

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.22 July 2015

شماره ۲۲ - تیر ۱۳۹۴



به نام خدا

ماه گذشته خبری در شبکه‌های مجازی متعلق به جامعه پزشکی ایران داده شد مبنی بر این که یک رزیدنت جوان سال سوم بیهوشی در شیفت کاری بیمارستان دچار ایست قلبی شده و درگذشته است. اصل ماجرا و درستی و نادرستی آن را نمی‌دانم ولی با توجه به شرایط کاری دوره آموزشی دستیاری در رشته‌های جراحی و مرتبط با آن، وقوع چنین حوادثی کاملاً محتمل به نظر می‌رسد.

واقعیت این است که دوره رزیدنتی خصوصاً در بخش‌های جراحی و مرتبط با آن، به طور نامعقولانه ای دوره‌ای بسیار پر تنش در زندگی این پزشکان است. رزیدنت تازه نفس سال اول، در روز اول ورود خود به بخش، با اشتیاق و آمادگی برای ساخته شدن و سمت گیری در فعالیت‌های دانشگاهی می‌آید، اما در همان سال اول، با تحمیل کشیک‌های فراوان و طولانی مدت (در ماه گاه ۱۵-۱۰ کشیک شبانه) که عملاً بهره بسیار کم آموزشی برای او دارد ولی وقت و انرژی زیادی از او می‌گیرد و به شدت توان فراگیری اش را کاهش می‌دهد، به تدریج درمی‌یابد که فقط باید این روزهای سخت را تحمل و سپری کند.

همه کسانی که این کشیک‌های شبانه را گذرانده اند می‌دانند روز بعد از کشیک، به جای داشتن مغزی فعال و تنی پرتوان برای انجام فعالیت‌های آموزشی و مطالعه و جست‌وجو در منابع برای فراگیری آخرین دستاوردهای علمی، مجبورند با مغزی خسته و بدنی بی‌رمق به انتظار به پایان رسیدن ساعاتی شوند که مجبورند در بخش باشند. آنچه در این میان فدا می‌شود، فعالیت خلاق علمی، دانش پزشکی، تبحر دانش آموخته و سلامتی جسمی و روانی رزیدنت است.

تحمیل چنین سیستمی، ریشه در برنامه‌ریزی نادرست وزارت بهداشت در این رابطه دارد. بیمارستان‌های ما به جای آن که محل آموزش باشند تبدیل به بیمارستان‌های درآمدزایی شده اند که رزیدنت‌های سال پائین زیر نظر رزیدنت‌های سال بالاتر به عنوان پرسنل اصلی درمانی بیمارستان کار می‌کنند و درمان، جانشین آموزش شده است. برای درمان، کادر درمانی لازم است نه دانشجوی طالب آموزش.

تا این جا نگاه فقط به رزیدنت بود ولی اگر به بیمار به عنوان انسانی درمان خواه که حقوق انسانی معینی دارد نگاه کنیم آن وقت این پرسش مطرح می‌شود که آیا شایسته است شهروندان این کشور را برای درمان به دست کسانی بسپاریم که از خستگی کشیک شبانه تن و جانشان خسته است و خود احتیاج به مراقبت دارند؟.

سال‌ها است روشن شده است که سیستم فعلی آموزش رزیدنتی که می‌بایست اشتیاق خدمت به هم نوع و کار علمی و پژوهشی و بالا بردن سطح کیفیت درمان را برانگیزد، با ناکارآمدی و اشتباه در درک از بیمارستان دانشگاهی (با تبدیل بیمارستان دانشگاهی به بیمارستانی درمانی و خودکفا) پزشکانی گریزان از خاطرات کار در بیمارستان‌های دانشگاهی را تربیت کرده است.

رزیدنت پس از طی کشیک‌های سنگین ۲ سال اول رزیدنتی موقعی به اوقات آرامش می‌رسد که در واقع به پایان دوره تحصیل نزدیک شده است. در این وضعیت است که تنها در پی به اتمام رساندن دوره و دغدغه برای آینده کاری خود است.

ایجاد چنین شرایطی در محیط آموزشی که به علت ماهیت خود می‌بایست محیطی دوستانه و عرصه ای برای رقابت علمی که در جوهره خود رقابتی سالم و سازنده است باشد، به علت زیر فشار بودن رزیدنت‌ها آمادگی هر گونه تنش و برخوردهای غیر همکارانه را پیش می‌آورد که اثرات منفی خود را در آینده خواهد داشت. من در این جا به روابط درونی در محیط‌های آموزشی نمی‌پردازم که خود بحثی است مفصل و پرداختن به آن را به فرصتی مناسب در آینده موکول می‌کنم.

حل مشکل کشیک در بسیاری از سیستم‌های آموزشی دیگر کشورها با استخدام پزشکان متخصص که موظف به انجام وظیفه در شیفت کاری خود هستند و آزاد کردن رزیدنت‌ها از این نوع شیفت‌ها محقق شده است. در آن صورت انتظار از پزشکان کشیک، ارائه خدمات بهتر به بیماران خواهد بود و به رزیدنت نیز دیگر نه به عنوان نیروی کار ارزان، بلکه به عنوان کادری که وظیفه اش فعالیت علمی و پژوهشی به موازات کسب مهارت‌های حرفه ای برای آمادگی تبدیل شدن به یک کادر علمی تمام عیار است نگریسته می‌شود.

در بسیاری از کشورها، برای رزیدنت‌ها حقوق دریافتی متعادلی که بتواند کاملاً هزینه‌های تحصیلی و زندگی آنان را پوشش دهد در نظر می‌گیرند که با حقوق فارغ التحصیلان آن رشته قابل قیاس است تا آنان در دوره تحصیل دغدغه ای خارج از فعالیت آموزشی و علمی نداشته باشند. شاید در ابتدا چنین کاری به نظر برسد تحمیل هزینه جدید به دولت باشد ولی اگر به نتایج دراز مدت آن نگاه کنیم، آن وقت درخواستیم یافت که ساختن بیمارستان صرفاً آموزشی، حذف کشیک‌های شبانه رزیدنتی و استخدام کادرهای حرفه ای، تامین مخارج زندگی رزیدنت‌ها و بالابردن سطح کار علمی و آموزشی آنان، بیش تر و بهتر منافع ملی ما را برای دستیابی به هدف‌های ارتقای سلامت مردم تامین می‌کند و چندین برابر هزینه‌ها را با بهره گیری از سرمایه‌های ملی کارآمد به کشور باز می‌گرداند.

