

# جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.24 Sep 2015

شماره ۲۴ - شهریور ۱۳۹۴



ماهنامه «جراحی فک و صورت - تازه‌ها» دو ساله شد. در طی دو سال گذشته با انتشار ۲۳ شماره نشریه با بیش از ۱۴۰ مقاله علمی و ارسال آن برای بسیاری از همکاران دندان‌پزشک و پزشک تلاش برای در اختیار قرار دادن تازه‌های رشته جراحی فک و صورت به عمل آمد. هم‌چنین با درج اخبار و اطلاع‌رسانی نشست‌های علمی دیگر انجمن‌های دندان‌پزشکی و پزشکی، گامی جهت امکان شرکت همکاران در این گونه برنامه‌ها برداشته شد. امید است که در سومین سال نشر، ماهنامه بتواند چون همیشه از نظرها و پیشنهادهای گران‌قدر شما بهره‌مند گردد.

به نام خدا

سرزمین ما پزشکان بزرگی چون پورسینا را در دامان خود پرورانده است. پزشکانی که به سبب تسلط بر علوم زمان خود حکیم خوانده می‌شدند. امروزه هر چند به سبب گستردگی دانش بشری، امکان جامع العلوم شدن نیست ولی فراگیری تنها علم پزشکی و به عبارتی دیگر تک بعدی بودن برای یک پزشک نمی‌بایست کافی باشد. حرفه پزشکی فقط به درمان جسم انسان‌های نیازمند به درمان محدود نمی‌شود.

پزشکی حرفه ای است که نه تنها با جان انسان‌های دردمند بلکه با روان آن‌ها پیوند دارد.

پزشک در ارتباط با بیمارش باید از مهارت خوب شنیدن، درست دیدن، مهارت در استفاده از ابزارهای پاراکلینیکی و تجزیه و تحلیل آن‌ها برخوردار باشد و در نهایت بر اساس متدولوژی علمی، دانش زمانه و توانایی‌های پربر مغزی به تشخیص بیماری برسد.

دانستن علوم انسانی از جمله روان‌شناسی، ادبیات، هنر، موسیقی و ... پزشک را مجهز به علم ارتباط اجتماعی می‌سازد. هنر در کار درمان می‌تواند انسان‌ها را به هم نزدیک و روابط آنان را تلطیف کند.



در پزشکان که بار استرس و درد بیماران به آنان منتقل می‌شود، بهره‌گیری از هنر هم می‌تواند به هدایت درمان کمک کند و هم از فشار گریز ناپذیر کار بکاهد.

با افزایش سطح تحصیلات عمومی شهروندان و امکان دسترسی بخش بزرگی از مردم به شبکه اجتماعی و یافتن پاسخ برای پرسش‌هایی که پیش‌تر برای ایشان مقدور نبود، در حال حاضر بسیاری از بیماران از اطلاعات جدیدی در باره بیماری خود برخوردار هستند که هم نیاز به تغییر بنیادی در روابط پزشک و بیمار را از شکل سنتی پدر سالارانه به شکل «بیمار و پزشک محور» به نیازی میرم تبدیل می‌کند و هم لزوم آگاهی بر علوم کاربردی روز برای دسترسی به منابع جدید و اطلاع از آخرین دستاوردهای علم پزشکی، به امری ضرور مبدل می‌سازد. در غیر این صورت پزشک در واقعیت امروز، به طور مکرر با چالش‌های گوناگونی در روند کار اعتماد سازی با بیمار مواجه می‌شود.

تسلط به دانش زمانه، توانائی مغزی و قدرت آنالیز داده‌ها را در پزشک افزایش می‌دهد و تشخیص دقیق تر را در برخورد نخستین با بیماری امکان پذیر می‌سازد. نمونه‌های پور سینا و رازی و جرجانی و بسیاری از نام داران علم پزشکی که به تاریخ و فلسفه و ادبیات و موسیقی و نجوم و ریاضی و ... احاطه داشتند، شاهی بر درستی این نظر است.

پزشک باید به تهدیدات امروزی محیط زیست که زمین و سلامت ساکنان آن را به خطر می‌اندازد به خوبی آشنا باشد و بتواند تعاملی بین فعالیت خود و ایجاد محیطی سالم‌تر که در آن انسان سالم امکان زیست داشته باشد، به وجود آورد و به عبارتی، خود به عنوان حلقه‌ای از زنجیره سلامت در فعالیت‌های بهبود محیط زیست به طور فعال شرکت کند.

فلسفه به پزشک کمک می‌کند که متد درست تفکر را به کار گیرد و به نتیجه مطلوب برسد. پزشک می‌بایست عمیقاً علم دوست، علم‌گرا و برخوردار از دانشی ژرف باشد و از مدرک‌گرایی و جمع‌آوری عنوان‌های بی‌محتوای گوناگون بپرهیزد.

PhD واژه‌ای لاتین به معنای دکترای فلسفه (دوست دار علم) است. در حقیقت دارنده آن دارای فلسفه و اجتهاد علمی در دانش مورد نظر می‌باشد که با ارائه یک نوآوری در قالب پایان نامه دوره دکتری اخذ می‌شود.

ارزش PhD در منش، دیدگاه و تداوم خدمت علمی به بشریت با یافتن راه‌های جدید درمان و پژوهش‌های علمی نهفته است، وگرنه مدرک PhD قابی خواهد بود بر دیوار تهی.

و بالاخره پزشک می‌بایست به حقوق فردی و اجتماعی خود آگاهی داشته باشد تا قادر باشد چه در عرصه حرفه‌ای در رابطه با بیماران و چه در اجتماع در دفاع از حقوق خود در لحظات ویژه دچار احساسات شتاب زده نشود و کژی‌ها را ببیند و بشناسد و در شأن یک پزشک رفتار کند.

از سال‌های گذشته، تلاشی از طرف برخی همکاران برای تدوین منشور حقوق پزشک دیده شده است که می‌بایست به تأیید همه گروه‌های پزشکی فعال در کشور برسد و برای تصویب به مراجع قانون‌گزار ارائه شود. زیرا که دفاع از منافع پزشک به‌عنوان فردی که انرژی و وقت و هزینه بسیاری متحمل شده تا به موقعیت تحصیلی و شغلی فعلی خود برسد، از ضروریات جامعه پزشکی است.

هم‌زمان با روز پزشک، بار دیگر ضرورت تدوین نهایی منشور حقوق پزشکان را که بتواند تامین‌کننده امنیت قضائی و روانی پزشکان باشد، مطرح است. در این راستا، طرح این مطالبات از طریق انجمن‌های صنفی پزشکان و دندان‌پزشکان که در صورت توانایی و کارآمدی مدیران آن به عنوان قدرت‌مندترین پایگاه مدافع منافع و حافظ جایگاه بلند تاریخی پزشکان در این سرزمین عمل می‌کند، ضروری است. روز پزشک به همه هموطنان مبارک.

دکتر میترا میرمحمدی

عضو هیئت مدیره انجمن علمی جراحان دهان و فک و صورت ایران

بازرس انجمن علمی دندان‌پزشکی ایران

## Surgical guide for symmetrical aesthetic surgery in unilateral fibrous dysplasia

Hyunyoung Kima, Nam-Kyoo Kimb, Jung-Hwan Lima, Hyung Jun Kimc,

<sup>a</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, College of Dentistry, Yonsei University, Seoul, Republic of Korea<sup>b</sup>Department of Dentistry, International St. Mary's Hospital, Catholic Kwandong University, Incheon, Korea<sup>c</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Oral Cancer Research Institute, College of Dentistry, Yonsei University, Seoul, **Republic of Korea**



Fig. 1. Preoperative 3-dimensional view showing overgrowth of the left mandible.

