

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

سال سوم، شماره ۲۷ - آذر ۱۳۹۴

No.27 Dec. 2015



به نام خدا

ایمپلنت‌های دندانی در دههٔ اخیر، بخش قابل توجهی از درمان‌های دندان‌پزشکی را به خود اختصاص داده است. با گسترش این درمان، روز به روز بر تعداد شکست‌های درمان نیز افزوده می‌شود.

طبق گزارش‌های ارائه شده در برخی از مقاله‌ها، در هر ۴ دقیقه، یک ایمپلنت با شکست مواجه می‌شود یا در آماری دیگر از هر ۵ بیمار با ایمپلنت دندانی، یک بیمار دچار پری ایمپلنتیت می‌شود. این بیماری باعث از دست رفتن استخوان پشتیبان ایمپلنت و سرانجام از دست رفتن ایمپلنت می‌گردد. بسیاری از این رویدادها مربوط به مشکل پروتزی است از جمله طراحی ناصحیح، اورلود و عدم رعایت اصول ساخت پروتز و..... بسیاری دیگر از عدم موفقیت‌ها نیز در رابطه با ارزیابی ناکافی بیمار و طرح درمان غلط و انجام نادرست جراحی برای بیمار است. بسیاری از شکست‌های درمان ایمپلنت نیز ممکن است مربوط به سازه ایمپلنت باشد.

در بسیاری از مقاله‌های ارائه شده، گزارش ۹۸ - ۹۷٪ موفقیت در درمان ایمپلنت در درازمدت ذکر شده است. گاهی بعضی از شرکت‌های ایمپلنت، میزان موفقیت را تا ۱۰۰٪ نیز ادعا می‌کنند. ادعائی که منطقی نیست.

در کشور ما به موازات پیشرفت جایگاه ایمپلنت در درمان‌های دندان‌پزشکی، ذهنیت منفی در رابطه با این درمان در جامعه شکل گرفته است که گواه آن شکایت‌های زیادی است که در این رابطه در مراجع قضائی مطرح است. در چند سال اخیر بر تعداد شرکت‌های وارد کننده ایمپلنت به کشور با شتاب روزافزونی اضافه شده است. کنترل کیفیت اقلام وارداتی پزشکی از وظایف وزارت بهداشت و درمان است که قاعدتاً در تست‌های تخصصی مربوط به این کار باید انجام شود. هم‌چنین می‌بایست موارد شکست‌های درمان ایمپلنت‌های مختلف با ذکر علت در این مراکز ثبت گردد تا کیفیت این ایمپلنت‌ها محک زده شود.

موارد شکست‌های درمان ایمپلنت در شرکت‌ها ثبت می‌شود چون دندان‌پزشکان برای دریافت جایگزین سازه‌های بازگشتی حتماً برگه شکست ایمپلنت شرکت را پر می‌کنند و با ذکر علت شکست و تاریخ آن، خلاصه‌ای از سابقه ایمپلنت را به شرکت ارائه می‌دهند ولی شرکت‌ها تاکنون نشان داده اند که علاقه‌ای به گزارش این شکست‌ها و علت‌های آن ندارند، کما این که در هیچ برنامه‌ای در این مورد ضرور صحبت به میان نمی‌آید.

با وجود این که شرکت‌ها در بسیاری موارد نقش مؤثری در آموزش ایمپلنت در کشور داشته اند و گاه با دعوت از سخنرانان بین‌المللی، برنامه‌های با کیفیت خوبی ارائه داده اند ولی قاعدتاً هدف اصلی آن‌ها تامین منافع شرکت و فروش بیش‌تر کالایشان است. بدین جهت در برخی موارد مطرح کننده درمان‌هایی می‌شوند که یا در حال تحقیق و بررسی است یا از نظر علمی تأیید شده نیست. به عنوان مثال دامنهٔ ارتفاع مجاز ایمپلنت را روز به روز افزایش می‌دهند. اگر روزی ایمپلنت با

ارتفاع ۸ میلی متر، کوتاه‌ترین ارتفاع مجاز برای ایمپلنت اعلام می‌شد، در حال حاضر ایمپلنت با ارتفاع ۶ میلی متر مجاز شمرده می‌شود و امکان گذاشتن ایمپلنت‌های کوتاه با در صد موفقیت بالا در خلف ماگزایلا به جای انجام سینوس لیفت باز معرفی و تایید می‌شود و....

