

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.21 June 2015

شماره ۲۱ - خرداد ۱۳۹۴



نقش طلیل رود - ایران

به نام خدا

نقش موثر هنر در پزشکی و انعکاس مباحث مهمی چون درد در هنر در پانل فرهنگی- هنری پنجاه و پنجمین کنگره انجمن علمی دندان پزشکی ایران در تاریخ ۲۵ - ۲۲ اردیبهشت ماه با حضور برخی هنرمندان و اندیشمندان برجسته کشور مورد بحث و تحلیل قرار گرفت. در این پانل بسیاری از اندیشمندان عرصه هنر از جامعه پزشکی نیز شرکت داشتند که از دریچه تخصصی به این مقوله پرداختند. بی‌طرفانه بگویم که این پانل یکی از پرجمعیت‌ترین پانل‌هایی بود که در کنگره‌های سالیان اخیر شاهد آن بودم. به علت کوچکی سالن، بسیاری از علاقه‌مندان نتوانستند در برنامه‌ها شرکت کنند. این میزان استقبال، خود نشان از گرایش جامعه پزشکی به مباحث انسانی است که جای بسی خوش‌حالی است.

در این پانل در رابطه با نقش شعر، ادبیات، سینما، تئاتر و موسیقی بر روان انسان و در روند درمان گفتمان ارزش‌مندی شد. هم‌چنین بر نقش طنز به عنوان بخشی از ادبیات مؤثر و ایجاد واکنش مناسب و بالا بردن ظرفیت پذیرش آن در شهروندان دنیای معاصر تأکید شد.

حضور بسیاری از همکاران دیگر رشته‌های پزشکی و غیر پزشکی علاقه‌مند به هنر در این پانل‌ها و طرح مباحث عام فرهنگی و هنری با نقطه نظرات بسیار نزدیک و گاه واحد نشان داد که اندیشه انسانی و هنر است که می‌تواند انسان‌ها را به هم نزدیک کند و زندگی سخت و پر استرس آن‌ها را تلطیف و زیبا سازد. خصوصاً در حرفه پزشکی که بار استرس و درد بیماران به پزشکان منتقل می‌شود، بهره‌گیری از ابزار هنر در پروسه درمان بیماران می‌تواند به هدایت درمان کمک مؤثر کند و هم‌چنین از بار فشارهای ناگزیر بر پزشکان بکاهد.

حرفه پزشکی حرفه‌ای است که نه تنها با تن انسان‌های دردمند بلکه با روان آن‌ها پیوند دارد. با استفاده از تمام ابزارهایی که می‌تواند نه تنها در درمان بیماران بلکه در هدایت فعالیت‌های شخصی و اجتماعی ما پزشکان تأثیر شگرفی داشته باشد و چراغی باشد که همه پزشکان متعهد را که انسان دوستی محور و پایه اصلی فعالیت هدفمند آنان است در سراسر جهان پهن‌آور ما به یک اندیشه برساند: انسان و انسان دوستی.

وجود این پانل‌ها در کنگره‌های علمی گروه پزشکی نه تنها عرصه‌ای برای ارائه فعالیت‌ها و قابلیت‌های همکاران است بلکه این کنگره‌ها را با زیور اندیشه هنری رنگین‌تر و جذاب‌تر می‌کند.

دکتر میترا میرمحمدی

درمان کم تهاجمی رانولای دهانی، اقتباس از تکنیکی قدیمی

Minimally invasive treatment of oral ranulae: adaption to an old technique

A.M.C. Goodsona,* , K.F.B. Paynea, K. Georgeb, M. McGurk

CaClinical Fellow in Oral and Maxillofacial Surgery, King's College Hospital, London, UK; King's College Hospital, London, UK; Guy's Hospital, London, UK

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 332–335

چکیده: رانولاهای دهانی کیست‌هایی در کف دهان هستند که در نتیجه ترشح بیش از اندازه موکوس حاصل می‌شوند. سابقاً اجماع اندکی بر سر درمان اولیه ایده آل آن بوده است. ولی در حال حاضر درمان قطعی آن اکسیزیون غده ساب‌لینگوال را شامل می‌شود که می‌تواند به عصب لینگوال و مجرای ساب‌ماندیبولار آسیب بزند.

آلترناتیوهای جراحی کم‌تهاجمی از جمله مارتوسوپالیزاسیون پیشنهاد شده است ولی تا این زمان با میزان بالایی از بازگشت همراه بوده است. هدف از این مطالعه آزمایشی، ارزیابی موفقیت یک تکنیک ساده و تکنیک بخیه زدن اصلاح شده برای درمان رانولای دهانی است که می‌تواند در بخش‌های سرپایی انجام شود. ما تجزیه و تحلیل گذشته‌نگری در رابطه با نتایج بعد از تکنیک به کار گرفته شده به عنوان اولین خط درمان در ۱۵ بیمار مراجعه کننده بین سال‌های ۲۰۱۱–۲۰۱۳ انجام دادیم، از بین رفتن کامل رانولا در ۱۳ بیمار دیده شد. غیر از نیاز به انجام ۲ عمل ثانویه و برگشت ضایعه در ۲ مورد دیگر، هیچ عارضه دیگری وجود نداشت. این عمل کم‌تهاجمی و سریع، آلترناتیو مناسب اولین خط درمانی نسبت به دیگر گزینه‌های کم‌تر موفقیت آمیز با ریسک بالا است.



Fig. 1. Untreated oral ranula.

رانولا ضایعه نادری است و تمایل به ایجاد شدن در جمعیت جوان دارد. به طور کلینیکی به عنوان کیست کاذب بی درد که می‌تواند کاملاً بزرگ شود و در برخی موارد می‌تواند از عضله مایلوهیوئید بگذرد و به گردن گسترش یابد و Plunging ranula را شکل دهد تعریف می‌شود. به لحاظ تاریخی، درمان این ضایعات دشوار بوده است و اغلب پس از درمان جراحی بازگشت می‌کردند.

درمان قاطع برداشتن غده زیر زبانی درگیر است که همیشه آسان نیست. اگر خونریزی کنترل نشود امکان گم کردن مسیر آن‌ها در کف دهان وجود دارد و این اقدام میزان بالایی از آسیب به مجرای غده تحت فکی و عصب لینگوال را به همراه دارد و مخاط کف دهان اغلب تکه پاره می‌شود. وقتی که سر غده زیر زبانی مخاط دهان را به علت جوش خوردن مجراهای Rivinus اذیت می‌کند به سمت ایجاد اسکار و محدودیت حرکت زبان پیش می‌رود.

در تکنیک قدیمی شناخته شده در آثار مؤلفین چینی، قرار دادن بخیه درون سقف رانولا استدلال این است که اثر سوچور اپی تلیزه می شود و مسیر جدیدی برای بزاق مانده در آنجا برای تخلیه به داخل دهان می سازد. این روش لطمات کمی را باعث می شود ولی نتایج آن غیر قابل پیش بینی است. بر اساس درک ما از پاتوژنز رانولا، تکنیکی را برای بهبود میزان موفقیت درمان به بیش از ۸۵٪ ارائه داده ایم. ما این تکنیک را در ۱۵ بیمار با رانولای اولیه در کف دهان توضیح می دهیم.



Fig. 2. Decompression of ranula sac with needle.

روش: Harrison تأیید کرد که هر رانولا ارتباط میکروسکوپی با یک واحد مجزا غده بزاقی مینور دارد که مجرای برای جلو بردن بزاق به کیست است. چالش، تعیین و شناخت این واحد است. اولین مرحله آسپیره کردن بزاق با یک سوزن نوک پهن و به طور کامل خالی کردن کیسه است.