فیبروز دیسپلازی فک موجب تورم بی درد و جابه جایی دندان ها می شود که منجر به عدم قرینگی صورت می گردد که می تواند موجب پریشانی خاطر برخی از بیماران شود. این بیماری، اغلب با رزکسیون ضایعه اصلاح می شود. اگرچه در برخی از موارد رزکسیون کامل یک ضایعه وسیع امکان پذیر نیست و رزکسیون بخشی از ضایعه تنها راه معقولانه برای تامین قرینگی ظاهر بیمار است.

در فیبروز دیسپلازی یک طرفه، کسب نتیجه مطلوب به علت این که مارژین نامشخص است، مشکل است. بنابراین، ابزار هدایت گر و برنامه های نرم افزاری برای شبیه سازی مورد استفاده قرار گرفته است. متأسفانه شبیه سازی غیر واقعی است و ابزارهای هدایت گر، گران هستند. بنابراین ما از استریولیتوگرافی برای ساختن راهنمای جراحی استفاده کردیم. این روش هم چنین برای رزکسیون کامل معرفی شده است و می تواند احساس لامسه در جراحان فراهم آورد.

سپس ما از راهنمای جراحی بر روی بیمار با فیبروز دیسپلازی یک طرفه برای ایجاد ظاهر قرینه بعد از رزکسیون ناکامل استفاده کردیم. ( با ایجاد تصویر آینه ای از سمت راست طبیعی ماندیبیل از پلن میدساژیتال مجازی )

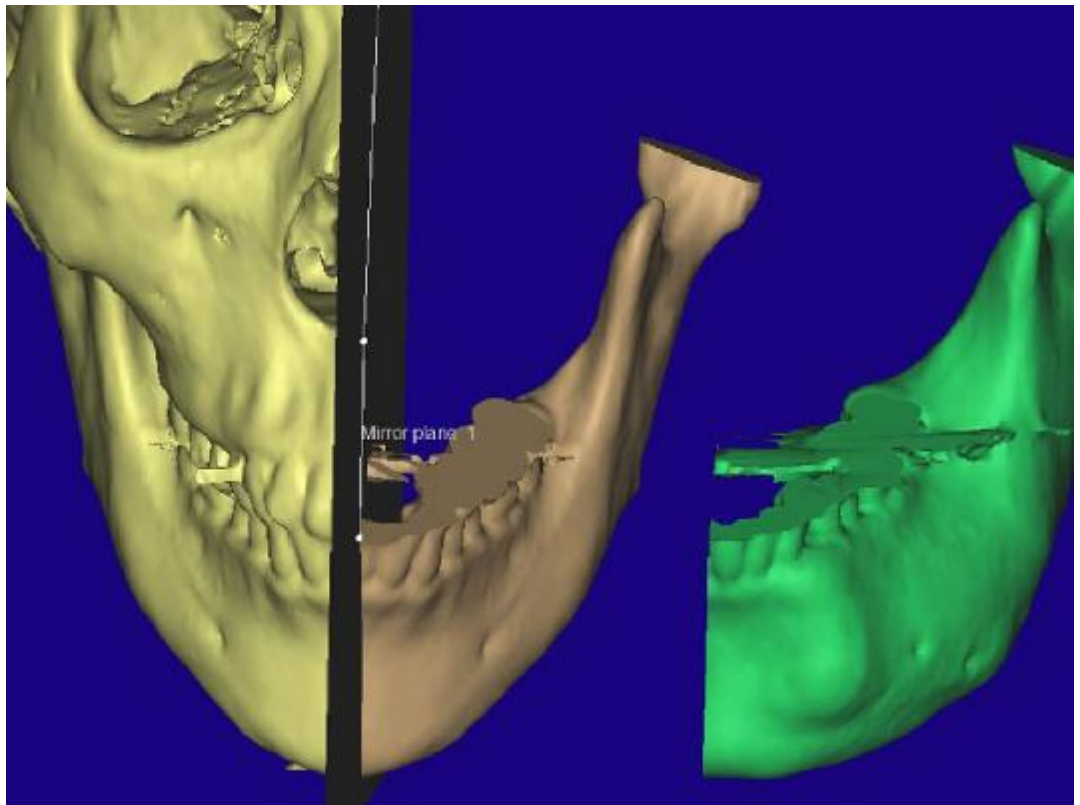


Fig. 2. Mirror image of the normal right mandible (brown) and the affected left mandible (green).



Fig. 3. Neomandible (upper) and surgical guide(lower).

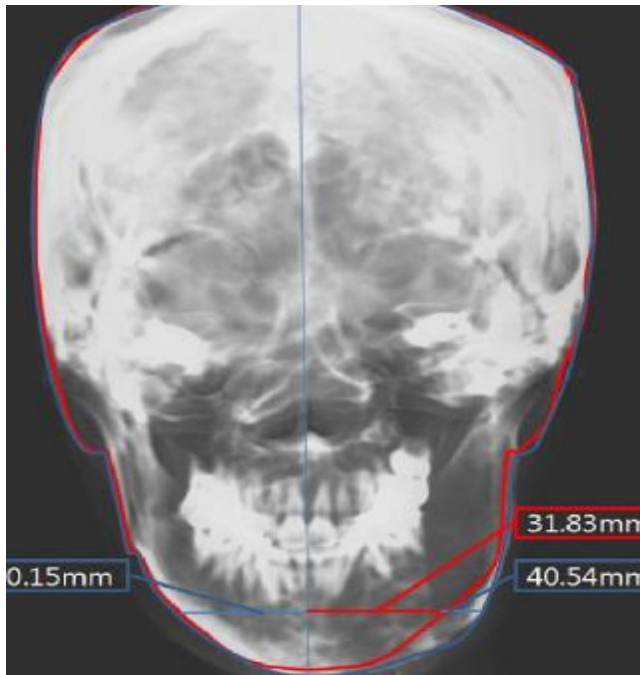


Fig. 4. Superimposition of preoperative and postoperative posteroanterior cephalometric film outlined with a blue line (preoperative) and a red line (postoperative).

انسپژن داخل دهانی و دایسکشن جینجیوال برای اکسپوز سمت چپ درگیر ماندیبل انجام شد. بعد از محافظت از عصب منتال، راهنمای جراحی بر روی ماندیبل قرار داده شد. ناحیه غیر قرینه قطع شد تا راهنمای جراحی دقیقاً بر روی ماندیبل منطبق شود. کانتورهای صورت بر روی فیلم‌های سفالومتریکی خلفی - قدامی قبل و بعد از جراحی اندازه‌گیری شدند.

( Fig 4 )

نتایج نشان داد که استفاده از راهنمای جراحی می‌تواند در حصول به نتایج رضایت بخش و ایجاد ظاهر قرینه بعد از عمل مفید باشد.

## آیا طول کردن چانه با گرفت آلژونیک ( ایلیاک ) اینترپوزیشنال بی‌خطر و مؤثر

است؟

J Oral Maxillofac Surg 73:1583-1591, 2015

### Is It Safe and Effective to Lengthen a Chin With Interpositional Allogenic (Iliac) Graft?

Jeffrey C. Posnick, DMD, MD,\* and Ali Sami, DDS **Washington, DC.**

**هدف:** این مقاله مرور گذشته نگری است بر سری بیمارانی که برای آنان طول کردن چانه در زمان جراحی ارتوگناتیک در طی ۳ سال انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** جراحی‌های جنیوپلاستی مطالعه شده شامل طول کردن چانه به اندازه ای که یک گرفت اینترپوزیشنال ضروری فرض شود، بود. ( n=19 ) استخوان کورتیکوکنسولوس ( ایلیاک ) آلژونیک در همه موارد به کار برده شد. برای هر بیمار رادیوگرافی لترال سفالومتریکی در طی دو ماه قبل و ۵ هفته بعد از جراحی انجام شد. از رادیوگرافی‌ها، اندازه‌های کمی ( میلی‌متری ) برای ثبت میزان طول کردن عمودی و جلو آوردن افقی چانه استفاده شد. پارامترهای ترمیم ناحیه جراحی شده چانه برای ثبت شواهدی از عفونت، سکستر، نیاز به جراحی مجدد و اتصال فیبروزی در ناحیه مرور شد.

