

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.23 Aug 2015

شماره ۲۳ - مرداد ۱۳۹۴



به نام خدا

هر چند انجمن‌های علمی پزشکی هنوز، هم از دید ساختاری و هم عمل‌کردی نارسائی‌ها و کمبودهای جدی به ویژه در زمینه انتشارات و اطلاع‌رسانی دارند ولی توجه به دست‌آوردهای خوب برخی از انجمن‌ها و تلاش برای بهره‌گیری از تجربه‌ها و ادامه راه آنان می‌تواند انجمن‌های علمی ما را به پیش برده و مانع ایستائی آنان شود.

در ماه خرداد کنفرانس ادواری فصلی انجمن علمی رینولوژی در تالار مغز و اعصاب بیمارستان امام خمینی با موضوع «ناگفته‌های رینوپلاستی اولیه و ثانویه» برگزار شد که در آن برخی نکته‌های ظریف و گاه مورد اغماض در رینوپلاستی که موجب مشکلات و عوارض جدی برای بیمار می‌شود، نکته‌هایی که گاه به عنوان معیارهای پایه ای مد نظر قرار نمی‌گیرد از جمله الزام به انجام CT و بررسی همه جانبه بینی قبل از مبادرت به جراحی بینی که با وجود امکان برخی نارسائی‌های آناتومیک در بینی پیش از عمل بیمار، باعث صدمات جبران ناپذیری به بیمار و بروز مشکلات قضائی برای پزشک معالج خواهد شد، مورد بررسی قرار گرفت.

انجمن رینولوژی علاوه بر برگزاری منظم کنفرانس فصلی با موضوعات کاربردی بالینی، در پایان هر ماه در بیمارستان میلاد، کنفرانس ماهانه و معرفی بیمار دارد که خوش‌بختانه با توجه به هم‌پوشانی بسیاری از این مباحث با حوزه علمی و کاری جراحی دهان و فک و صورت، شرکت فعال همکاران ما در این جلسات، مبرم و مفید است. خصوصاً که در هر دوی این کنفرانس‌ها امتیاز بازآموزی نیز برای همکاران جراح فک و صورت در نظر گرفته شده است. در تاریخ یکم و دوم مرداد ماه نیز همایش تومورهای سر و گردن در سالن همایش‌های بیمارستان میلاد برگزار خواهد شد که خبر آن در ماه نامه گذشته آمد و جدول برنامه علمی آن در بخش برنامه‌های علمی این ماه آورده شده است.

هم‌چنین ۲۲-۲۴ مهر در مرکز همایش‌های رازی پنجمین کنگره بین‌المللی انجمن علمی رینولوژی ایران برگزار خواهد شد. به نظر می‌رسد که انجمن علمی رینولوژی با تلاش برای تدوین برنامه‌های علمی و تخصصی برای پاسخ‌گویی به نیاز همکاران، مثبت و موثر عمل می‌کند که بسیار ارزشمند است.

البته انجمن‌های علمی دیگری نیز هستند که دست‌آوردهای خوبی دارند منتها چون در این کنفرانس شرکت داشتیم به معرفی آن مبادرت کردم.

برگزاری این گونه کنفرانس‌ها که از وظایف انجمن‌های علمی است به منظور ارتقاء دید و تبادل تجارب بالینی اعضای این انجمن‌ها برای تشخیص و درمان بهتر بیماران برنامه ریزی می‌شود.

در جمع بندی پایانی این کنفرانس از عدم حضور گروهی که می‌تواند در زمینه بازسازی‌های ساختار صورت این گونه بیماران حرف‌های بسیاری داشته باشد اظهار تاسف شد.

باید بپذیریم که عدم شرکت فعال همکاران ما در این گونه برنامه‌های علمی پزشکی و طرح مبانی بازسازی ساختارهای صورت به عنوان اساس درمان در بیماران با ناهنجاری و عوارض پس از تراما و جراحی‌ها، به تدریج نقش و جایگاه جراحان دهان و فک و صورت در درمان این گونه ناهنجاری‌ها کم رنگ می‌شود. صرفاً برگزاری کنگره سالانه به صورت یک اتفاق علمی در سال نه تنها نمی‌تواند نیازهای آموزشی تخصصی همکاران را تامین کند بلکه جایگاه واقعی علمی ما را نیز نمی‌تواند نشان دهد.

از طرف دیگر شرکت فعال ما در این برنامه‌های علمی انجمن‌های دیگر، زمینه حضور وسیع همکاران گروه‌های دیگر در برنامه‌های علمی ما را نیز فراهم می‌آورد که گام عملی مهمی در هم‌آهنگی و هم‌کاری در پروژه‌های علمی تیمی است که از جایگاه با ثبات و معتبرتری در درمان بیماران برخوردار است.

خوش بختانه پیشرفت علم به سود درمان بهتر بیماران و سرعت در تبادل نظر و انتقال یافته‌های پزشکی پیش می‌رود. همکاران انجمن علمی پزشکان عمومی توانسته‌اند دو کنفرانس سراسری با استفاده از شبکه مجازی و اینترنت برگزار کنند. تجربه ای که می‌تواند هم در زمینه برگزاری نشست‌های ماهانه سراسری و هم معرفی بیماران در همه انجمن‌های گروه پزشکی به کار گرفته شود. با گسترش این فن‌آوری برگزاری انتخابات سراسری در یک انجمن برای شرکت فراگیر اعضای انجمن، امکان پذیر خواهد شد و راه برای برون رفت انزوای همکارانی که دور از مرکز و پایتخت زندگی می‌کنند، فراهم می‌آید.

با این حال یک کمبود بزرگ هنوز خود را نشان می‌دهد. **انتشارات**. (کاغذی یا الکترونیک). درست است که کنفرانس‌ها و کنگره‌هایی برگزار می‌شود ولی دست‌آوردهای آن در یک جمع محدود باقی می‌ماند. به نظر می‌آید یکی از مهم‌ترین کارهای انجمن علمی در چنین زمانی، انتشار سخنرانی‌ها و تجربه‌هایی باشد که در جلسه‌های ماهانه یا همایش‌های دوره ای به دست می‌آید و می‌بایست در اختیار همه اعضای انجمن و علاقه‌مندان به دانش پزشکی قرار گیرد.

دکتر میترا میرمحمدی

آگمنتاسیون ورتیکال ریج با استفاده از Shell Technique اصلاح شده

گزارش نمونه

Vertical Ridge Augmentation Using the Modified Shell Technique

A Case Report

Michael Stimmelmayer, DMD, PhD, * Jan-Frederik G€uth, DMD,y Markus Schlee, DMD,z

and Florian Beuer, DMD, PhDx, Munich, **Germany**

J Oral Maxillofac Surg 72:286-291, 2014

هدف: نقص‌های ورتیکال کرست آلوئولار، جای‌گذاری ایمپلنت را محدود می‌کند. بنابراین گرفت بافت سخت در یک جراحی جداگانه قبل از جای‌گذاری ایمپلنت ضروری است. اگرچه، نتایج آگمنتاسیون ورتیکال استخوان غیر قابل پیش بینی است.

مواد و روش‌ها: این گزارش نمونه، دستیابی جدیدی به گرفت ورتیکال بافت سخت را با استفاده از تکنیک shell اتوژن اصلاح شده توضیح می دهد. با کمک bone mill گرفت استخوان به صورت پوسته ای با ضخامت کم تر از یک میلی متر ساخته و برای دوباره سازی ابعاد ورتیکال ریج آلوئولار کاشته شد. پوسته با پیچ‌های تیتانیوم فیکس شد و فاصله ورتیکال بین پوسته و استخوان باقی مانده با ذرات ریز استخوان پر شد.