دکتر میترا میرمحمدی

نئوپلاسم‌های کام سخت

Neoplasms of the Hard Palate

Utku Aydil, MD,* Yusuf Kızıl, MD,y Faruk Kadri Bakkal, MD,z

Ahmet K€oybas,io_glu, MD,x and Sabri Uslu, MDk

J Oral Maxillofac Surg 72:619-626, 2014

€Universitesi Tıp Fak€ultesi KBB AD, 06500 Bes,evler, Ankara, **Turkey**;

هدف: اگر چه شایع‌ترین ضایعات نئوپلاستیک حفره دهان، کارسینومای سلول سنگفرشی (SCC) است، ضایعات نئوپلاستیک اولیه کام سخت تا این تاریخ به‌طور سیستماتیک مرور نشده‌اند. هدف از این مطالعه تعیین ترکیب هیستوپاتولوژیک و خصوصیات نئوپلاسم‌های کام سخت بود.

مواد و روش‌ها: آنالیز گذشته‌نگری از ۶۶ بیمار با نئوپلاسم اولیه کام سخت که در مؤسسه مؤلفین مقاله از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۲ مراجعه کرده بودند به اجرا درآمد که در آن خصوصیات آماری درصد بدخیمی، خصوصیات هیستوپاتولوژیک و توزیع آن‌ها، نتایج مرحله بندی TNM، الگوی متاستاز و استراتژی‌های درمان مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: نمونه متشکل از ۶۶ بیمار (با میانگین سنی ۴۵ سال، ۵۷/۶٪ مرد) بود. نئوپلاسم‌ها در ۵۷/۶٪ خوش خیم و در ۴۲/۴٪ بدخیم بودند. نئوپلاسم‌های اپی‌تلیالی و نئوپلاسم‌های مزانشیمال به ترتیب در ۵۲ بیمار (۷۸/۸٪) و ۱۴ بیمار (۲۱/۲٪) مشاهده شدند. تومورهای غدد بزاقی مینور (MSGTs) شایع‌ترین گروه هیستوپاتولوژیک (۶۰/۶٪) بودند. پس از آن تومورهای مزانشیمال خوش خیم (۱۵/۲٪)، SCC (۱۲/۱٪) و ملانومای بدخیم (۶/۱٪)، لنفوما (۳٪) و سارکوما (۳٪) در رده‌های بعدی قرار داشتند. اگر چه ۷۵٪ از نئوپلاسم‌های اپی‌تلیالی بدخیم در مرحله پیشرفته بودند، در میان آن‌ها PN + SCC یا موارد MSGTs بدخیم نبودند.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین نئوپلاسم کام سخت MSGT بودند. SCC نسبتاً در این سری‌ها نادر بودند. اگرچه سه چهارم نئوپلاسم‌ها در مرحله پیشرفته بودند، متاستاز گردن شاخص نئوپلاسم‌های اپی‌تلیالی بدخیم واقع در کام سخت نبود. رزکسیون ضایعه با مارژین‌های پاک با پریوستیوم زیرین برای ضایعات خوش خیم و ضایعات بدخیم در مراحل اولیه آن به اجرا درآمد. برای نئوپلاسم‌های بدخیم پیشرفته در محل، رزکسیون کامپوزیت با استخوان زیرین و در پی آن نوتوانی پروتزی به اجرا درآمد. یک دایسکشن جامع درمانی گردن در ۵ مورد بدخیم در ارتباط به N+ کلینیکی گردن انجام شد. دایسکشن الکتیو گردن در هیچ موردی به اجرا در نیامد. برای همه بیماران در مرحله پیشرفته نئوپلاسم بدخیم رادیوتراپی خارجی کمکی انجام شد. برای دو مورد لنفوما، درمان غیرجراحی بعد از تشخیص پاتولوژی لنفوما بر اساس نمونه بیوپسی انسینژنال ابتدائی انجام شد.

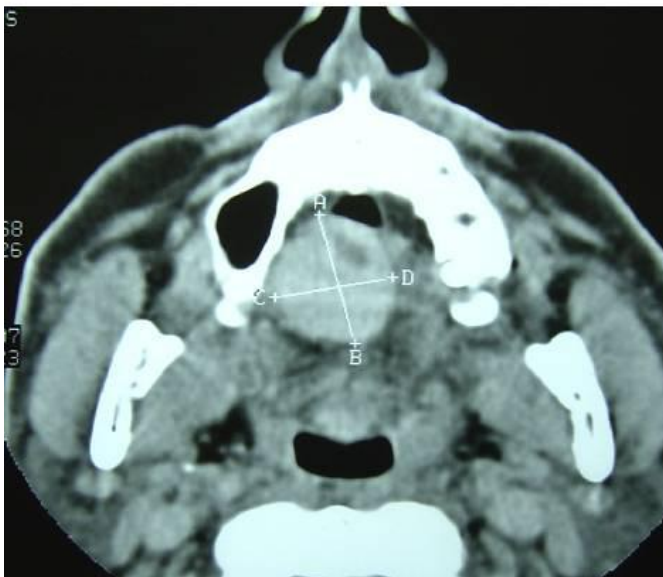


FIGURE 2. A, Classic view of pleomorphic adenoma of the hard palate. B, Computed tomographic view of the lesion. (Fig 2 continued on next page.)



FIGURE 4. A, B, Computed tomographic images of a low-grade mucoepidermoid carcinoma invading bone and extending into the right maxillary sinus.

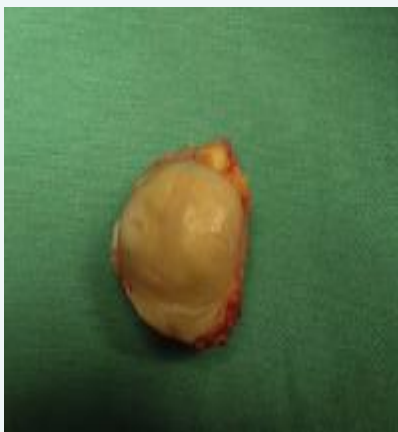


FIGURE 2 (cont'd). C, Surgical specimen excised with a small amount of surrounding normal mucosa.

در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از نئوپلاسم‌های کام سخت خوش خیم بودند و شایع‌ترین فرم هیستوپاتولوژیک پلئومورفیک آدنوما (PA) بودند.