اسناد ثبت شده بیمارستان و مطب برای هر گونه نشانه ای از ایجاد سپتی‌سمی یا انتقال ویروسی مرور شد.

**نتایج:** متوسط سنی بیماران در زمان جراحی ۳۵ سال بود ( با دامنه ۱۵ تا ۵۸ سال ). تجزیه و تحلیل رادیوگرافی‌های قبل و ۵ هفته بعد از عمل، میزان متوسط ۷ میلی‌متر طول کردن عمودی را ثبت کرد. ( با دامنه ۴ تا ۱۰ میلی‌متر ). میانگین میزان جلو آوردن افقی در ناحیه پوگونویون ۲ میلی‌متر تأیید شد. ( با دامنه ۱ تا ۳ میلی‌متر ). هیچ‌یک از بیماران در

مطالعه متحمل عفونت ناحیه چانه، سکستر گرفت، اتصال فیبروزی یا نیاز به عمل مجدد نشدند. هیچ موردی از سپتیسمی پس از عمل یا بیماری ویروسی که نتیجه عفونت سیستمیک باشد وجود نداشت.

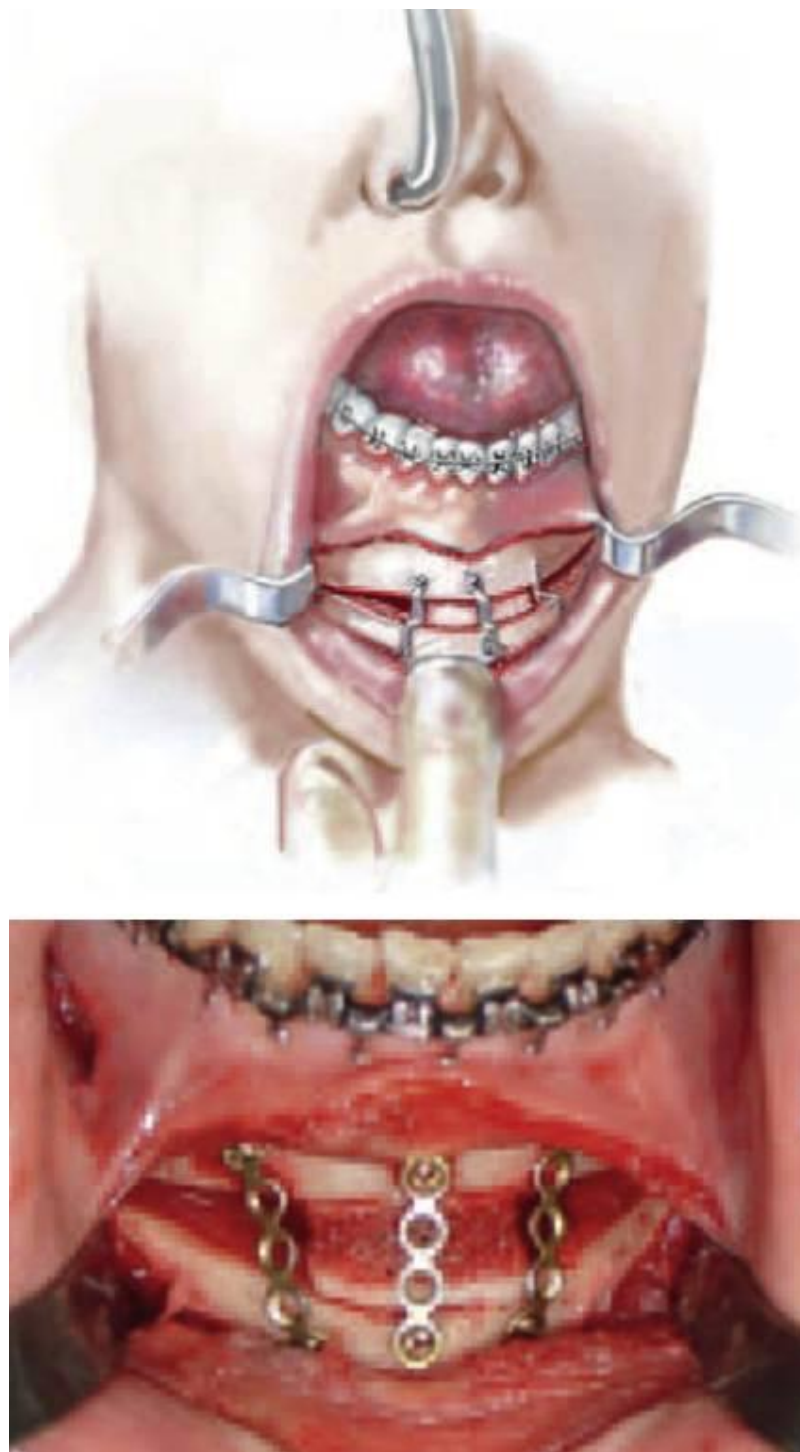


FIGURE 1. When considerable vertical lengthening of the chin is planned, an interpositional graft is crafted and placed in the gap. The graft fills the central gap between the standard titanium fixation plates in place. The authors do not find it necessary or advantageous to place graft in the lateral aspect of the gaps. An additional plate and screws are generally placed vertically in the midline across the osteotomy site and directly over the graft. A, Illustration depicts osseous genioplasty with vertical lengthening and standard titanium plate and screw fixation. B, Crafted allogenic (iliac) corticocancellous graft is inset and further secured with a titanium plate and screws. (Posnick JC: Aesthetic consideration of the chin: Evaluation and surgery, in Posnick C [ed]: Orthognathic Surgery: Principles and Practice. New York, NY, Elsevier, 2013, pp 1564-1612, Figure 37-20G).



FIGURE 2. A 26-year-old woman with a short face growth pattern and interest in improving her profile and smile. The patient's history on) with an interpositional allogenic bone graft bilateral sagittal split ramus osteotomies (horizontal advancement), and osseous genioplasty (vertical lengthening of 10 mm and horizontal advancement of 3 mm) with an interpositional allogenic bone graft. As a result of treatment, the patient has an open airway, improved occlusion, and favorable facial esthetics. A, Frontal view with smile before treatment. B, Frontal view with smile after treatment. C, Profile view before treatment.D, Profile view after treatment. (Fig 2 continued on next page.)



FIGURE 2 (cont'd). E, Lateral cephalometric radiograph before treatment. F, Lateral cephalometric radiograph after treatment. (Posnick JC: Short face growth patterns: Maxillo-mandibular deficiency, in Posnick JC [ed]: Orthognathic Surgery: Principles and Practice. New York, NY, Elsevier, 2013, pp 866-896, Figure 23-7).

نتیجه‌گیری: مطالعه ما، بی‌خطر بودن انجام گرفت کورتیکوکنسولوس برای پر کردن دیفکت‌های اینترپوزیشنال منتج از استئوتومی عرضی سمفیزال برای طویل کردن چانه را تصدیق کرد.



# استفاده از آلوگرافت استخوانی freeze – Dried – دمینرالیزه و اشباع شده از لینکومایسین در

## دیفتک پریودنتال بعد از جراحی مولر سوم

J Oral Maxillofac Surg 72:850-857, 2014

### Use of Lincomycin-Impregnated Demineralized Freeze-Dried Bone Allograft in the Periodontal Defect After Third Molar Surgery

Reza Tabrizi, DMD,\* Hooman Khorshidi, DMD,y Shoaleh Shahidi, DMD,z

Mehdi Gholami, DMD,x Saman Kalbasi, DMD,k and Adell Khayati, DMD{Iran

خارج کردن به طریق جراحی دندان‌های مولر سوم نهفته ( M3s ) چه به علت پروفیلاکتیک و چه علامتی، اقدام شایعی است که توسط جراحان دهان و فک و صورت به اجرا در می‌آید. ایجاد پاکت پریودنتال در سطح دیستال دندان مولر دوم مجاور، یکی از نتایج پس از عمل آن است.