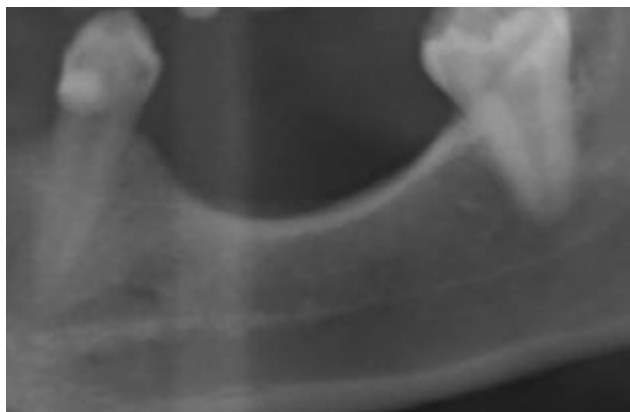


FIGURE 1. Vertical bony defect in the region of the left lower first molar and second bicuspid because of aplasia (detail of a Panorex radiograph).



FIGURE 2. Lateral view of the fixated bone shell shows the huge vertical defect.

نتایج: ترمیم زخم بدون اتفاق خاصی انجام شد. کورتیکالیزه شدن در میان تراشه‌های استخوانی مورد بررسی قرار گرفت و فقط یک تحلیل ورتیکال کوچک پوسته وجود داشت. ۲ ایمپلنت در بالای عصب آلوئولار در استخوان آگمنت شده می شد قرار داد.

نتیجه گیری: Shell technique اصلاح شده نتایج امید بخشی برای بازسازی دیفکت‌های ورتیکال استخوانی نشان داد. این تکنیک توانست نیاز به گرفت‌های استخوان از کرسٹ ایلپاک را کاهش دهد. بنابراین در خیلی از موارد به خصوص در آگمنتاسیون دیفکت‌های فک پایین فقط یک محل برش برای آگمنتاسیون و برای برداشت گرفت باز می شود.



FIGURE 3. Bone chips mixed with autogenous blood fill the gap between the shell and the residual bone

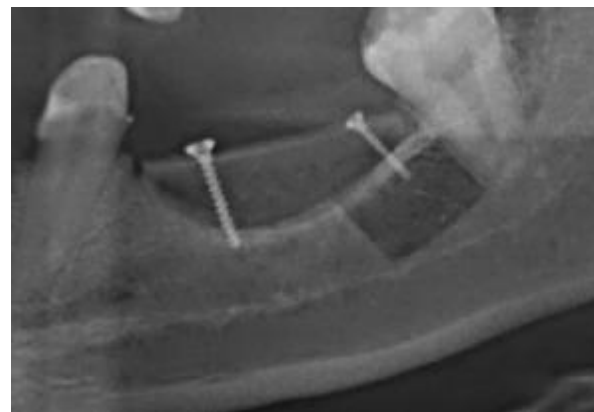


FIGURE 4. Postsurgical radiograph shows vertical augmentation and microscrews (detail of a Panorex radiograph).

جای گذاری بلوک استخوانی کورتیکال ضخیم به عنوان onlay گرفت می تواند سبب سکستریشن بلوک به علت فقر یا فقدان خون‌رسانی و احیاء مجدد شود. این مسئله در برخی از موارد چند سال پس از انجام آگمنتاسیون دیده شده است. به کمک تکنیک shell که توضیح داده شد رژنراسیون استخوان زنده مشاهده شد. پر کردن فاصله ورتیکال با تراشه‌های استخوان ۲ مزیت دارد. اول این که این فاصله با تراشه‌های استخوانی به طور ساده تری نسبت به بلوک استخوانی که باید دقیقاً به همان اندازه و شکل برای تطبیق در فاصله بین shell و استخوان ریج درست شود آماده می شود. ثانیاً، رگ سازی در تراشه‌های

استخوانی در مقایسه با بلوک استخوانی کورتیکال ضخیم مطلوب تر به نظر می رسد. Shell نازک تر از یک میلی متر بعد ورتیکال گرفت را فراهم می آورد و از تحلیل تراشه های استخوانی جلوگیری می کند. پرفوراسیون پلیت کورتیکال استخوان ریج بیمار اجازه تأمین عروقی و خون رسانی به تراشه های استخوانی را می دهد. اگرچه هیچ شاهدهی مبنی بر این که این پرفوراسیون به ترمیم بهتر استخوان منجر می شود وجود ندارد.

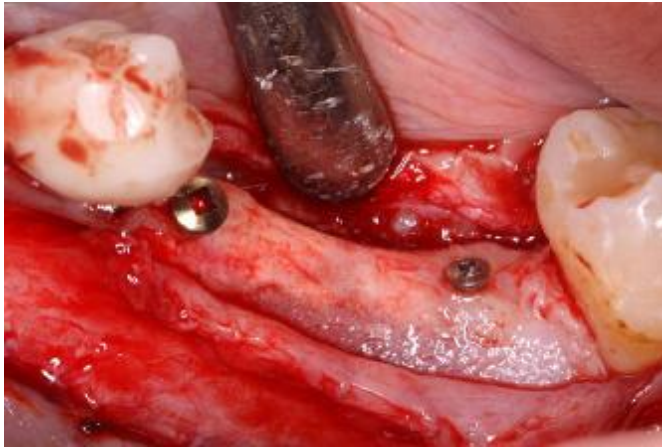


FIGURE 5. Re-entry 5 months after augmentation shows ideal consolidation of the bone graft and reconstruction of the alveolar crest. Note the formation of a thin cortical plate.



FIGURE 6. Postsurgical radiograph shows stable vertical augmentation and implants (detail of a Panorex radiograph).



FIGURE 7. Surgical result after vertical ridge augmentation, implant placement in the region of the left lower first molar and second bicuspid, and extension of the keratinized gingiva with a free gingival graft.

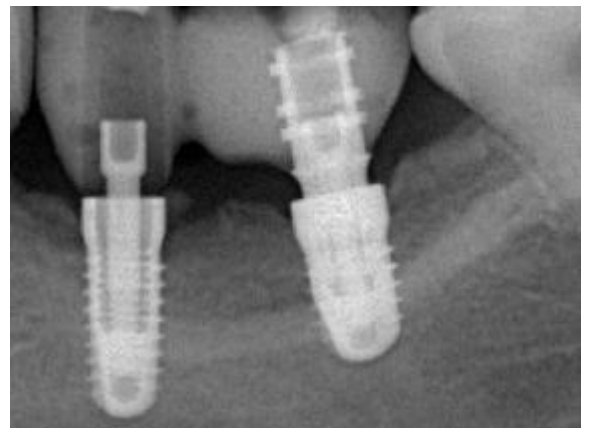


FIGURE 8. Six-month follow-up radiograph shows implants restored with a long-term provision for progressive bone loading. A potential small bone sequestration is noticeable distal to the implant in the region of the left lower second bicuspid.

درمان شکاف صورت شماره ۴ یک طرفه Tessier در بیمار جوان :

نقش فلپ V – Y advancement نازولیبیال

Technical note

Treatment of a unilateral Tessier number 4 facial cleft in an adult : role of nasolabial V-Y advancement flap

A. Rahpeymaa,c, S.Khajehahmadi b,* Mashhad, **Iran**
British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 99–101

شکاف‌های صورت نادر و با احتمال وقوع ۵ - ۱/۵ در صد هزار تولد می‌باشند که یک درصد آن‌ها شکاف لب و کام هستند. شکاف شماره ۴ Trssier حتی نادرتر هستند. Tessier شکاف‌های فیشیال، کرانیوفیشیال و لتروفیشیال را بر اساس محل آناتومیک آن بین ۰ تا ۱۴ طبقه بندی کرده است.