واضح است که مانند نئوپلاسم‌های ماگزیلا، نئوپلاسم‌های کام سخت در مقایسه با دیگر قسمت‌های حفره دهان در مراحل اولیه می‌توانند به سهولت به استخوان زیرین تهاجم کنند. اگرچه، این مطلب مورد تردید است که تهاجم استخوانی به طور واقعی فاکتور مهمی در پروگنوز ضعیف باشد، چه در نئوپلاسم‌های خوش خیم و چه در بدخیم، جراحی، درمان انتخابی برای درمان نئوپلاسم‌های کام سخت است.

به نظر مؤلفین، رادیوتراپی نباید به‌عنوان درمان اولیه برای MSCTs بدخیم به کار رود به سبب این که نسبتاً مقاوم به رادیوتراپی هستند و تهاجم به استخوان در آنان اغلب اتفاق افتاده است. از انوکلیشن نئوپلاسم‌های خوش‌خیم نیز باید احتراز شود و نئوپلاسم باید با کاف بافتی دور توده، قطع شود. در رابطه با مقایسه متاستاز دو ناحیه کام سخت و نرم می‌توان استنتاج کرد که کانسره‌های کام نرم بیش‌تر متاستاز می‌دهند، که احتمالاً در نتیجه واسکولاریزاسیون و سیستم لنفاوی گسترده تر آن است. در این مطالعه، مرحله پیشرفته مربوط به تهاجم زود هنگام به استخوان زیرین و متاستاز گردنی نادر قابل ملاحظه‌ترین خصوصیت نئوپلاسم‌های بدخیم کام سخت بودند.

سمنتومای فامیلی غول پیکر

خصوصیات کلینیکی مشخص از موردی بزرگ در یک بیمار چینی تبار

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 83–85

Familial gigantiform cementoma: distinctive clinical features of a large Chinese pedigree

H.W.Wang, M. Yu, X.J. Qin, C.P. Zhang

Department of Oral and Maxillofacial-Head and Neck Oncology, Ninth People's Hospital, College of Stomatology, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, No. 639, Zhizaoju Road, Shanghai, China

چکیده: سمنتومای فامیلی غول پیکر یک ضایعه نادر خوش‌خیم فیبروسمنتواسئوس در فک‌هاست که می‌تواند موجب دفورمیتی صورتی شدید شود. این ضایعه یک الگوی ارثی اتوزومال غالب دارد ولی در فنوتیپ تفاوت دارند. بیش‌تر در سفید پوستان، آفریقایی‌ها و بیماران آسیایی - شرقی شایع‌اند. در این‌جا ما گزارشی از آن‌چه در دانسته‌های ما اولین نوع فامیلی سمنتومای غول پیکر است که در ۴ نسل، ۱۳ نفر را درگیر کرده که تومور با ۳ عبارات رشدی مشخص معرفی می‌شود، ارائه می‌کنیم. تومور به طور کلینیکی با ۳ فاز رشد کلینیکی مشخص تعریف می‌شود، استقرار مقدماتی، بسط سریع و توقف رشد.

رشد این تومور به طور مشخص در اولین یا دومین دهه زندگی شروع می‌شود و با رشد سریع و توسعه یابنده‌ای ادامه می‌یابد و گاه در دهه پنجم متوقف می‌شود. در این گزارش، یک مورد سمنتومای غول پیکر خانوادگی وسیع، خوب مشخص شده با مخلوطی از توده‌های رادیولوسنت و رادیو اوپک در فک پایین و فک بالا معرفی می‌شود.

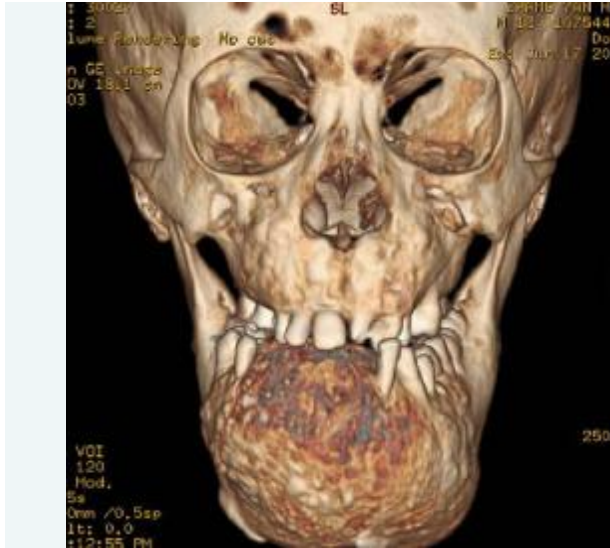


Fig. 1. The 3-dimensional computed tomographic image shows multiple, expansile, mixed radiolucent-radiopaque masses throughout all 4 quadrants of the jaws, typically in the anterior portion of the mandible, which led to appreciable facial deformity and malposition of the teeth.

گزارش نمونه: پسر ۱۳ ساله‌ای با سابقه حجیم شدن فک پایین بدون درد در طی دو سال که در ۸ ماه گذشته سریعاً افزایش حجم یافته است در مرکز ما حضور یافت.

CT و OPG ضایعات فراوان و بسط یابنده ای را که مخلوطی از توده‌های رادیولوسنت - رادیواپیک بود را نشان داد که توسط ریم رادیولوسنتی در سراسر ۴ ربع دو فک بیمار و به طور مشخص در قسمت قدام فک پایین احاطه می‌شد (Fig 1) برای بیمار مندیپلکتومی و در پی آن بازسازی با فلپ آزاد استئوکوتانوس ایلیاک انجام شد. تشخیص بر اساس خصوصیات پاتولوژیک، کلینیکی و رادیوگرافی گذاشته شد.



بیمار قبلاً ۴ بار دچار شکستگی استخوان فمور چپ و یک بار تیسیا چپ شد. فعالیت آلکالین فسفاتاز تا ۴۰۷ U/L قبل از عمل افزایش یافت و تا ۲۵۳ U/L بعد از عمل (دامنه مرجع U/L ۳۷۵ - ۴۰) کاهش یافت. آزمایش تراکم استخوان نشان داد که ترکیب معدنی استخوان او تا ۷۶٪ نسبت به دامنه آن در همان گروه سنی کاهش یافته و ۲ ماه پس از عمل تا ۸۴٪، بالا رفت. این خصیصه به طور واضح به او از مادر بزرگش منتقل شده بود.

