

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

سال سوم، شماره ۲۶ - آبان ۱۳۹۴

No.26 Nov. 2015



به نام خدا

تنوع کار جراحی و طیف گسترده بیماران آن که از سوئی به دندان پزشکی و از سوی دیگر به پزشکی سایه می اندازد، موقعیت ویژه و پرکششی را برای متخصصان جراحی فک و صورت به وجود می آورد. بیش تر دندان پزشکیانی که در جریان درمان بیماران خود وارد عرصه فعالیت این رشته می شوند با اشتیاق به آموزش و فراگیری رمز و راز کار جراحی می پردازند. قلمرو رشته جراحی فک و صورت به نحوی است که فرصت های زیادی برای فراگیری دانش و یادگیری مهارت های جدید هم برای دندان پزشکان و هم شاخه های دیگر پزشکی به وجود می آورد.

آبنورمالیتی های فک و صورت ممکن است فقط با توانایی عملکرد طبیعی این ناحیه تداخل نداشته باشد و می تواند هر جنبه از زندگی بیمار را تحت الشعاع قرار دهد. جراح فک و صورت، توان بازسازی توانایی فرد برای خوردن، صحبت کردن و زندگی کردن طبیعی را دارد. به عبارتی دیگر جراح فک و صورت نه فقط عملکرد و ظاهر بیمار را بازسازی می کند بلکه زندگی فرد را نیز دگرگون می سازد.

در دو شماره گذشته نشریه Oral and Maxillofacial Surgery 2015- 73:1450-1451 در مقاله ای از A. Omar* و Abubaker با عنوان "Faculty time in dental school-based OMS department" مطلبی راجع به نقش رشته جراحی دهان و فک و صورت در آموزش رشته دندان پزشکی آمده بود که بخشی از برگردان آن را در این جا آورده ام. «به نظر برخی بار آموزشی جراحی فک و صورت ممکن است متفاوت از دیگر تخصص های دانشگاهی به نظر نرسد که این امر درست نیست. به دلیل این که بخش آموزشی جراحی فک و صورت نه تنها وظیفه آموزش دانشجویان دندان پزشکی را در رابطه با جراحی های دهان از قبیل کشیدن معمول دندان ها و بی حسی ها و فراهم آوردن آگاهی درباره چشم انداز این

تخصص دارد، بلکه عرصه اصلی به کار بردن علوم بایومدیکال و هدایت درمان پزشکی بیماران نیز هست- در بسیاری از دانشکده ها، بخش های جراحی دهان و فک و صورت همچنین وارد مباحث آموزشی فارماکولوژی و پزشکی دهان می شوند. بدون برآوردن چنین نقشی، آموزش بخش جراحی دهان و فک و صورت به سطح تعلیم مهارت های تکنیکی کاهش می یابد و به طور بالقوه خلایی در نقش حقیقی دندان پزشک به عنوان حافظ زنجیره سلامت معاصر ایجاد می شود. در همان حال کوتاهی از چنین تعهدی می تواند نه تنها بر دندان پزشکی به عنوان حرفه بلکه بر جراحی دهان و فک و صورت به عنوان تخصص نیز تأثیر گذارد.»

از این نوشتار چنین استنتاج می شود که نه فقط آموزش بلکه هدایت درمان در عرصه جراحی های دهان و تدوین پروتکل های درمان بیماری های تعریف شده در جراحی دهان به عهده ماست تا بتوانیم با توجه به نیازمندی های علمی روز و در انطباق با شرایط، دستورالعمل های درمانی را بر اساس تجارب غنی همکارانمان ارائه دهیم.

علاقه بخش بزرگی از دندان پزشکان به جراحی دهان و فک و صورت را در حضور پر رنگ آنان در پانل های جراحی کنگره ها و همایش ها می توان مشاهده کرد. در آخرین کنگره سالانه انجمن علمی دندان پزشکان عمومی ایران (کنگره دهم) گروهی از همکاران جراح فک و صورت برنامه ای تدوین و اجرا کردند و در پانل جراحی به معرفی کیس های متعدد جراحی پرداختند. از این برنامه بسیار استقبال شد. نمونه ها به وضوح نشان دهنده علاقه و نیاز دندان پزشکان به چنین برنامه های آموزشی است که می تواند در ارتقاء درمان در کشور سهم درخوری داشته باشد.

برای شناساندن قلمرو و توانایی های رشته جراحی فک و صورت، نهاد های مدنی از جمله انجمن های علمی می بایست در تدوین برنامه های آموزشی برای دندان پزشکان و هدایت درمان در جراحی های دهان و فک و صورت به همدارباش ها با جدیت برخورد کنند.

در یک کنگره دندان پزشکی، یک پزشک متخصص در باره موضوعی سخنرانی کرد که بی تردید به طور طبیعی در عرصه کار جراحان فک و صورت تعریف می شود. پس از پایان سخنرانی، یکی از همکاران دندان پزشک پرسید بیمارانی را که مشکلات مفصل گیجگاهی - فکی دارند به کدام متخصص باید ارجاع داد؟ در جواب، همکار پزشک مان ایشان را به یک متخصص پزشکی که بخشی از موضوعات کاری آنان با جراحی فک و صورت هم پوشانی دارد ولی درمان مفصل گیجگاهی فکی در عرصه تخصصی آنان قرار نمی گیرد راهنمایی کرد. چنین پرسش و جوابی نشان داد که متأسفانه انجمن های حرفه ای ما نتوانسته اند عرصه کار خود را نه فقط به جامعه پزشکی بلکه به دندان پزشکان نیز بشناسانند. وظیفه ای که در دستور کار جراحان فک و صورت قرار دارد.

تصور من این است که در آینده تلاش بسیاری باید انجام شود تا نقش مسئولانه خود را در سیستم درمانی کشور ایفا کنیم. این تلاش جز از طریق کار جمعی برای حفظ موقعیت ممتاز رشته جراحی فک و صورت میسر نیست. پیش از این زحمت هائی کشیده شده ولی به نظر می رسد هنوز کار جدی و بزرگی در پیش است که موفقیت در آن جز با مشارکت و همدلی سازمان یافته همه جراحان فک و صورت امکان پذیر نیست. گام نخستین می تواند نشست های ماهانه علمی، گزارش گسترده کیس رپورت ها و گام های بعدی تدوین پروتکل ملی درمان های جراحی بیماری های دهان و فک و صورت و ارائه آن به مجامع بین المللی باشد.

