

# جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.20 May 2015

شماره ۲۰ - اردیبهشت ۱۳۹۴



به نام خدا

در روزهای بهاری سال ۹۴ سلامی دوباره تقدیمتان باد. امسال نیز تلاش بر این است که ماهنامه به طور منظم در اول هر ماه به حضورتان تقدیم شود. در این دو سال گذشته، دوستان عزیزمان در پیام‌های صمیمانه خود نهایت مهر و لطفشان را برای ادامه کار ماه نامه هدیه کردند. پیام‌های پر مهری که به من در گام برداشتن در این راه انرژی بزرگی داد. برداشتن این قدم‌ها به تنهایی بدون این انرژی بزرگ بی‌شک ممکن نبود.

کسانی که مسئولیتی می‌پذیرند اگر در مسئولیت خود فعالیتی نداشته باشند در عمل انتقاد از ایشان ملایم می‌شود. چون فعالیتی در کار نیست که کسی آن را به نقد و بررسی بکشد. ولی در فرایند هر کاری، چالش‌ها یا نارسائی‌هایی پیش می‌آید که نظرها را به خود معطوف کند.

فرهنگ ریشه‌دار تحدید کننده ای وجود دارد که با طرح انتقادی هر موضوعی بلافاصله مخالفت یا دست اندازی می‌کند و گاه به ظاهر خیلی هم خود را ظاهرالصلاح نشان می‌دهد: «این جا، جایش نیست، الان، وقتش نیست، از این مسائل سوء استفاده می‌شود، بی احترامی به بزرگان می‌شود و...» - این عبارات را متأسفانه در همه گروه‌های اجتماعی از جمله در جامعه دندان پزشکی ایران سالیان سال است که می‌شنویم و متأسفانه سالیان درازی است که در به همان پاشنه می‌چرخد و در مناسبات و فعالیت‌های صنفی و حرفه ای هیچ تغییر رو به پیشرفت در کنار گذاشتن فرهنگ انتقاد گریزی دیده نمی‌شود.

متأسفانه همیشه در مجامع مختلف عده ای جدای از این که چه انگیزه ای داشته باشند، خود را از نظر ذهنی کامل تر و پخته‌تر از بقیه می‌بینند و شروع به نصیحت و موعظه به منتقدین می‌کنند و گاه با حملات تند تلاش می‌کنند عملاً دهان منتقدین را ببندند و آنان را در موضع ضعف قرار دهند. در واقع امر، این افراد دیگران را دعوت به سکون می‌کنند تا تغییری اتفاق نیفتد. بدین شکل خواسته یا ناخواسته فضا را با منتقدین به تقابل می‌کشاند. فضایی که می‌تواند سازنده باشد و تغییری مثبت به وجود آورد. نقد حتی اگر توأم با اشتباه باشد به سالم سازی فضای فعالیت کمک می‌کند.

در این ۲۰ شماره نشریه ای که برایتان ارسال داشتم این فرصت را داشتم که هر ماه دیدگاه‌های خود را درباره مسائل مبرم علمی مرتبط با رشته مطرح کنم. بسیار سپاس گزار خواهم بود که دیدگاه‌ها و انتقادات خود را درباره این بخش از نشریه مطرح کنید. به اعتقاد من، برخی از معضلات در فعالیت‌های علمی نقش بازدارنده و منفی بازی می‌کنند که به طور جد می‌توانند تهدیدی برای تکامل علمی رشته باشند. ابراز نظر و بحث و انتقاد شما می‌تواند افق‌های تازه ای را برای فعالیت‌های علمی ما باز کند و ساختار کلیشه ای منجمد و همیشه تکرار شونده را به سمت ساختار پویا و رشد یابنده باز کند.

از شما همکاران و دوستان عزیزم عاجزانه تقاضا می‌کنم از انتخاب موضوع، از سر مقاله و از هر مطلب دیگری که در نشریه وجود دارد و ارزشمند می‌شمارید، انتقاد کنید.

اعتقاد راسخ دارم که بستن گوش انتقاد پذیر باعث فراموشی نقطه ضعف‌ها و از بین رفتن نکات منفی نمی‌شود بلکه به جای حل به موقع آن، در کانال‌های دیگر می‌افتد و حل آن را در آینده با آسیب و معضلات جدی که گاه دیگر با روح انتقاد و سازندگی هیچ قرابتی ندارد، مواجه می‌سازد.

بنابراین باز هم از دوستان و همکاران عزیزم خواهش می‌کنم که از کار من انتقاد کنید. اگر چه همه انسان‌ها دوست دارند که تعریف و تمجید بشنوند ولی انتقادات شما نیز نشانه توجه و اهمیت گذاری به فعالیتی است که انجام می‌شود و برای من بیش از تمجید گوارا است. پس برای کمک به پویایی و پیشرفت ماه نامه لطفاً انتقاد کنید. سپاس گزارم.

دکتر میترا میرمحمدی

## هیگرومای اینتراکرنیال ساب دورال بعد از استئوتومی لفورت I

### Intracranial Subdural Hygroma After

### Le Fort I Osteotomy

William L. Thompson, DDS, MD,\* Michael Lee, BS,y and Robert Bruce MacIntosh, DDSz

J Oral Maxillofac Surg 73:727-731, 2015

Department of Oral and Maxillofacial Surgery,

University of Detroit Mercy School of Dentistry, **Detroit, MI.**

عوارض حین و پس از عمل بعد از استئوتومی‌های لفورت I ثبت شده اند. اگرچه هیگرومای اینتراکرنیال ساب دورال تاکنون در مطالعات دهان و فک و صورت گزارش نشده است. در این مقاله ما یک نمونه از هیگرومای اینتراکرنیال ساب دورال که نیاز به مداخله جراحی اعصاب بعد از جلو آوردن فک بالا با جراحی لفورت I داشته را گزارش می‌کنیم.

**گزارش نمونه:** آقای ۳۰ ساله برای بررسی و درمان ارتوگناتیک مراجعه کرد. شکایت اصلی بیمار، عدم رضایت از اکلوزن و نتیجه ضعیف از ایمپلنت قبلی چانه بود. سابقه پزشکی او موضوع قابل توجهی نداشت و در سابقه جراحی او فقط انجام ایمپلنت چانه وجود داشت. در بررسی ارتوگناتیک او، ناقربینی در فک پایین (۳/۵ میلی‌متر به سمت چپ) اختلاف میدلاین ماگزایلا (۱ میلی‌متر) به سمت چپ نسبت به ماندیبل عقب رفته و چین منتولبیل عمیق مشاهده شد. اکلوزن بیمار کلاس II با تخطی عمیق اکلوزن قدام و فقدان