در مطالعات قبلی، بیماران با سن بالاتر از ۲۶ سال به عنوان ریسک فاکتور ایجاد دیفتک‌های پریودنتال M2 بعد از جراحی M3 مورد توجه قرار گرفتند.

**هدف** از مطالعه حاضر ارزیابی ظرفیت رژنراتیو پریودنتالی آلوگرافت استخوانی دمینرالیزه freeze – dried ( DFDBA ) به تنهایی یا استفاده شده با لینکومایسین موضعی است.

**مواد و روش‌ها:** در آزمایشات کلینیکی single – blind تصادفی کنترل شده حاضر ۲۰ بیمار ۲۶ ساله یا بیش تر که نیاز به کشیدن دندان‌های مولر سوم ( M3s ) در هر دو طرف داشتند وارد شدند. برای هر مورد به طور تصادفی مقرر شد که یا DFDBA یا DFDBA به علاوه لینکومایسین دریافت کند. در بیماران، محل 1- M3 تصادفاً انتخاب شد که محل آزمایش شود و در سمت دیگر به عنوان کنترل اجازه ترمیم بدون مداخله انجام شود. متغیرهای اولیه تغییرات در عمق پروبینگ ( PD )، سطوح کلینیکی استخوان آلوئول ( ABLs ) و تراکم استخوان آلوئولار در رادیوگرافی ( ABD ) در سطح دیستال مولر دوم بین خط مبنا ( بلافاصله پس از عمل ) و ۲۶ هفته پس از عمل ( T 26 )، اندازه مقتضی نمونه و آمارهای توصیفی دو متغیر و چند متغیر محاسبه شدند.

برای هر دو محل درمانی و کنترل، بین T0 و T26 به طور قابل ملاحظه ای در ABLs و ABD بهبود مشاهده شد. در مقایسه این موارد هیچ تفاوت قابل ملاحظه ای در ABD یا ABL و PD بین محل‌های M3 درمانی و کنترل در T0 یا T26 نشان داده نشد. همچنین، هیچ تفاوت قابل ملاحظه ای در ABD یا ABL و PD بین ۲ محل درمانی M3 در T26 یافت نشد.

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که PD , ABL , ABD پس از برداشتن M3 در بیماران ۲۶ ساله یا بیش تر بدون ارتباط به گروه درمانی و گروه کنترل بهبود می‌یابند. اقدامات بازسازی DFDBA با یا بدون لینکومایسین سود قابل پیش‌بینی در مقایسه با پروتکل بدون درمان در بیماران جوان تر از ۳۰ سال ارائه نمی‌دهد.

مطالعات نشان داده است که لینکومایسین علیه کوکسی‌های گرم مثبت شامل استافیلوکوک، استرپتوکوک ویریدانس و بتاهمولیتیک استرپتوکوک مؤثر است. لینکومایسین هیچ اثری بر روی cytotoxicity ، پرولیفراسیون یا فعالیت متابولیک استئوبلاست‌های اولیه انسان حتی در تراکم بیش تر ندارد و فعالیت خوبی علیه بی‌هوازی‌ها نشان می‌دهد. مؤثر بودن آن علیه عفونت‌های استخوانی به توانایی نفوذ به استخوان و بافت‌های شدیداً عفونی مربوط می‌شود.

به علت عوارض جانبی و سمیت این دارو، امروزه به شکل سیستمیک بندرت به کار می‌رود و برای بیماران که نسبت به پنی‌سیلین آلرژی دارند یا در آن‌ها مقاومت باکتریایی پیشرفت کرده است، استفاده می‌شود. همچنین استفاده سیستمیک

از لینکومایسین می‌تواند مسبب کولیت پسودوممبرانوز باشد. بنابراین استفاده موضعی در گرفت می‌تواند از تأثیر توکسیک سیستمیک آن جلوگیری کند.

## سیالولیتیاژیس یک غده پاروتید فرعی

یک مورد غیر معمول

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 658–659

### Short communication

### Sialolithiasis of an accessory parotid gland: an unusual case

S.C. Debnatha, A.K. Adhyapokb

<sup>a</sup>Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Regional Dental College, Guwahati, Indrapur, 781032 Guwahati, India <sup>b</sup>Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Regional Dental College, Guwahati, **India**

ما در این مقاله نمونه نادری از سیالولیتیاژیس غده پاروتید فرعی را گزارش می‌کنیم که در ناحیه قدامی مدیال به عضله ماستر واقع شده بود و از غده اصلی پاروتید جدا می‌شد. سنگ در این غده فرعی ایجاد شده و غده اصلی آزاد از لیتیاژیس و التهاب بود.



Fig. 1. Posteranterior view of the mandible showing multiple scattered rounded radio-opaque masses in the angle of the mandible.

بنا به دانسته‌های ما، تاکنون هیچ گزارشی از وجود ۱۴ سنگ در غده بزاقی پاروتید فرعی داده نشده است. سنگ از طریق برش استاندارد بدون آسیب به عصب صورتی یا ایجاد فیستول بزاقی درآورده شد.

**مقدمه:** سیالولیتیاژیس توسط انسداد غده بزاقی یا مجاری مترشحه توسط یک سنگ یا سیالولیت همراه با تورم، درد و عفونت غده درگیر مشخص می‌شود که منتج به اتساع (ectasia) بزاقی می‌شود.

تورم مجاری بزاقی یا در زمان جویدن غذا و یا بدون علت واضحی ایجاد می‌شود که بیش از ۲ ساعت طول نمی‌کشد و در طی روز ناپدید می‌شود. در بعضی موارد تورم با دوره ای از کولیک بزاقی همراه می‌شود و درد حاد بعد از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه از بین می‌رود.

**گزارش نمونه:** خانمی ۲۶ ساله به بخش جراحی دهان و فک و صورت کالج و بیمارستان دندان پزشکی منطقه ای Assam هند با سابقه ۶ ماهه از تورم راجعه و درد به همراه آن در سمت راست صورت مراجعه کرد. در معاینه از بیمار، تورم به اندازه تقریبی ۳\*۳ سانتی‌متر در سمت راست صورت داشت. تورم گرم، سفت و نسبت به لمس دردناک بود اما درد در

هنگام جویدن وجود نداشت. تشخیص موقتی سیالوآدنیت در نتیجه سیالولیتیزیس گذاشته شد. برآمدگی خلفی قدامی ماندیبل با گونه‌های پف کرده، چندین توده رادیوپاک را نشان داد که بر روی سایه راموس ماندیبل در سمت راست افتاده بود که تشخیص موقتی ما را تأیید می‌کرد.

( Fig 1 ) چند سیالولیت در غده پاروتید فرعی از طریق انسیزن استاندارد پاروتید بدون آسیب به عصب صورتی زیر بی‌هوشی عمومی درآورده شدند ( Fig 2,3 ) بدین ترتیب ۱۴ سیالولیت تخم مرغی شکل به دست آمد. بیمار برای مدت ۴ ماه پس از عمل پایش شد و بازگشت بیماری وجود نداشت.