در طی یک سال گذشته، به دو مورد از عدم تطابق پیچ پوشاننده (CS) و فیکسچر در حین جراحی ایمپلنت برخورد کردم که طبعاً برای من و بیمارم مشکل خاص خود را موجب شد. متأسفانه در دومین مورد که در تابستان گذشته اتفاق افتاد علی رغم این که به طور رسمی و طی نامه ای از شرکت مربوطه که یکی از پر فروش‌ترین شرکت‌های واردکننده ایمپلنت در ایران است توضیح خواستم ولی تاکنون پاسخی به من داده نشده است. به نظر می‌رسد که شرکت‌های تولید کننده برای پایین آوردن هزینه‌های تولید این ایمپلنت‌ها، فاز کنترل کیفیت را در این تولیدات حذف یا کم رنگ کرده اند و این فراورده‌ها به صورت کنترل نشده به بازارهایی چون بازار کشور ما وارد می‌شوند.

بر انجمن‌های علمی متولی آموزش ایمپلنت است که بتوانند این زوایا را روشن کنند، خصوصاً بار تعهد انجمن جراحی دهان و فک و صورت که پرچمدار درمان‌های پیشرفته ایمپلنت است، سنگین تر است زیرا که مقابله با عوارض شکست ایمپلنت و بازسازی‌های مرتبط بر دوش جراحان فک و صورت کشور است.

با این که وظیفه سامان دهی ثبت شکست‌های ایمپلنت بر عهده وزارت بهداشت و درمان است ولی چون این کار انجام نمی‌شود، انجمن‌های علمی می‌توانند به عنوان اولین قدم از اعضای خود بخواهند که در سامانه ای که اعضاء به آن دسترسی مستقیم داشته باشند، فیلرها را ثبت کنند. در آن صورت می‌توان بررسی واقعی‌تری از وضعیت کیفی درمان‌های ایمپلنت و کیفیت سازه‌های ایمپلنت به عمل آورد. این کار هم به سود پزشکانی است که مستقیماً درگیر انجام درمان‌های ایمپلنت هستند و هم بیمارانی که هزینه جانی و مالی این شکست‌ها را می‌پردازند.

چاپ نشریه علمی ایمپلنت که بتواند انعکاسی از وضعیت ایمپلنت در کشور باشد از ضروریات بلامنازعی است که باید توسط انجمن‌های علمی که در رابطه با ایمپلنت کار می‌کنند به ویژه انجمن علمی جراحان فک و صورت محقق شود.

۲

در هفته گذشته اولین کارگاه جراحی زنده رینوپلاستی مقدماتی و پیشرفته در دو روز پنج‌شنبه و جمعه توسط بخش جراحی گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان امیراعلم برگزار شد. در این دو روز ۶ جراحی زنده انجام شد که بیماران آن موارد متعددی از مشکلات استتیک بینی داشتند و با دقت به عنوان کیس‌های آموزشی انتخاب شده بودند. در حین جراحی سوال‌هایی مطرح می‌گردید و بحث و پرسش و پاسخ مفصل تر پس از هر جراحی انجام می‌شد. نکته مثبت در این برنامه استفاده بخش دانشگاهی گوش و حلق و بینی دانشگاه تهران از پتانسیل علمی و عملی جراحان غیر دانشگاهی در ارائه این برنامه بود که نه تنها موجب ارتقاء سطح کیفی این کارگاه آموزشی شد بلکه نشان دهنده منش و رویه نوین و علم دوستی بود که در راستای هدف‌مند بالا بردن کیفیت برنامه آموزشی، انحصار تنگ نظرانه را کنار می‌زند و فضای کار و تریبون به نیروهای مستعد و فعال علمی و بالینی پزشکان و متخصصان خارج از دانشگاه می‌دهد. جا دارد از برگزارکنندگان این برنامه آموزشی تقدیر و از کار بسیار خوب و ارزشمند آنان ستایش شود.