مولر اول چپ ماندیبل بود. اندازه گیری‌های سفالومتریک SNA را ۷۷، SNB را ۷۲ و نیم رخ صورت را محدب نشان داد. بعد از اتمام ارتودنسی قبل از عمل برای بیمار جراحی استئوتومی لفورت I با ۸ میلی‌متر جلو کشیدن ماگزایلا، استئوتومی ساژیتال اسپلیت دو طرفه راموس، برداشتن ایمپلنت چانه، جنیوپلاستی و advancement چانه و قرار دادن ایمپلنت استواینترگره در ناحیه مولر اول سمت چپ فک پایین انجام شد. جراحی بدون اتفاق خاصی انجام شد. در روزهای اول و دوم پس از عمل، بیمار تورم قابل انتظار بعد از عمل در صورت داشت. درد با مخدرهای داخل رگی خوب کنترل شد. در روز دوم پس از عمل، بیمار حرکت می‌کرد. عمل دفع انجام می‌داد و مایعات دریافت می‌کرد و در روز سوم پس از عمل ترخیص شد. روز پس از ترخیص از بیمارستان، بیمار با تلفن از درد سر و صورت شکایت کرد. اگر چه داشتن حالت تهوع، استفراغ یا تغییرات در شنوایی و بینایی را انکار کرد. به بیمار توصیه شد که روز بعد برای بررسی به مطب مراجعه کند. در روز پنجم، الاستیک‌های نگه دارنده فیکساسیون بین فکی تغییر کرده بودند. بیمار بدون مشکلی راه می‌رفت ولی از سر درد و درد صورت شکایت داشت. در روز هشتم پس از عمل باز با شکایت سر درد که با تجویز مخدر از بین نرفته بود به مطب تلفن کرد. او هم‌چنین شکایت از سر گیجه داشت. به بیمار گفته شد که برای بررسی به اورژانس مراجعه کند. در آنجا به بیمار انجام CT و MRI تجویز شد. ( Fig 1 و Fig )

نتیجه، شیفت میدلاین نیم کره مغز از راست به چپ با وجود مایع در فضای ساب دورال را نشان داد.



FIGURE 1. Computed tomography image demonstrating right-sided cerebrospinal fluid density extra-axial fluid collection. The cerebrospinal fluid collection on the right side of the skull (arrow).

سرویس جراحی اعصاب بلافاصله بیمار را به اتاق عمل برد. پس از تخلیه از ناحیه فرونتوتمپورال با ایجاد سوراخ، رها شدن فوری مایع با فشار به دنبال آمد. تیم جراحی اعصاب مایع را برای کشت جمع آوری کرد. پس از شست‌وشوی فضای ساب دورال، یک درن در آن قرار داده شد و از راه انسیژن جراحی بیرون آورده شد.

تست‌های آزمایشگاهی ماهیت مایع را مغزی- نخاعی تایید کردند و مطالعه جدید MRI، تشخیص مایع مغزی نخاعی هیگروما را پیشنهاد کرد. سر درد بیمار برطرف شد، درن در آورده شد و بیمار در روز چهارم پس از عمل ترخیص شد.

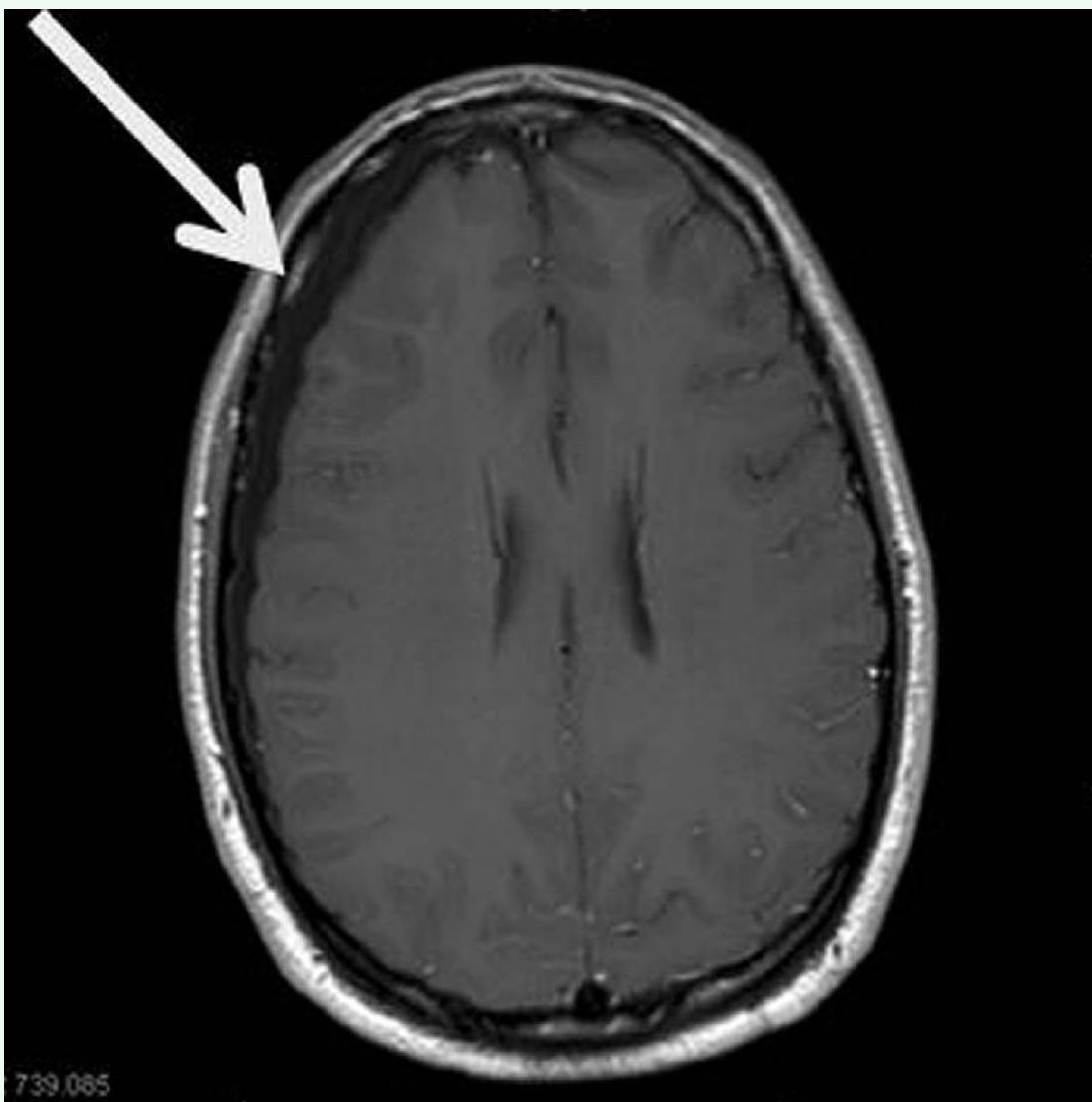


FIGURE 2. Magnetic resonance image demonstrating right-sided cerebrospinal fluid density extra-axial fluid collection. The cerebrospinal fluid collection on the right side of the skull (arrow)

ما بر این باوریم که بیمار ما پیش از عمل با یک کیست آراکنوئید بدون علامت پنهان مراجعه کرد. این کیست می‌توانست پاره شود و به تدریج CSF به فضای ساب دورال نفوذ کند و باعث افزایش فشار اینتراکرنیال شود. فرض ما این بود که پارگی می‌تواند به یکی از این ۴ علت ذیل ایجاد شود:

(۱) ترامای معمول ناشی از عمل (۲) اپیزودهای ایجاد فشار خون بالا در حین عمل (۳) مانور والسالوا پس از عمل یا (۴) پارگی خود به خود و هم زمان کیست.