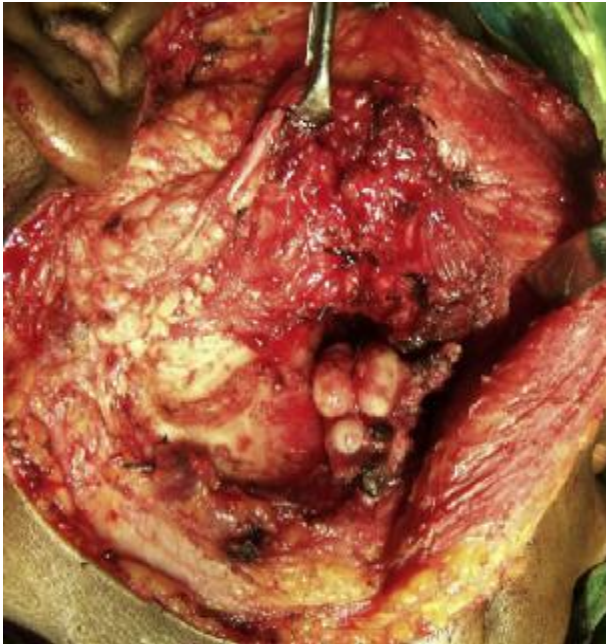


Fig. 2. Sialoliths of the accessory parotid gland, which was located antero-medial to the masseter muscle and was isolated from the main parotid gland.



Fig. 3. Fourteen sialoliths from the accessory parotid salivary gland.

## آیا آرتروسنتز به‌علاوه پلاسمای غنی از پلاکت به‌آرتروسنتز تنها در درمان استئوآرتریت مفصل گیجگاهی فکی ارجحیت دارد؟

یک آزمایش کلینیکی تصادفی

J Oral Maxillofac Surg 73:1473-1483, 2015

### Is Arthrocentesis Plus Platelet-Rich Plasma Superior to Arthrocentesis Alone in the Treatment of Temporomandibular Joint Osteoarthritis?

#### A Randomized Clinical Trial

Songul Comert Kilic, DDS, PhD,\* Metin Gungormus, DDS, PhD,y

and Muhammed Akif Sumbullu, DDS, PhDz **Turkey**

استئوآرتریت (OA) بیماری مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده‌ای است که سبب تخریب غضروف در مفصل می‌شود. این بیماری به‌همراه آسیب به غضروف و بافت‌های پیرامون آن، توسط درد، سفتی و از بین رفتن عمل‌کرد مفصل مشخص می‌شود. این بیماری نه تنها باعث دژنراسیون موضعی غضروف مفصل بلکه باعث خوردگی استخوانی، اسکروز، صاف شدن و در برخی موارد، شکل‌گیری استئوفیت در مارژین‌های مفصل می‌شود.

TMJ - OA شایع است و شیوع آن با سن افزایش می‌یابد. اگرچه شدت و شیوع آن مورد مجادله است. بار اضافی، براکسیسم، جویدن یک طرفه، استعداد ژنتیکی و اختلال داخلی، فاکتورهای اتیولوژیک برای TMJ - OA هستند. آزمایشات رادیوگرافیک به‌طور متداول برای تأیید تغییرات دژنراتیو در TMJ و ساختارهای همراه آن انجام می‌شود. TMJ را می‌توان با استفاده از رادیوگرافی‌های پانورامیک و ترانس کرانیال، CT‌های معمول، CBCT، MRI و آرتروگرافی مشاهده و غربال‌گری کرد.

CBCT اغلب به‌علت برتری و امتیازات آن نسبت به‌دیگر روش‌های رادیوگرافی ترجیح داده می‌شود که هزینه و دوز مؤثر و فراهم آوردن تصویر سه بعدی از تغییرات دژنراتیو و بافت مینرالیزه در TMJ و ساختارهای پیرامون از جمله آن است. TMJ - OA می‌تواند به‌طور کلینیکی با چندین روش درمانی از جمله آرتروسنتز که به‌طور وسیع در درمان اختلالات مفصل گیجگاهی - فکی به‌کار می‌رود و تأثیر بسیار آن در بهبود عمل‌کرد فک و کاهش سطح درد ثابت شده است معالجه شود.

PRP اولین بار در جراحی فک و صورت در سال ۱۹۷۷ معرفی شد و استفاده کلینیکی از آن به‌علت پتانسیل خصوصیات ترمیمی از طریق پرولیفراسیون، مهاجرت و تمایز سلول‌ها و ریمدلینگ بافتی، تولید ماتریکس و خصوصیات تمایز کندروژنیک رواج یافت.

PRP به‌عنوان محلول اتولوگی با تراکم ۸ - ۳ برابر بیش‌تر پلاکت است که توسط جدا کردن و متمرکز کردن خون اتولوگ توسط سانتریفوژ تراکمی مدرج به‌دست می‌آید که همراه با فاکتورهای رشد بسیاری (GFs) از جمله فاکتور رشد مشتق از پلاکت، فاکتور رشد تغییر شکل یافته (TGF)، فاکتور رشد اندوتلیال واسکولار (VEGF)، فاکتور رشد اپی‌تلیال (EGF)، فاکتور رشد شبه‌انسولین - ۱ (IGF - 1) و Insulin - like growth factor 1 (IGF - 1)، فاکتور رشد فیبروبلاست پایه ای (bFGF) و سه پروتئین خون (فیبرین، فیبرونکتین و تیرونکتین) همراه است.

تزریق PRP به‌داخل مفصلی از جمله زانو و هیپ به‌طور معمول و با موفقیت در درمان مفاصل دژنراتیو به‌کار رفته است، گرچه مؤثر بودن آن در TMJ - OA در مطالعات محدودی مورد بررسی قرار گرفته است.

**هدف:** مقایسه نتایج کلینیکی و رادیولوژیک درازمدت استئوآرتریت‌های مفصل گیجگاهی فکی (TMJ - OA) درمان شده با آرتروسنتز به‌علاوه پلاسمای غنی شده از پلاکت (PRP) با آرتروسنتز تنها است.

**مواد و روش‌ها:** یک مطالعه کلینیکی بر اساس آمار تصادفی در بیماران بزرگ‌سال با TMJ - OA که به‌کلینیک مؤلفین مقاله از ماه مه ۲۰۱۲ تا ژوئیه ۲۰۱۳ ارجاع شدند، انجام شد.

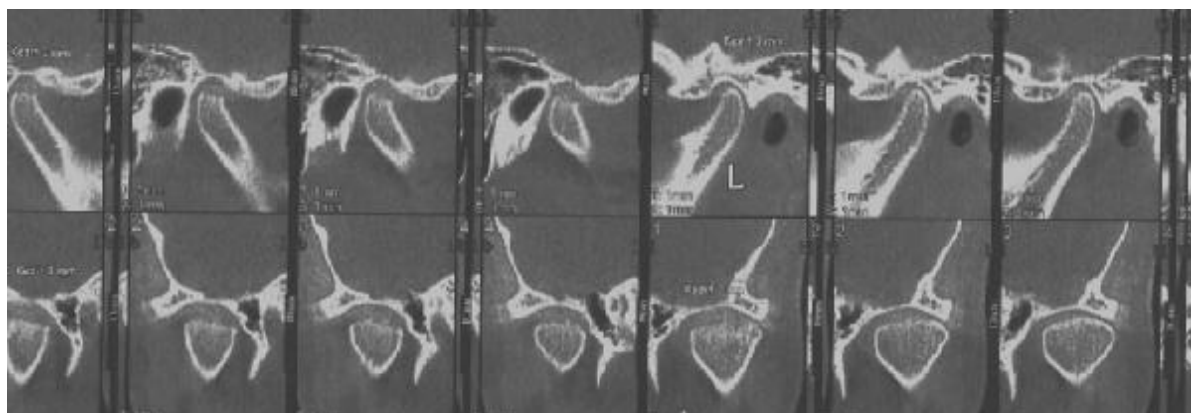


FIGURE 1. Case 1. Preoperative cone-beam computed tomograms of bilateral temporomandibular joint osteoarthritis (coronal and sagittal views).