دکتر میترا میرمحمدی

Polyarteritis nodosa همراه با نکروز زبان

یک معرفی نادر در بیمار بزرگسال

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 883–885

Short communication

Polyarteritis nodosa associated with necrosis of the tongue: a rare presentation in an adult patient

Coziana Ciurtina, Ami Shirodariab, Jessica Mansona, Roddy MacMillan

University College London Hospitals NHS Trust, Department of Rheumatology, University College London, Division of Medicine, University College

London - Eastman Dental Hospital, Department of Oral Medicine **London**

چکیده: پلی آرتريت نودوزا یک فرم نادر از واسکولیت رگ‌های با اندازه متوسط است که به طرف شکل‌گیری میکروآنوریزم، ترومبوز، ایسکمی اعضا و نکروز پیش می‌رود. درگیری حفره دهان نادر است. بنا به دانسته‌های ما، این اولین مورد پلی آرتريت نودوزا موضعی در یک بیمار بزرگسال همراه با زخم شدن زبان و نکروز در محل شروع بیماری است. بیمار پس از مصرف داروهای سرکوب کننده ایمنی به بهبودی کامل رسید.

مقدمه: پلی آرتريت نودوزا یک بیماری نادر اتوایمیون است که شریان‌های متوسط و کوچک عضلات را درگیر می‌کند و با ضایعات التهابی نکروز شونده مشخص می‌شود. این بیماری غالباً در بیماران در سنین ۶۵ – ۴۵ سال دیده می‌شود و با وقوع ۴/۵ – ۳ مورد در ۱۰۰ هزار نفر در سال اتفاق می‌افتد و اغلب پوست، مفاصل، اعصاب محیطی، روده و کلیه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماران به‌طور مشخص با نشانه‌های سیستمیک چون تب، ضعف، آرتراالژی، درد عضله و علائمی که نشان از درگیری برخی از ارگان‌ها دارد (فشار خون بالا، عدم کفایت کلیه، آنورمالیتی‌های حسی، درد شکمی یا ایجاد نودول بر روی پوست) مراجعه می‌کنند. درگیری حفره دهان یک امر نادر استثنایی است. ما فقط چند مورد از این بیماری در کودکان که موجب نکروز زبان در محل بیماری می‌شود را می‌شناسیم. در این مقاله، مورد غیر معمولی در بیمار بزرگسالی که با تشخیص پلی آرتريت نودوزای محدود شده همراه با نکروز زبان و راش پوستی نودولار که به سرکوب کننده‌های ایمنی پاسخ خوبی داد را توضیح می‌دهیم.

گزارش نمونه: در سال ۲۰۱۱، خانم ۲۹ ساله ای که در آن اواخر نشانه‌هایی از تب مختصر، ضعف عمومی عضلات، از دست دادن اشتها، حس سوزش در زبان و نودول‌های زیر پوستی بر بالای ران‌ها داشت مراجعه کرد. چند روز پس از شروع این نشانه‌ها، درد شدید و تورم زبان که بعداً زخمی شد در او بروز کرد. بیمار در لندن زندگی می‌کرد و کارورز پزشکی عمومی بود. او در ۱۰ سالگی، دچار واسکولیت پوستی استرپتوکوکی شده بود که پس از ۲ سال مصرف استروئید خوراکی، درمان موفقیت‌آمیزی داشت و در طی ۱۸ سال در بهبودی از بیماری بود. هیچ شواهدی از بیماری مزمن یا استفاده از داروهای ممنوعه در او وجود نداشت و هیچ مسافرتی، عفونتی یا گزش حشرات در آن اواخر نداشت. فشار خون و نتیجه آزمایش ادرار وی نرمال بودند.



Fig. 1. Asymmetrical enlargement of the tongue with irregular, necrotic ulcerations and associated pseudomembranes

زبان او به طور ناقصه حجیم و با زخم‌های وسیع، نامنظم و نکروتیک و بیش‌تر با بافتی با غشاء کاذب پوشیده شده بود. (Fig 1) او هم‌چنین راش مشابه با اریتم نودوزوم بر روی ران‌ها داشت و گره‌های لنفاوی گردنی او بزرگ شده بودند. یک منبع نرمال بزاق در غدد بزاقی تحت فکی داشت.

تست‌های آزمایشگاهی، آنمی مختصر با شاخص‌های نرمال گلبول‌های قرمز، شاخص‌های التهابی بالا (CRP) ، (ESR) 2120 mg/L و 103mm در اولین ساعت با پاسخ فاز حاد (آلبومین پایین، افزایش آلفا ۱ - گلبولین‌ها) و بدون آبنورمالیتی‌های دیگر را نشان داد.