در سری بیماران ما شکستگی‌های متعدد پاتولوژیک استخوان‌های بلند در اثر تراماهای جزئی بین سنین ۱۳ تا ۱۶ سال اتفاق افتاد ولی هیچ شکستگی قبل از تولد یا بعد از سن ۱۸ سالگی اتفاق نیفتاد.

آگمنتاسیون دورسال بینی

آیا کامپوزیت گرفت، متشکل از غضروف CONCHAL و فاسیای رترواریکولار گزینه

مؤثری است؟ CRANIOMAXILLOFACIAL DEFORMITIES/COSMETIC SURGERY

Dorsal Nasal Augmentation: Is the Composite Graft Consisting of Conchal Cartilage and Retroauricular Fascia an Effective Option?

Q11 Payam Varedi, DMD,* and Behnam Bohluli, DMDy

J Oral Maxillofac Surg - 1.e1-1.e13, 2015

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Craniomaxillofacial Research Center, Buali Hospital, Shariati Hospital, Islamic Azad University, Tehran, **Iran**

نقص دورسوم می‌تواند علل مختلفی داشته باشد، از جمله رزکسیون زیاد (قوز دورسوم، تراما، دفورمیتی‌های مادرزادی و علت‌های نژادی).

متدهای مختلفی از جمله غضروف قطعه شده، غضروف قطعه شده پیچیده شده در فاسیا، غضروف قطعه شده پوشیده با فاسیا برای آگمنتاسیون دورسال به کار می‌روند. نگرانی درباره مشاهده کناره‌های گرفت و نامنظمی‌های ایجاد شده توسط قطعات غضروف، جراحان را نیازمند به استفاده از مواد گوناگون به‌عنوان پوشش برای آن‌ها می‌کند. فاسیای سطحی تمپورال، فاسیالاتا، آلودرم و مواد همولوگ در مقالات گزارش شده اند. علی‌رغم امتیازات قابل توجه غضروف conchal، طبیعت انحنادار آن یا نگرانی از قابل مشاهده بودن زیر پوست‌های نازک ممکن است، جراح را به اصلاح شکل و بافت این گرفت قبل از استفاده مجبور سازد.

هدف: آگمنتاسیون کمبود دورسوم بینی، چالشی در رینوپلاستی باقی می‌ماند. متدها و ماتریال‌های مختلف در مقالات توضیح داده شده‌اند. هدف از این مطالعه، معرفی تجارب مؤلفین با استفاده از کامپوزیت گرفت متشکل از غضروف conchal و فاسیای رترواریکولار برای آگمنتاسیون دورسال است.

مواد و روش‌ها: بیماران با کمبود دورسال متوسط تا شدید در این مطالعه قرار گرفتند. سالکوس پست اریکولار برای حصول به دسترسی به غضروف اریکولار و فاسیای رترواریکولار مورد استفاده قرار گرفت. اگر کمبود درسال متوسط بود، فقط یک لایه از غضروف conchal استفاده شد. در کمبودهای شدیدتر، تکه‌های غضروف روی هم قرار گرفت و گرفت conchal چند لایه به کار رفت. برای ثابت کردن قطعات غضروف به یکدیگر، بخیه (PDS) polydioxanone (0 - 6) استفاده شد. سپس قطعه غضروفی به فاسیای رترواریکولار با بخیه 0 - 6 PDS فیکس شد. زیر دورسوم نازال با دقت نقب زده شد. برای ایجاد فضای کافی برای جای‌گزینی گرفت کندروفاسیال، بعد از انجام مانورهایی مناسب برای حل اختلالات فانکشنال، تیپ پلاستی و استئوتومی دیواره لترال نازال، گرفت کندروفاسیال در پاکت دورسال جای‌گزين شد.

گرفت کندروفاسیال بر روی دورسوم به شکلی که فاسیا در بالا قرار گیرد جای‌گزين شد. گرفت بر روی سطح رادیکس با ۲ سوچور نایلون ۰ - ۴ بیرون آمده فیکس شد. در قسمت کودال، گرفت به غضروف‌های upper lateral و بافت‌های نرم پیرامون با سوچورهای 0 - 6 PDS تثبیت شد.

چون درجه تحلیل گرفت قابل محاسبه نبود، از overcorrection به سبب شکل گرفتن هامپ پرهیز شد.



FIGURE 1. The incision in the postauricular sulcus was used to gain access to the auricular cartilage and the retroauricular fascia. This incision provided adequate access to the 2 areas. Dissection started through a 3- to 4-cm incision, which was made by a no 15 blade.



FIGURE 2. Dissection of the retroauricular fascia began through the incision in the retroauricular sulcus. The skin and soft tissue overlying the mastoid area were elevated from the fascial layer in a subcutaneous plan. Dissection began from the retroauricular sulcus toward the neck hairline.



FIGURE 3. After completion of the dissection, the soft tissue overlying the mastoid bone can be harvested by a sharp incision.

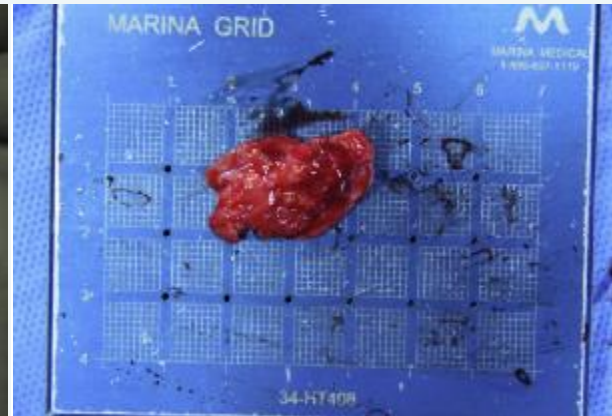


FIGURE 4. A rectangular piece of retroauricular fascia (maximum, 5.0 _ 2.5 cm; thickness, _ 2 mm) is harvested.