بیمار در بررسی‌های پس از عمل با سرویس‌های جراحی دهان و فک و صورت و جراحی اعصاب در ارتباط بود و هیچ نشانه‌ای از برگشت علائم دیده شده نداشت.



FIGURE 3. Magnetic resonance imaging slice demonstrating right-sided cerebrospinal fluid density extra-axial fluid collection. The cerebrospinal fluid collection on the right side of the skull (arrow).

# کشیدن دندان‌های نیش و پره مولر تک‌ریشه فک پایین در وضعیت Linguoversion با استفاده از تکنیک اصلاح شده

## یادداشت تکنیکی

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 387–389

### Extraction of single-rooted mandibular canines and premolars in linguoversion by a modified technique: technical note

N. Chhabra, S. Chhabra, A. Kaur, Kanak Nandini Jain\**Department of OMFS, D.A.V. Dental College and Hospital, Yamunanagar, Haryana 135001, India*

در مقالات بیش‌تر دربارهٔ درآوردن پره مولر و دندان‌های نیش نهفته نوشته شده است ولی کم‌تر درباره دندان‌های رویش یافته در Linguoversion آورده شده است. به علت مشکل در استفاده الواتور و فورسپس در اثر کج شدن لینگوالی این دندان‌ها، درآوردن آن‌ها یک چالش محسوب می‌شود.

**تکنیک جراحی:** بعد از آماده کردن خارج و داخل دهان و بی‌حسی موضعی ( Fig 1 ) اتصالات فیبروزی لثه ای دندان در طرف لینگوال با پروب MOON جدا می‌شوند.

محل اتصال سمنتو انامل دندان از سطح باکال با بلند کردن فلپ موکوپریوستال full thickness و برداشتن حداقل استخوان در صورت ضرورت آشکار می‌شود. یک سوراخ در ریشه دقیقاً پایین محل اتصال سمنتو انامل با فرز روند شماره ۸ تعبیه می‌شود که عمق نفوذ آن باید تقریباً مساوی با اندازهٔ سر فرز باشد. سپس فرز از هندپیس برداشته می‌شود و درون سوراخ دریل شده بر روی ریشه قرار داده می‌شود و به عنوان نقطه به‌کار بردن نیرو عمل می‌کند. ( Fig 2 )



Fig. 1. Left mandibular premolar in linguoversion preoperatively



Fig. 2. Bur hole drilled below the cemento-enamel junction of the tooth.

سپس فرز قرار داده شده هر چه ممکن است محکم‌تر گرفته می‌شود تا نزدیک به موازی محور طولی دندان قرار گیرد و نیروی کوتاه، ثابت و متناوب پشت سرهم با یک چکش با نوک ساده یا نایلونی به آن وارد می‌شود. چکش بر روی فرز با نیرویی به سمت بالا و لینگوال زده می‌شود و فرز به دندان برای بالا آمدن از ساکت در سمت اکلوزولینگوال کمک می‌کند.

**نتیجه:** ریسک کمی در آسیب به دندان یا استخوان مجاور به علت عدم استفاده از فورسپس یا الواتور و نیاز کم به برداشتن استخوان وجود دارد که اثرات تخریبی در استتیک و عمل کرد پس از کشیدن دندان را کاهش می‌دهد و به علت ترمیم زود هنگام استخوان، گذاشتن ایمپلنت در آینده یا درمان ارتودنسی را مطلوب می‌کند.

این تکنیک در مواقعی که دندان مجاور رستوریشن بزرگی دارد و ریسک از جا در رفتگی فورسپس و الواتور وجود دارد مفید است. این تکنیک آتراماتیک، ساده، مؤثر، سریع، ارزان با استفاده از وسایل کم، نیاز به انجام جراحی را مرتفع می‌کند.

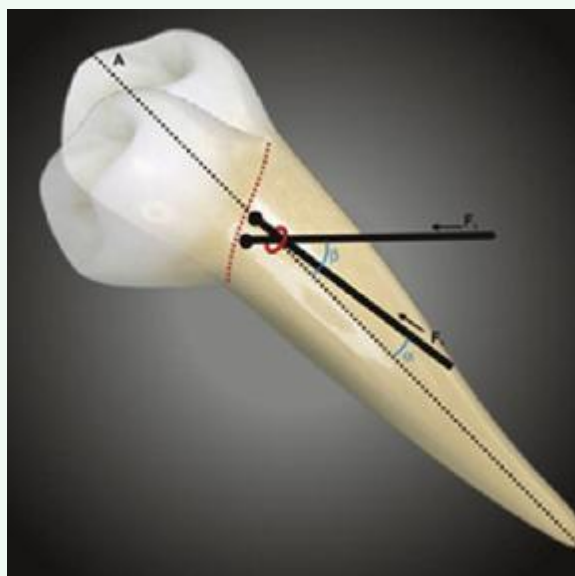


Fig. 4. Diagram showing the importance of direction and angulation of force along the long axis of the tooth.  $\alpha$  and  $\beta$  = angulation of the bur (the head is engaged in the hole drilled below the cemento enamel junction) to the long axis of the tooth (A);  $F_1$  = direction of force when angulation of bur is  $\alpha$ ;  $F_2$  = direction of force when angulation of bur is  $\beta$ ; and the red dotted line indicates the proposed fracture line, if the angle is changed from  $\alpha$  to  $\beta$ .



Fig. 3. Direction of application of force and the path of delivery of the tooth from the socket

## تزریق به داخل فضای زیرین مفصل گیجگاهی - فکی با راهنمایی اولتراسوند

### Ultrasound-guided injection into the lower joint space of the temporomandibular joint

J. Levorova, V. Machon, D. Hirjak, R. Foltan: Ultrasound-guided injection into the lower joint space of the temporomandibular joint. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 491-492. # 2014 International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Charles University and Faculty Hospital Prague, **Czech Republic**

اولتراسونوگرافی یکی از روش‌هایی است که برای داشتن تصویر از فضای مفصلی گیجگاهی به کار می‌رود. بیش‌تر اوقات برای تشخیص تغییرات رزرناتیو کندیل، افیوژن یا جا به جایی دیسک بکار می‌رود.

اصلی‌ترین مشکل اولتراسونوگرافی ظرفیت محدود آن در تصویربرداری در قسمت فوقانی و مدیال کندیل و دیسک است. این ساختارها توسط سایه اکوستیک پنهان می‌شوند ( کاهش سیگنال در زیر قوس زایگوماتیک ) که در اثر برگشتن و تحلیل رفتن امواج اولتراسوند در استخوان زایگوما ایجاد می‌شوند.

اولتراسونوگرافی هم‌چنین ممکن است برای کاربرد مستقیم دارو در TMJ از جمله هیالورونیک اسید، کورتیکوستروئیدها، پلاسمای غنی شده از پلاکت ( PRP ) یا خون اتولوگ مورد استفاده قرار گیرد. کاربرد آن در فضای مفصلی فوقانی بنا به روال، بدون نیاز به راهنمای تصویری به اجرا در می‌آید. کنترل با اولتراسوند می‌تواند استفاده دقیق به فضای مفصلی زیرین که بدون راهنمای تصویری مشکل است را ممکن سازد.