دکتر میترا میرمحمدی

*Professor and S. Elmer Bear Chair, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Virginia Commonwealth University School of Dentistry and Virginia Commonwealth University Medical Center, Richmond, VA.

جراحتهای عصبی صورتی به همراه روش ترانس پاروتید رتروماندیبولار برای جابه‌جایی و فیکساسیون شکستگی‌های کندیل ماندیل

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 43 (2015) 402e407

Facial nerve injuries associated with the retromandibular transparotid approach for reduction and fixation of mandibular condyle fractures

Dan Shi a, Pavan Manohar Patil b, *, Ritika Gupta b

a Department of Stomatology, Yantaishan Hospital, Yantai 264025, Shangdong Province, **China**

b Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dental Sciences, Sharda University, Plot 32, 34, Knowledge Park 3, Greater Noida, Uttar Pradesh, 201308, **India**

شکستگی‌های کندیل ماندیبولار شایع‌ترین شکستگی‌های فک پایین گزارش شده اند.

در سراسر جهان، فیکساسیون شکستگی‌های کندیل ماندیبولار با مینی پلیت non-compressive به علت لطمت کم‌تر و توانایی جلوگیری از ایجاد عوارضی چون کوتاه شدن راموس، ناقزینگی صورت، آرتروز مفصل گیجگاهی - فکی و ایجاد اختلال در جویدن و گفتار به‌عنوان درمان استاندارد محبوبیت کسب کرده است. در بین روش‌های متعدد برای دسترسی به کندیل ماندیل، روش ترانس پاروتید رتروماندیبولار رایج‌ترین روش مورد استفاده است. از امتیازات این روش، وجود کم‌ترین فاصله کار کردن از محل برش به محل شکستگی، لطمه کم‌تر به عصب صورتی که می‌تواند زیر دید مستقیم مشخص و کنار زده شود، اکسپوژر عالی، نتایج رضایت بخش استتیک با اسکار کم‌تر آشکار و جا اندازی / فیکساسیون سهل‌تر هستند. با این حال، درمان جراحی شکستگی‌های کندیل ماندیبولار می‌تواند ریسک صدمه به شاخه‌های عصب صورتی را در خود داشته باشد. صدمه به عصب، ممکن است از دست‌کاری قطعات شکستگی، دایسکشن و کنار زدن بافت یا کاربرد قطعات سخت افزاری ناشی شود. شیوع صدمه به عصب صورتی بعد از درمان جراحی شکستگی کندیل ماندیبولار از ۱۲٪ تا ۴۸٪ متغیر است.



Fig. 1. Preoperative radiograph of a right condyle fracture.

هدف: ثبت جراحتهای عصب صورتی (FN) پس از درمان جراحی شکستگی‌های کندیل ماندیل با استفاده از روش ترانس پاروتید رتروماندیبولار و تعیین ریسک فاکتورهای همراه با این جراحی‌ها.

مواد و روش‌ها: یک مطالعه گذشته نگر بیماران جراحی شده در شکستگی‌های کندیل ماندیبل با استفاده از روش ترانس پاروتید رتروماندیبولار در طی ۷ سال انجام شد. متغیرهای مطالعه اولیه تغییرات عملکرد FN بعد از فیکساسیون شکستگی بود. ریسک فاکتورها به‌دموگرافیک، آناتومیک، تجربه‌جراح، جابه‌جایی شکستگی / جا به‌جاشدگی و تعداد مینی پلیت‌های جای‌گذاری شده در محل شکستگی طبقه‌بندی شدند. آمارگیری مناسب انجام شد.



Fig. 2. Skin incision marked.



Fig. 3. Buccal and marginal mandibular branches of the facial nerve observed during dissection.

نتایج: ۹۰ بیمار با ۱۰۲ شکستگی تجزیه و تحلیل شدند. ۳۲ شکستگی (۳۱٪) در گردن کندیل واقع شده بودند و ۷۰ شکستگی (۶۹٪) ساب‌کندیلار (زیر سیگموئید ناچ) قرار داشتند. قطعه کندیلار در ۱۲ مورد (۱۲٪) جا به‌جا نشده بود. جا به‌جا شدگی در ۳۵ مورد (۳۴٪) مدیالی و در ۳۰ مورد (۲۹٪) لترالی و در ۲۵ مورد (۲۴/۵٪) به‌صورت در رفتگی بود. معاینات پس از عمل در ۱۸ شکستگی (۱۸٪)، درجات متفاوتی از صدمه به FN را آشکار کرد. همه جراحات عصب به‌طور کامل در طی ۸ - ۲۴ هفته کاملاً بهبود یافتند. در مدل چند متغیری، شکستگی‌های گردن کندیل، جابه‌جا شدگی شکستگی و تجربه‌جراح همراه با ریسک قابل ملاحظه‌ای از بدتر شدن عملکرد FN بعد از جراحی به‌لحاظ آماری بودند.

نتیجه‌گیری: اکثر جراحات‌های عصب صورتی بعد از درمان جراحی شکستگی‌های کندیلار به‌روش ترانس پاروتید رتروماندیبولار در ماهیت خود گذرا هستند. شکستگی‌های گردن کندیل، جابه‌جا شدن شکستگی و تجربه‌جراح، از عوامل همراه با افزایش ریسک جراحی به FN بودند.

نتایج این مطالعه ممکن است فاکتورهایی که می‌توانند صدمه به‌عصب صورتی را پیش‌بینی کنند و گام‌های مناسب برای کم کردن این ریسک را نشان دهد.



Fig. 4. Right subcondylar fracture fixation.



Fig. 5. Six months postoperative radiograph of fixation of a right condyle fracture.