بررسی بیوپسی ضایعات بر روی پوست، پانیکولیت نوتروفیلیک با تراوش التهابی لنفوسیتیک و هیستئوسیتیک و نکروز فیبرینوئید دیواره‌های رگی با اندازه متوسط و کوچک را نشان داد.

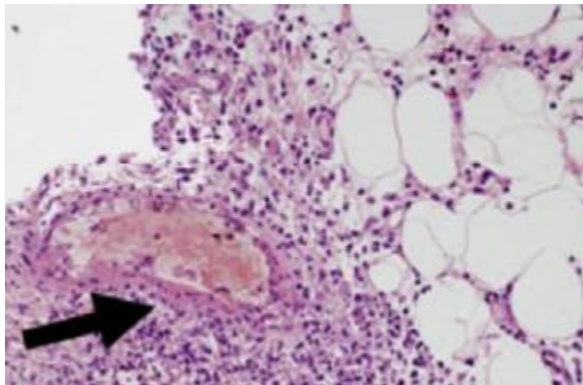


Fig. 2. Histological examination of a deep skin biopsy showed panniculitis and prominent fibrinoid necrosis of small and medium-sized blood vessels (black arrow) (haematoxylin and eosin, original magnification x 10).

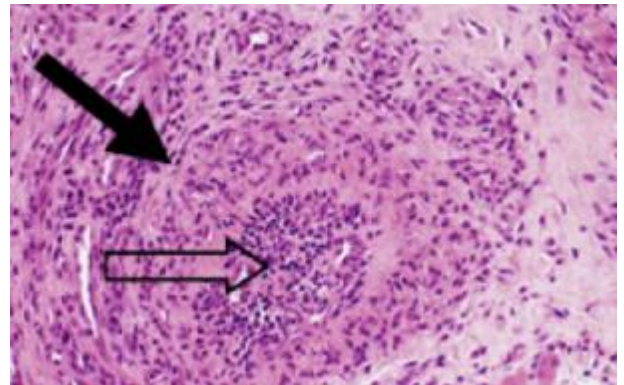


Fig 3. Histological examination of a biopsy specimen of the tongue showed chronic inflammatory cell infiltrate in the wall of a thick-walled blood vessel (black arrow) and partial obliteration of the vascular lumen (open arrow) (haematoxylin and eosin, original magnification x 10)

بررسی بیوپسی در عمق زبان که واسکولیت نکروز شونده شریان‌های متوسط عضلات را نشان داد به تشخیص پلی آرتریت نودوزا انجامید. (Fig 3) علاوه بر آن بررسی بیوپسی از یک غده بزاقی نشان داد که التهاب آن غیراختصاصی است. تزریق سیکلوفسفامید در دوز ۱۵ میلی گرم در کیلو گرم در ماه به صورت داخل رگی شروع شد. به دلیل عدم پاسخ بیمار به استروئید که برای ۶ ماه ادامه یافت، به او یک دوز ننگه دارنده متوترکسات ۱۵ میلی گرم در هفته همراه با کاهش دوز استروئیدهای خوراکی تجویز شد. زبان بعد از ۹ ماه ترمیم یافت.

توده باکال سریع رشد یابنده در کودک ۶ ماهه

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 53 (2015) 888–890

Short communication

Rapidly-growing buccal mass in a 6-month-old infant

A. Kumara, D. Brierleyb, K.D. Hunterc, N. Leea

aSheffield Teaching Hospital NHS Foundation Trust, Charles Clifford Dental Hospital, Wellesley Road, Sheffield S10 2SZ, United Kingdom
bOral and Maxillofacial Pathology Academic Unit of Oral and Maxillofacial Pathology, The School of Clinical Dentistry, Sheffield S10 2TA, United Kingdom
cConsultant in Oral and Maxillofacial Pathology, Academic Unit of Oral and Maxillofacial Pathology, The School of Clinical Dentistry, Sheffield S10 2TA, United Kingdom

چکیده: لیپوبلاستوما و لیپوبلاستوماتوز، تومورهای خوش خیم نادر از ادیپوسیت‌های جنینی هستند که اغلب در کودکان کم سن ظاهر می‌شوند، که دلیل آن است که چرا اغلب در تشخیص‌های افتراقی ضایعات بافت نرم در کودکان وارد نمی‌شوند. ما در اینجا به توضیح بیماری یک کودک ۶ ماهه با لیپوبلاستوما باکال داخل دهانی می‌پردازیم.