کیسه با بافت همبندی پوشیده شده است و خودش را می بندد. بنابراین موقعی که بزاق جدید به مجراهای مرتبط دهنده تخلیه می شود، دیواره ها باید به کنار زده شوند. در طی ۲۴ - ۴۸ ساعت بعدی رانولا شروع به شکل گیری مجدد می کند. ولی در این زمان حوضچه بزاقی کوچک است (در حدود اندازه ناخن انگشت) و محل واحد آسیب دیده و نشت کننده غده را نشان می دهد. بنابراین از بیماران خواسته می شود که حدود ۴۸ ساعت بعد برگردند. در موقعی که ۲ یا ۳ بخیه منقطع سیلک با گیج ۰ - ۳ ، تحت بی حسی موضعی در کناره غده زیر زبانی در اطراف منشاء رانولا قرار داده می شود (Fig 3 , 4) واحد نشت کننده



Fig. 3. Placement of first suture in decompressed ranula sac.



Fig. 4. Immediate postoperative appearance.

بزاقی درون بخیه ها گرفته می شود و گره زده می شود. چون بخیه ها هم چنین اغلب درون رانولا می روند، کمک به دکامپرس آن می کنند ولی این امر هدف اولیه آنها نیست. (Fig 5)

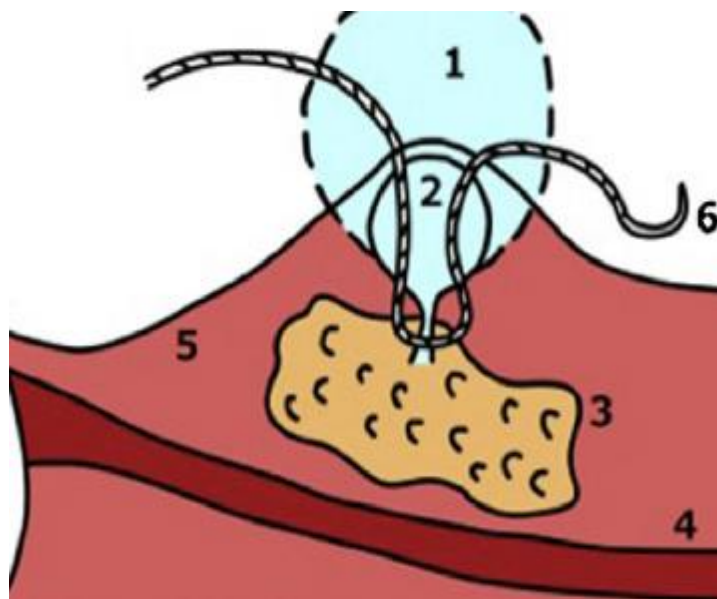


Fig. 5. Diagram of suturing technique in coronal section (1 = untreated oral ranula, 2 = decompressed ranula, 3 = sublingual gland, 4 = mylohyoid muscle, 5 = floor of the mouth, 6 = 3-0 silk suture).

این تکنیک به منظور دکامپرس کردن کیسه طراحی شده است و موجب فیبروز شدن حداکثر و ایجاد اسکار غده زیر زبانی در محل نشت بزاق می‌شود. بخیه‌ها نیاز به درآوردن ندارند چون به عنوان بخشی از روند ایجاد اسکار سرانجام بیرون می‌آیند. این روند می‌تواند بیش از ۳ هفته زمان ببرد و به بیماران در این مورد پیشاپیش اطلاع داده می‌شود تا رضایت آنان گرفته شود. همچنین آنان باید از ریسک‌های شکست و نیاز احتمالی برای درمان‌های بعدی مطلع شوند.

از بین رفتن رانولا به عنوان نتیجه موفقیت آمیز مورد توجه قرار گرفت.

جراحی ارتوگناتیک بدون اسپلینت:

تکنیکی نو با استفاده از ایمپلنت‌های اختصاصی بیمار (PSI)

Case report

Splintless orthognathic surgery: A novel technique using patient specific implants (PSI)

Thomas Gander a, *, Marius Bredell a, Theodore Eliades b, Martin Rucker a, Harald Essig a

a Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University Hospital of Zürich, Zürich, Switzerland

b Department of Orthodontics and Paedodontics, Center of Dental Medicine, Zürich, Switzerland

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 43 (2015) 319e322

در چند سال گذشته، پیشرفت‌ها در تصویرسازی سه بعدی به تحول غیرمنتظره‌ای در تشخیص و برنامه‌ریزی درمان و ارزیابی نتایج در جراحی ارتوگناتیک هدایت شده است. بدین وسیله از مراحل برنامه ریزی همراه با اشتباه و وقت گیر، مانند مدل جراحی و انتقال به Face bow می‌توان اجتناب کرد. ابزارهای ثبت موقعیت به منظور انتقال پلن درمانی سه بعدی به محل عمل، تشریح شده است. با این وجود استفاده از ابزارهای تثبیت کننده و اسپلنت‌های مورد استفاده در عمل، مراحل شکست پذیر و وقت گیری هستند که باید در حین عمل و در طی بی‌هوشی عمومی بیمار به اجرا درآیند. ما تکنیک سریع و بی‌خطر شکستی را با استفاده از ایمپلنت‌های ویژه بیمار (PSI) به‌عنوان راهنمای موقعیت یاب و هم‌زمان با آن به عنوان فیکساسیون rigid ماگزیلا در موقعیت برنامه ریزی شده توضیح می‌دهیم. این تکنیک با پرهیز از زحمت

ساخت موقعیت یاب و برداشت این ابزارهای ساخته شده، اجازهٔ تثبیت موقعیت فکها را بدون استفاده از اسپلینت اکلوزال می دهد.