تأثیر جلو آوردن ماگزینا در تغییر بافت‌های نرم پس از درمان بیماران بامال اکلوزن کلاس III

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 754–759

Effect of maxillary advancement on the change in the soft tissues after treatment of patients with class III malocclusion

Mehrangiz Ghassemia, ¹, Ralf-Dieter Hilgersb,¹, Abdolreza Jamilianc, Abdolrahman Shokatbakhshd, Frank Hölzlee, Ulrike Fritza, Alireza Ghassemi

aDepartment of Orthodontics, RWTH Aachen University, Aachen, Germany

bDepartment of Medical Statistics, RWTH Aachen University, Aachen, Germany

cDepartment of orthodontics, Dental branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

dDepartment of Orthodontics, Dental branch, Shahid beheshti University, Tehran, Iran

eDepartment of Oral, Maxillofacial and Plastic Facial Surgery, RWTH Aachen, Aachen, Germany

چکیده: نتایج استتیک درمان برای بیماران کاندید جراحی ارتوگناتیک به طور رو به افزایشی مهم شده است. هدف از این مطالعه گروهی مشاهده ای بر اساس مدارک کلینیکی، ارزیابی اثر جلو آوردن ماگزینا در تغییرات بافت‌های نرم است. ما ۵۳ بیمار با مال اکلوزن کلاس III (۲۹ زن و ۲۴ مرد با متوسط سنی ۲۸ سال (۱۱)) را مطالعه کردیم و همه بیماران درمان شده از ۱ ژانویه ۲۰۰۲ تا ۳۰ دسامبر ۲۰۱۳ که می‌توانستند پس از عمل ۶ ماه زیر نظر باشند را مشخص کردیم.

برای مطالعه اثر جلو آوردن ماگزینا بر تغییرات بافت نرم، بیماران با کم‌تر از ۶ میلی‌متر و آنانی که ۶ میلی‌متر یا بیش‌تر از آن جلو آوردن فک بالا برایشان انجام شده بود را از هم متمایز کردیم. در بیمارانی که کم‌تر از ۶ میلی‌متر جلو آوردن فک بالا داشتند، ما هیچ تغییر قابل ملاحظه ای در بافت نرم در ناحیه زاویه نازولیبیال نیافتیم. گرچه زاویه لب، چانه، حنجره، طول سرویکال، فاصله لب پایین و لب بالا از خط استتیک به طور قابل ملاحظه ای تغییر کرد. از طرف دیگر، تغییرات بافت نرم نواحی ساب منتال و نازولیبیال برای بیمارانی که جلو آوردن فک بالا در آنان ۶ میلی‌متر یا بیش‌تر انجام شده بود قابل ملاحظه بودند و بهبود واضحی در نتایج استتیک این نواحی نشان داده شد. این تغییر استتیک برای بهبود نواحی ساب منتال و نازولیبیال بعد از جلو آوردن ۶ میلی‌متر یا بیش‌تر ماگزینا باید هنگام برنامه ریزی درمان و کم کردن میزان عقب بردن ماندیبیل مورد توجه قرار گیرد تا ریسک ایجاد چانه مضاعف (double chin) کاهش یابد.

عمل جراحی دو فک میزان جلو آوردن فک بالا را افزایش می‌دهد و نیاز به عقب بردن زیاد ماندیبیل را کاهش می‌دهد. کاهش میزان ست‌بک ماندیبیل می‌تواند نتایج استتیک و فانکشنال را همان‌طور که در این مطالعه و دیگر مطالعات نشان داده شده است با توجه به امکانات آناتومیک تحت تأثیر قرار دهد که حصول به ثبات درازمدت بهتری را نشان داده است.

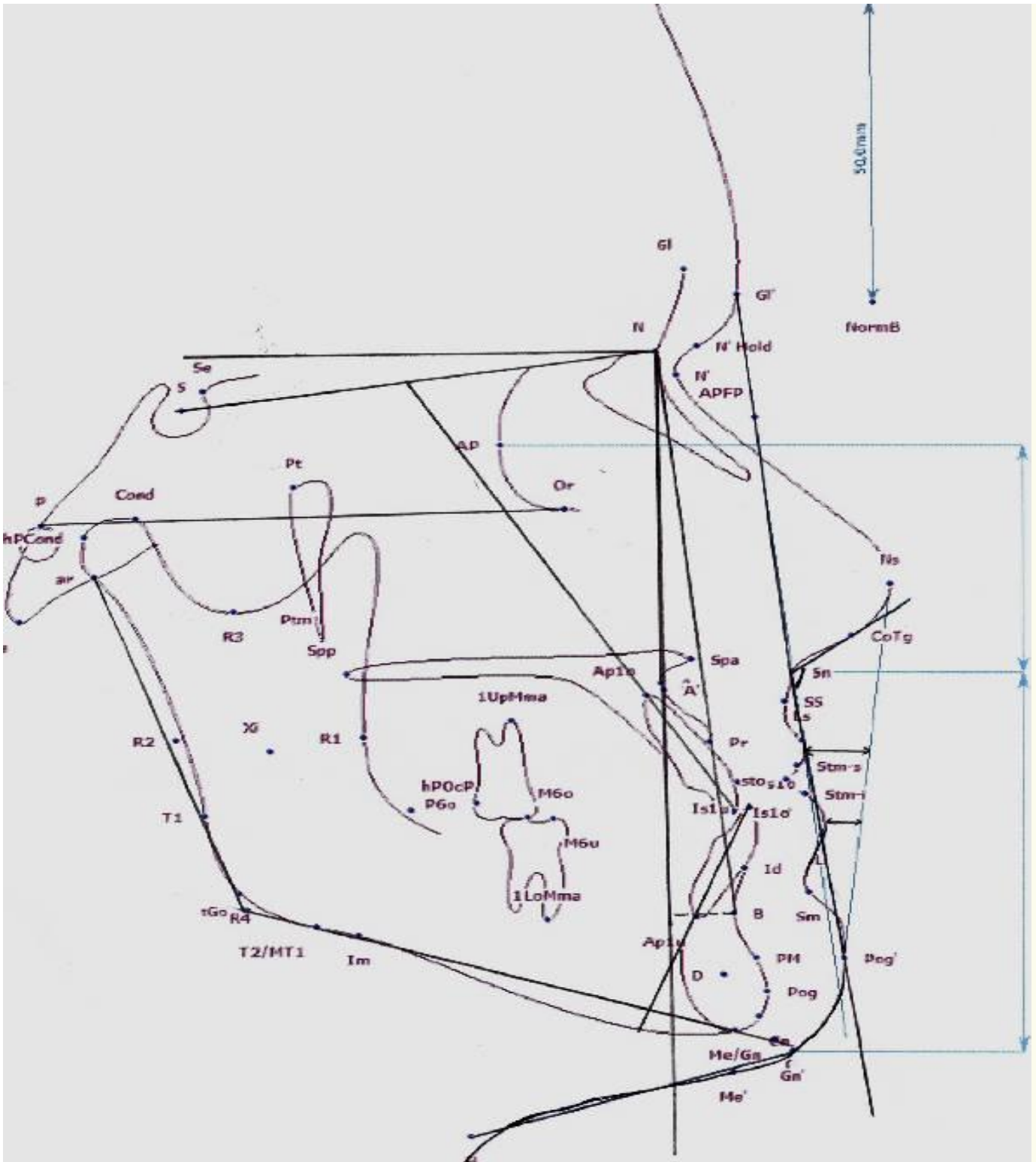


Fig. 1. Tracing of hard and soft tissue (gonion angle, mandibular inclination, upper lip inclination, lower lip to E-line, nasolabial angle, soft tissue facial angle, nose prominence, upper lip thickness, upper lip length, lower lip length, cervical length, lip chin throat angle, facial contour, and upper lip to E-line).