**روش:** پروب باریکی ( فرکانس ۱۴ MHz - ۷/۵: همانی که برای تصویربرداری از ساختارهای TMJ استفاده می‌شود) برای تزریق هدفمند به فضای مفصلی زیرین تحت کنترل اولتراسونوگرافی استفاده می‌شود. پروب در موقعیت عمودی در ناحیه پره اوریکولار ( در جلوی تراگوس ) در ناحیه TMJ با گسترش به قوس گونه‌ای قرار داده می‌شود. ساختارها در پلن کروئال نمایش داده می‌شوند. جهت یابی تصویر منتج از آن بستگی به موقعیت پروب دارد. قطب کرانیال ناحیه مورد تحقیق در سمت چپ تصویر حاصله است.

این عمل در وضعیت دهان بسته به اجرا در می‌آید، نقطه فرو کردن سوزن در پره اوریکولار، ۱۵ میلی‌متر زیر قوس گونه است. سوزن در زاویه ۶۰ درجه در نقطه مورد انتظار در بالای کندیل به سمت جلو وارد می‌شود. ( Fig 1 ). بسته به پروب دو سویه و موقعیت سوزن، دو گزینه تصویری ممکن است. اولی تصویر دقیق سوزن کامل و ساختار مفصل به طور هم‌زمان است که اجرای آن مشکل است. دومین گزینه شامل مشاهده واضح ساختارهای مفصل و تنها قسمتهایی از سوزن می‌شود ( Fig 2 ). کنترل موقعیت صحیح سوزن توسط گسترش و محدود کردن فضای زیرین مفصل در طول انجام عمل انجام می‌شود ( به کار بردن و اسپیراسیون مایع ) مؤلفین این مقاله گزینه دوم را ترجیح می‌دهند.





Fig. 1. A needle is inserted under ultrasound control; clinical view.

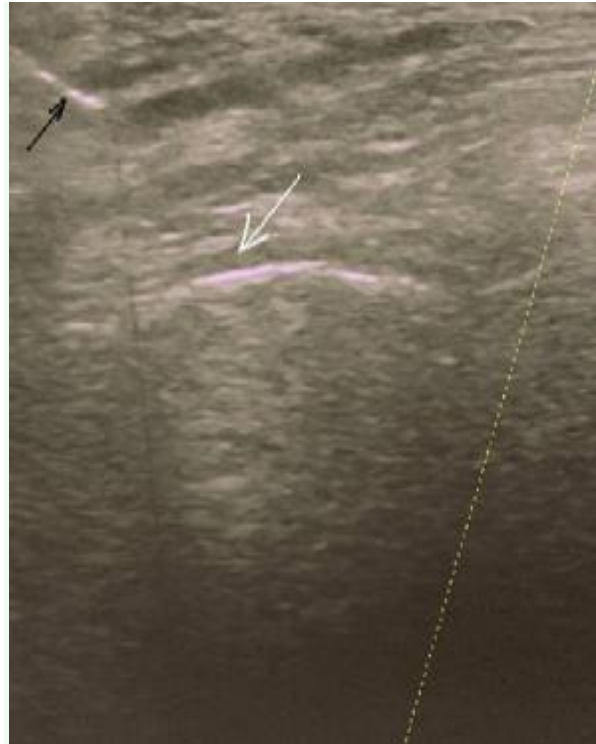


Fig. 2. Ultrasonographic view: the black arrow indicates the inserted needle and the white arrow indicates the inferior joint space.

**بحث:** اولتراسونوگرافی متد غیرتهاجمی است که رادیاسیون یونیزه ندارد و به راحتی و بلادرنگ به اجرا در می آید. یک نارسائی آن وجود آرتیفکت است که ممکن است منتج به تفسیر ناصحیح تصاویر شود. مؤلفین در درمان بیماری های دژنراتیو TMJ ( با فاکتور رشد، PRP و استفاده از سلول های بنیادی) در تزریق به فضای تحتانی مفصلی از اولتراسوند استفاده می کنند.

## Myositis ossificans تراماتیک عضله مدیال پتریگوئید

### به دنبال کشیدن دندان مولر سوم

#### Myositis ossificans traumatica of the medial pterygoid muscle following a third molar extraction

A.M. Torres, A.C. Nardis, R.A. da Silva, C. Savioli: Myositis ossificans traumatica of the medial pterygoid muscle following a third molar extraction. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 488–490. # 2014 International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons

<sup>1</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Vila Penteadó General Hospital, Saõ Paulo, Brazil; <sup>2</sup>Dental Centre, Polí'cia Militar de Saõ Paulo, Saõ Paulo, Brazil; <sup>3</sup>Dentistry Division, Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Saõ Paulo, Saõ Paulo, **Brazil**

**چکیده:** Myositis ossificans ( MO ) بیماری نادری است که باعث ossification هتروتوپیک در عضله یا بافت نرم می شود. بیماری Myositis ossificans traumatica ( MOT ) درون عضله مجروح به شکل کلسیفیه ظاهر می شود و از جراحتهای منفرد یا تکراری ناشی می شود. چندین گزارش از MOT در عضلات ماضغه ای وجود دارند. موردی از MOT در عضله پتریگوئید مدیال بیمار به عنوان عارضه مرتبط با

کشیدن دندان مولر سوم رویش یافته فک بالا گزارش می‌شود که علامت اصلی آن تریسموس شدید بود و علی‌رغم درمان جراحی، بیماری دوباره برگشت کرد. MOT می‌تواند حامل نتایج جدی برای بیمار باشد. اتیوپاتوژنز آن نیاز به درک بهتر دارد، بنابراین مناسب‌ترین درمان باید انجام شود تا ریلپس به حداقل ممکنه محدود شود. این امر موجب بهبود کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد.



Fig. 1. CT scan showing ossification in the right medial pterygoid muscle.



Fig. 2. Three-dimensional CT showing the dimension of the fusion of the medial ptery-goid muscle to the pterygoid plates.

شایع‌ترین درمان پذیرفته شده، رزکسیون کامل ossification بعد از رسیده شدن آن است. گرچه، تکنیک‌های جراحی از جمله استئوتومی نیز اندیکاسیون دارند. به‌ویژه هنگامی که برداشتن کامل ممکن است به علت ارتباط تنگاتنگ بین استخوان هتروتوپیک و بیس جمجمه و همچنین عضله پتریگوئیدمدیال مشکل‌تر باشد. در بیمار ما دو استئوتومی به اجرا درآمد، یک L - shape استئوتومی بر روی وجه لترال راموس و دیگری ۳ سانتی‌متر از اولی و یک گرفت چربی از شکم که به عنوان ماتریال اینترپوزیشنال بین سطح مدیال راموس ماندیبل و پلیت پتریگوئید گذاشته شد.