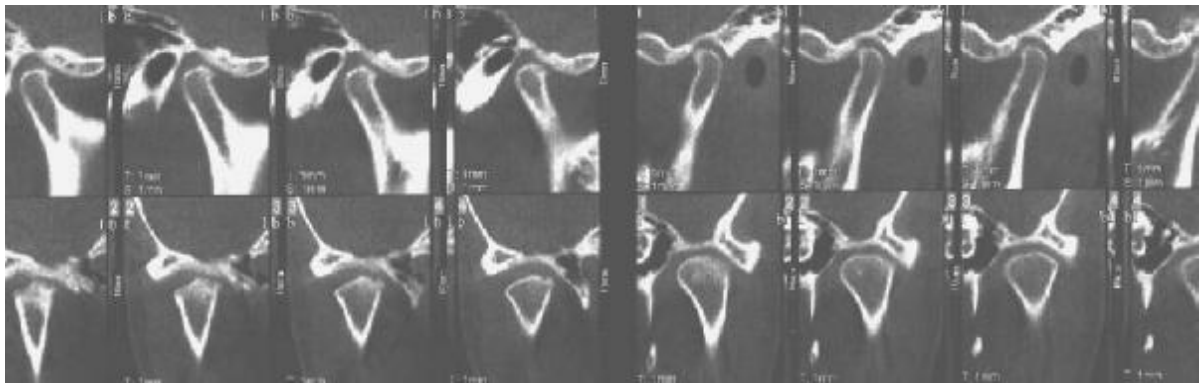


FIGURE 2. Case 1. Twelve-month postoperative follow-up cone-beam computed tomograms (note reparative remodeling of osteoarthritis bilaterally).

نمونه متشکل از ۳۰ بیمار اتفاقی TMJ - OA درمان شده با آرتروسنتز به‌تنهایی (گروه کنترل) و یا آرتروسنتز در ابتدا و سپس ۴ تزریق متوالی ۱ ml PRP داخل TMJ بعد از بی‌حسی داخل مفصلی در هر ماه (گروه مطالعه) بود. متغیرها، ارزیابی‌های مقیاسی چشمی (کفایت جویدن، صداها، شکایت‌های درد، بیش‌ترین میزان باز شدن دهان و یافته‌های CBCT) بودند. نتایج متغیرها قبل از جراحی و ۱۲ ماه پس از جراحی ثبت شدند.

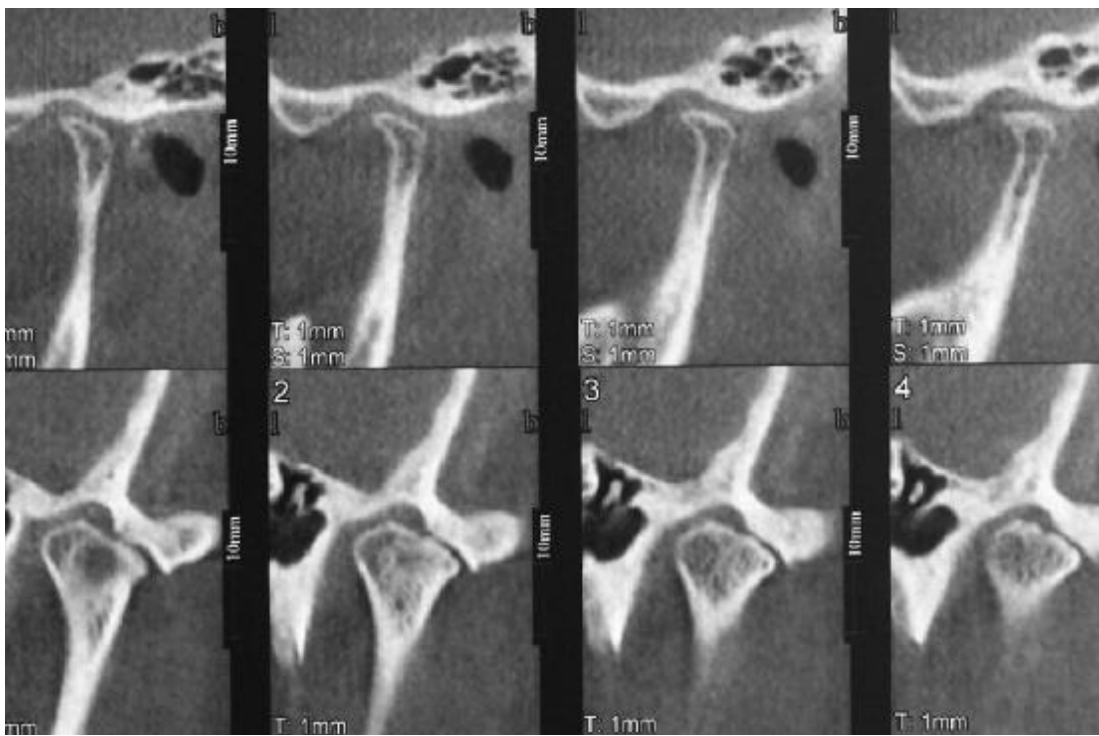


FIGURE 3. Case 2. Preoperative cone-beam computed tomograms of temporomandibular joint osteoarthritis on left side (coronal and sagittal views).

**نتایج:** نمونه متشکل از ۴۷ مفصل مربوط به ۳۰ بیمار با OA (گروه کنترل: ۱۵ مفصل و گروه مطالعه: ۳۲ مفصل) بود. به‌لحاظ آماری صداها، مفصلی و شکایات کلی از درد در ۲ گروه کاهش یافت. در حالی که کفایت جویدن، و بی‌دردی در هنگام بازکردن دهان و حرکات جانبی به‌لحاظ آماری پیشرفت بیشتری در گروه مطالعه نسبت به گروه کنترل داشت. ارزیابی‌های CBCT نشان داد که ریمدلینگ جبرانی آبنورمالیتی‌های استخوانی به‌میزان ۸۷/۵ و ۴۶/۶٪ در گروه‌های مطالعه و کنترل به‌ترتیب اتفاق افتاد.

نتیجه گیری: داده‌های ما این مطلب را که آرتروسنتز و تزریق PRP روش بی‌خطر و امید بخشی برای درمان TMJ – OA نسبت به آرتروسنتز به‌تنهایی است، اظهار می‌کند.