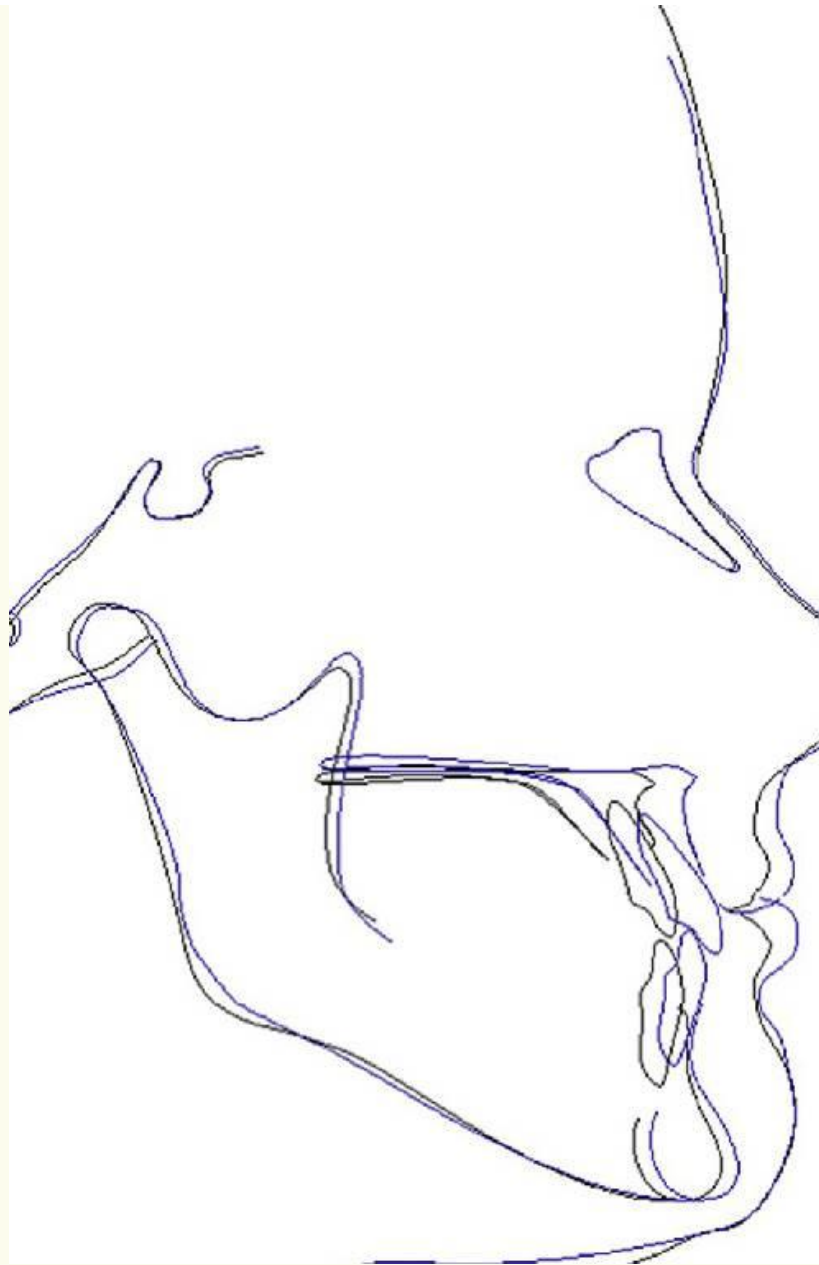


Fig. 2. Tracing of hard and soft tissue before and after maxillary advance-ment of more than 6 mm.

آمفیزم جراحی و پنومودیاستینیوم بعد از کرونکتومی

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 763–764

Short communication

Surgical emphysema and pneumomediastinum after coronectomy

C. Wong, J. Collin , C. Hughes, S. Thomas

Rooftop Offices, Bristol Dental Hospital, Lower Maudlin Street, Bristol BS2 1LY, **United Kingdom**

چکیده: ما در این مقاله، موردی از آمفیزم جراحی و پنومودیاستینیوم بعد از کرونکتومی مولر سوم سمت راست پایین را گزارش می‌کنیم. آمفیزم جراحی مربوط به کشیدن دندان به اندازه کافی گزارش شده است ولی پس از کرونکتومی گزارشی در دست نداریم. این مورد، بر اهمیت احتراز از استفاده از دریل‌های توربین هوا در طی جراحی دهان تأکید می‌کند.

گزارش نمونه: یک خانم سالم ۴۸ ساله با تورم گردنی - صورتی دو طرفه بلافاصله پس از کرونگتومی دندان مولر سوم راست پایین، توسط جراح دهان به تیم جراحی دهان و فک و صورت on-call ارجاع شد. روند کار مشکل بود و از دریل توربین هوا با سرعت بالا برای برداشتن تاج دندان استفاده شده بود. بررسی بیمار، تورم دردناک دو طرفه از نواحی پری ارییتال تا ترقوه‌ها را نشان داد که همراه با اریتم و کریپیتوس کمی بود (Fig 1) بیمار در باز کردن چشم مشکل داشت ولی قدرت بینائی و حرکات چشم تحت تأثیر قرار نگرفته بودند. علائم حیاتی مشکلی نداشتند و راه هوایی به مخاطره نیفتاده بود.



Fig. 1. Patient on presentation with bilateral periorbital and cervical swelling (published with the patient's consent).