بر طبق این طبقه بندی، شماره ۴ به عنوان شکاف orbitomaxillary مرکزی تعریف شده است. این شکاف تقریباً به طور عمودی از میان ریم اینفراربیتال و کف اربیت و مدیال به عقب اینفراربیتال از میان سینوس ماگزایلا و گونه گذر می‌کند که هم‌چنین به عنوان دیسپلازی مدیال ماگزیلاری شناخته می‌شود. تشخیص این نوع شکاف‌ها توسط تصاویر اولتراسوند در هفته دهم جنینی امکان پذیر است.

گزارش نمونه و تکنیک جراحی:

بیمار خانم ۲۰ ساله ای بود با فیستول بد منظری (کیفی شکل) در گونه اش که از بالا از پلک پایین شروع می‌شد و تا پایین تقارب داشت و در انتها به داخل دهان تخلیه می‌شد. (Fig 1) بیمار علائم دیگری نداشت. اجزای لب در شکاف کامل توسط الصاق لب در ۵ سالگی بیمار انجام شده بود. اربیت سمت راست تهی بود. (anophthalmos). یک نقص استخوانی در CBCT سه بعدی مشهود بود که از پایین ریم اینفراربیتال به زوائد آلوئولار بین دندان‌های رویش یافته دائمی لترال و کانین گسترش می‌یافت. (Fig 2)



Fig. 1. Photograph of the lateral face preoperatively (published with the patient's permission).



Fig. 2. Hard tissue counterpart of Tessier number 4 cleft in 3-dimensional cone-beam computed tomographic scan. The bony cleft is lateral to the frontal process of the maxilla and medial to the infraorbital foramen. Lack of a maxillary frontal process distinguishes a Tessier cleft number 3 from number 4.

دندان‌های دائمی به طور کامل در ارتباط اکلوژالی کلاس I مشاهده شدند. زیر بیهوشی عمومی با اینتوباسیون نازوتراکیال در حفره بینی غیر درگیر، بیمار با فلپ‌های Z-Plasty در ملتحمه و مارژین بالاتر شکاف جراحی شد. برش در طول اتصال پلک پایین و گونه و بینی زده شد. فلپ از پلک پایین به طرف بالا چرخانده شد. برای از بین بردن فیستول دهانی پوستی orocutaneous یک برش پری فیستولار دادیم و آن را در اطراف فیستول قبل از برداشتن دایسکت کردیم. V-Y Advancement flap نازولبیال با قاعده ای برابر تا پهنای دیفکت و طول دو برابر محور طولی آن طرح ریزی شد. پوست و بافت زیر جلدی برش داده شدند و دایسکشن محیطی امتداد یافت تا هنگامی که پیرامون فلپ، به ویژه بالاترین و پایین‌ترین بخش آن از بافت‌های پیرامون جدا شدند و فقط قطعه pedicled مرکزی لطمه نخورده باقی ماند.

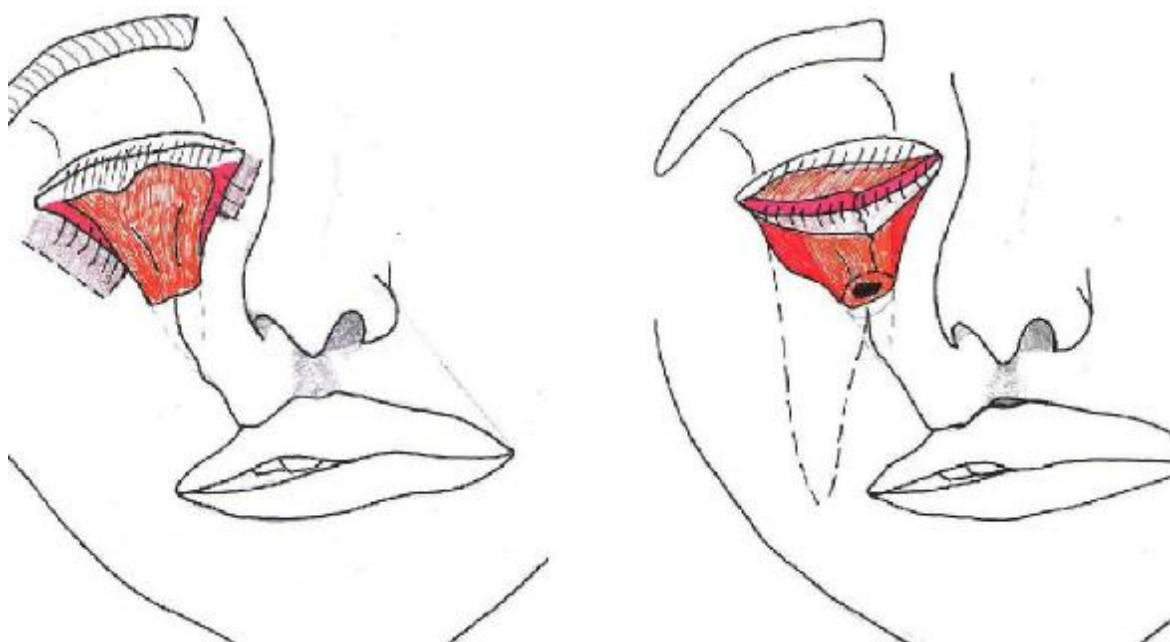


Fig. 3. Diagrams showing (a) the Z-plasty technique for fabricating the lower eyelid, and (b) the nasolabial V-Y advancement flap designed in the medial subunit of the cheek



فلپ این گونه شکل گرفته به بالا و جلو برده شد و در دیفکت بدون هیچ کششی قبل از بخیه زدن جای‌گزین شد. اولین لایه بخیه‌ها در پلن زیر جلدی قرار داده شد. اولین بخیه پوستی محور Y را تعیین کرد (Fig 3 , 4).

V – Y advancement Flap نازولیبیال به منظور بازسازی ناحیه اینفرالابیتال مورد استفاده قرار گرفت. محدودیت این تکنیک این است که انجام گرفت استخوانی زیرین آن به طور هم‌زمان امکان پذیر نیست و جراحی جداگانه ای جهت ممانعت از جراحی ایسکمیک به Island flap نازولیبیال ضرورت دارد. انجام گرفت استخوانی شکاف آلوئولار، بازسازی گونه را به وسیله اضافه کردن بدنه در ناحیه کمبود بافت نرم پشتیبانی خواهد کرد.

برداشتن استتیک خال‌ها و ضایعات سر و گردن با جراحی رادیو – ویو 4.0-MHz ۳۰ سال تجربه

Esthetic Removal of Head and Neck Nevi and Lesions With 4.0-MHz Radio-Wave Surgery: A 30-Year Experience

Joe Niamtu III, DMD*Richmond, **USA**
J Oral Maxillofac Surg 72:1139-1150, 2014

خال‌های شایع به intradermal یا junctional طبقه‌بندی می‌شوند. تلفیقی از این خصوصیات به‌عنوان خال‌های Compound تلقی می‌شوند.