برای پلن جراحی مناسب از 3D - CT استفاده کردیم چون باعث بهبود مشاهده موقعیت و شکل ossification می‌شود. هم‌چنین به اهمیت prototyping به ویژه در شبیه سازی بهترین روش استئوتومی و کاهش ریسک‌های جراحی اصرار داشتیم.

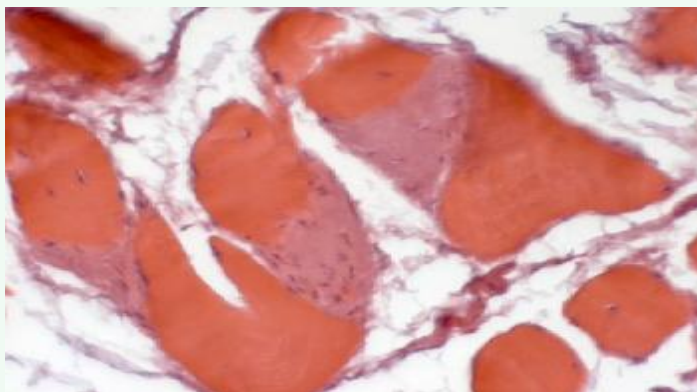


Fig. 3. Close-up of organizing intramuscular fibrous tissue, showing osteoid differentiation (magnification 250  $\times$ ).

## دیسترکشن میدلاین

### با استفاده از ابزار مبتنی بر دندان و تدابیر جراحی کم تهاجمی

#### Mandibular midline distraction using a tooth-borne device and a minimally invasive surgical procedure

N. Nadjmi, S. Stevens, R. Van Erum: Mandibular midline distraction using a tooth-borne device and a minimally invasive surgical procedure. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 452–454

Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, GH MONICA Antwerp, University Hospital Antwerp (UA), Antwerp, **Belgium**

در جمعیت ما، رتروگناتیسم و کمبود رشد عرضی فک پایین و فک بالا ناشایع نیستند. هیپوپلازی عرضی اسکلتال در وستیبول لترال پهن (باکال کریدور)، کرودینگ قدامی شدید و تمایل و نهفتگی دندان قدامی منعکس می‌شود. یک روش نوین، جراحی کم تهاجمی برای دیسترکشن میدلاین ماندیبول در تلفیق با استفاده از وسیله دیسترکشن مبتنی بر دندان مورد بحث قرار می‌گیرد.

### تکنیک:

#### اقدامات قبل از عمل:

به‌منظور پرهیز از آسیب به ریشه‌های انسیزورهای سانترال در طی استئوتومی، ریشه‌های این دندان‌ها با استفاده از ابزارهای فیکس بر روی دندان‌های پایین از هم دور می‌شوند. که این کار ۳ ماه قبل از جراحی باید شروع شود.

۲ هفته قبل از جراحی، دیسترکتور Hyrax type - ساخته می‌شود و به اولین پره مولرها و اولین مولرها با گلاس آینومر سمنت می‌شود. (

Fig 1)



Fig. 1. The custom-made tooth-borne distractor. Notice the anterior crowding and the open coil spring to diverge the central incisors.

سپس CBCT انجام می‌شود و فاصله بین ریشه‌های انسیزورهای سانترال و حضور و موقعیت دندان‌های مولر سوم ارزیابی می‌شوند که اغلب در هنگام استئوتومی میدلاین برداشته می‌شوند.

#### مداخله جراحی: برای راحتی بیمار، جراحی تحت بی‌هوشی عمومی به اجرا درمی‌آید و در ناحیه

منتال بی‌حسی موضعی انجام می‌شود. یک انسیزن ورتیکال کوتاه در فرنوم لب پایین، زیر موکوجینجیوال جانکشن (Fig 2) داده می‌شود. سپس برش در پریوست میدلاین داده می‌شود. دایسکشن ساب پریوستال بین دو عضله منتال اجرا می‌شود و رترکتور Freer بر روی سمفیز در میدلاین ماندیبیل گذاشته می‌شود و لب پایین را کنار می‌زند. استئوتومی میدلاین ماندیبیل با اره ۰/۳ میلی‌متری از بردر ماندیبیل شروع می‌شود و هر چه ممکن است به طرف بالا بین دندان‌ها ادامه می‌یابد.

استئوتومی سپس با چیزل ۴ میلی‌متری تمام می‌شود. تحرک نیمه‌های ماندیبل کنترل می‌شود و سپس دیسترکتور در حدود ۲ میلی‌متر فعال می‌شود تا اطمینان حاصل شود که هیچ مانع استخوانی وجود ندارد. سپس دیسترکتور غیر فعال می‌شود. انسیزن جراحی در دو لایه بسته می‌شود. پریوست و بافت‌های سوپراپریوست با سوچور مونوفیلامنت ۰-۴ قابل جذب بخیه می‌شود و مخاط با سوچور قابل جذب - fine braided ۰-۶ بسته می‌شود.



Fig. 2. The vertical incision.



Fig. 3. The midline osteotomy is performed with an oscillating saw as high as possible interdentally



Fig. 4. Closing the mucosa with a fine braided 6-0 absorbable suture leaves an inconspicuous scar

بیمار یک روز پس از عمل ترخیص می‌شود و بعد از یک هفته به ارتودنسیست جهت شروع دیسترکشن ارجاع می‌شود. میزان دیسترکشن ۰/۲۵ \* ۲ میلی‌متر/ در روز است. سپس دیسترکتور با استفاده از کامپوزیت بر روی پیچ آن بلوکه می‌شود. درمان فعال ارتودنسیک ۸ هفته بعد شروع می‌شود و دیسترکتور اغلب ۵ ماه پس از عمل برداشته می‌شود.

**بحث:** طبق گزارشات میزان بالاتری از irritation و ژنژیویت در دیسترکتورهای مبتنی بر استخوان نسبت به دیسترکتورهای مبتنی بر دندان دیده می‌شود. به‌علت ناراحتی قابل ملاحظه بیمار و شکستن دیسترکتور، دیسترکتورهای مبتنی بر استخوان در مرکز ما دیگر استفاده نمی‌شوند. در روش ما نیازی به برش عضلات منتال برای مشاهده سمفیز ماندیبل نیست. هم‌چنین قرار گرفتن دیسترکتور در سمت لینگوال با بستن نرمال دهان و عمل کرد مناسب لب پایین تداخل نمی‌کند. بنابراین برای بیمار راحت است و بسیار خوب تحمل می‌شود. در تحقیق ما، تلفیق جراحی کم تهاجمی و استفاده از دیسترکتورهای مبتنی بر دندان روش درمانی مؤثر خوب تحمل شونده‌ای را در بیماران با کمبود جدی رشد عرضی ماندیبل تصدیق کرد.

## جراحی کاهش عضله ماستر با کواگولاسیون رادیوفرکوانسی

### TECHNICAL NOTE

#### Masseter Muscle Reduction Procedure With Radiofrequency Coagulation

Jong-Wook Ham, DDS\* J Oral Maxillofac Surg 67:457-463, 2009

\*Private Practice, Seoul, Republic of **Korea**.