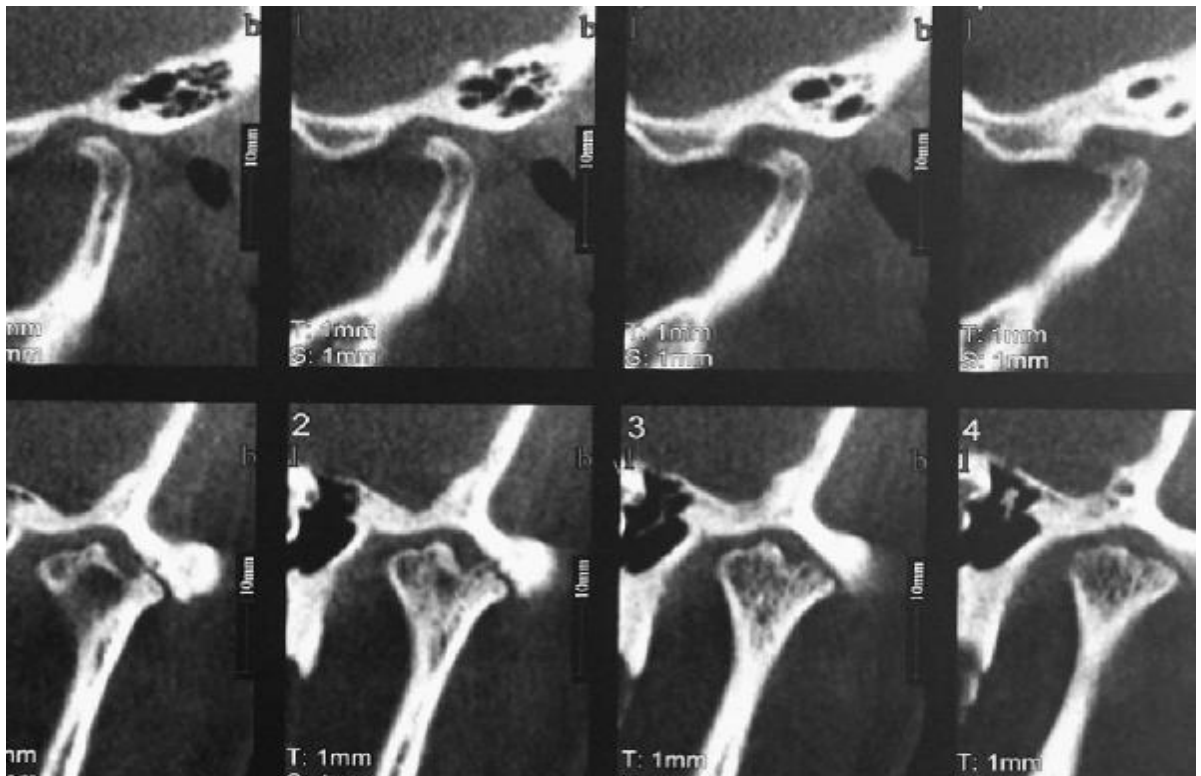


FIGURE 4. Case 2. Twelve-month postoperative follow-up cone-beam computed tomograms (note progressive degeneration of osteoarthritis).

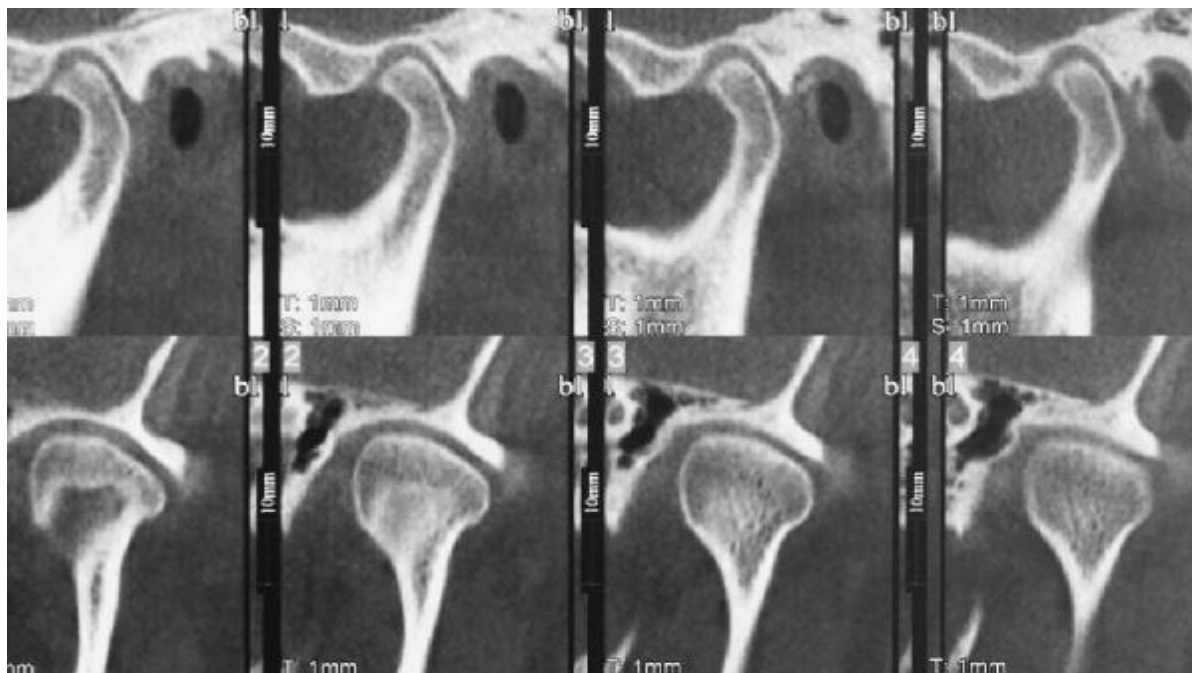


FIGURE 5. Case 3. Preoperative cone-beam computed tomograms of temporomandibular joint osteoarthritis on left side (coronal and sagittal views).

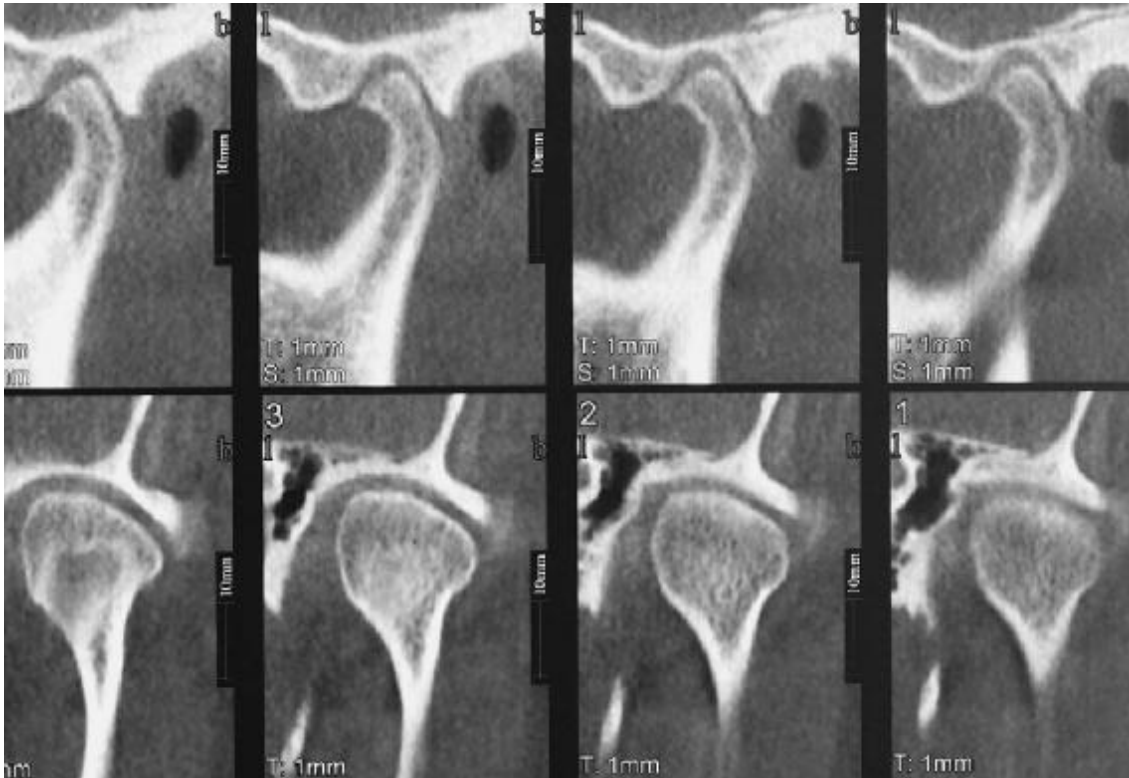


FIGURE 6. Case 3. Twelve-month postoperative follow-up cone-beam computed tomograms (note no or minimal changes of osteoarthritis)

## بیماران با ایمپلنت‌های ترانس ماندیبولار در زمانی که شکننده می‌شوند در خطر عوارض شدید هستند.

J Oral Maxillofac Surg 73:1493-1498, 2015

### **Patients With Transmandibular Implants Are at Risk for Severe Complications When Becoming Frail**

Arie R. Hoeksema, DDS,\* Gerry M. Raghoebar, DDS, MD, PhD,<sup>y</sup>

Arjan Vissink, DDS, MD, PhD,<sup>z</sup> and Anita Visser, DDS, PhD<sup>x</sup> **The Netherlands**

در اوایل دوره ایمپلنت، سیستم‌های ایمپلنت ترانس ماندیبولار برای گیر آوردن چهره‌های مبتنی بر ایمپلنت در ماندیل شدیداً تحلیل رفته به کار برده می‌شدند. این سیستم‌های ترانس ماندیبولار نیاز به مراقبت‌های کامل بعدی داشتند، به‌ویژه هنگامی که بیماران نحیف می‌شدند و نیاز به مراقبت داشتند.