چالش اصلی با برداشتن هر ضایعه، حذف امکان بدخیمی آن است که گاه نیاز به‌انجام بررسی هیستولوژیک دارد. راه‌های بسیاری در درمان ضایعات خوش خیم وجود دارد. نیتروژن مایع، الکتروسرجری و اکسیژون جراحی، شایع‌ترین روش‌های درمانی هستند. مهم‌ترین مشکل کرایوتراپی، هیپوپپیگمنتاسیون و فرورفتگی اسکار به‌علت آسیب اضافی به‌لترال ضایعه از آسیب حاصله از گرما در الکتروسرجری و کرایو است. (Fig 1) اسکارهای نازیبای جراحی اصلی‌ترین نقطه ضعف اکسیژون جراحی است.



FIGURE 1. A, B, These patients show typical hypopigmentation and scarring from overtreatment of benign nevi.

هدف: برداشتن زیبایی خال صورت و ضایعات مرتبط یکی از درخواست‌های رایج بیماران از جراحان زیبایی است. بسیاری از بیماران با ضایعات به‌لحاظ زیبایی مزاحم زندگی می‌کنند و از وجود درمان‌های بدون اسکار یا کم اسکار این ضایعات بی‌خبر هستند.



FIGURE 3. A, Malignant melanoma in a 42-year-old man. B, Basal carcinoma in a 66-year-old man. C, Squamous cell carcinoma in a 70-year-old man.

مواد و روش‌ها: در طول ۳۰ سال گذشته، پروتکل درمانی مؤلف جهت از بین بردن هزاران خال و ضایعات خوش خیم، استفاده از رادیو - ویو 4MH بوده است. مروری بر این تکنیک توسط تصاویر قبل و بعد از آن معرفی می‌شود. اندیکاسیون‌ها، تشخیص و عوارض نیز مرور می‌گردند.

نتایج: قطع محافظه کارانه خال و ضایعات خوش خیم صورت و گردن می‌توانند با کم‌ترین و غالباً اسکار غیر قابل مشاهده انجام شوند.



FIGURE 4. The finger rest involves stabilizing the handpiece in the operating hand with a stable base using the fingers of the nonoperating hand. This technique, used by dentists, microsurgeons, and watchmakers, allows better stabilization and control of the electrode tip to make "paintbrush strokes" with the handpiece and electrode. The active electrode is bent to best facilitate ergonomics.

نتیجه‌گیری: جراحان صورت به‌طور روزمره به بیماران بسیاری بر می‌خورند که متقاضی برداشتن خال و دیگر ضایعات خوش خیم صورت و گردن خود هستند. به بسیاری از بیماران از طرف پزشکان با تجربه اطلاعات نادرستی مبنی بر این که اسکار حاصله بدتر از ضایعه خواهد بود، داده می‌شود. این گفته ناخوشایند صدها بار توسط درمان ما با جراحی رادیو - ویو - 4 OMHZ در قطع ضایعات خوش خیم صورت و سر و گردن رد شده است و نتایج زیبایی عالی حاصل شده است. حتی اگر پزشک این درمان را انجام ندهد باید آگاهی از این درمان داشته باشد و به بیماران خود این نوع کار را پیشنهاد دهد.

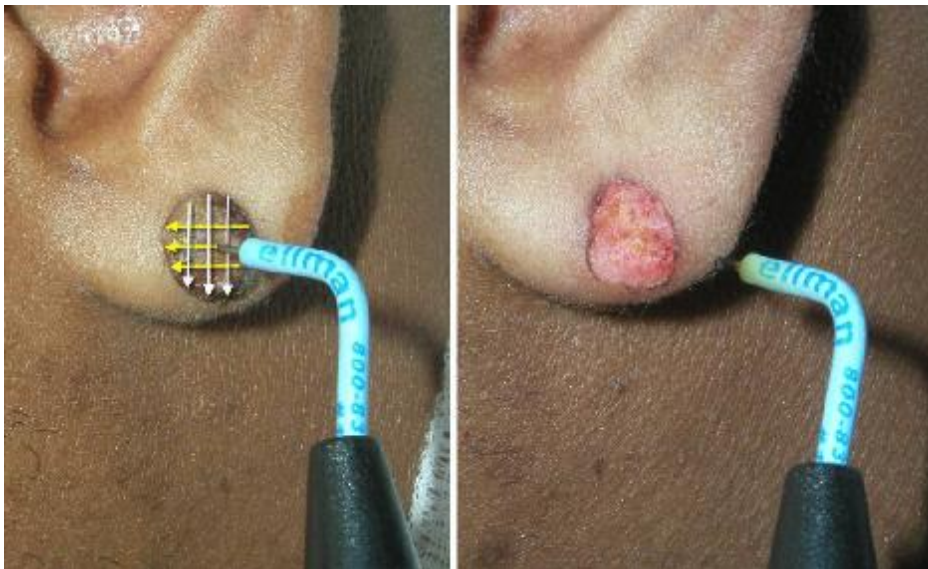


FIGURE 5. A, Preoperative lesion with a cross-hatch treatment pattern. The first pass is made with vertical strokes and the second pass is made with horizontal strokes. This enables a more controlled and homogenous reduction. B, Ablated lesion.



FIGURE 6. A, Preablation lesion treated to its base. B, Remnant chamois-colored tissue

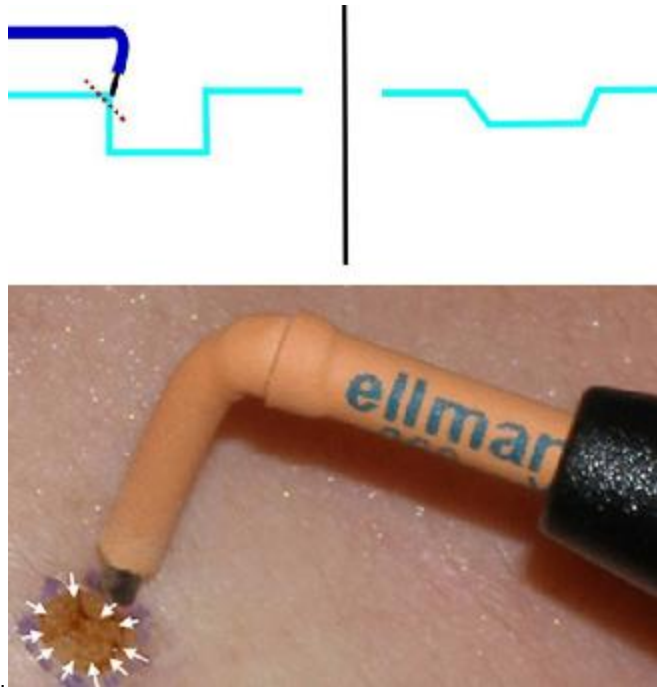


FIGURE 8. A, Diagram of the precipitous lesion rim during and after beveling with the electrode tip. B, Clinical image of final treatment with the edges beveled and blended.



FIGURE 9. Patient A, before and B, 8 weeks after a single treatment with 4.0-MHz radio-wave surgery.



FIGURE 10. Patient A, before and B, 8 weeks after a single session of 4.0-MHz radio-wave ablation. The lesion was shave-biopsied before treatment. There is a very slight area of hypopigmentation that normalized over several months.

تکنیک ساده و بدون آسیب برای جلو آوردن عضله جنیوگلسوس

در درمان آپنه خواب انسدادی

Technicalnote

Simple and atraumatic technique for the advancement of the genioglossus muscle for treatment of obstructive sleep apnoea

T.-K.Kim,D.-W.Lee *, S.-S.Jue,Y.-D.Kwon Republic of Korea

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 104–106

آپنه خواب انسدادی به عنوان شایع ترین نوع آپنه خواب ناشی از بسته شدن راه های هوایی فوقانی است که جلو آوردن جنیوگلسوس یک راه مؤثر در بهبود راه هوایی فوقانی در برخی از بیماران است. انواع استئوتومی برای جلو آوردن عضله جنیوگلسوس و کمپلکس توبرکل چانه ای طراحی شده است.