هیپرتروفی ماستر اغلب همراه با clenching می‌تواند سبب ساییدگی دندان، ترک برداشتن دندان، دندان درد، درد عضلات ماضغه، درد مفصل گیجگاهی فکی و سردرد با فشار شود. توکسین بوتولینیم تایپ A می‌تواند برای درمان هیپرتروفی ماستر به‌کار برده شود.

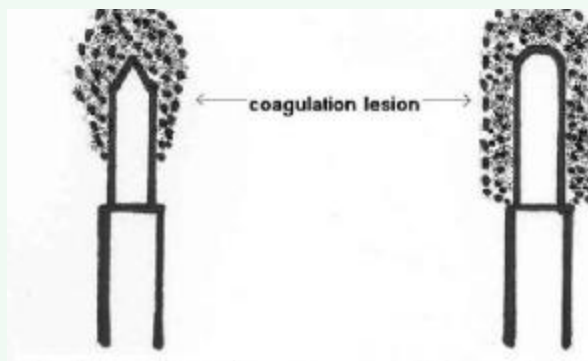
این روش، بی‌خطر و ساده، طول مدت ماندگاری نسبتاً کوتاهی دارد و اغلب نیاز به تجدید درمان دارد. برای حل کم‌تر تهاجمی و ماندگارتر، یک روش کاهش عضله ماستر جهت درمان هیپرتروفی ماستر اتخاذ شده است. این مقاله این عمل را با پروتکل درمانی استاندارد و تجهیزات جراحی customized توضیح می‌دهد. این عمل یک عمل جراحی ساده سرپایی تحت بی‌حسی موضعی با استفاده از کواگولاتور جراحی رادیوفرکونسنسی است. تغییرات مشخص در طرح صورت، ۸ - ۶ هفته پس از عمل و بدون عوارضی از قبیل خون‌ریزی یا فلج عصب صورتی حاصل می‌شود.

متد قبلی درمان برای هیپرتروفی ماستر، جراحی اکسیزیون بخشی از عضله ماستر تحت بی‌هوشی عمومی بود که عوارضی چون شکل‌گیری هماتوم، فلج عصب صورتی، عفونت، محدودیت باز کردن دهان و عوارض حاصل از بی‌هوشی عمومی را شامل می‌شد.

سپس استفاده از سم بوتولینیم تایپ A نیز متداول شد که در عضله ماستر تزریق و با جلوگیری از آزاد شدن استیل‌کولین در ترمینال‌های نوروموسکولار باعث استراحت عضله برای ۳ تا ۶ ماه می‌شد. کاهش فعالیت عضله به کاهش سفتی و حجم عضله هدایت می‌شد.

عوارض این کار شامل کم شدن قدرت عضله ماضغه، فلج صورت، کبود شدگی موضعی صورت و درد در محل تزریق می‌شود. این عوارض اغلب موقتی است. شاید بیش‌ترین محدودیت این درمان از بین رفتن اثر آن طی ۶ ماه و برگشت به وضعیت اولیه است.

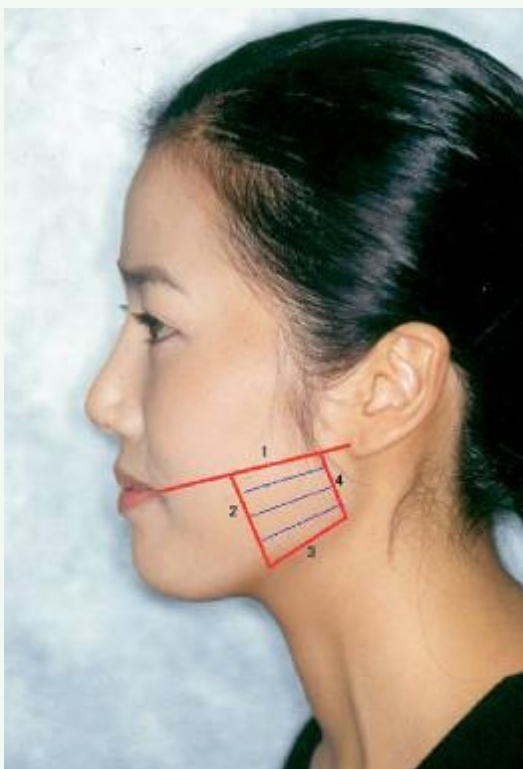
علی‌رغم درمان متداول کواگولاسیون الکتریکی یا لیزر که مستقیماً تولید انرژی حرارتی بالا در بافت می‌کنند، در متد کواگولاسیون رادیوفرکونسنسی از انرژی رادیوفرکونسنسی استفاده می‌شود. این انرژی کم توان، مقاومتی ایجاد می‌کند که تبدیل به گرما در درون بافت می‌شود. این گرمای حاصله در دامنه ۹۰ - ۵۰ درجه بافت عضله را کواگوله می‌کند و بافت اسکاری که باعث جمع شدن حجم کلی عضله درگیر می‌شود را ایجاد می‌کند. بافت اسکار به تدریج جذب می‌شود و کاهش عضلانی بیش‌تری حادث می‌شود. این کاهش در حجم عضله ۳ هفته پس از عمل شروع می‌شود و تا بیش از ۸ - ۶ هفته بعد ادامه می‌یابد.



**FIGURE 1.** Profiles of probe tips. First and second generation probes featured pointed tips, where electrical current concentrate, making even coagulation difficult. Improved third generation probes have rounded tips for even, consistent tissue coagulation.

پروب‌های مورد استفاده در کاهش ماستر در حال حاضر متعلق به نسل سوم پروب‌ها است. طرح این پروب‌ها با نوک گرد است که کواگولاسیون را ممکن می‌سازد و یک سوزن راهنما با درجه بندی ۱ سانتی‌متری نشان‌دار پهن سیاه رنگ دارد که تنظیم میزان عمق ورودی را تسهیل می‌کند.

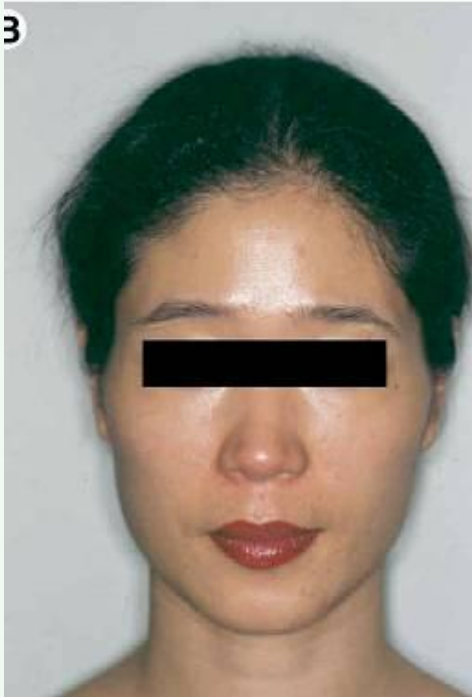
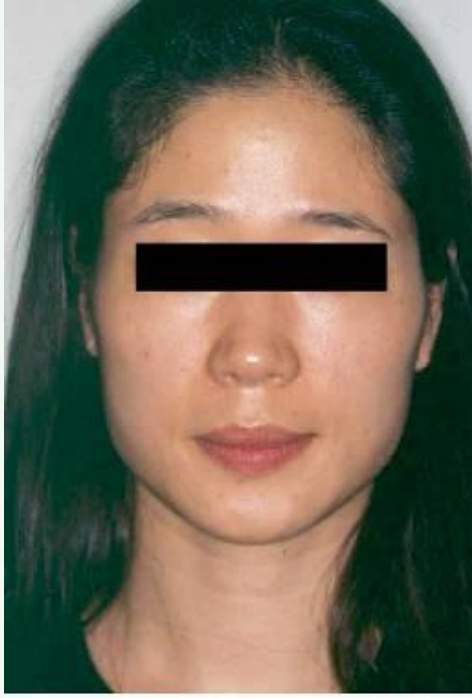
**جراحی:** در همه بیماران، ۵ میلی گرم والیوم خوراکی برای تسکین بیمار تجویز شد. بعد از شست و شوی دهان با کلرهگزیدین، ماده بی حسی توپیکال بر روی مخاط باکال محل تزریق برای کاهش درد تزریق مالیده شد. بی حسی اینفیلتراسیون با ۵ تا ۷ آمپول لیدوکائین دندان‌دانی (اپی نفرین ۱۰۰۰۰۰ : ۱) انجام شد.