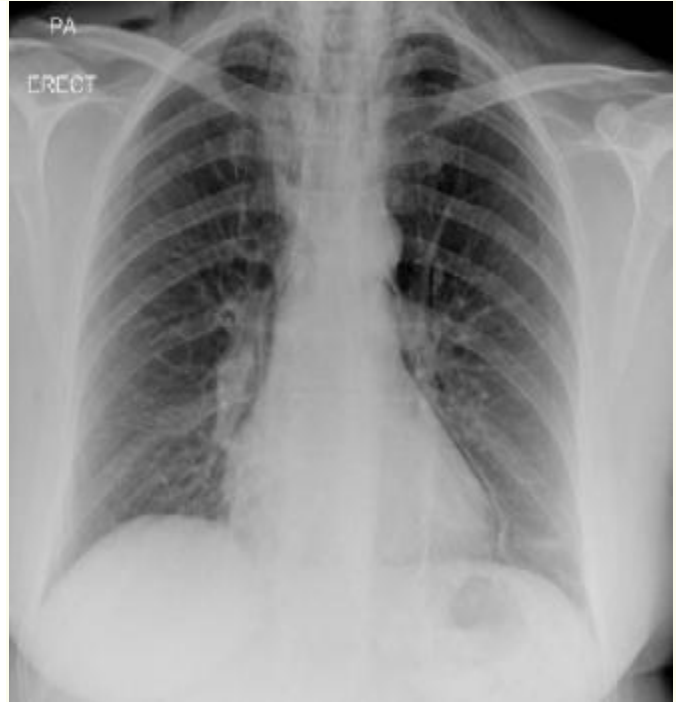


Fig. 2. Chest radiograph showing surgical emphysema and pneumomediastinum, most evident as widening of the pericardial space on the left cardiac border.

رادیوگرافی ساده قفسه سینه، امفیزم زیر پوستی و فضای بافتی زیرین همراه با پنومودیاستینیوم را تأیید کرد. (Fig 2)



Fig. 3. Patient at one-week review, with swelling resolved (published with the patient's consent)

بیمار توسط تیم جراحی قلب - توراکس مجدداً بررسی شد که عدم نیاز به مداخلهٔ درمانی را تأیید کردند. بعد از ۶ ساعت مراقبت در بخش اورژانس، بیمار با تجویز مسکن ساده و توصیه به احتراز از مانور والسالوا و مراجعه بی‌درنگ به بخش در صورت پیشرفت علائم تنفسی ترخیص شد.

در پایش بیمار پس از یک هفته، تورم برطرف شده بود (Fig 3) ولی هنوز اریتم مختصری در پیرامون گردن وجود داشت و محل کرونگتومی دردناک بود. پایش بعدی در مواردی که کشیدن ریشه‌های باقی‌مانده ضروری باشد برنامه ریزی می‌شود.

بحث: از دهه گذشته، کرونکتومی دندان‌های مولر سوم برای دندان‌های نزدیک به عصب آلوئولار تحتانی متداول شده است. عوارض بالقوه آن شامل درد، عفونت و آسیب به عصب است. ریشه‌های باقی‌مانده نیز اگر بعدها به داخل حفره دهان رویش یابند ممکن است نیاز به درآوردن داشته باشند.

بنا به دانسته‌های ما، آمفیزم جراحی که عارضه شناخته شده ای پس از کشیدن دندان‌هاست پیش‌تر بعد از کرونکتومی گزارش نشده است - آمفیزم در ناحیه ساب درمال یا پلن‌های عمیق فاسیایا، اغلب یاتروژنیک است ولی می‌تواند پس از تراما یا عفونت اتفاق بیفتد.

در این بیمار، هوا از طریق فضای پارافارنژیال و رتروفارنژیال وارد مدیاستینیوم شده بود. با این که پنومومدیاستینیوم اغلب به طور خود به خود در طی ۳ تا ۱۰ روز برطرف می‌شود، عوارض بالقوه آن شامل مدیاستینیت، تامپاناد قلبی، انسداد راه هوایی، پنوموتوراکس ساده یا تحت فشار و پنوموپریتونیوم می‌شود. استعداد ابتلا به عفونت از آلودن هوا از توربین و باکتری‌های دهان وجود دارد. بنابراین، بررسی نزدیک بیماران نیاز است. در این نمونه، چون حال بیمار خوب بود و علائم کمی داشت بدون پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی ترخیص شد.

مینی اینسترومنت‌ها برای آرتروسکوپی کم‌تهاجمی مفصل گیجگاهی فکی

یک یادداشت تکنیکی

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 662–663

Technical note

Mini-instruments for minimally invasive arthroscopy of the temporomandibular joint: a technical note

Machona, J. Levorovaa, R. Foltana, D. Hirjakb, A. Sidebottomca

Department of Oral Maxillofacial Surgery, 1st Charles University and Faculty Hospital Prague, **Czech Republic**

Department of Oral Maxillofacial Surgery, Faculty Hospital Bratislava, Ruzinov, Slovakia; Maxillofacial Unit, Nottingham University Hospitals,

Nottingham, **UK**

آرتروسکوپی مفصل گیجگاهی فکی، می‌تواند یا برای لیز و لاواژ تشخیصی به‌اجرا درآید (شست‌وشوی با راهنمای دید) یا توسط ورود پرتال دوگانه و جراحی داخل مفصلی انجام شود.

شست‌وشوی با راهنمای دید، انجام هم‌زمان مشاهده و لاواژ مفصل را ممکن می‌کند. این روش برای هدف‌های تشخیصی، flush out واسطه‌های التهابی و از بین بردن ذرات در فضای مفصلی و برای لیز چسبندگی‌های کوچک (به‌سبب جریان مایعات) مفید است.

در این مطالعه یک آرتروسکوپ ۱/۲ میلی‌متری استفاده گردید و سوزنی با گیج ۱۹ - ۱۸ برای جریان مایع شست‌وشو در آن قرار داده شد.

جراحی آرتروسکوپی نیاز به تکنیک double – port با استفاده از تروکار دوم برای قرار دادن وسایل (قیچی‌ها، grasper، چاقو و هوک) و در آوردن متوالی چسبندگی‌ها و بافت سینوویال هیپرپلاستیک و یا جا به‌جا کردن دیسک دارد. قرار دادن نوک یک الکتروکوتر، لیزرفیبری یا پروب که برای درجه بندی کندرومالاسیا استفاده می‌شود نیز، ممکن است. استفاده از دومین پورت که قطر آن ۱/۹ یا ۲/۱ میلی‌متر است، به‌هر حال ریسک آسیب داخل مفصلی را افزایش می‌دهد.