گزارش نمونه: یک دختر ۶ ماهه را با خونریزی داخل دهانی و تورم دهانی زیاد به بخش اورژانس آوردند. تشخیص موقتی بیماری او همانژیوما بود.



Fig. 1. Intraoperative photograph of the buccal mass.

در معاینه، تورم آشکاری در سمت چپ گونه، بدون درگیری عصب صورتی و بدون خونریزی وجود داشت و نشانه‌ای از دیسترس تنفسی در وی دیده نمی‌شد. ضایعه پایه دار، بدون ضربان و با قوام سفت به قطر ۳ – ۲ سانتی‌متر در مخاط باکال سمت چپ مشاهده می‌شد (Fig 1) که در طی هفته‌های اخیر رشد سریعی داشت و شروع به تأثیر بر تغذیه بیمار گذاشته بود. در سابقه پزشکی او نکته خاصی مطرح نشد و سابقه ای از جراحت در موقع تولد نداشت.

MRI (Fig 2) توده مشخص کپسوله با هر دو جزء پدانکوله و زیر مخاطی را نشان داد. جزء پدانکوله در داخل چربی باکال به طرف لترال و در قسمت پشتی جانبی به عضله ماستر و به طرف مارژین پشتی آن گسترش می‌یافت. توده در اساس چربی با چند سپتا در آن بود. غده پاروتید درگیر نشده بود. آنژیوگرافی MR هیچ جزء عروقی را نشان نداد. تشخیص افتراقی رادیولوژیک شامل لیپوما، لیپوبلاستوما و لیپوسارکوما بودند.

ضایعه پدانکوله تحت بی‌هوشی عمومی قطع شد. در بررسی اولیه پس از جراحی، زخم با کمی تورم باقی‌مانده زیر مخاط باکال به خوبی ترمیم شده بود و بهبود قابل ملاحظه ای در تغذیه بیمار وجود داشت. ۶ ماه بعد، اسکار خوب ترمیم شده بود و هیچ بازگشتی از تورم داخل دهانی وجود نداشت. ما پایش درازمدت با رادیوگرافی منظم را برنامه ریزی کردیم.

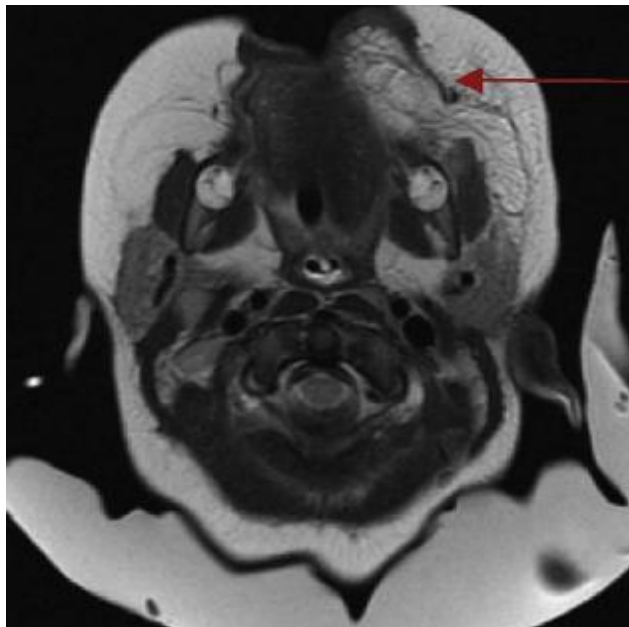
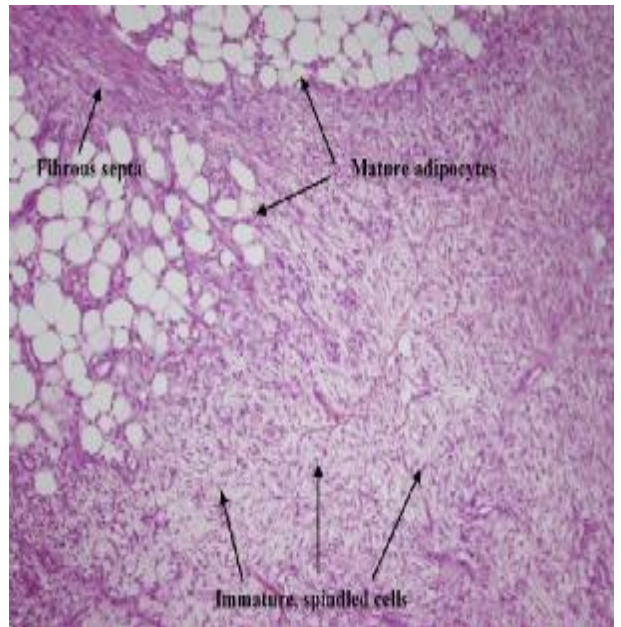