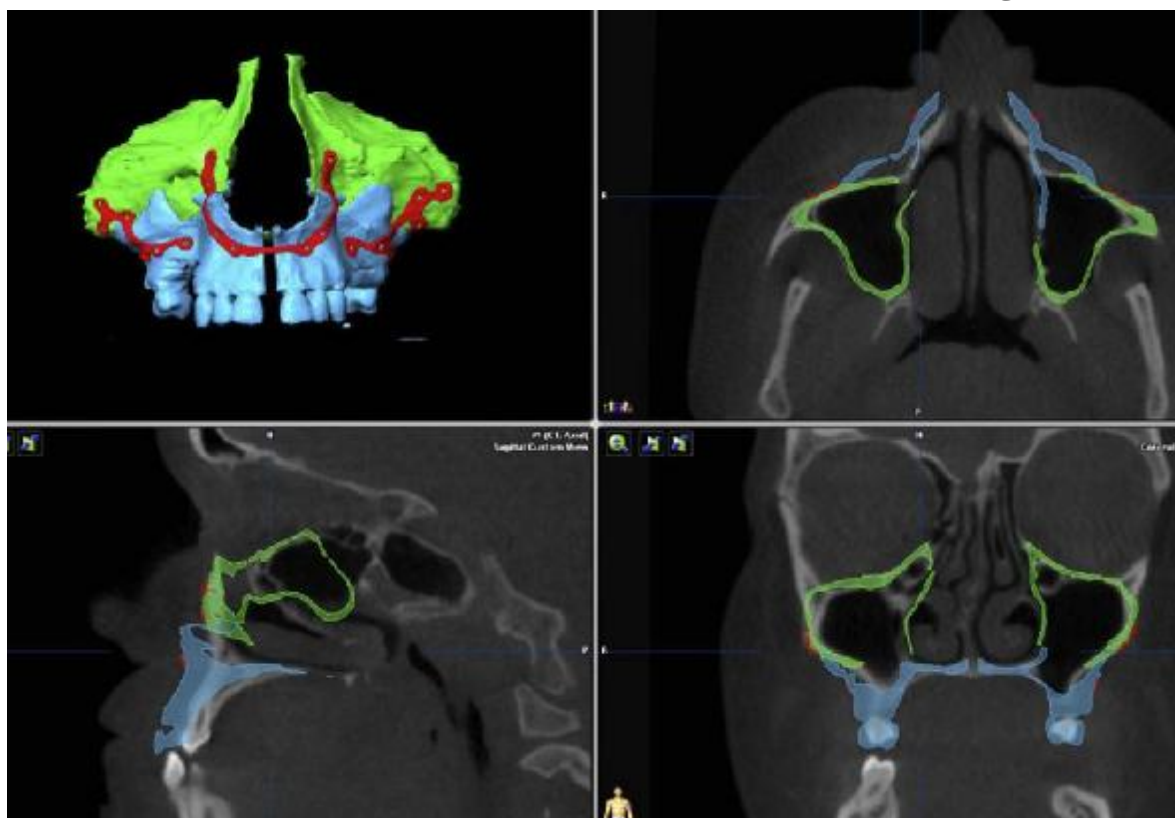


Fig. 1. Virtual transposition of the maxilla in iPlan 3.0.5.

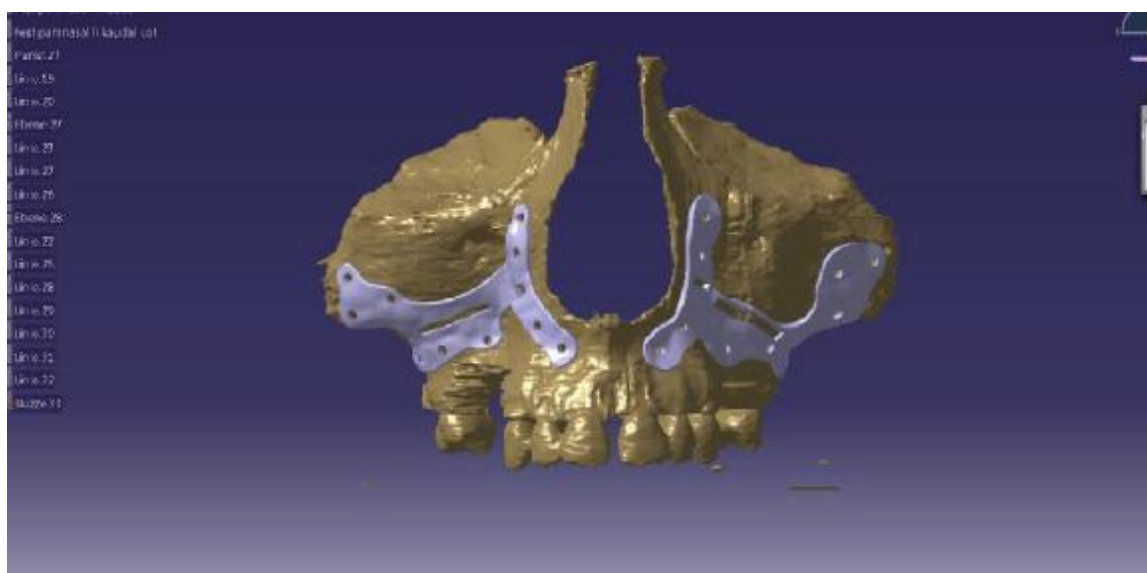


Fig. 2. Osteotomy guides designed in the CATIA-software on the exported 3D-model from iPlan 3.0.5.

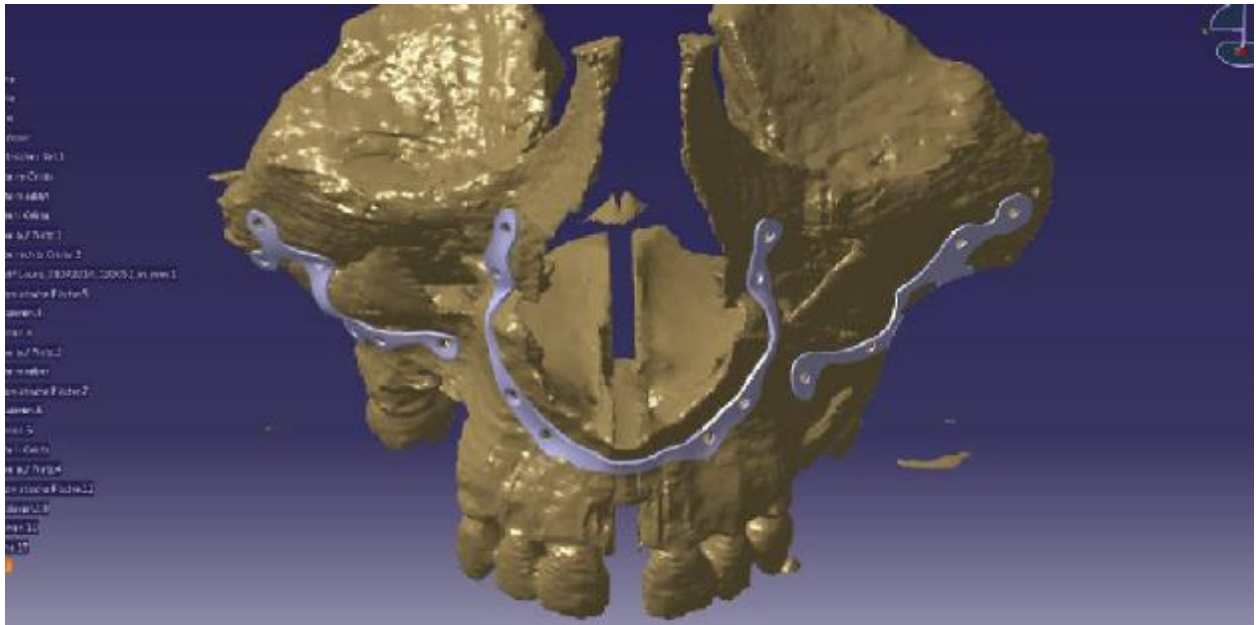


Fig. 3. Designed PSI's in CATIA-software on the second model with integrated maxillary transposition to the prospective situation.



Fig. 4. Osteotomy guides and definitive drill holes.



Fig. 5. PSI in place (Left side) and fixed with 1.5 mm standard osteosynthesis screws.

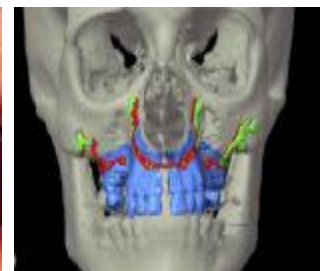


Fig. 6. Quality control by image superimpositioning. Planning (red) and postoperative situation (green).

Decompression به عنوان درمان ضایعات کیستیک ادنتوژنیک در کودکان

Decompression as a Treatment of Odontogenic Cystic Lesions in Children

Dror M. Allon, DMD,* Irit Allon, DMD,y Yakir Anavi, DMD,z Ilana Kaplan, DMD,x and Gavriel Chaushu, DMDk

_ 2015 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
J Oral Maxillofac Surg 73:649-654, 2015

هدف: ارزیابی مؤثر بودن دکامپرشن در درمان ضایعات کیستیک ادنتوژنیک در فک کودکان است.