Fig. 1. Preparation of the mini-instruments.

ما استفاده از جای‌گزین‌های مینی اینسترومنت در طی شست‌وشو با راهنمای دید را پیشنهاد می‌کنیم که از سیم فولادی زنگ نزن با قطر 0.5 میلی‌متر شبیه به آنچه در فیکساسیون بین دو فک استفاده می‌شود، ساخته شده اند (Fig 1). سیم به طول 80 میلی‌متر با لوپ کوچک یا هوک در انتهای آن است. (Fig 2). سیم قبل از جراحی خم شده و پس از آن استریلیزه شده است یا مستقیماً در اتاق عمل تهیه شده است. سیم در طی شست‌وشوی با راهنمای دید در داخل سوزن شست‌وشو قرار داده می‌شود و اجازه درجه بندی کندرومالاسی و برداشتن چسبندگی‌ها را می‌دهد. امتیاز استفاده از ابزار سیمی در داخل پورت سوزن (Fig 3) این است که ریسک کمتری از آسیب داخل مفصلی نسبت به

پورت استاندارد $1/9$ یا $2/1$ میلی‌متر دارد. امتیازات دیگر آن در دسترس بودن و ساخت ساده و کاهش هزینه آن است.



Fig. 2. The mini-instruments.



Fig. 4. A mini-instrument in the upper joint space.



Fig. 3. Clinical view.

درمان موفق ترومبوفلبیت مزمن سینوس کاورنوس ناشی از عفونت دندانی با آنتی بیوتیک و هیپارین Low – Molecular – weight دو گزارش نمونه

J Oral Maxillofac Surg 73:1516-1523, 2015

Successful Treatment of Dental Infection-Induced Chronic Cavernous Sinus Thrombophlebitis With Antibiotics and Low-Molecular-Weight Heparin: Two Case Reports

Yuan Li, MD,* Bo Zheng, MD,^y Kangning Chen, MD,^z and Li Gui, MD^x

Received from Department of Neurology, Southwestern Hospital,

Third Military Medical University, Chongqing, **China.**

ترومبوفلبیت سینوس کاورنوس می‌تواند از آبسه‌های صورتی ناشی شود و می‌تواند علی‌رغم درمان با آنتی بیوتیک به ناتوانی بیانجامد. CST تهدید کننده حیات است و اگر تشخیص داده نشود، درمان نمی‌شود یا درمان غیر مؤثری برای آن انجام می‌شود. CST می‌تواند هنگامی که بیمار سندروم سینوس کاورنوس دارد مورد توجه قرار گیرد.

در دو بیمار، ترومبوفلبیت سینوس کاورنوس (CST) از گسترش عفونت دندانی ایجاد شد. بیمار مردی ۳۶ ساله بود که سردرد شدید همراه با فلج دو طرفه سومین و ششمین عصب کرانیال را بعد از کشیدن سومین مولر بالای سمت چپ تجربه کرد. بیمار دیگر، مردی ۵۳ ساله دیابتیک بود که تب، سردرد و افتالموپلژی کامل دو طرفه بعد از عفونت دندانی در وی اتفاق افتاده بود. MRI مغز از هر دو بیمار ترومبوز ناکامل سینوس کاورنوس دو طرفه را نشان داد. آنتی بیوتیک‌های با طیف وسیع به‌علاوه هیپارین Low – molecular weight همه علائم را برطرف کردند. هر دو بیمار بدون هیچ بازگشت بیماری در وقت مقرر پایش ۳ ماهه، بهبود یافته بودند.

بحث: CST یک نوع از ترومبوفلبیت چرکی سینوس کاورنوس و ساختارهای وریدی پیرامون آن است. منبع عفونت می‌تواند از عفونت‌های مثلث خطرناک صورت باشد. قبل از دسترسی به آنتی بیوتیک‌ها همه CST منجر به مرگ می‌شدند. در سینوس کاورنوس عفونت یک‌طرف می‌تواند به راحتی به طرف مقابل گسترش یابد و موجب فلج دو طرفه اعصاب کرانیال شود. CST تهدید کننده حیات است و به طور مشخص به علت سینوزیت پاراناژال و عفونت‌های صورت ایجاد می‌شود. عفونت‌های دندانی مرتبط با CST اتفاقات کلینیکی ناشیایی هستند.

به علت این که استافیلوکوک ارئوس شایع‌ترین پاتوژن است و به دنبال آن استرپتوکوک همولیتیک و بی‌هوازی‌ها قرار می‌گیرند، آنتی بیوتیک‌های با طیف وسیع برای سه هفته، مهم‌ترین رژیم درمانی در CST هستند. با این حال اضافه کردن آنتی کواگولانت در درمان مورد مجادله است.

این طور اظهار می‌شود که درمان هیپارین می‌تواند ریسک مرگ، کوری، حمله و فلج افتالمیک را کاهش دهد. به طور تئوریک، آنتی کواگولانت‌ها می‌توانند از شکل‌گیری لخته جلوگیری کنند و استروئیدها روند بهبود اعصاب را تسهیل می‌کنند.

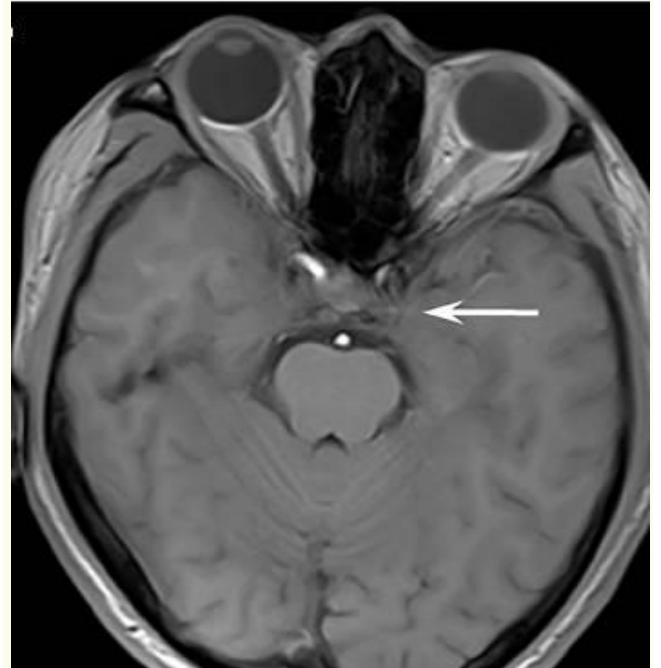


FIGURE 1. Contrast-enhanced magnetic resonance image (MRI) of the brain of patient 1. A to C, Before treatment. A, T1-weighted, B, T2-weighted, and (Fig 1 continued on next page.)