Fig. 2. Magnetic resonance image showing the extent of the buccal mass. Pedunculated component: 2.5 cm superiorinferiorly, 2 cm transversely and 2.6 cm anteroposteriorly. Submucosal component: 2.3 cm superiorinferiorly, 1.3 cm transversely and 2 cm anteroposteriorly.



S Fig. 3. Histological examination of the lipoblastoma (haematoxylin and eosin, original magnification x 4).

بحث: لیپوبلاستوما در تنه و دست و پاها ایجاد می‌شوند و به ندرت در سر و گردن دیده می‌شوند. Enzinger, chung, دو نوع از لیپوبلاستوما را تشریح کرده اند. لیپوبلاستوما تئوز خوش خیم که عمیق است و خوب مشخص نیست و متورم است و لیپوبلاستومای خوش خیم که شایع تر است سطحی تر و کپسوله می‌باشد.

لیپوبلاستوما تئوز یک آنومالی رشدی است که با پرولیفراسیون ادامه‌دار لیپوبلاست‌ها در طی دورهٔ پس از تولد مشخص می‌شود. بیش‌تر آن‌ها به‌عنوان توده کند رشد یابنده معرفی می‌شوند ولی دوره‌هایی از رشد سریع نیز گزارش شده است که ممکن است به سمت تحت فشار قراردادن ساختارهای مجاور عمل کنند. اگر چه رادیوگرافی نمی‌تواند برای تأیید تشخیص لیپوبلاستوما به کار رود ولی می‌تواند به طرح درمان و پایش و ارزیابی ضایعات بازگشت کننده کمک کند. T1 – Weighted MRI سیگنال‌های با شدت متوسط را به علت حضور لیپوبلاست‌های نابالغ نشان می‌دهد. سیگنال‌های با شدت بالا، ساپرنش چربی را نشان می‌دهد که بر خلاف چربی زیر پوستی، خصلت بالقوه تشخیصی دارد. در حال حاضر برای درمان، اکسیژون کامل ولی محافظه کارانه لیپوبلاستوما با حفظ عمل کرد و پایش نزدیک توصیه می‌شود. چون امکان تبدیل به بدخیمی وجود ندارد و احتمال مرتفع شدن خود به خود آن است. میزان بازگشت ضایعه ۱۴٪ و ۲۷٪ گزارش شده است.

درمان پاروتیدیت انسدادی مزمن به کمک سیالاندوسکوپی

استراتژی درمان در ۳۱ بیمار

J Oral Maxillofac Surg 73:1524-1531, 2015

Sialendoscopy-Assisted Treatment for Chronic Obstructive Parotitis—Our Treatment Strategy with 31 Patients

Chuan-Bin Wu, MS,* Lei Xue, DDS,y Bin Zhang, MS,z Ning-Ning Sun, DDS,x and Qing Zhou, DDS, PhDk
Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Stomatology, China Medical University, Shenyang, China

پاروتیدیت انسدادی مزمن (COP) یک بیماری غیر نئوپلاستیک شایع است که با تورم و درد برگشت پذیر مشخص می شود. این اختلال عموماً در نتیجه عوامل موضعی چون سیالولیتیاژیس، تنگی، پیچ خوردگی و اجسام خارجی ایجاد می شوند. انسداد مجاری به سمت ایستایی جریان بزاق پیش می رود که منجر به عفونت های بازگشت پذیر غده می شود. روش های معمول تشخیص شامل اولتراسوند، سی تی اسکن، MRI و سیالوگرافی می شوند. درمان های سنتی COP شامل ماساژ غده، آنتی بیوتیک، بستن مجرا و پاروتیدکتومی می شود. بسته به پیشرفت سریع سیالاندوسکوپی، سیالاندوسکوپی مداخله ای به طور وسیعی در تشخیص و درمان سیالاندنیت انسدادی مزمن به کار می رود. این تکنیک، روش کم تهاجمی برای درمان بیماری ارائه می دهد و اجازه شستشوی مجرا با داروها و برداشتن سنگ ها را می دهد.

