتال و موقعیت کندیل در ارتباط با متد فیکساسیون به دنبال

جراحی ستبک ماندیبولار با استئوتومی ساژیتال اسپلیت راموس دو طرفه

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 1958e1963

Skeletal stability and condylar position related to fixation method

following mandibular setback with bilateral sagittal split ramus osteotomy

Young-Chea Roh ^a, Sang-Hun Shin ^a, Seong-Sik Kim ^b, George K. Sandor ^{c,d}, Yong-Deok Kim ^{e,f,*}

^a Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Pusan National University, Yangsan, South Korea

^b Department of Orthodontics, School of Dentistry, Pusan National University, Yangsan, South Korea

^c Department of Tissue Engineering, Regea Institute for Regenerative Medicine, University of Tampere, Tampere, Finland

^d Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University of Oulu, Oulu, Finland

^e Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Pusan National University, Yangsan, South Korea

^f Dental Research Institute, and Institute of Translational Dental Sciences, Pusan National University, Yangsan, **South Korea**

هدف: بررسی جابه‌جایی قطعات بعد از عمل و ریلپس بعد از جراحی استئوتومی ساژیتال اسپلیت راموس دو طرفه (BSSRO) با مقایسه سه متد متفاوت فیکساسیون: گروه A (sliding plate)، گروه B (مینی پلیت) و گروه C (پیچ‌های بای کورتیکال) انجام شد.

ماتریال و متد: مطالعه گذشته نگر حاضر شامل ۵۵ بیمار با پروگناتیسیم ماندیبل است که با متد BSSRO جراحی شدند. برای ارزیابی تغییرات اسکلتال، CBCT قبل از جراحی (T0)، ۳ روز پس از جراحی (T1) و ۶ ماه پس از جراحی (T2) از بیماران به عمل آمد. تفاوت‌های بین سه گروه بیماران با استفاده از آنالیز واریانس انجام شد.

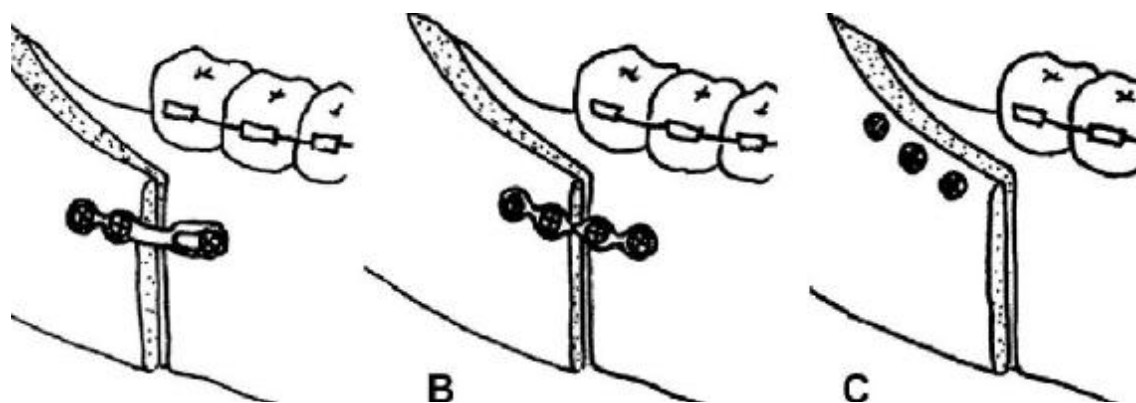


Fig. 1. Diagrams of three different fixation methods: (A) Sliding plate, (B) Miniplate, (C) Bicortical screws.

نتایج: تفاوت قابل ملاحظه‌ای در بین سه گروه در داده‌های آماری و مقدار ست‌بک فک پایین نبود. در تغییرات اسکلتال و تغییرات محوری کوندیلار نیز تفاوت قابل ملاحظه آماری در سه گروه وجود نداشت. گرچه، تغییرات اسکلتال قابل ملاحظه آماری پس از عمل در گروه C (پیچ‌های بای کورتیکال) در تمام لندمارک‌ها وجود داشت. متوسط ریلپس افقی ۱/۹٪ در گروه A، ۴/۸٪ در گروه B و ۱۵/۴٪ در گروه C بود.

نتیجه‌گیری: سیستم sliding plate قابلیت انطباق خوبی با سگمنت پروگزیمال پس از ست‌بک فک پایین با BSSRO داشت و خصوصیتی مطابق با اصول فیکساسیون semi-rigid نشان داد.