مواد و روش‌ها: همه کیست‌های ادنتوژنیک حادث شده در کودکان و درمان شده توسط دکامپرشن از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۹ در یک مرکز جراحی فک و صورت در مطالعه حاضر وارد شدند. داده‌های کلینیکی شامل: سن، جنسیت، فک، تشخیص هیستوپاتولوژیک و زمان دکامپرشن بود. داده‌های رادیولوژیک از رادیوگرافی‌های پانورامیک قبل و بعد از دکامپرشن برای بررسی درگیری دندان، حجره‌دار بودن ضایعه، موقعیت، درگیری ساختارهای آناتومیک زنده مجاور و ناحیه کیست انجام شد.

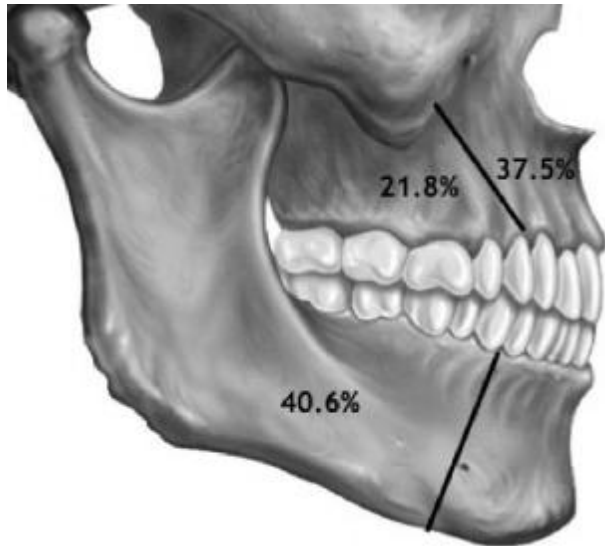


FIGURE 1. Cyst locations in the jaws within the study population.

نتایج: ۳۲ ضایعه کیستیک ادنتوژنیک از ۲۶ کودک (۱۴ پسر { ۵۳/۸٪ } و ۱۲ دختر { ۴۶/۲٪ }) که با دکامپرشن درمان شدند در این مطالعه قرار گرفتند. سن میانگین در زمان مراجعه ۳/۳ ± ۱۱/۶ سال بود (با دامنه سنی ۷ تا ۱۸ سال). فک پایین در ۱۳ (۴۰/۶٪) و فک بالا در ۱۹ (۵۹/۴٪) مورد درگیر شده بودند. همه کیست‌ها در هنگام مراجعه تک حفره ای بودند. کیست (۸۴/۴٪) درگیری دندان را نشان دادند. تشخیص‌ها عبارت بودند از کیست دنتی ژروس (۲۰٪)، کراتوسیست (۲۸/۱٪) و کیست رادیکولار (۹/۴٪) . زمان متوسط دکامپرشن ۲/۶ ± ۷/۴۵ ماه (۲ تا ۱۴ ماه) بود.

اندکس متوسط استاندارد ناحیه ضایعه از ۰/۹ ± ۱۲/۷ میلی متر مربع (۳/۶ تا ۴۴ میلی متر مربع) قبل از کامپرشن به ۴/۳ ± ۲/۳ میلی متر مربع (۰ تا ۲۲/۳ میلی متر مربع) بعد از کامپرشن تغییر کرد. متوسط درصد کاهش (POR) ۱۶٪ ± ۸۲٪ (۴۹ تا ۱۰۰٪) بود. POR خوب در ۲۲ ضایعه (۶۹٪)، متوسط در ۹ ضایعه (۲۸٪) و ضعیف در ۱ ضایعه (۳٪) رتبه بندی شدند. جراحی برای ۱۵ ضایعه (۴۷٪) به اجرا درآمد.



FIGURE 2. Panoramic radiograph of a 7-year-old girl with basal cell nevus syndrome and multiple keratocyst lesions in the mandible and maxilla.



FIGURE 3. Panoramic radiograph of the patient shown in Figure 2 after 5 years of decompression, enucleation with peripheral ostectomy, exposure, and orthodontic forced eruption of displaced teeth at 10-year follow-up. Residual cystic lesion borders remain, but the recurrence of lesions was ruled out by repeated bone biopsy examinations.

نتیجه گیری: دکامپرشن به پتانسیل رژنراسیون خوب استخوان در اسکلت کرانیوفیشیال در حال رشد کودکان منتج می شود و امکان بهره گیری از پروتکل جراحی کم تر تهاجمی در این روش وجود دارد. مزیت این روش در کودکان به علت امکان حفظ جوانه های دندانانی، کم ترین آسیب به رشد اسکلتال و احتمال کم تر آسیب به ساختارهای آناتومیک نزدیک به آن چون سینوس ماگزایلا، کانال ماندیبولار و حفرات بینی و اربیت است.

ارزیابی کاربرد پلاسمای غنی شده از فاکتورهای رشد

در جای گذاری بلافاصله ایمپلنت در محل دندان کشیده شده به سبب آسیب های پرپودنتالی:

یک مطالعه کنترل شده آینده نگر

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 507–512

Evaluation of the use of plasma rich in growth factors with immediate implant placement in periodontally compromised extraction sites: a controlled prospective study

A. Al Nashar, H. Yakoob: Evaluation of the use of plasma rich in growth factors with immediate implant placement in periodontally compromised extraction sites: a controlled prospective study. A. Al Nashar, H. Yakoob
Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Al-Andalus University for Medical Sciences,

Syrian Arab Republic

چکیده: این مطالعه برای ارزیابی استفاده از پلاسمای غنی شده از فاکتورهای رشد (PRGFs) در ایمپلنت فوری در محل دندان های کشیده شده در اثر آسیب های پرپودنتالی انجام شده است. ۱۵ بیمار با پرپودنتیت مزمن در این مطالعه بررسی شدند. برای هر کدام از آنان دو ایمپلنت فوری بعد از کشیدن دندان

در ناحیه قدامی فک پایین گذاشته شد. یکی از دو ایمپلنت با PRGFs (گروه I) درمان شد در حالی که دیگری به عنوان کنترل (گروه II) در نظر گرفته شد. بقای ایمپلنت، اندکس پلاک (PI)، اندکس خونریزی (BI)، عمق پروبینگ پاکت (PPD) و تحلیل استخوان مارژینال (MBL) برای هر دو گروه ارزیابی شدند.