نتایج: ۱۴ بیمار (۵ مرد و ۹ زن) در این مطالعه وارد شدند. میانگین زمانی پایش ۲۵/۴ ماه (دامنه، ۱۶ تا ۴۲ ماه) بود. سن بیماران از ۱۴ تا ۵۴ سال متغیر بود. (میانگین ۲۵/۹ سال)
پایش بیماران، هیچ موردی از عفونت، هماتوم، تحلیل بزرگ گرفت، تحلیل ناقص گرفت و جا به جایی گرفت‌ها را نشان نداد. هیچ اسکاری پس از جراحی در محل برداشت گرفت قابل مشاهده نبود. اکیموز کم تا متوسط در ناحیه برداشت در ۸ بیمار حادث شد که بعد از ۱۰ روز بدون هیچ عارضه ای برطرف شد. در ۳ بیمار مرد، تحلیل جزئی گرفت مشاهده شد. نتایج استتیک در این بیماران به مخاطره نیفتاد و جراحی ثانوی به اجرا در نیامد.

نتیجه گیری: مطالعه سری کوچکی از بیماران با پایش مناسب نسبی نشان داد که کامپوزیت گرفت متشکل از غضروف conchal و فاسیای رترواریکولار، تکنیکی مطمئن برای آگمنتاسیون دورسال نازال در بیماران با کمبود متوسط تا شدید دورسال است.



FIGURE 5. To harvest the conchal cartilage, the skin and soft tissue overlying the posterior surface of the concha bowl were dissected, and the perichondrium was left attached to the cartilage.



FIGURE 6. When the dissection on the posterior surface reached the required limit, the cartilage was cut



FIGURE 7. Dissection on the anterior surface started in the subperichondrial plan.



FIGURE 8. Dissection continued on the anterior surface of the conchal cartilage

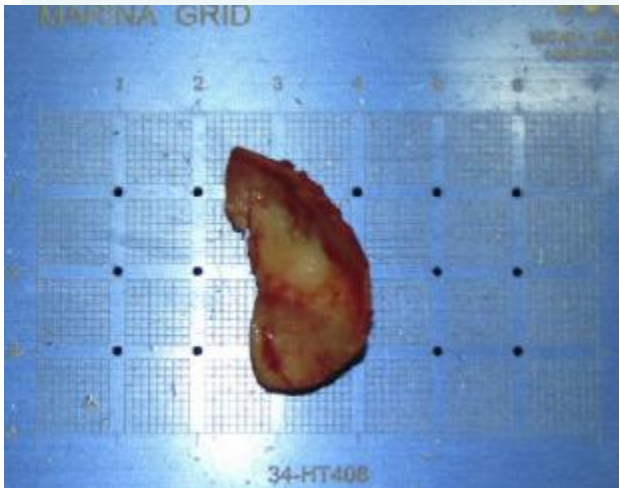


FIGURE 9. After completing the dissection, the conchal cartilage was harvested in a rectangular shape.

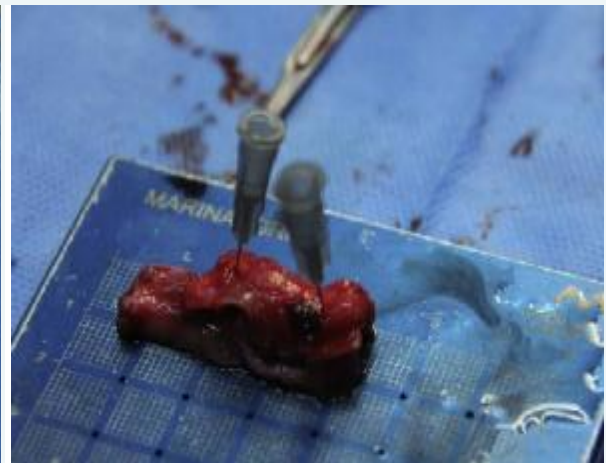


FIGURE 10. To needles can be introduced through the cartilage and the fascia to keep these 2 parts attached to each other.

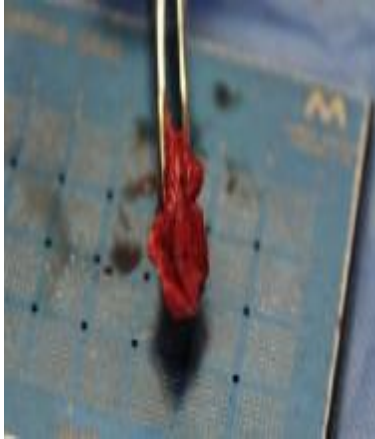


FIGURE 11. The cartilage segment was fixed to the retroauricular fascia with 6-0 polydioxanone suture.

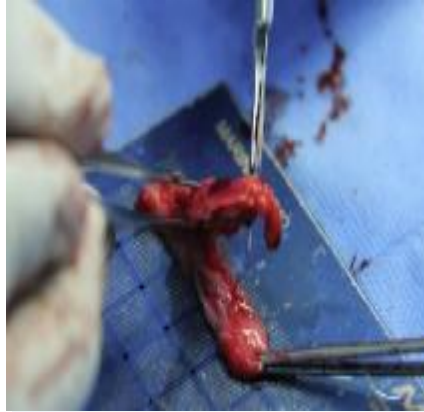


FIGURE 12. According to intraoperative judgment, the cartilage or the fascia can be modified or trimmed based on the required augmentation.

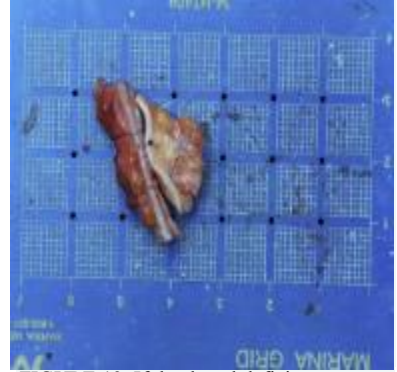


FIGURE 13. If the dorsal deficiency was moderate, then 1 layer of the conchal cartilage was used. In more severe deficiencies, the cartilage and fascia pieces were superimposed, and a multi layer conchal and fascia graft was used.



FIGURE 15. A-C, Preoperative photographs of a 22-year-old man (patient 3 in Table 1) who presented with severe saddle nose deformity Q12 owing to a severe car accident. The internal nasal valves were completely collapsed. Deviation of the nasal tip and the lateral nasal walls also was obvious. D, Postoperative photographs 13 months after rhinoplasty and dorsal augmentation with conchal cartilage and retroauricular fascia. (Fig 15 continued on next page.)



FIGURE 15 (cont'd). E, F, Postoperative photographs 13 months after rhinoplasty and dorsal augmentation with conchal cartilage and retroauricular fascia. Other steps of rhinoplasty were performed: columellar strut grafting, cap grafting, spreader grafting, and external nasal wall osteotomy (low-to-low).