FIGURE 1 (cont'd). C, T2-weighted contrast enhanced sequences of brain MRI. Arrows point to cavernous sinus with connective tissue filling, compressed internal carotid arteries, blurred vascular structures, uneven contrast enhancement, and proptosis of the left eye. D, MRI scans at 3 months after treatment, showing resolution of inflammation, restored structures, and significantly improved enhancement. (Fig 1 continued on next page.)

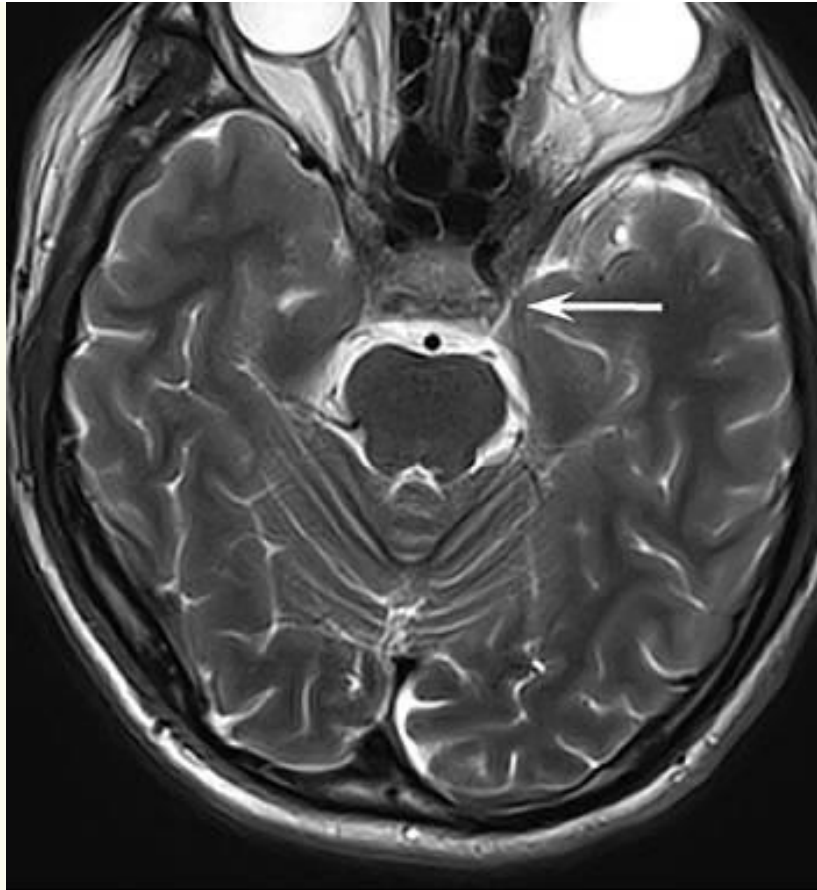


FIGURE 1 (cont'd). E, F, MRI scans at 3 months after treatment, showing resolution of inflammation, restored structures, and significantly improved enhancement.

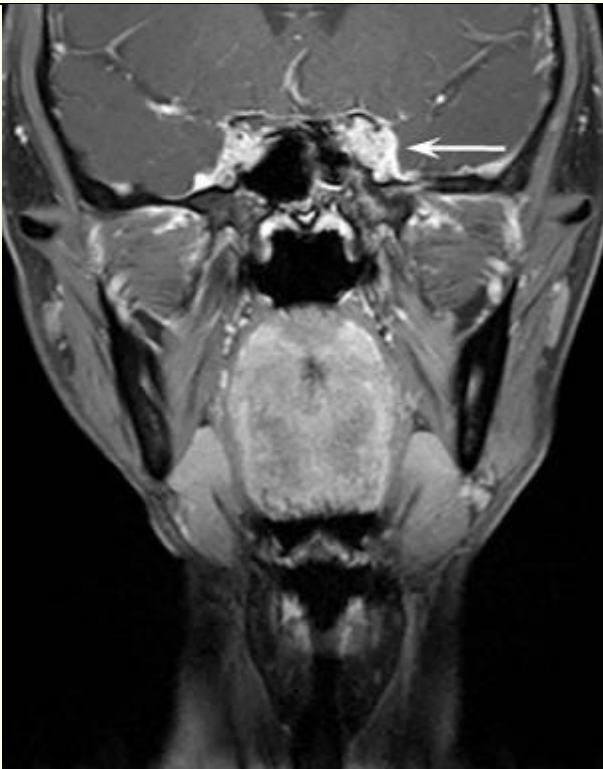


FIGURE 2. A, C, Sagittal and B, D, coronal contrast-enhanced magnetic resonance imaging scans of the brain of patient 1. A, Before treatment and (Fig 2 continued on next page.)

FIGURE 2 (cont'd). B, Before treatment and (Fig 2 continued on next page.)

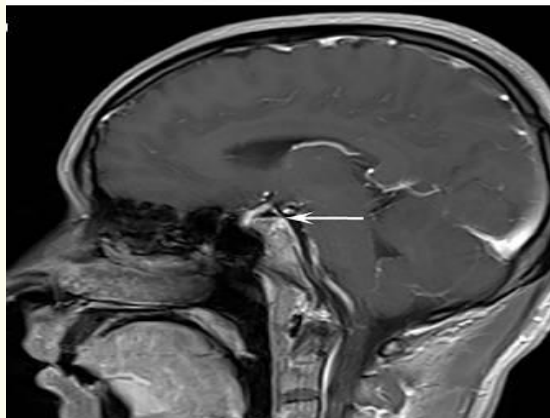
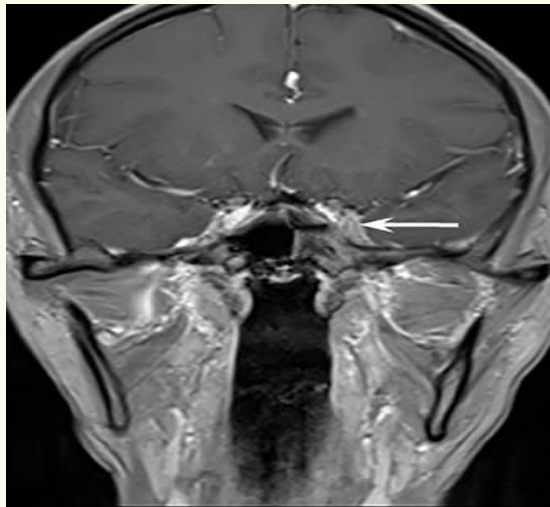


FIGURE 2 (cont'd). C, D, 3 months after treatment.