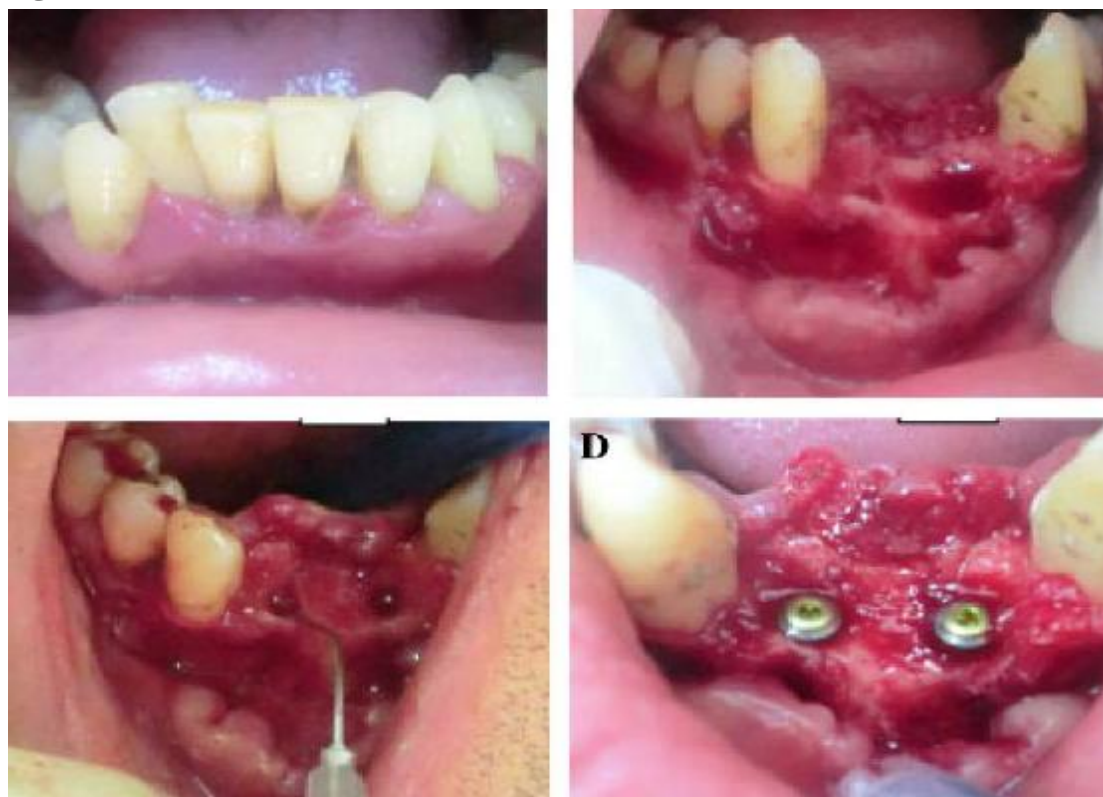


Fig. 1. (A) Before extraction. (B) After extraction. (C) Injection of PRGFs into the test site. (D) Implant placement. (Test: right side; control: left side.)

ترمیم کامل بافت نرم در همه بیماران اتفاق افتاد و همه ایمپلنت‌ها به طور موفقیت آمیزی در طی ۱۲ ماه استواینتره شدند. نتایج ۱۲ ماهه مقدار متوسط PPD، 0.3 ± 0.8 میلی‌متر در محل کنترل (گروه II) و در محل مورد آزمایش ما 0.4 ± 0.3 میلی‌متر (گروه I) و میانگین MBL 0.1 ± 0.1 میلی‌متر در محل کنترل و 0.1 ± 0.6 میلی‌متر در محل آزمایش بود. در رابطه با PI یا BI هیچ تفاوت آماری قابل ملاحظه بین گروه‌های کنترل و آزمایشی وجود نداشت. در حالی که در رابطه با PPD و MBL تفاوت‌های آماری در دو گروه کنترل و آزمایشی در طی دوره پایش وجود داشتند.

در پروتکل درمانی استاندارد در ساکت دندان کشیده شده نیاز به تعویق حداقل ۶ ماه قبل از کاشت ایمپلنت وجود دارد. در حالی که ایمپلنت فوری بدون صبر کردن برای ترمیم محل دندان کشیده شده به علت نتایج مطلوب از جمله حفظ استتیک، زمان درمان کلی کوتاه‌تر، حفظ دیواره‌های ساکت و کاهش زمان جراحی مورد توجه بیشتری قرار گرفته است.

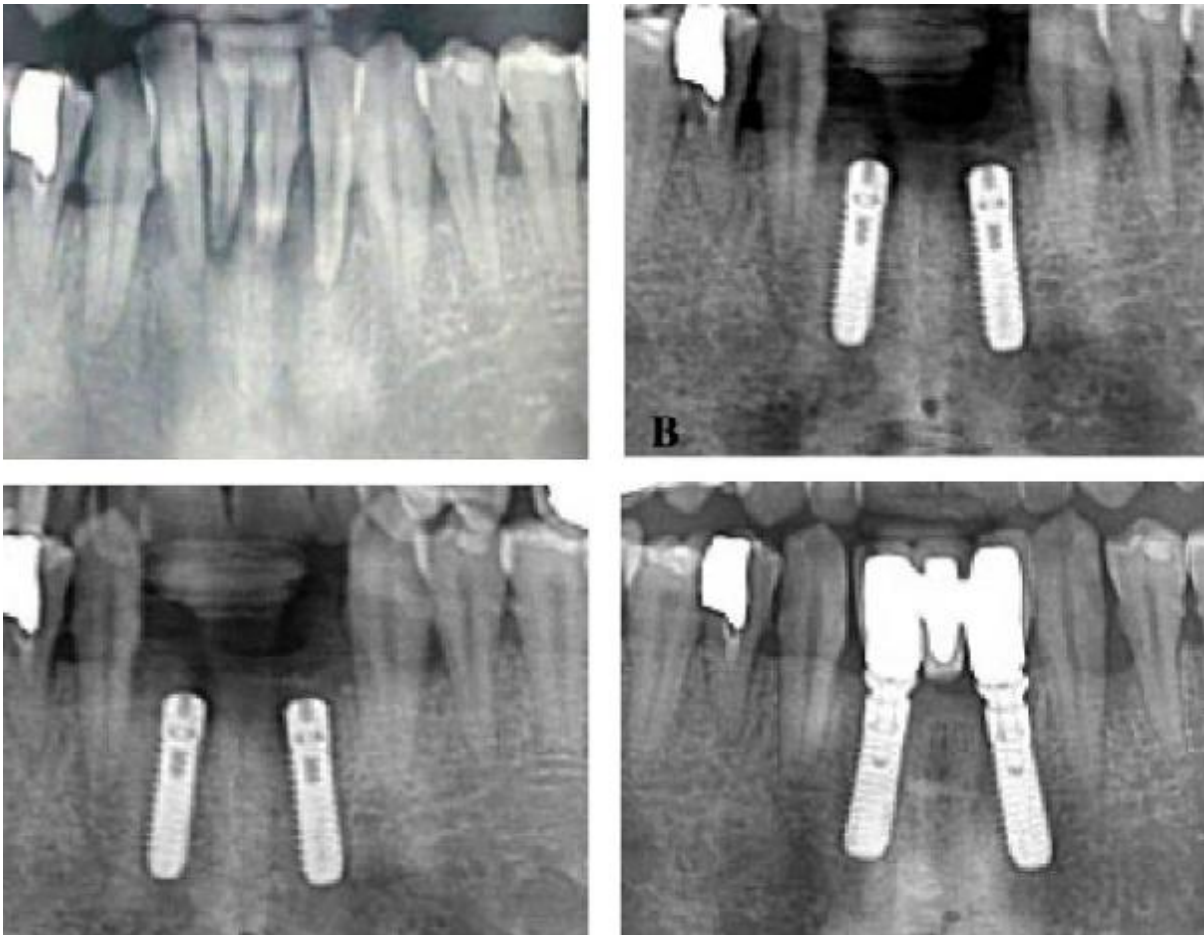


Fig. 2. Radiographic evaluation. (A) Before extraction. (B) Immediately after implant placement. (C) After 3 months. (D) After 1 year. (Test: right side; control: left side.)