تأثیر لولهٔ درناژ در مقایسه با بخیه زدن متداول در ناراحتی‌های پس از جراحی دندان‌های مولر سوم نهفته فک پایین

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 63–67

Effect of tube drainage compared with conventional suturing on postoperative discomfort after extraction of impacted mandibular third molars

B.Ö. Koyuncu, M. Zeytinoglu, A. Tetik, M.M. Gomel

Faculty of Dentistry, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ege University, Bornova, Izmir, Turkey

چکیده: هدف از این مطالعه آینده‌نگر تصادفی، ارزیابی تأثیر لولهٔ درناژ در ناراحتی بعد از خارج کردن دندان‌های مولر سوم نهفته فک پایین بود. ما ۴۰ بیمار (۱۱ مرد و ۲۹ زن) ۱۸ ساله یا بیش‌تر (میانگین SD ۲۱ (۳)، با دامنهٔ (۲۹ - ۱۸ سال) که نیاز به خارج کردن دندان‌های مولر سوم فک پایین داشتند را مورد مطالعه قرار دادیم. در این مطالعه طراحی تقاطعی تصادفی را به کار بردیم که به وسیلهٔ آن اگر یک درن در یک طرف جراحی شده بیمار قرار داده می‌شد، طرف دیگر بدون درن انجام می‌شد.



Fig. 1. Radiographic appearance of a bilaterally impacted mandibular third molar.

درد، تورم و باز شدن دهان بعد از ۴۸ ساعت و ۷ روز بعد از عمل در دو گروه بررسی شد. تورم صورت، درد و تریسموس در گروه درن گذاشته شده نسبت به گروه بدون درن به طور قابل ملاحظه ای کم تر بود. ما نتیجه گرفتیم که استفاده از لوله درن در کم کردن تورم، درد و تریسموس پس از جراحی خارج کردن دندان های مولر سوم فک پایین ، مفید است.



Fig. 2. Insertion of a tube drain in the buccal incision line

در طرف آزمایشی یک لوله درن در داخل چین باکال برای ۲ روز گذاشته شد و در سمت کنترل دومین جراحی دندان، ۶ هفته بعد از اولین جراحی انجام شد. بستن اولیه محل برش با بخیه های آتراماتیک سیلک بدون کشش در طرف بدون درن انجام شد. در طرف آزمایشی، لوله تغذیه نوزادان به طول ۳ سانتی متر و قطر ۲/۶۷ میلی متر در خط برش باکال بین اولین و دومین مولر قرار داده شد. لوله درن به مخاط و استیبول بخیه زده شد.

لوله درن در دومین روز و بخیه ها در هفتمین روز پس از عمل برداشته شدند. هاشمی و همکاران (دکتر حمید محمود هاشمی و همکاران - ایران) گزارش کردند که نگاه داشت و ایجاد راهی که اکسودات های التهابی بتوانند از محل عمل خارج شوند، می تواند ادم پس از عمل و تورم پس از خارج کردن دندان نهفته را کاهش دهد.

سودمندی تکنیک کورتیکوتومی پیزوالکتریک

برای کشش ارتودنتیک دندان های مولر سوم نهفته فک پایین

Efficacy of the technique of piezoelectric corticotomy for orthodontic traction of impacted mandibular third molars

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 326–331

Zhigui Ma, Guangzhou Xu*, Chi Yang**, Qianyang Xie, Yuqing Shen, Shanyong Zhang

Department of Oral Surgery, Shanghai Ninth People's Hospital Affiliated to Shanghai Jiaotong University, School of Medicine, Shanghai Key Laboratory of Stomatology, Shanghai, PR China

چکیده: هدف ما ارزیابی درجه تأثیر کورتیکوتومی پیزوالکتریک برای کشش ارتودنتیک مولر های سوم فک پایین نزدیک به عصب آلوئولار تحتانی بود. ۳۰ بیمار با دندان های مولر سوم نهفته نزدیک به عصب در مطالعه گنجانده شدند، ۱۵ تای آن ها با کشش ارتودنتیک رایج و ۱۵ نفر با کورتیکوتومی پیزوالکتریک

معالجه شدند. ما طول مدت درمان شامل اکسپوژر و کشش ارتودنتیک و زمان کشیدن نهائی دندان را ثبت کردیم. هم‌چنین عوارض پس از عمل شامل تریسموس، تورم و درد یادداشت شدند. سطوح استخوان آلوئولار در مزیا و دیستال مولرهای دوم در تصاویر CBCT مورد ارزیابی قرار گرفتند. تست student برای ارزیابی اهمیت تفاوت‌های بین دو گروه به کار گرفته شد.

بعد از درمان ارتودنتیک، همه مولرهای سوم نهفته با موفقیت از عصب آلوئولار تحتانی بدون آسیب نورولوژیک درآورده شدند. متوسط (SD) مدت اکسپوژر جراحی در گروه کورتیکوتومی پیزوالکتریک به طور قابل ملاحظه ای طولانی تر از گروه با درمان رایج بود.

میانگین مدت کشش ۴ (۲/۳) ماه بعد از کورتیکوتومی پیزوالکتریک و بسیار کوتاه‌تر از (۱/۳) (۷/۵) ماه در گروه رایج بود. هیچ تفاوت قابل ملاحظه ای در عوارض پس از جراحی در دو گروه وجود نداشت. افزایش قابل ملاحظه ای در ارتفاع آلوئولار دیستال مولرهای دوم بعد از درمان در دو گروه وجود داشت.



Fig. 1. Two vertical cuts were made mesially and distally around the third molar. The horizontal osteotomy connected with vertical osteotomies was also made by piezosurgery®.