**FIGURE 2.** Reference lines for masseter reduction procedure.<sup>7</sup>  
 1. Ham's line. A line connecting ear lobe-face junction and the corner of mouth. This line separates masseter muscle into maxillary and mandibular sides. 2. Anterior border of masseter muscle. 3. Inferior border of mandibular body. 4. Parotid line. A line parallel to the anterior border of masseter muscle starting from the mandibular angle. Operation must be limited to the area anterior to this line to avoid damages to parotid gland and facial nerve.

موقعی که همه خطوط مرجع کشیده شدند یک مستطیل شکل گرفته شد. ( Fig 2 ) پهنا‌ی مستطیل ثبت شد و تعداد کواگولاسیون با توجه به این پهنا تعیین شد. درون منطقه مرجع، ۳ خط موازی با ۸ میلی‌متر فاصله کشیده شدند. در داخل دهان انگشت شست چپ خط مایل خارجی را ردیابی کرد و سوزن راهنما با دست راست گذاشته شد. تا هنگامی که سوزن راهنما در محل بود نوک سوزن با دست چپ، خارج دهانی لمس می‌شد. سپس سوزن تقریباً یک سانتی‌متر کنار کشیده شد. پروب کواگولاسیون گذاشته شد و در محل درون سوزن راهنما قفل شد و بافت برای ۲ ثانیه کواگوله شد. سطح خروجی بر روی ۵ گذارده شد. سوزن راهنما یک سانتی‌متر کنار زده شد و ۲ تا ۳ ثانیه دیگر کواگولاسیون انجام شد. این عمل برای ۳ - ۴ سانتی‌متر از بافت در هر ردیف تکرار شد. سوزن راهنما برای جلوگیری از آسیب به عصب فاسیال در موقع گذاشتن باید نزدیک به فک پایین باقی بماند.

هیچ وسیله رترکتور ویژه‌ای به غیر از آینه دندان‌دانی ضروری نبود. دستورات بعد از عمل شامل پک سرد در طی ۲ روز برای کاهش تورم و آنتی بیوتیک به مدت ۳ روز جهت جلوگیری از عفونت تجویز شد.



**FIGURE 3.** A case on presentation. Note a pronounced facial feature modification. *A*, Before. *B*, After (2 months postoperative).



**FIGURE 4.** A case on presentation. *A*, Before. *B*, After (2 months postoperative)

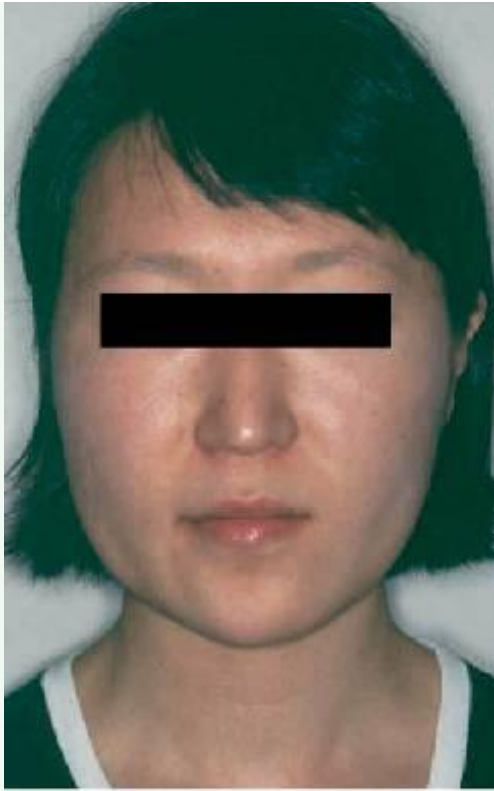


**FIGURE 5.** A case on presentation. *A*, Before. *B*, After (2 months postoperative)



**FIGURE 6.** A case on presentation. *A*, Before. *B*, After (2 months postoperative).





**FIGURE 7.** A case on presentation. *A*, Before. *B*, After (2 months postoperative)



**FIGURE 8.** A case on presentation. *A*, Before. *B*, After (2 months postoperative)

# نشست‌های علمی ماه اردیبهشت

پنجمین کنگره راینولوژی و جراحی پلاستیک صورت خاورمیانه 2015 MERC

۱۳ - ۱۱ اردیبهشت - مکان برگزاری: تهران، مرکز همایش های رازی

۲۶ مین کنگره سالیانه جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران

۱۸ - ۱۵ اردیبهشت تهران، مرکز همایش های رازی

۵۵ مین کنگره انجمن علمی دندان پزشکی ایران

۲۵-۲۲ اردیبهشت تهران، سالن همایش های برج میلاد

دوازدهمین همایش انجمن بررسی و مطالعات درد در ایران

۲۵ - ۲۳ اردیبهشت تهران، تالار مجتمع بیمارستانی امام خمینی

سی و نهمین کنگره جامعه جراحان ایران

۳۰ - ۲۶ اردیبهشت تهران مرکز همایش های رازی

## رویدادهای علمی بین المللی

### 6TH AOCMF COURSE

22 April 2015, Vienna, Austria  
AOCMF\_Program\_Vienna\_2015\_V4 Advances in Operative  
Techniques in Oral and Maxillofacial Surgery (with Anatomical  
Specimens)

Chairman AOCMF International: Warren Schubert

Course Director: Christos Perisanidis

Course Chair: Emeka Nkenke, Rolf Ewers

Course Organisation: Sarah Rosalind Groves

Email: [sarah.groves@aocmf.org](mailto:sarah.groves@aocmf.org)

Website: [www.aocmf.org](http://www.aocmf.org)

### CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

28e30 April 2015, Coventry, UK

Contact: [Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk](mailto:Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk)