در برخی مطالعات، بیماری‌های پریودنتال به علت تحلیل استخوانی مارژینال اطراف ایمپلنت در دراز مدت ریسک فاکتوری در درمان ایمپلنت معرفی شده است. پلاسمای غنی شده از فاکتورهای رشد از خون اتوژن توسط جدا کردن و تغلیظ پلاکت توسط سانتریفوژ گرفته می‌شود. این طور اظهار می‌شود که تغلیظ پلاکت می‌تواند ترمیم زخم دهانی را با آزاد کردن میزان زیادی از فاکتورهای رشد بهبود بخشد.

پس از استئوتومی و دریلینگ ساکت و آماده کردن آن برای ایمپلنتاسیون در حفره استئوتومی در بیمار آزمایشی، PRGFs آماده شده آهسته و با فشار کم در درون روزنه های دریل بلافاصله قبل از گذاشتن ایمپلنت تزریق شد (Fig 1 c) و ایمپلنت نیز قبل از گذاشتن در PRGFs غوطه ور شد و سپس با دست در حفره پیچ شد. (Fig 1 D) ثبات ایمپلنت در هنگام قرار دادن آن امتحان شد.

در مطالعه حاضر تلفیق PRGFs و ایمپلنت فوری پس از کشیدن دندان به نتایج کلینیکی عالی منجر شد. ترمیم بافت نرم بدون مشکل در همه بیماران اتفاق افتاد. در ۶ و ۱۲ ماه از پایش بیماران، هیچ یک از بیماران از درد یا عفونت اطراف ایمپلنت شکایت نداشتند.

هیچ ایمپلنتی در هیچ یک از گروه‌ها از دست نرفت. بنابراین میزان بقای آن‌ها در این مطالعه ۱۰۰٪ بود. در محدوده مطالعه حاضر، استفاده از PRGFs در ایمپلنت‌های فوری پس از کشیدن دندان در بیماری‌های پریودنتال، تحلیل استخوان مارژینال اطراف ایمپلنت را کاهش می‌دهد.

نتایج این مطالعه نیاز به تأیید در طی دوران پایش طولانی‌تر و با تعداد بیشتری از بیماران دارد.

لشمانیوز دهانی اولیه مقلد کانسر دهان

یک گزارش نمونه

Short communication

Primary oral leishmaniasis mimicking oral cancer: a case report

A. Celentano^{a,*}, E. Ruoppo^a, G. Mansuetob, M.D. Mignogna^a

^aDepartment of Neurosciences, Reproductive and Odontostomatological Sciences, University Federico II of Naples, **Italy**

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 396–398

لشمانیوز اولیه مخاطی یک بیماری نادر عفونی به ویژه در بیماران با عدم کفایت ایمنی است. ما در این جا بیمار ۵۰ ساله ای با سابقه ۶ هفته ای ضایعه ای دردناک در مخاط باکال سمت چپ که کانسر را تقلید می کرد معرفی می کنیم. ضایعه اگزوفیتیک مهاجم به نظر می رسید و ما نمونه بیوپسی انسیتزئال برای تمیز آن از کانسر برداشتیم. تشخیص لشمانیوز غیرقابل انتظار بود و بیمار برای ۵ هفته با آمفوتریسین B به طور موفقیت آمیزی درمان شد. بعد از ۵ ماه، بیمار، بازگشت visceral داشت. ضایعات مخاطی اگزوفیتیک و اولسراتیو مزمن که در طی ۴ - ۳ هفته ترمیم نمی شدند را می بایست به عنوان اولین تظاهر کانسر دهانی مد نظر قرار داد ولی لشمانیوز دهانی اولیه می تواند به سهولت آن را تقلید کند.



Fig. 1. Clinical features of our case: a widespread exophytic mass of the left buccal mucosa extending to the upper and lower fornix, and the retromolar area. The surface showed erythema, multiple erosions, and mild keratosis that was speckled anteriorly and had a deep ulcer posteriorly.

لشمانیوز به عنوان بیماری انگلی نواحی گرمسیری از لحاظ کلینیکی به سه فرم تقسیم می شوند: لشمانیوز visceral ، پوستی و مخاطی. همه این ها می توانند ناحیه سر و گردن را با ضایعات مخاطی اولیه که می توانند دامنه وسیعی از بیماری های عفونی دهانی و نئوپلاسم ها را تقلید کنند درگیر کند.

ما در این جا بیمار مرد سفید پوست ۵۰ ساله ای را با عدم کفایت ایمنی که در ژانویه ۲۰۱۴ با سابقه ۶ هفته ای ضایعه علامت دار مخاط باکال سمت چپ که به نظر بدخیم می رسید و به ما ارجاع شد را معرفی می کنیم. (Fig 1)

بیمار شدیداً سیگاری ما از ناحیه ناپل در جنوب ایتالیا که در آن لشمانیوز یک بیماری بومی است بود و هیچ سابقه ای از مسافرت اخیر به خارج نداشت. شکایت او از درد، اسپاسم فک و از دست دادن ۶ کیلو وزن بود. سابقه دندانی او شامل بهداشت ضعیف دهان و وجود شکستگی تاج دندان ۲۸ می شد.

آزمایشات هماتولوژی معمول نشان داد که هیچ مورد غیر طبیعی به جز افزایش فعالیت لاکتات دهیدروژناز (650 U/L) وجود ندارد.

توده اگزوفیتیک پهنی در مخاط باکال سمت چپ که به formix بالا و پایین و به ناحیه رترومولر توسعه می‌یافت وجود داشت. ضایعه سخت و در سطح آن اریتم، اروژن و کراتوز که بخشی از آن نقطه نقطه و زخمی بود مشاهده می‌شد.

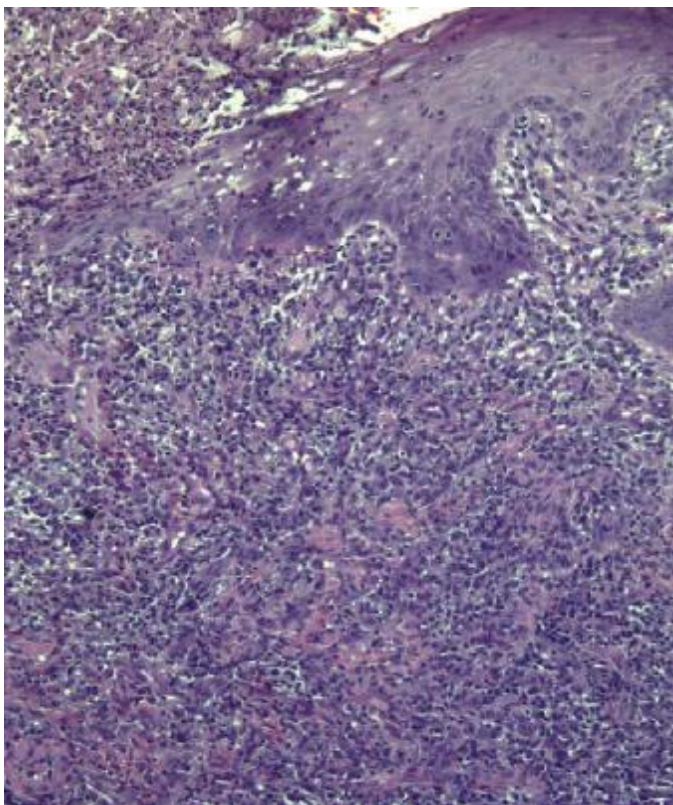


Fig. 2. Histopathological examination of the buccal lesion showing disruption of the epithelial layer, which was partially ulcerated and partially dyskeratotic and hyperplastic (haematoxylin and eosin, original magnification $\times 10$).