ما نتیجه گرفتیم که استفاده از تکنیک کورتیکوتومی پیزوالکتریک، اگرچه مدت زمان بیش‌تری نسبت به تکنیک متداول می‌برد اما اجازه کشش مؤثرتر و سریع‌تری را در مولرهای سوم که ریشه آن‌ها ارتباط نزدیکی با عصب آلوئولار تحتانی دارد می‌دهد. دندان‌های میوانگولار و افقی اغلب نیاز به درمان طولانی‌تری دارند. (۱۲ - ۶ ماه)

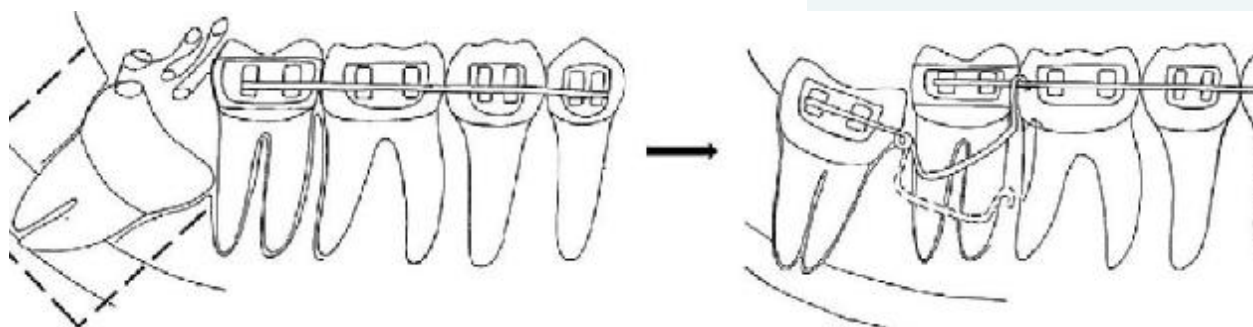


Fig. 2. Diagram of orthodontic extraction. A 3-loop spring was used to move the impacted third molar distally, with the end contacting the hook. A cantilever was then hooked on to the main arch wire to extrude the third molar further

بحث: کشش دندان‌های مولر سوم یکی از مسائل دشوار در ارتودنسی رایج به علت طول مدت درمان به ویژه در بالغین بوده است. اگرچه با کمک دکورتیکشن در حال حاضر امکان جدا کردن سریع مولرهای سوم از عصب آلوئولار تحتانی امکان پذیر شده است. بنا به اطلاعات دریافتی، ما اولین بار این روش را گزارش می‌کنیم. پیزوسرجری به علت راحتی کار و برش انتخابی استخوان وسیله مناسبی است. ما کورتیکوتومی

پیزوالکتریک را برای برش آلوئول اطراف مولر سوم بدون ورود به استخوان کنسلوس به کار بردیم. بنابراین از ریسک آسیب به ساختارهای زیرین از جمله عصب آلوئولار تحتانی پرهیز کردیم. میانگین مدت زمان برای برش آلوئولار با استفاده از پیزوسرجری اولتراسوند در مقایسه با ابزار متداول به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافت. گرچه پیزوسرجری در کورتیکوتومی کم تر مؤثر است ولی می تواند استئوتومی دقیق و تمیز با دیواره های صاف و دید بهتر میدان جراحی را فراهم آورد.



Fig. 3. Measurement of the level of alveolar bone. A baseline was drawn tangentially to the long axis of the second molar through the apex of the root. The levels of mesial and distal bone were the distances from the alveolar crest to the apical line. The anatomical proximity of the inferior alveolar nerve to the root of the third molar and the loss of osteoperiodontal tissue at the distal second molar were noted before treatment in a case of mesial impaction.



in Fig. 4. The separation of the impacted third molar from the inferior alveolar nerve and a good level of alveolar bone distal to the second molar could be seen after the piezocorticotomy-facilitated orthodontic traction in the same case as Fig. 3.

اصلاح *Vertical ramus osteotomy* داخل دهانی

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 866–867

Technical note

Modification of intraoral vertical ramus osteotomy

Hwi-Dong Junga, Sang Yoon Kimb, Hyung-Sik Parka, Young-Soo Junga, ^aDepartment of Oral & Maxillofacial Surgery, Oral Science Research Institute, Yonsei University College of Dentistry, Seoul, **Korea**

Private Practice, Vienna VA; Former resident Harvard Oral & Maxillofacial Surgery, Boston, MA, **USA**

vertical ramus osteotomy (IVRO) داخل دهانی ریسک پایینی از جراحی به عصب آلوئولار تحتانی را در هنگام ستبک فک پایین دارد. این روش همچنین برای اختلالات مفصل گیجگاهی - فکی مؤثر است و منجر به ثبات قابل پیش بینی بعد از عمل می شود. اگرچه می تواند منتج به فلیر شدن لترال قطعات

پروگزیمال یا ستبک ناکافی ناشی از تداخلات استخوانی شود. این عوارض می‌توانند با کرونوئیدکتومی کنترل شوند، بنابراین دوره نفاخت را طولانی‌تر می‌کند. در این گزارش ما اصلاحیه ای را بر IVRO به منظور کم کردن تداخلات و لترال فلیرینگ معرفی می‌کنیم.

انسیشن مخاطی به طول ۴ سانتی‌متر بر روی ریج مایل خارجی زده می‌شود و دایسکشن وسیع بر روی سطح لترال راموس انجام می‌شود. یک جفت رترکتور Bauer در سیگموئید antegonial notch جهت مشاهده برجستگی آنتی لینگولار گذاشته می‌شود و استئوتومی رایج double slide انجام می‌شود. استفاده از یک اره گرد نوسان کننده برای ایجاد زاویه در برجستگی آنتی لینگولار سهل‌تر است. سپس تیغه اره به سمت قدامی- فوقانی (Fig 1a) به سمت سیگموئید ناچ هدایت می‌شود و یک استئوتومی وج شکل ایجاد می‌شود.

از خون‌ریزی شریان اینترنال ماگزیلاری می‌توان با رترکتورهای Bauer و پرهیز از گذاشتن عمیق تیغه در طی استئوتومی جلوگیری کرد.

قطعه وج از YVRO قبل از دایسکشن سطح مدیال قطعه پروگزیمال برداشته می‌شود. (Fig 1b) چون بازیافتن قطعه پس از اورلپ می‌تواند مشکل باشد. فضای ایجاد شده از قطعه اجازه ستبک بیش‌تر را بدون کرونوئیدکتومی می‌دهد.

در این‌جا پهنای عرضی ماندیبولار پس از IVRO افزایش نیافت ولی بیماران با صورت‌های مربعی می‌توانند به لحاظ استتیک از کاهش در پهنای صورت بهره ببرند.

IVRO را می‌توان برای کاهش پهنای عرضی ماندیبولار توسط هدایت استئوتومی double – slide قدامی- تحتانی به سمت برادر تحتانی راموس و برداشتن قسمت پایین قطعات پروگزیمال به کار برد. (2a,b Fig) لندمارک در استئوتومی JVRO برای برداشتن قسمت پایین قطعات پروگزیمال در نقطه زاویه چرخش جهت حصول به قرینگی است.