### ORTHOGNATHIC SURGERY

6e8 May 2015, Aarhus, Denmark

Hands-on course for Oral and Maxillofacial Surgeons and  
Orthodontists

Course Directors: Sven Erik Norholt ([svenoe@rm.dk](mailto:svenoe@rm.dk))

### INTENSIVE COURSE IN ORTHOGNATHIC SURGERY AND ANCILLARY PROCEDURES

7e8 May 2015, Barcelona, Spain

Hands-on Cadaver

Contact: Ms Patricia Pujol/Ms Cristina Junquera

Email: [infodonto@uic.es](mailto:infodonto@uic.es)

Website: [www.uic.es](http://www.uic.es)

### THE 2ND BALTIC SEA CONFERENCE ON ORTHOGNATHIC SURGERY

BSCOSO 2015 Tentative program

2 June 2015, Riga, Latvia

Contact: Dainora Dina Bytautiene

Email: [dainora@liveco.lt](mailto:dainora@liveco.lt)

Tel: þ370 615 69 888

Website: [www.liveco.lt](http://www.liveco.lt)

### 8TH INTERNATIONAL EUREGIO

10e11 August 2015, Aachen, Germany

EUREGIO Course for Implantology.

Course Chairmen: Prof Dr Dr F Hölzle, Mr D A Mitchell

Contact: Ruth Lennartz

John Jensen ([jhnje@rm.dk](mailto:jhnje@rm.dk))  
 Thomas Klit Pedersen ([thpede@rm.dk](mailto:thpede@rm.dk))  
**45TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING & MICROSURGERY**  
 17 September 2015, Berlin, Germany  
 Course Chairman: Prof Dr Frank Hölzle, Prof Dr K-D Wolff, Mr D A Mitchell  
 Contact: Ruth Lennartz/Karin Huppertz  
 Email: [rlennart@ukaachen.de](mailto:rlennart@ukaachen.de)  
[Khuppertz@ukaachen.de](mailto:Khuppertz@ukaachen.de)  
**HEAD AND NECK OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP**  
 23e25 September 2015, Coventry, UK  
 Contact: [Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk](mailto:Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk)  
**CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP**  
 29 September-1 October 2015, Coventry, UK  
 Contact: [Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk](mailto:Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk)  
**ORAL DISEASEeAN UPDATE IN DIAGNOSIS, PATHOLOGY AND TREATMENT**  
 24e25 October 2015, Salzburg, Austria  
 Contents lists available at ScienceDirect  
**ORAL DISEASE – AN UPDATE IN DIAGNOSIS, PATHOLOGY AND TREATMENT**  
 24e25 October 2015, Salzburg, Austria  
 Contact: Ms Silva Hager  
 Email: [s.hager@salk.at](mailto:s.hager@salk.at)  
 Telephone: þ43 662 4482 3601  
**51 CONGRES DE LA SOCIETE FRANCAISE DE STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET CHIRURGIE ORALE**  
 17e19 September 2015, Lyon, France  
 Contact: [sfscmfco2015@univ-lyon1.fr](mailto:sfscmfco2015@univ-lyon1.fr)  
 Website: [www.sfscmfco.fr](http://www.sfscmfco.fr)  
[www.sfscmfco2015.univ-lyon1.fr](http://www.sfscmfco2015.univ-lyon1.fr)  
**CHEMORADIOTHERAPY IN HEAD AND NECK ONCOLOGY**  
 29 September 2015, Birmingham, UK  
**EUROPEAN HEAD & NECK COURSE**  
 30 September e 2 October 2015, Birmingham, UK  
 Contact: Samantha Womack Email: [Samantha.womack@aesculapacademia.co.uk](mailto:Samantha.womack@aesculapacademia.co.uk)  
 Website: [www.eurohnc.com](http://www.eurohnc.com)  
**29TH WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL COLLEGE FOR MAXILLO-FACIAL-SURGERY**  
 5e9 October 2015, Limassol, Cyprus

**43<sup>RD</sup> INTERNATIONAL COURSE FOR FLAP RAISING**  
 26e28 February 2015, Aachen, Germany  
 Senior Course Chairman: Univ.-Prof. K.-D. Wolff  
 Course Chairman: Mr. D. Mitchell

Email: [mkg-chirurgie@ukaachen.de](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de)  
 Website: [www.mkg-chirurgie.ukaachen.de](http://www.mkg-chirurgie.ukaachen.de)  
**INTERNATIONAL BONE-TISSUE-ENGINEERING CONGRESS**  
 8 October 2015, Stuttgart, Germany  
 Chair: Prof Dr Katja Schenke-Laland, Fraunhofer Institute  
 Contact: Tanja Helberg  
 Email: [congress@bone-tec.com](mailto:congress@bone-tec.com), [info@indente.de](mailto:info@indente.de)  
 Website: [www.bone-tec.com](http://www.bone-tec.com)  
**FERRARA FACE 2015**  
 12e14 November 2015, Ferrara, Italy  
 Face Restoration in Maxillofacial & Plastic Surgery.  
 Fat Grafting, Microsurgery, Advanced Soft Tissue and Bone Surgery.  
 Contact: A&R Eventi sas - Ms Clara Verlicchi  
 Email: [VerlicchiClara@areventi.it](mailto:VerlicchiClara@areventi.it)  
 Telephone: +39 051 47 42 38  
 Fax: +39 051 48 39 525  
 Email: [secretariat@ferrarafig2015.org](mailto:secretariat@ferrarafig2015.org)  
 Website: [www.ferrarafig2015.org](http://www.ferrarafig2015.org)  
**ORTHOGNATHIC SURGERY**  
 28 May, London, UK  
 Principles, Planning and Practice Coordinator: Miss Samantha Womack  
 Direct Number: þ 44 (0) 114 225 9035  
 Mobile: þ 44 (0) 7808716078  
 Direct Fax: + 44 (0) 114 225 9119  
 Website: <http://www.aesculap-academia.co.uk> SICMF XIX  
**NATIONAL CONGRESS**  
 4e6 June 2015, Rimini, Italy  
 Contact: [info@betaeventi.it](mailto:info@betaeventi.it)  
 Website: [www.sicmfrimini2015.it](http://www.sicmfrimini2015.it)  
**BASIC SURGICAL ANATOMY OF THE HEAD AND NECK**  
 9e10 June 2015, London, UK  
 Website: [www.rcseng.ac.uk/courses](http://www.rcseng.ac.uk/courses)  
**10TH ZURICH SURGICAL FACIAL ACCESS AND FLAP COURSE**  
 11 June, Zurich, Switzerland  
 Hands-on, limited attendance Cadaver Course Course Directors: Marius Bredell and Massimo Marranzano  
**10TH SURGICAL FACIAL ACCESS AND FREE FLAP COURSE**  
 11 June, Zurich, Switzerland  
 Course Chairman: Marius Bredell  
 Email: [marius.bredell@usz.ch](mailto:marius.bredell@usz.ch)  
 Tel: þ41 44 255 90 56

**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](mailto:inquiries@aaoms.org); Web site:[www.aaoms.org](http://www.aaoms.org)

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته «جراحی فک و صورت – تازه‌ها»  
 سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی [www.omfs.ir](http://www.omfs.ir) را مشاهده فرمائید.