شکل کلینیکی ضایعه شباهت به بدخیمی داشت. نمونه بیوپسی انسیتوزال تعداد زیادی از *Leishmania Spp amastigotes* (Fig 2 , 3) را نشان داد.

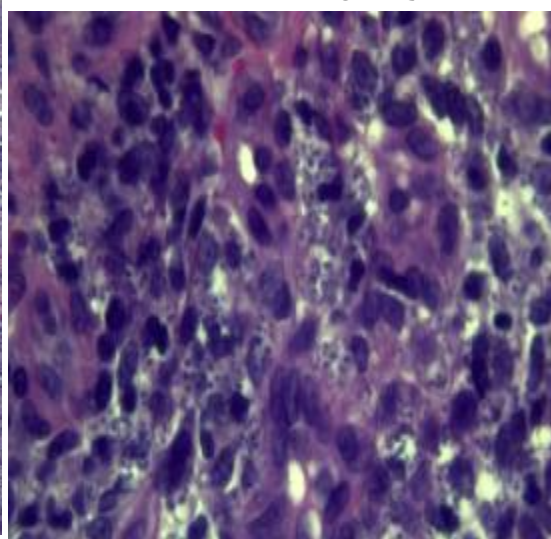


Fig. 3. Further magnification showed a wide number of intracellular and extracellular *Leishmania spp. amastigotes* (haematoxylin and eosin, original magnification $\times 63$).

آزمایشات درماتولوژیک و CT شکم، درگیری سیستمیک را رد کرد و تشخیص لشمانيوز دهانی اولیه را تأیید کرد.

طبق آمار WHO، ۳۵۰ میلیون نفر در ریسک ابتلا به این عفونت هستند. پشه‌خاکی ماده، *genus* *Lutzomyia* یا *phlebotomus* این انگل را انتقال می‌دهد.

گسترش سیستمیک این بیماری شایع است و ممکن است کبد، طحال، سیستم لنفاوی شکمی، گره‌های لنفاوی و مغز استخوان را گرفتار کنند. درگیری دهان با بیماری لشمانيوز مخاطی در سر و گردن در بیماران با عدم کفایت ایمنیته نادر است. تشخیص افتراقی آن، دامنه‌ای از دیگر بیماری‌ها از جمله کارسینومای سلول سنگ‌فرشی دهانی (SCC) را شامل می‌شود.

درمان استاندارد فرم مخاطی این بیماری بر پایه داروهای *antimonial* پنج ظرفیتی است.

بررسی نمونه بیوپسی اولین قدم اساسی در تشخیص است. گرچه این روش همیشه نمی تواند برای تشخیص یک بیماری عفونی کافی باشد و در همه موارد نامشخص روش هایی چون ELISA یا واکنش زنجیره پلی مرز ضروری خواهد بود.

پیشرفت و ارزیابی ابزاری قطعه بندی اتوماتیک تومور: مقایسه ای بین قطعه بندی اتوماتیک، نیمه اتوماتیک و دستی کیست ها و تومورهای ادنتوژنیک فک پایین

Development and evaluation of an automatic tumor segmentation tool: A comparison between automatic, semi-automatic and manual segmentation of mandibular odontogenic cysts and tumors

Majeed Rana a, *, Daniel Modrow b, Jens Keuchel b, Christopher Chui a, Madiha Rana c, Maximilian Wagner a, Nils-Claudius Gellrich a

a Department of Craniomaxillofacial Surgery, Hannover Medical School, Hannover, **Germany**
Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 43 (2015) 355e359

مقدمه: در درمان کانسر ناحیه سروگردن، کامپیوتر در کمک به جراحی می تواند برای محاسبه موقعیت و وسعت تومور توسط قطعه بندی آن به کار آید. این مقاله ابزار نویی (Smart brush)، که اجازه قطعه بندی کردن اتوماتیک سریع تر تومور را می دهد، معرفی می کند.

روش ها: این روش جدید با دیگر تکنیک های قطعه بندی شناخته شده مقایسه شد. ۳۸ بیمار با تومورهای ادنتوژنیک کراتوسیستیک در این مطالعه گنجانده شدند. تومورها با استفاده از سگمنتاسیون دستی قطعه بندی شدند، برای سگمنتاسیون بر پایه آستانه از Smart brush استفاده شد. هر سه متد به لحاظ قابلیت کاربری، صرف وقت و دقت مقایسه شدند.

نتایج: نتایج نشان می دهد که سگمنتاسیون با استفاده از Smart brush به طور قابل توجهی و با دقت قابل مقایسه ای سریع تر است.

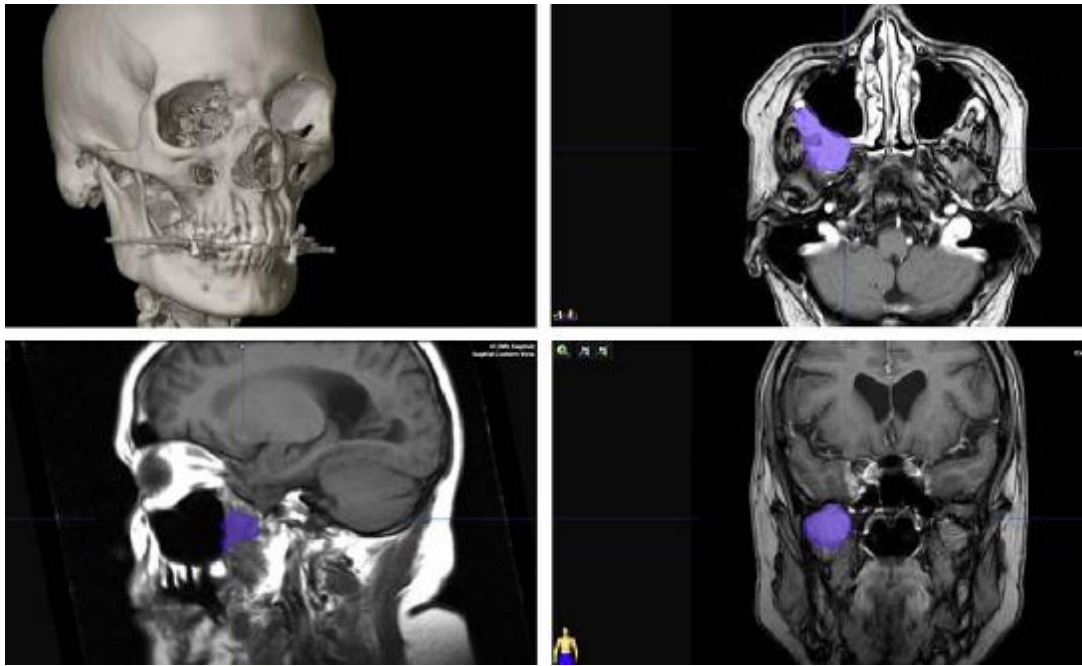


Fig. 1. Multiplanar view after manual segmentation of a tumor in the sphenoid fossa (violet) of the right maxilla (3D, axial, sagittal und coronal).