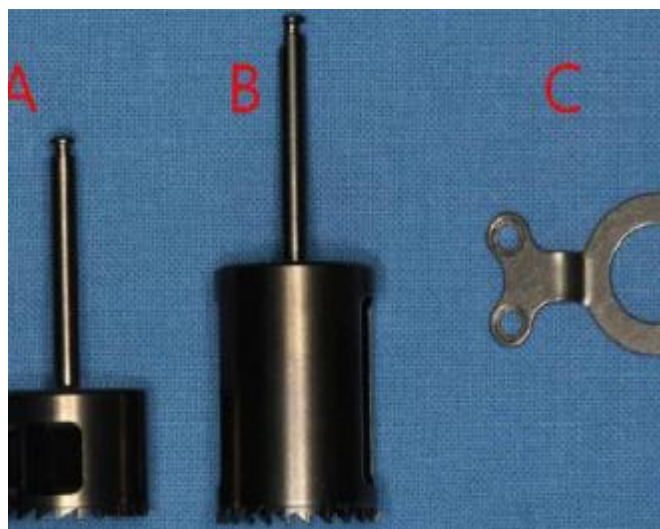


Fig. 1. Newly designed drills and plate. A= the initial trephine drill for indentation, B= the final trephine drill for bicortical osteotomy, and C= the C-shaped plate designed to fix the advanced bone flap easily.

ما یک متد جدید که در آن از دریل تره فاین طراحی شده اولیه مخصوصی برای کنگره دار کردن، یک دریل تره فاین نهائی برای استئوتومی بای کورتیکال و یک پلیت C شکل که از قطعات استخوانی جلو آورده شده از داخل که لینگوالی پلکانی شده است و فضای استخوان کورتیکال لینگوال را بدون تغییر نیم رخ صورت محفوظ می دارد استفاده کردیم. (Fig 1)

CBCT و رادیوگرافی های سفالومتری لترال قبل از عمل گرفته می شود که جهت ارزیابی فاصله از نوک انسیزال انسیزورهای ماندیبولار تا توبرکل جنیال، طول ریشه انسیزال و ضخامت فک پایین به کار می آید.

انسیزن عمودی به طول تقریبی ۲۵ میلی متر در میدلاین ماندیبولار زده شده و در جهت لترالی نقب زده می شود تا فضای کافی برای جای گذاری دریل تره فاین بدون انسیزن در عضله منتال اکسپوز شود. دریلینگ مقدماتی تره فاین درون ناحیه توبرکل جنیال، حداقل ۵ میلی متر در زیر آپکس ریشه برای پرهیز از آسیب به آن انجام می شود. استئوتومی به سمت لینگوالی با استفاده از دریل تره فاین نهائی برای یکی کردن با توبرکل جنیال به طوری که در راهنمای CBCT نشان داده شده گسترش می یابد.

قبل از این که استئوتومی به طور کامل انجام شود، یک پیچ تیتانیومی در کورتکس لیبال برای با دست جا به جا کردن قطعات استخوانی قرار داده شد. بعد از استئوتومی های بای کورتیکال موفق، قطعه استخوانی با استفاده از پیچ تیتانیومی و فورسپس جلو آورده شد. سپس ما پلیت C شکل برای پشتیبانی قطعه از داخل را نصب کردیم، زیرا که قطعه جلو آورده شده تمایل به برگشت به عقب توسط عضله جنیوگلسوس داشت. سطح لیبال جلو آمده قطعه استخوانی و پیچ تیتانیومی برداشته شدند و حدود آنها هموار شد. هم چنین طرف لیبال با پیچ و پلیت معمول سفت و محکم شد. انسیزن مخاطی بدون درن بسته شد. (Fig 2)

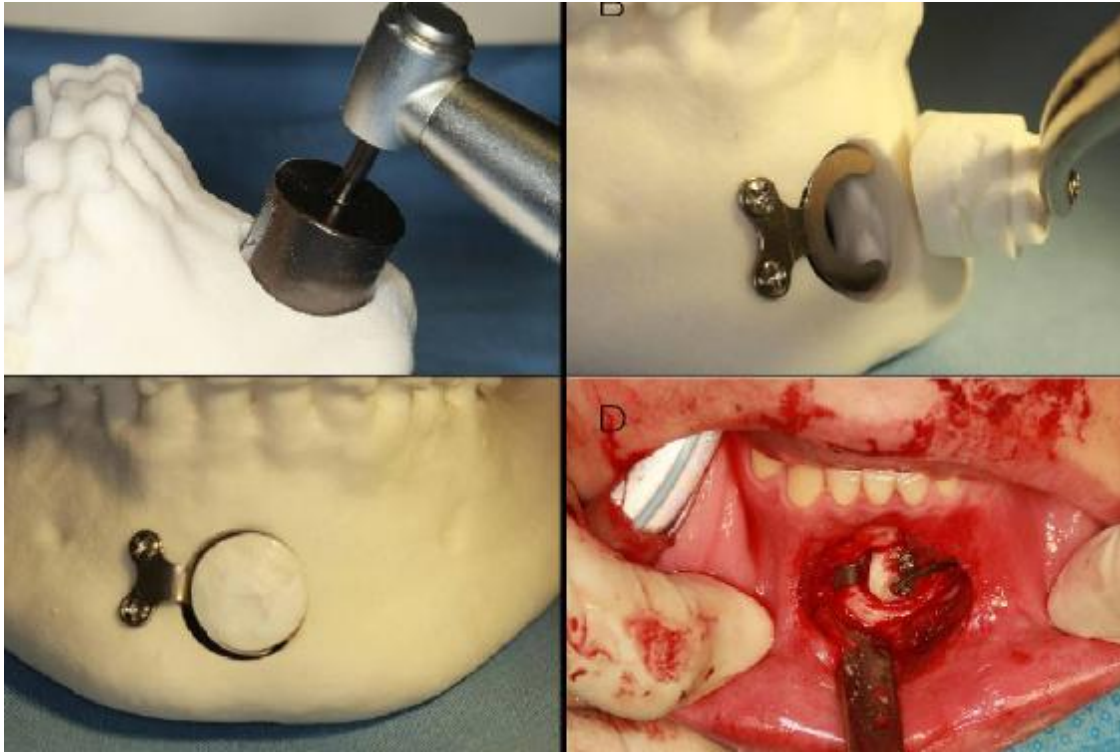


Fig. 2. The vertical incision was made on the mandibular midline, and the flap was raised minimally to place the trephine drill without a mentalis muscle incision. After initial trephine drilling for indentation, we made a bicortical osteotomy on the genial tubercle area using the final trephine drill (A). After the bicortical osteotomy, the bone segment was advanced (B). The labial bone segment was contoured, and the advanced lingual bone segment was fixed by C-shape plate and common plate (C and D).

این عمل را طی ۳۰ دقیقه انجام دادیم و راه هوایی فوقانی و زیر فارنکس را $۲۰/۲ - ۸/۷$ میلی‌متر بزرگ‌تر کردیم. توپرکل چانه ای را $۱۲/۷$ میلی‌متر جلو بردیم. هیچ تغییر قابل ملاحظه ای در نیم‌رخ صورتی تحتانی به وجود نیامد (Fig 3) و علائم دو بیمار بدون هیچ عارضه ای توسط این تکنیک بهبود یافت.