علی‌رغم سطوح کوچک‌تر اورلپ شونده بین قطعات استخوانی پس از IVRO اصلاح شده، ترمیم استخوان به مخاطره نیفتاد. بیماران با پروگناتیسیم مندیبل و صورت‌های مربعی می‌توانند انتظار نتایج بهتر از JVRO داشته باشند.

استفاده بیش‌تر از CT سه بعدی و نرم افزارهای شبیه سازی کننده اجازه استفاده از پیش‌الگو (نمونه اصلی) فوری برای شبیه سازی جراحی برای پیش‌بینی هر گونه چالش در جراحی را می‌دهد. YVRO می‌تواند در مواقعی که میزان بزرگی از ستبک مورد نیاز است و مشکلاتی به علت ضخامت راموس وجود دارد مفید واقع شود. با YVRO از تداخلات بین قطعات استخوانی و فلیرینگ لترال اضافی قطعات پروگزیمال نیز می‌توان جلوگیری کرد.

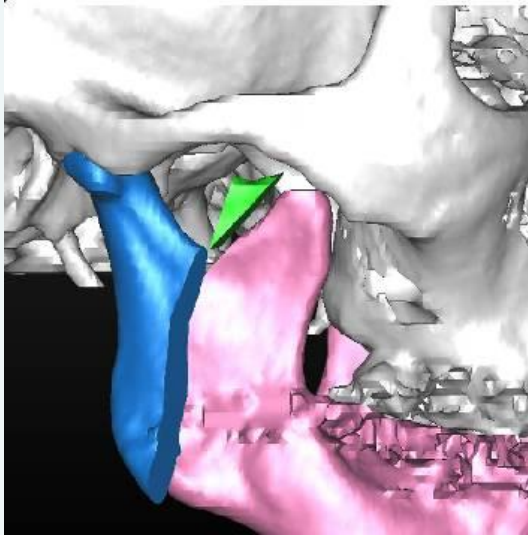
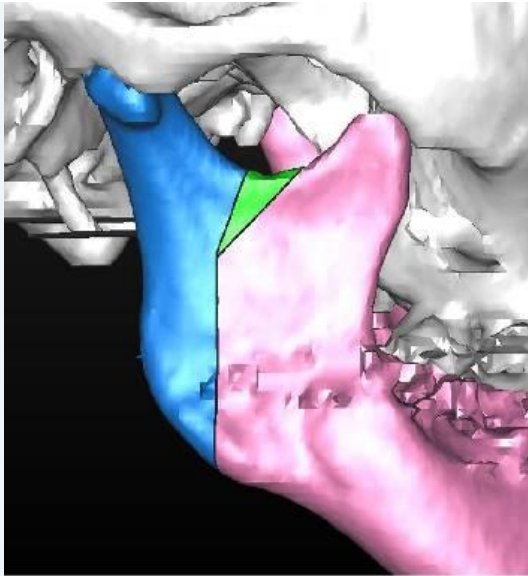


Fig. 1. (A) Diagram of the YVRO. Conventional double-slide osteotomy and the wedge-shaped osteotomy line. (B) The wedge-shaped fragment is removed during mandibular setback.

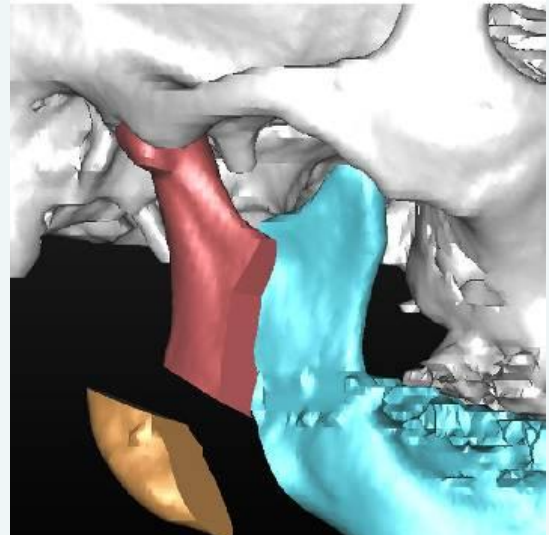
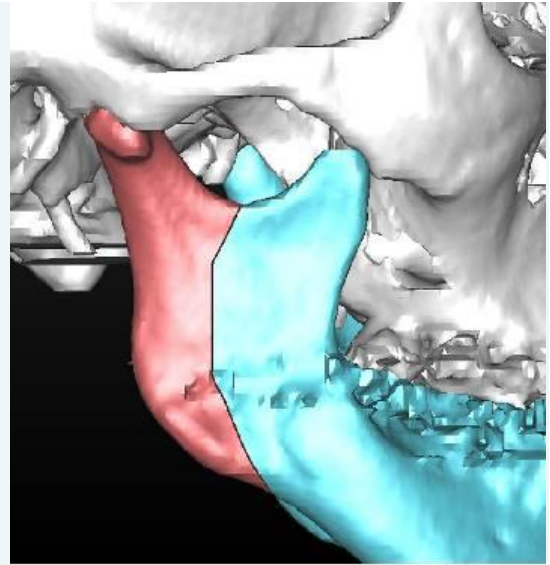


Fig. 2. (A) Diagram of JVRO. The J-shaped osteotomy line. (B) After dissection of the medial aspect of the proximal segment, osteotomy is made of the inferior part of the proximal segment.

معرفی کتاب

در این جا دو کتاب مرجع که همکاران خوبمان زحمت برگردان آن‌ها را به زبان فارسی کشیده اند معرفی می‌گردد.



شماره تلفن انتشارات دانشگاه مشهد برای هماهنگی و ارسال کتاب: 05138441836 , 05138441838

نشست‌های علمی تیر ماه

سمینار تومورهای سر و گردن

۲ و ۱ / ۵ / ۹۴ انجمن علمی راینولوژی - ۸۸۹۵۰۳۹۵
۱۰ امتیاز بازآموزی برای جراحان فک و صورت

کنفرانس ماهانه انجمن راینولوژی

۲۵ / ۴ / ۹۴ انجمن علمی راینولوژی - ۸۸۹۵۰۳۹۵
۲/۵ امتیاز برای جراحان فک و صورت

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 e 1 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

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

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

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