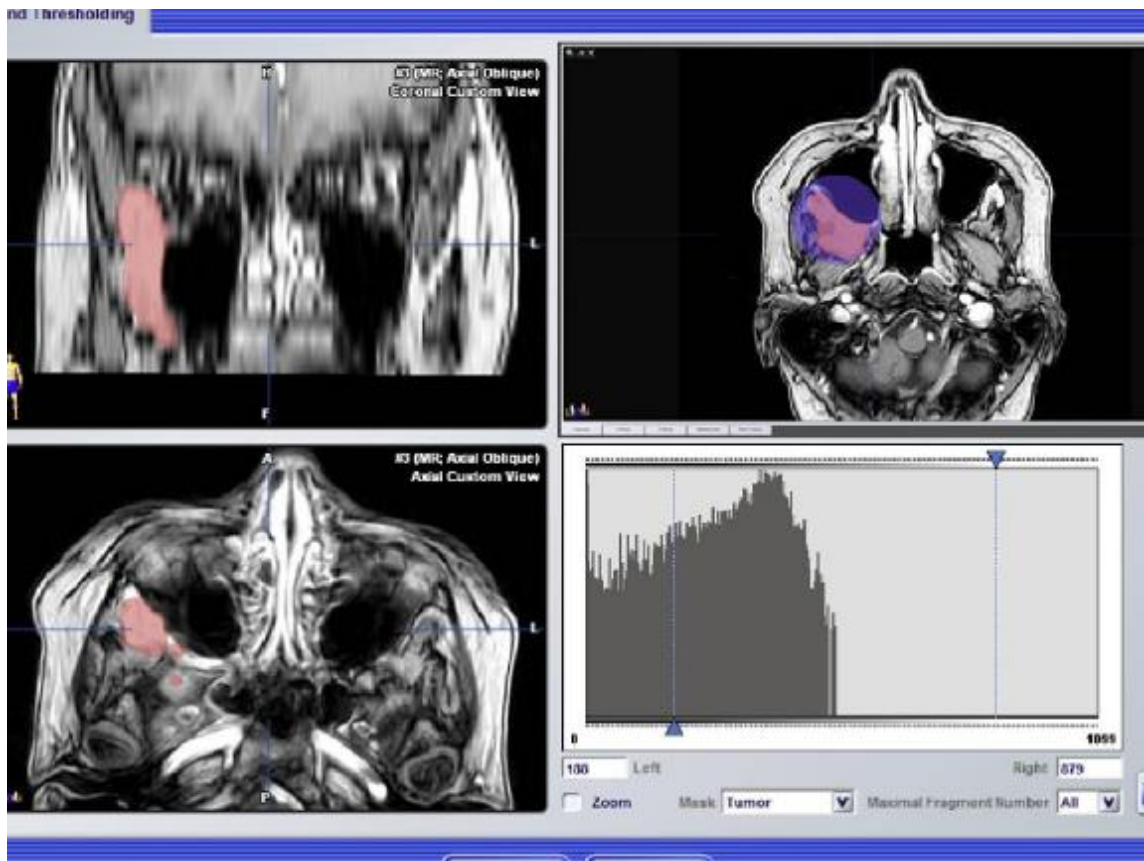


Fig. 2. The threshold segmentation allows adjustment of the Hounsfield units or grey scale of the target object. Multiplanar view of an MRI data set (coronal and axial). The right lower window visualizes the amplitudes of the threshold used.

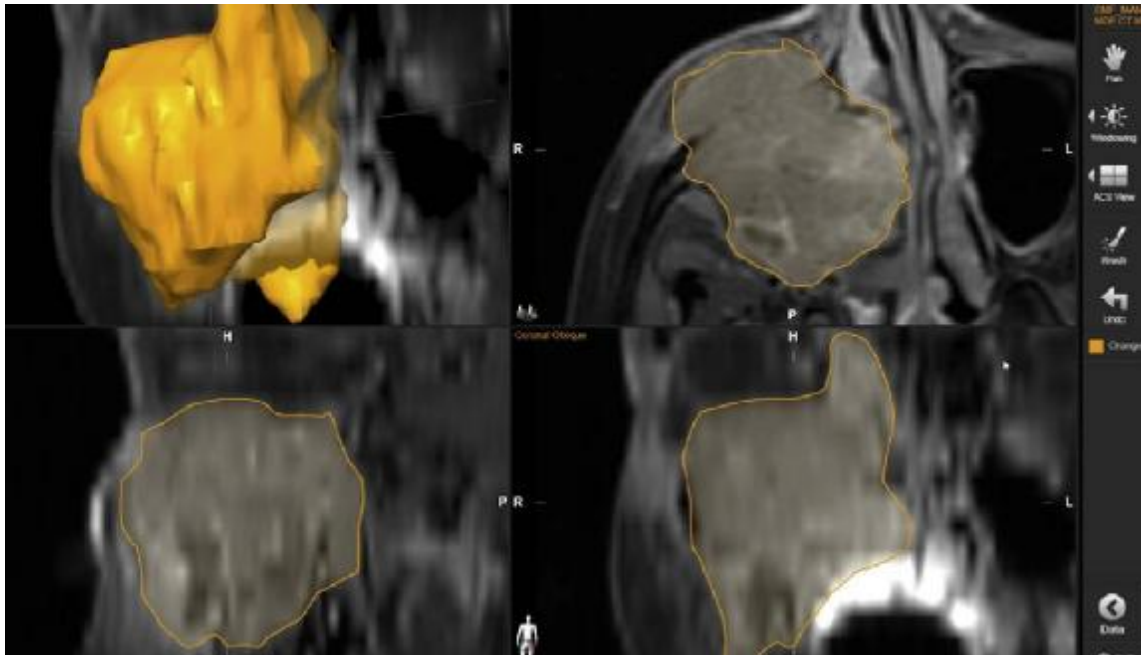


Fig. 3. Smartbrush-algorithm after completed automatic tumor segmentation (yellow). Multiplanar view (3D, axial, sagittal und coronal).

نتیجه‌گیری: بعد از زمان تنظیم برنامه، فرد می‌تواند به راحتی نتایج قابل اطمینانی به‌دست آورد که در مقایسه با دیگر روش‌ها، بستگی به تجربه کاربر ندارد. Smart brush segmentation متد قابل اطمینان و سریع در قطعه بندی در جراحی تومور است.

نشست‌های علمی ماه خرداد

کنفرانس ماهانه انجمن راینولوژی

۹۴/۳/۷ - تالار تصویر برداری بیمارستان امام خمینی

واحد مجری: ۸۸۹۵۰۳۹۵

کنفرانس علمی ادواری بخش اورژانس بیمارستان لقمان حکیم

۹۴/۳/۳ واحد مجری: ۵۵۴۱۷۲۴۳

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

رویدادهای علمی بین المللی

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

Khuppertz@ukaachen.de

HEAD AND NECK OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

23e25 September 2015, Coventry, UK

Contact: Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

29 September e1 October 2015, Coventry, UK

Contact: 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

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

Website: www.sfscmfco.fr

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

Website: www.eurohnc.com

29TH WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL COLLEGE FOR

MAXILLO-FACIAL-SURGERY

5e9 October 2015, Limassol, Cyprus

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

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

Tel: þ370 615 69 888

Website: www.liveco.lt

8TH INTERNATIONAL EUREGIO

10e11 August 2015, Aachen, Germany

EUREGIO Course for Implantology.

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

Contact: Ruth Lennartz

Email: mkg-chirurgie@ukaachen.de

Website: 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, info@indente.de

Website: 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

Telephone: +39 051 47 42 38

Fax: +39 051 48 39 525

Email: secretariat@ferraraface2015.org

Website: www.ferraraface2015.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

Website: www.sicmfrimini2015.it

BASIC SURGICAL ANATOMY OF THE HEAD AND NECK

9e10 June 2015, London, UK

Website: 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

Tel: þ41 44 255 90 56