تکنیک معرفی شده ساده‌تر، آتراماتیک‌تر و مقرون به صرفه‌تر از تکنیک‌های متداول برای جلو آوردن عضله جنیوگلووسال بود که به جراحان کمک می‌کند که این گونه جراحی‌ها را کارآمدتر و سریع‌تر انجام دهند که می‌تواند ناراحتی بیمار را به حداقل برساند. ما امیدواریم که این روش عوارض پس از عمل از جمله خون‌ریزی، درد و تورم را کاهش دهد.

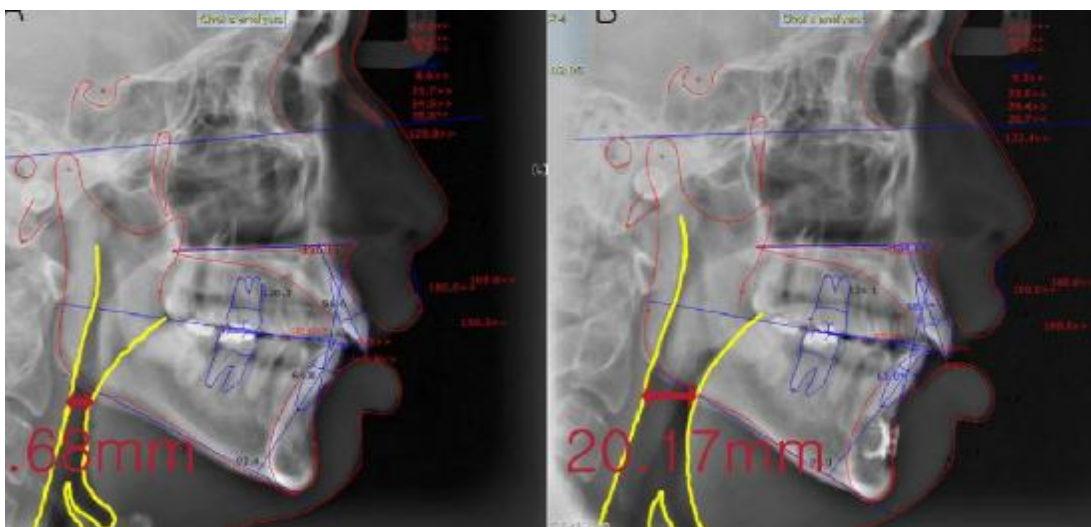


Fig3. Preoperative lateral cephalometric radiograph (A) and postoperative lateral cephalometric radiograph (B) showing the enlargement of the upper airway. The lower pharynx was enlarged 8.7–20.2mm with the advancement of genial tubercle by 12.7mm. The yellow line indicates space in the airway. There was no appreciable change in the lower facial profile. Airway measurements were assessed by the technique described by Becker et al.

آناتومی غیر طبیعی فیشور تحتانی اربیت و هرنییشن بالشتک چربی باکال

Short communication

Abnormal anatomy of inferior orbital fissure and herniation of buccal fat pad

T.Aldridge *, A.Thomson,V.Ilankovan *PooleHospitalNHSFoundationTrust, United Kingdom*
British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 92–93

آناتومی فیشور تحتانی اربیت خوب مطالعه شده است و ابعاد گزارش شده آن گوناگونی کمی دارد. در طی جستجوی کف اربیت با آن رویاروی می‌شویم و تا جایی که امکان پذیر است آن را دست کاری نمی‌کنیم. ما یک مورد از هرنییشن بالشتک چربی باکال به درون فیشور تحتانی اربیت که در طی بررسی و مرمت کف اربیت دیده شد را توضیح می‌دهیم.

گزارش نمونه:

آقای ۲۱ ساله بدون سابقه قبلی ترامای صورت بعد از درگیری فیزیکی به بخش مراجعه کرد. او شکستگی کف اربیت سمت چپ و خرد شدگی استخوان های بینی را داشت. دیپلوپی ابتدایی وجود نداشت ولی CT، به تله افتادن عضله رکتوس تحتانی را نشان داد. به بیمار دربارهٔ ایجاد انافتالموس دیر هنگام اطلاع داده شد و او به جراحی برای کاوش و مرمت کف اربیت رضایت داد.

بررسی در انسیژن Subciliary، شکستگی در ناحیه لترال شیار لاکریمال و مدیال عصب اینفرا اربیتال را نشان داد. عضله گیر افتاده در آن آزاد شد. دایسکشن بیش تر لترال، فتق چربی به درون یا از یک دیفکت ۹ میلی متری از ریم اینفرا اربیتال را نشان داد. چربی به چربی اربیتال ارتباطی نداشت ولی ساختار مورفولوژیک مشابه داشت.

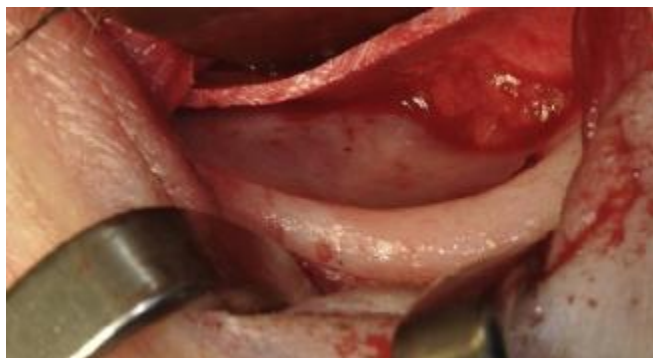


Fig. 1. Left orbital floor with alloplastic implant in place

بررسی بیش تر نشان داد که بالشتک چربی باکال به درون یک فیشور اینفرا اربیتال غیر طبیعی، بیرون زده شده بود. کناره های فیشور صاف بودند و مربوط به کف اربیت شکسته نبودند. در آنجا هرنییشن وسیع چربی وجود داشت که به سختی در آن جای گرفته بود ولی جا به جا شد و فیشور با ایمپلنت آلوپلاستیک پوشانده شد (Fig 1)

محل جراحی بسته شد و بیمار به ریکاوری منتقل شد. بعد از عمل، بیمار دوبینی یا پارستزی اینفرا اربیتال نداشت.

مروری بر CT اسکن های قبلی وسعت دیفکت را نشان داد که بیش ترین پهناى آن ۸/۵ میلی متر بود.

درمان فیشور اینفرا اربیتال مرحله حساسی در مرمت دیفکت اربیت به ویژه برای احتراز از استقرار دیر هنگام انافتالموس است. فیشور یک دیفکت طولی است که طبق گزارشات با پهناى حدود ۵ میلی متر در قدام به طرف خلف به حدود ۲/۴ میلی متر باریک می‌شود. در بیمار ما این پهنا ۵/۶ میلی متر بود و در مارژین قدامی ۱۶/۲ میلی متر از ریم اینفرا اربیتال می‌شد.