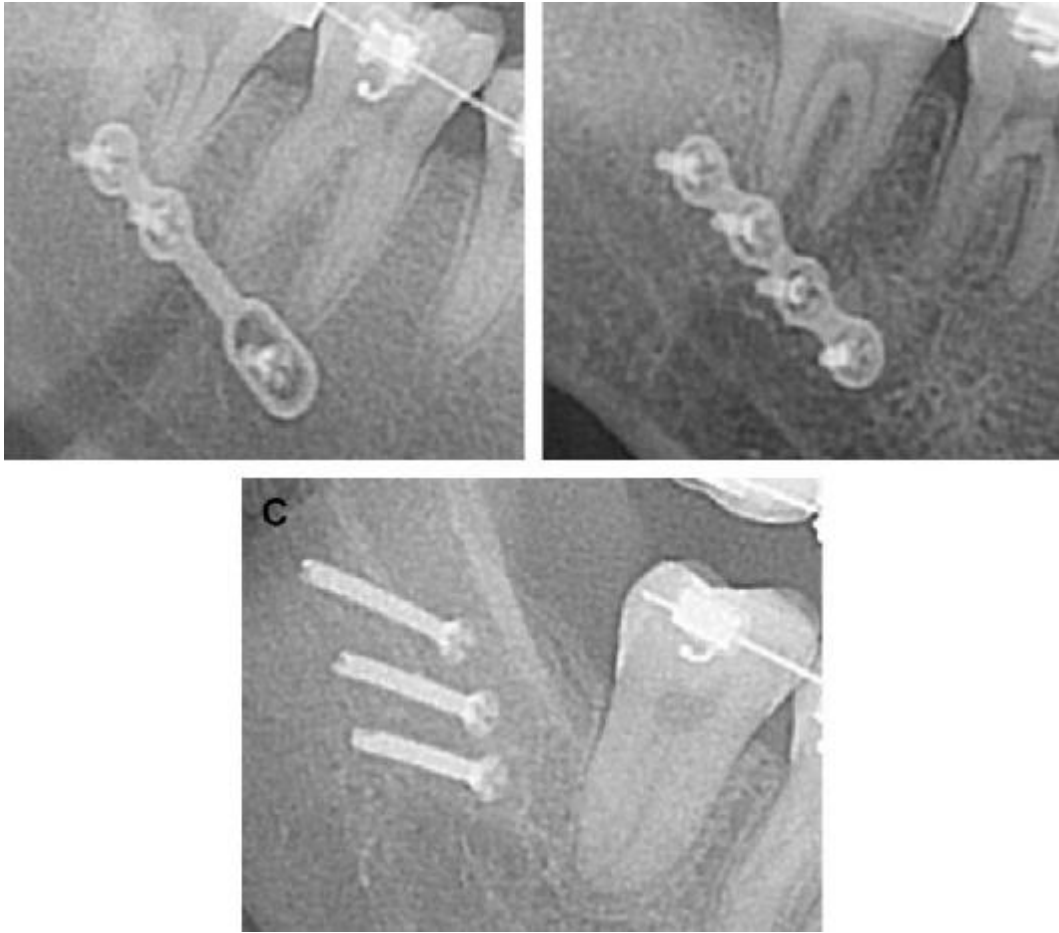


Fig. 2. Radiographic image of: (A) Sliding plate, (B) Miniplate, (C) Bicortical screws.

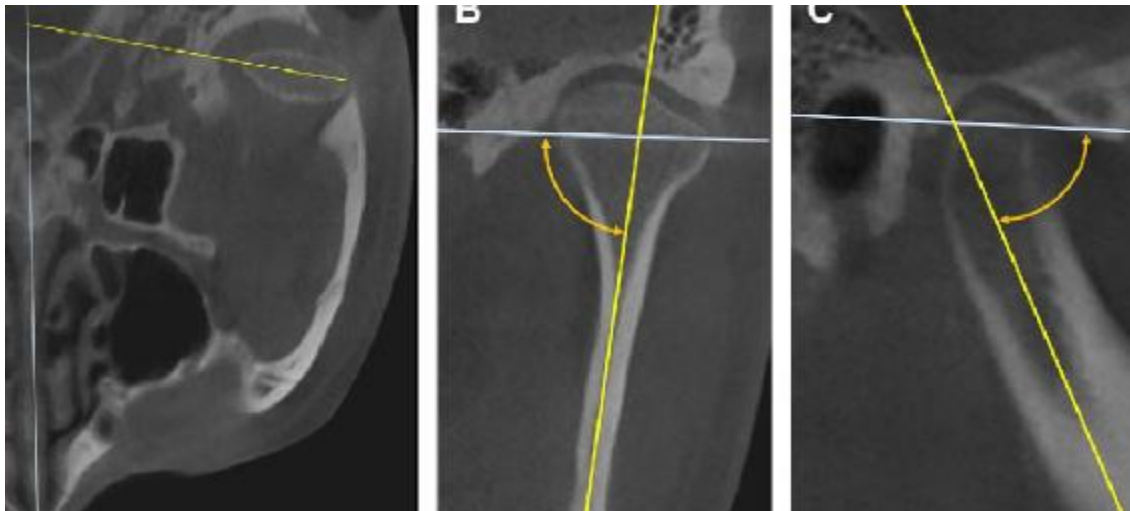


Fig. 3. Measurement of condylar angles on CBCT images. (A) Axial condylar axis angle: angle between axial condylar axis and midsagittal plane, (B) Coronal condylar axis angle: angle between coronal condylar axis and FH plane, (C) Sagittal condylar axis angle: angle between sagittal condylar axis and FH plane.