FIGURE 1. A 95-year-old woman with persistent fistula of the chin with discharge. A, Fistula in the chin region as a result of peri-implantitis. B, Severe inflammation of peri-implant tissue. C, Orthopantomogram shows severe bone loss. (Fig 1 continued on next page.)

در نتیجه، در این گونه بیماران مسن، به مراقبت دهانی اغلب توجه کمتری می‌شد. مراقبین این بیماران غالباً با سطح مراقبت‌های دهانی لازم برای حفظ ایمپلنت‌های ترانس ماندیبولار در وضعیت خوب ناآشنا بودند. این مطالعه خطر عوارض شدید، شامل درد مزمن و شکستگی فک پایین در بیماران سال‌خورده نحیف که توانایی حفظ و مراقبت دهانی در سطح مورد نیاز را ندارند و مراقبین آن‌ها نیز این سطح از مراقبت دهانی را برای آنان فراهم نیاورده اند را تشریح می‌کند.

در مطالعه ما اطراف پست‌های ایمپلنت ترانس ماندیبولار، پاکت‌های عمیق پروب شدند. به لحاظ کلینیکی و رادیوگرافی تحلیل شدید استخوان پری‌ایمپلنت در اطراف پست‌ها دیده شدند.

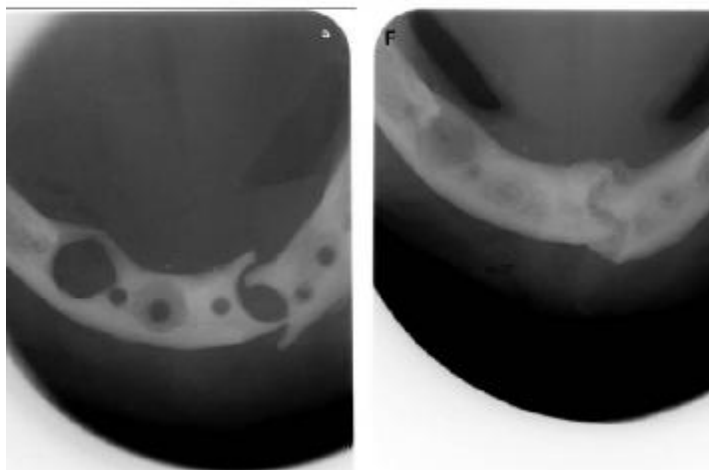


FIGURE 1 (cont'd). D, The Bosker transmandibular implant was removed under local anesthesia. After removal, large defects remained in the mandible. E, Axial radiograph of the mandible 1 week after removal of the transmandibular implant shows a fracture. F, Axial radiograph of the mandible after putting the patient on a soft diet. The fracture site shows signs of appropriate healing.





FIGURE 2. An 85-year-old woman with severe peri-implantitis. A, The posts are covered with calculus. B, Orthopantomogram shows severe loss of bone loss around the implant posts of the Bosker transmandibular implant. Reprinted with permission from Visser A, de Baat C, Hoeksema AR, et al: Oral implants in elderly patients: A problem or a blessing? Gerodontology 28:76, 2011. \_ 2011 John Wiley & Sons.

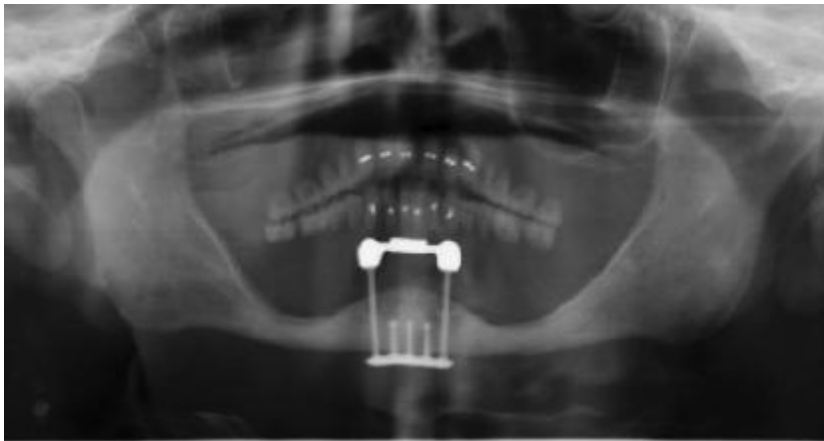


FIGURE 3. A 78-year-old man with a Small (staple bone) transmandibular implant. A, Orthopantomogram obtained at the recall visit 2 years after the patient had been lost to follow-up. B, The posts are covered with plaque. The screw shape of the post makes proper cleaning very difficult



# نشست‌های علمی ماه شهریور

دهمین کنگره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران

زمان: ۱۰ تا ۱۳ شهریور ۹۴ ، مکان: مرکز همایش‌های برج میلاد

تلفن: ۲۱۲۶۴۲۰۴۳۰

کنفرانس ماهانه انجمن علمی راینولوژی ۹۴/۶/۲۶

انجمن علمی راینولوژی ایران، بیمارستان میلاد

واحد مجری ۸۸۹۵۰۳۹۵

جراحان فک و صورت : ۲/۵ امتیاز

کنفرانس انجمن راینولوژی

تالار تصویربرداری بیمارستان امام ۹۴/۶/۵

واحد مجری ۸۸۹۵۰۳۹۵

۲/۵ امتیاز برای جراحان فک و صورت

هفدهمین کنگره سراسری تازه‌های قلب و عروق

سالن همایش‌های بین‌المللی رازی ۳۱ شهریور تا ۳ مهر ماه ۹۴

[Info@iranathero.ir](mailto:Info@iranathero.ir)

## رویدادهای علمی بین‌المللی

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

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@ferraraaffg2015.org](mailto:secretariat@ferraraaffg2015.org)

Website: [www.ferraraaffg2015.org](http://www.ferraraaffg2015.org)

<p>24e25 October 2015, Salzburg, Austria  Contents lists available at <a href="#">ScienceDirect</a>  ORAL DISEASE – AN UPDATE IN DIAGNOSIS,  PATHOLOGY AND TREATMENT  24e25 October 2015, Salzburg, Austria  Contact: Ms Silva Hager  Email: <a href="mailto:s.hager@salk.at">s.hager@salk.at</a>  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: <a href="mailto:sfscmfco2015@univ-lyon1.fr">sfscmfco2015@univ-lyon1.fr</a>  Website: <a href="http://www.sfscmfco.fr">www.sfscmfco.fr</a>  <a href="http://www.sfscmfco2015.univ-lyon1.fr">www.sfscmfco2015.univ-lyon1.fr</a>  CHEMORADIOTHERAPY IN HEAD AND NECK ONCOLOGY  29 September 2015, Birmingham, UK  EUROPEAN HEAD &amp; NECK COURSE  30 September e 2 October 2015, Birmingham, UK  Contact: Samantha Womack Email:  <a href="mailto:Samantha.womack@aesculapacademia.co.uk">Samantha.womack@aesculapacademia.co.uk</a>  Website: <a href="http://www.eurohnc.com">www.eurohnc.com</a></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: <a href="mailto:inquiries@aaoms.org">inquiries@aaoms.org</a>; Web  site:<a href="http://www.aaoms.org">www.aaoms.org</a></p>
--	--

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.