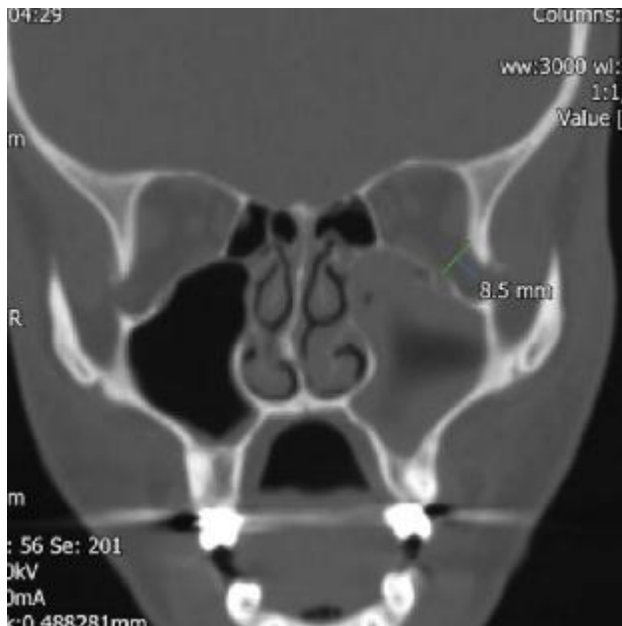


Fig. 2. Computed tomogram showing abnormal defect in the orbital floor

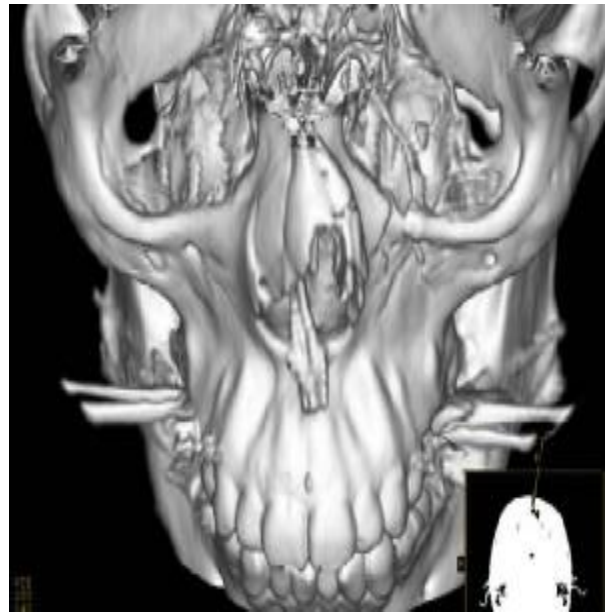


Fig. 3. Computed tomographic 3-dimensional reconstruction showing abnormal orbital floor defects bilaterally.

لنفو اپی تلیال کارسینوما

مروری بر چگونگی درمان و گزارش یک مورد نادر در غده زیر زبانی

Lymphoepithelial carcinoma-Review of the treatment modalities and report of a rare case in the sublingual gland

J Oral maxillofac Surg 72:823-828,2014

مباحثه ای در مقالات حاضر نسبت به درمان کارسینومای لنفو اپی تلیال (LEC) وجود دارد. مطالعه حاضر این مباحثات در مقالات را در درمان LEC تلخیص می کند و یک مورد نادر از LEC را با تشخیص در غده زیر زبانی یک خانم سالم ۲۱ ساله معرفی می کند.

بیمار به علت وجود تورم در ناحیه زیر زبانی پذیرش شد. بیوپسی تشخیص LEC در غده زیر زبانی را نشان داد. درمان شامل رزکسیون وسیع با مارژین های سالم، مارژینال ماندیبلکتومی، دایسکشن گردنی فانکشنال و فلپ آزاد رادیال ساعد برای بازسازی شد. بیمار، رادیوتراپی به همراه جراحی دریافت کرد و از آخرین پایش خود بدون بیماری ماند. درمان اولیه پیشنهاد شده بر اساس مرور مقالات، اکسیزیون جراحی اولیه با دایسکشن گردن و رادیوتراپی کمکی انتخابی به ناحیه غده است. شیمی درمانی بر اساس مقالات مفید ارزیابی نشد.

در بین نئوپلاسم های غدد بزاقی اصلی، کارسینومای تمایز نیافته، گروهی از نئوپلاسم های اپی تلیالی بدخیم غیر شایع را تشکیل می دهند که فاقد تمایز سلولی واضحی هستند. بر طبق طبقه بندی Auclair , Ellis ، کارسینوماهای تمایز نیافته غدد بزاقی می توانند به زیر گروه های کارسینومای تمایز نیافته کوچک سلول و درشت سلول و لنفو اپی تلیال کارسینوما (LEC) طبقه بندی شوند. LEC یک تومور تمایز نیافته همراه با بافت بنیادی لنفوئیدی متراکم است.

LEC اغلب در غدد پاروتید و تحت فکی ایجاد می‌شود. دو راه متفاوت برای درمان بیماری در منابع حاضر گزارش شده است: جراحی و رادیوتراپی

گزارش نمونه:

یک خانم ۱۹ ساله با شکایت از بزرگ شدگی آهسته توده بی درد در سمت راست ناحیه زیر زبانی در طی ۳ ماه گذشته به بخش مؤلفین مقاله ارجاع شد.

معاینات فیزیکی، توده ۵ سانتی‌متری را در سمت راست ناحیه کف دهان که خط وسط را رد می‌کرد نشان داد. به لحاظ کلینیکی، لنفادنوپاتی گردنی در ناحیه ساب ماندیبولار و ساب منتال در همان طرف وجود داشت، در طرف دیگر گردن عاری از لنفادنوپاتی بود.

بررسی نازوفارنکس و اوروفارنکس با کمک فیبروسکوپ هیچ شواهدی از بدخیمی را نشان نداد. CT یک توده ۱/۸ * ۵/۵ سانتی‌متری در کف دهان بدون درگیری استخوان را نشان داد. گره‌های لنفاوی پاتولوژیک در یک طرف مشخص بودند. برای بیمار بیوپسی انسیتزئال گرفته شد و نتیجه نهایی بررسی پاتولوژی، LEC را نشان داد. بعد از نتایج بیوپسی انسیتزئال، آزمایشات سرولوژیک برای آنتی بادی‌های EBV علیه ایمونوگلوبولین G انجام شد و جواب مثبت شد.

بیمار تحت اکسیژیون موضعی وسیع زیر زبانی قرار گرفت که شامل مارژینال ماندیبولکتومی و گلوستکتومی قسمتی برای مارژین‌های سالم می‌شد که توسط دایسکشن گردنی دو طرفه دنبال شد. فک پایین توسط پلینت تیتانیومی بازسازی ۲/۴ میلی‌متری یونیورسال تقویت شد. برای بازسازی دیفکت، ۶ ایمپلنت دندان‌های گذاشته شد. فلپ میکروواسکولار رادیال ساعد برای بستن بلافاصله دیفکت بافت نرم به کار رفته شد.

در آزمایشات میکروسکوپی نمونه برداشته شده، یک نئوپلاسم بدخیم که توسط لانه‌ها و جزایری از سلول‌های تمایز نیافته با بردهای نامعلوم و سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک، هسته وزیکولار برجسته تکی یا چند تایی و هم‌چنین چند تصویر میتوتیک دیده شد. دایسکشن گردنی دو طرفه متاستاز لنف نوده‌ها را نشان نداد. بیمار دوره رادیوتراپی را در ارتباط با وجود مارژین‌های نسبتاً نزدیک در ضایعه انجام داد. هفته بعد از آن، نکروز فلپ تشخیص داده شد، فلپ برداشته شد و بستن اولیه با استفاده از فلپ زبان به اجرا درآمد. در ماه ۱۲ و ۲۴ پایش، بیمار هیچ شواهدی از برگشت بیماری را نشان نداد.

چون LEC یک تومور غیر کپسوله است که تمایل شدیدی به متاستاز دارد، بیش‌تر از ۴۰٪ آن‌ها در اولین ظهور خود به لنف نوده‌های گردن متاستاز می‌دهند، ۲۰٪ بازگشت به محل اولیه دارند یا به یک لنف نود گسترش می‌یابند و در ۲۰٪ موارد متاستاز دوردست در طی ۳ سال بعد از درمان اتفاق می‌افتد. میزان بقای ۵ ساله بین ۹۱ - ۷۰٪ گزارش شده است. تشخیص افتراقی شامل ضایعات لنفوآپی تلیال خوش خیم، لنفومای بدخیم و کارسینومای تمایز نیافته متاستاتیک می‌شود.