دریافت جراحان فک و صورت، ارتودنتیست‌ها و افراد عادی

در ارتباط با هارمونی لبخند

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 1664e1668

Perception of oral and maxillofacial surgeons, orthodontists and laypersons in relation to the harmony of the smile

Andrezza Lauria*, Danilo Costa Rodrigues, Raquel Correia de Medeiros, Roger William Fernandes Moreira

Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry of Piracicaba, State University of Campinas (UNICAMP), **Brazil**

هدف: هارمونی یکی از هدف‌های اساسی در درمان جراحی و ارتودنسی است و این هارمونی باید در لبخند و همچنین در صورت وجود داشته باشد. هدف از مطالعه حاضر، ارزیابی دریافت افراد حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای در ارتباط با هارمونی لبخند بیماران با و بدون تغییرات عمودی فک بالا است.

ماتریال و متد: ۶۰ مشاهده کننده (جراحان دهان و فک و صورت، ارتودنتیست‌ها و مردم عادی) گزارش درجه هارمونی ۶ نمونه لبخند را با استفاده از پرسش‌نامه ارائه دادند و شرکت کنندگان در آن نیاز به جراحی تصحیحی را معین کردند. طبقه بندی مشاهده کنندگان بر مقیاس Likert از ۱ تا ۵ ثبت شد و سپس تفاوت‌های بین این سه گروه تعیین شد.

نتایج: به لحاظ آماری، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای فقط برای هارمونی لبخند بین جراحان دهان و فک و صورت و مردم عادی غیر حرفه‌ای یافت شد و مردم عادی در ارزیابی لبخند نگاه منتقدانه‌تری داشتند. تفاوت‌های آماری بین دیگر گروه‌ها در ارزیابی هارمونی لبخند و یا اندیکاسیون برای جراحی تصحیحی وجود نداشت. الگوهای هارمونی بیش‌تر یا کم‌تر توسط مشاهده کنندگان در طی لبخند به مانند استانداردهای ایده آل در رابطه با موقعیت عمودی ماگزینا شبیه به مواردی که در مقالات یافت شده بود، ارزیابی شد.

نتیجه گیری: مردم عادی نسبت به جراحان گرایش به نگرش منتقدانه‌تری در رابطه با هارمونی صورت داشتند در صورتی که تفاوت‌های آماری در رابطه با سایر گروه‌ها در ارتباط با هارمونی لبخند یا اندیکاسیون برای جراحی تصحیحی یافت نشد.

به طور کلی، مقاله حاضر این موضوع که ارتباط متقابل کلینیکی بین جراح، ارتودنتیست و مردم عادی در دستیابی به هارمونی صورت به عنوان اساس کار درمان ارتودنسی و جراحی است را به نمایش می‌گذارد. در دفورمیتی دنتوفیشیال که فک را درگیر می‌کند، آنورمالیتی در سه پلن صورتی وجود دارد (عمودی، عرضی و قدامی - خلفی) که می‌توانند هارمونی صورت فرد را تغییر دهند. (کمبود رشد عمودی

ماگزایلا ممکن است احساس بی‌دندانی در بیمار را القا کند در حالی که افزایش رشد عمودی ماگزایلا، نیم رخ محدب با اکسپوژر بیش‌تر بافت‌های لثه و لب و لبخند را نمایش می‌دهد. عوامل چندی ممکن است هارمونی یا دیس هارمونی لبخند را دیکته کند از جمله اکسپوژر لثه، طول و ضخامت لب بالا و پایین، کریدور باکال (وسیع یا باریک) قرینگی لبخند، شلوغی دندانی، مورفولوژی دندان و اکسپوژر یا فقدان اکسپوژر آن. Gummy smile یکی از مشکلات اصلی استتیک صورت است و هدف مطالعه حاضر نشان دادن تصاویری از لبخندهایی با موقعیت‌های عمودی متفاوت فک بالا به منظور مقایسه دید افراد حرفه‌ای و مردم عادی در ارتباط با هارمونی لبخند و اندیکاسیون جراحی تصحیحی است.



Fig. 1. A and B e Smiles with vertical maxillary excess; C, D and E e Smiles with proper vertical maxillary positioning and F e Smile with vertical maxillary deficiency.

نشست‌های علمی ماه بهمن

هفتمین کنگره علمی انجمن رادیولوژی دهان و فک و صورت

۱۷ - ۱۵ بهمن هتل المپیک

کنگره انجمن ایمپلنتولوژی

۳ - ۱ بهمن برج میلاد

سمینار مدون سینوس و بینی

۳ - ۱ بهمن تالار تصویر برداری بیمارستان امام خمینی

دهمین سمینار سالانه پیشرفت و نوآوری در چشم پزشکی

۱۰ - ۸ بهمن - مرکز همایش های رازی

کنگره سالیانه انجمن سرطان

۱۷ - ۱۵ بهمن کتابخانه ملی

سمینار انجمن کاربرد لیزر در پزشکی

۱۷ - ۱۵ بهمن بیمارستان محک

کنفرانس ماهانه انجمن گوش و حلق و بینی

۲ بهمن ۹۳/۱۱/۲ بیمارستان امیراعلم

رویدادهای علمی بین المللی

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

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

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

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.