پشتیبانی بعد از عمل از پره بینی با کاتتر اصلاح شده اکسیژن بینی

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 778

Technical note

Postoperative support of the ala nasi with a modified nasal oxygen catheter

John Collin*, Jerry Farrier *Gloucestershire Royal Hospital, Great Western Road, Gloucester, GL3 1NN* UK

بازسازی بینی به ویژه در نوک و پره‌های بینی می‌تواند چالش داشته باشد. ما با موفقیت، کاتتر اصلاح شده اکسیژن بینی را برای فراهم آوردن حمایت از پره بینی بازسازی شده پس از عمل رزکسیون کانسر پوستی به کار بردیم. یک کاتتر اکسیژن بینی با نوک اسفنجی (Fig 1) اغلب در طی سدیشن برای این جراحی‌ها به کار می‌رود و بنابراین، نیاز به هزینه کردن اضافه ندارد. در پایان عمل، لوله کوتاه بریده می‌شود و اسفنج با پماد کلرامفنیکل قبل از این که به ریم پره بینی بخیه شود، پوشانده می‌شود. (Fig 2) اسفنج به شکل راحتی از پره بینی بازسازی شده حمایت می‌کند و فشار ملایمی را برای کاهش ریسک خونریزی و شکل‌گیری هماتوم فراهم می‌آورد و از خشک شدن پوشش بینی جلوگیری می‌کند. این طرح هم‌چنین جریان هوا در بینی در طرف جراحی شده را پس از عمل حفظ می‌کند. نوک کاتتر هم‌زمان با برداشتن بخیه‌ها درآورده می‌شود.



Fig. 1. Nasal oxygen catheter.



Fig. 2. Modified nasal oxygen catheter secured to the reconstructed ala nasi.

نشست‌های علمی آبان ماه

کنفرانس علمی یک روزه چالش‌های حقوقی و کیفری جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۹۴ / ۸ / ۲۱ ۵/۵ امتیاز بازآموزی

تهران، شهرک اکباتان، انتهای فاز ۳ - بیمارستان صارم

واحد مجری: ۸۶۷۰۲۲۰۱

اولین کارگاه جراحی زنده راینوپلاستی پایه و پیشرفته دانشگاه علوم پزشکی تهران

۹۴ / ۸ / ۲۳ - ۲۴ ۷ امتیاز بازآموزی

آدرس محل برگزاری: خ انقلاب - خ سعدی شمالی - بیمارستان امیراعلم

واحد مجری: ۶۶۷۰۳۰۳۷

مرکز برگزار کننده: ۴ - ۴۲۹۱۰۱۴۱

ششمین کنگره تازه‌ترین دست‌آوردهای پژوهش در دانش پزشکی ملکولی، سلولی و بالینی (کنگره دکتر یلدا)

۹۴ / ۸ / ۲۶ - ۲۹ ۱۴ امتیاز

تالار امام بیمارستان امام خمینی

کنفرانس ماهانه انجمن علمی راینولوژی

۹۴ / ۸ / ۲۸ ۲/۵ امتیاز

طبقه ششم بیمارستان میلاد

واحد مجری ۸۸۹۵۰۳۹۵

پانزدهمین کنگره سالانه انجمن دندان پزشکی ترمیمی ایران

۱۹ - ۲۲ آبان ۱۳۹۴ هتل المپیک

www.iacrd.com

دهمین کنگره سالیانه طب اورژانس ایران

۳۰ آبان - ۲ آذر ۹۴

در مرکز همایشهای بین المللی محمد ابن زکریای رازی

رویدادهای علمی بین المللی

ORAL DISEASE – 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: +43 662 4482 3601

29th World Congress of the International College for Maxillo-Facial-Surgery (ICMFS)

Location: Limassol, Cyprus

Congress Secretariat Melina Limnati

telephone: +357 25 761 010; fax: +357 25 761 020; e-mail:

info@icmfs2015.com; Web site: www.icmfs2015.com

October 20

Washington Society of Oral and Maxillofacial

Surgeons Contact: Ms Sheryl Beirne, telephone: 206-419-8672;

e-mail: wssoms@gmail.com

October 24-25

European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery Weekend Seminar, in cooperation with the Paracelsus Medical University Salzburg

“Oral Diseases: An Update in Diagnosis, Histopathology and Treatment”

Location: Salzburg, Austria Contact: Ms Silvia Hager, e-mail:

s.hager@salk.at;

Web site: www.sws2015.at

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

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@ferraraaffg2015.org

Website: www.ferraraaffg2015.org

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

October 27-30

ICOMS 2015, the International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery 2015

Location: Melbourne Convention and Exhibition Centre, Melbourne Australia

Contact: WALDRONSMITH Management, telephone:

+61 3 9645 6311; fax: +61 3 9645 6322; e-mail: [icoms](mailto:icoms2015@wsm.com.au)

2015@wsm.com.au; Web site: www.icoms2015.com

October 30 - November 1

Florida Society of Oral and Maxillofacial

Surgeons Location: Naples, FL

Contact: J W Holderfield, telephone: 877-831-2500; e-

mail: jholderfield@pami.org

November 4

Middle Atlantic Society of Oral and Maxillofacial

Surgeons Location: Ellicott City, MD

Contact: Ms Maggie DiJulio, telephone: 301-924-0519;

e-mail: masomsdir@verizon.net

December 3-5

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته «جراحی فک و صورت – تازه‌ها»

سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی www.omfs.ir را مشاهده فرمائید.