در بیمار معرفی شده، اکسیژیون وسیعی با مارژینال ماندیبولکتومی و دایسکشن en bloc سوپرا اموهیوئید گردن دو طرفه دنبال شد.

این روش به چند دلیل انتخاب شد. از جمله سن بیمار، نادر بودن آن در حفره دهان (اولین مورد معرفی شده در غده زیر زبانی) و محل تومور که نزدیک به خط وسط بود.

این نوع از تومور حساس به رادیوتراپی بود و به علت این که در محلی چون نازوفارنکس آسیب زیادی ایجاد می‌کند، سهولت دسترسی، اکسیژیون موضعی را راحت می‌کرد تا که رادیوتراپی و تلفات شناخته شده آن در حفره دهان به تنهایی انجام شود.

در گزارش پاتولوژی بیمار، غده زیر زبانی پیرامون تومور اولیه، تظاهر هیستولوژیک سیالانیت لنفوسیستیک را نشان می‌داد. به علت نادر بودن این نوع از بدخیمی در دهان، مؤلفین بر این باورند که این تومور باید به عنوان کارسینومای سلول سنگفرشی معالجه شود. یعنی اکسیژیون موضعی وسیع با یک سانتی‌متر مارژین سالم و دایسکشن گردن یک طرفه یا دو

طرفه بسته به نزدیکی تومور به خط وسط و اگر مارژین‌ها مثبت یا نزدیک گزارش شوند، رادیوتراپی پشتیبان باید علاوه گردد. مطالعات بیش‌تری برای بهترین گزینه درمان ممکنه برای کارسینومای تمایز نیافته با منشاء بزاقی ضروری است.

نشست‌های علمی ماه مرداد

سمینار تومورهای سر و گردن – انجمن علمی رینولوژی

تهران - سالن شهید غرضی بیمارستان میلاد ۲ و ۱ / ۵ / ۹۴

واحد مجری ۸۸۹۵۰۳۹۵

جراحان دهان و فک و صورت : ۱۰ امتیاز

آموزش علمی و تئوری تراکئوستومی و کریکوتیروئیدوتومی - (کارگاه) ۵ / ۵ / ۹۴

پژوهش‌کده سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بیمارستان مسیح دانشوری واحد مجری ۲۶۱۰۹۵۰۷

جراحان فک و صورت : ۵ امتیاز

همایش سراسری انجمن آسیب شناسان دهان، فک و صورت ایران

مرکز تحقیقات دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۹ / ۵ / ۹۴ تا ۷ / ۵ / ۹۴

محل برگزاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۰۳۱۳۷۹۲۲۸۷۷

جراحان فک و صورت و دندان‌پزشکان : ۱۷ امتیاز

کنفرانس ماهانه انجمن علمی رینولوژی ۲۹ / ۵ / ۹۴

انجمن علمی رینولوژی ایران، بیمارستان میلاد

واحد مجری ۸۸۹۵۰۳۹۵

جراحان فک و صورت : ۲/۵ امتیاز

دهمین کنگره انجمن علمی جراحان عمومی ایران

۲۱-۲۳ مرداد سالن همایش‌های رازی

چهاردهمین کنگره انجمن دندان پزشکی کودکان ایران

زمان: ۷ تا ۹ مرداد ۹۴ ، مکان: مرکز همایش‌های بیمارستان میلاد

تلفن: ۸۸۲۴۶۰۹۳

اولین سمینار دو روزه جراحی های سر و گردن

۱ و ۲ مرداد ۱۳۹۴ سالن غرضی

روز اول پنجشنبه ۱۳۹۴/۵/۱

تخصص	سخنرانان	موضوعات	ساعات
افتتاحیه و قرآن			۸:۰۰ - ۸:۳۰
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر کریمی	بازسازی نقایص سر و گردن	۸:۳۰ - ۹:۳۰
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر احمدی	قوانین مربوط به حرف پزشکی	۹:۳۰ - ۱۰:۳۰
استراحت			۱۰:۳۰ - ۱۰:۴۵
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر نقیب زاده	تومورهای تیروئید	۱۰:۴۵ - ۱۲:۰۰
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر بهرامی	تصویربرداری و کاربردهای آن در ارزیابی پروگنوز	۱۲:۰۰ - ۱۳:۰۰
نماز و ناهار			۱۳:۰۰ - ۱۴:۰۰
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر احمدی روزبهانی	مقایسه جراحی های باز و آندوسکوپیک قاعده جمجمه	۱۴:۰۰ - ۱۵:۰۰
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر قاضی زاده	رینوپلاستی	۱۵:۰۰ - ۱۶:۳۰
استراحت			۱۶:۳۰ - ۱۶:۴۵
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر محبوبه کریمی	جراحی نجات بخش پس از کمورادیوتراپی	۱۶:۴۵ - ۱۸:۰۰
متخصص گوش، گلوبینی و سروگردن	دکتر خورسندی	تومورهای پاروتید	۱۸:۰۰ - ۱۹:۳۰
پرسش و پاسخ			۱۹:۳۰ - ۲۰:۰۰

تخصص	سخنرانان	موضوعات	ساعات
متخصص گوش، گلو، بینی و سروگردن	دکتر خواجوی	تومورهای حفره دهان	۸:۰۰ - ۱۰:۳۰
استراحت			۱۰:۳۰ - ۱۱:۰۰
متخصص گوش، گلو، بینی و سروگردن	دکتر نقیب زاده	اخلاق حرفه ای	۱۱:۰۰ - ۱۲:۰۰
متخصص گوش، گلو، بینی و سروگردن	دکتر عامری	نقش علوم مولکولی در تشخیص و درمان تومورها	۱۲:۰۰ - ۱۳:۳۰
نماز و ناهار			۱۳:۳۰ - ۱۴:۳۰
متخصص گوش، گلو، بینی و سروگردن	دکتر مطیعی	تومورهای غیرملانومی پوست	۱۴:۳۰ - ۱۵:۳۰
متخصص گوش، گلو، بینی و سروگردن	دکتر کاظمی	ملانوم بدخیم	۱۵:۳۰ - ۱۶:۳۰
استراحت			۱۶:۳۰ - ۱۶:۴۵
متخصص گوش، گلو، بینی و سروگردن	دکتر ایزدی	روشهای جراحی و غیرجراحی حفظ ارگان در تومورهای لارنکس	۱۶:۴۵ - ۱۷:۴۵
متخصص گوش، گلو، بینی و سروگردن	دکتر صفوی	برخورد با مراحل اولیه تومورهای لارنکس	۱۷:۴۵ - ۱۸:۴۵
پرسش و پاسخ			۱۸:۴۵ - ۱۹:۱۵

رویدادهای علمی بین المللی

<p>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</p> <p>HEAD AND NECK OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 23e25 September 2015, Coventry, UK Contact: Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk</p> <p>CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 29 September e 1 October 2015, Coventry, UK Contact: Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk</p> <p>ORAL DISEASE e AN 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</p> <p>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</p> <p>CHEMORADIOTHERAPY IN HEAD AND NECK ONCOLOGY 29 September 2015, Birmingham, UK</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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@ferrarafig2015.org Website: www.ferrarafig2015.org</p> <p>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</p>
---	--

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