هدف: هدف از این مطالعه توضیح تجارب مؤلفین با استفاده از سیالاندوسکوپی برای تشخیص و درمان COP بود.

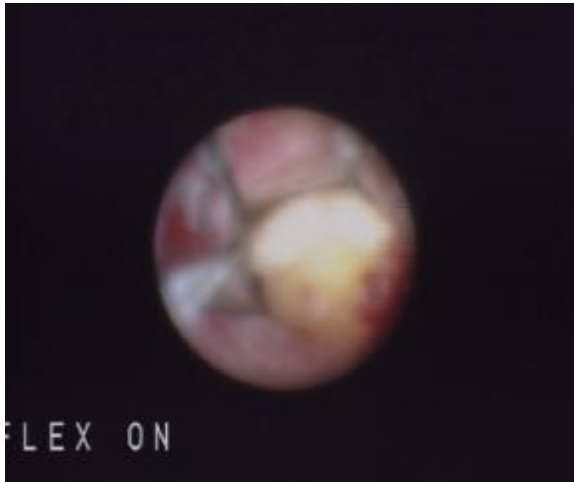


FIGURE 1. Lithotomy under sialendoscopy (stone retrieval basket) was used in this case.

مواد و روش ها: در ۳۱ بیمار با COP که از ژانویه ۲۰۱۳ تا ژوئن ۲۰۱۴ در بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده استاماتولوژی دانشگاه پزشکی شن یانگ چین با سیالاندوسکوپی درمان شده بودند در مطالعه گذشته نگری بررسی شدند. برای بیماران اولتراسونوگرافی و سینتی گرافی غده بزاقی قبل از سیالاندوسکوپی انجام شد. برای بیماران بدون سنگ بزاقی قبل از جراحی، سیالوگرافی انجام شد. از همه بیماران خواسته شد که مشاهدات عینی قابل قیاس (VAS) قبل و ۶ ماه بعد از جراحی را برای ارزیابی وضعیت

خود گزارش کنند. (مشاهدات عینی قابل قیاس (VAS) برای ارزیابی تأثیر درمانی جراحی به کار برده شد. در این روش امتیازبندی از صفر (بدون علائم کلینیکی) تا ده (علائم کلینیکی غیر قابل تحمل) است که معرف درجه علائم بالینی که توسط تلفیقی از تورم و درد باز نمود می کند می باشد.)



FIGURE 2. The screen viewer helped with stone inspection (black arrow) when the sialendoscope (white arrow) was advanced into the Stensen duct.

نتایج: در ۳۰ بیمار (۴۴ غده پاروتید) به طور موفقیت آمیزی با بی حسی موضعی ، سیالاندوسکوپی مداخله ای انجام شد. ۱ بیمار (۱ غده پاروتید) بی هوشی عمومی دریافت کرد. امتیاز متوسط VAS قبل از عمل ۶ و ۶ ماه پس از سیالاندوسکوپی ۴/۹ بود. امتیاز VAS پس از عمل به طور قابل ملاحظه ای پایین تر از امتیاز VAS قبل از عمل بود. **نتیجه گیری:** سیالاندوسکوپی مداخله ای نقش مهمی در درمان COP ایفا می کند.



FIGURE 3. The stone was located in the face (arrow).

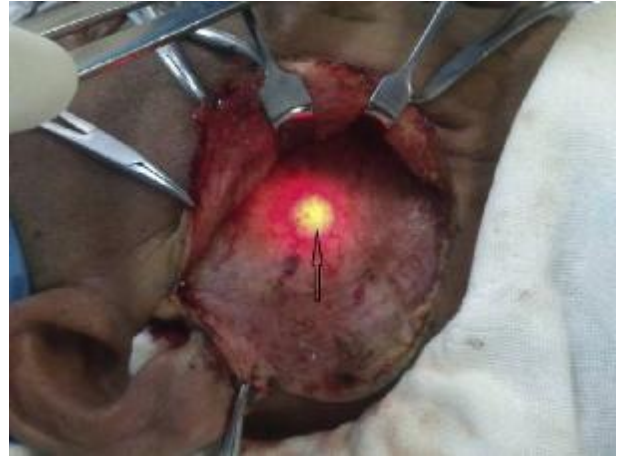


FIGURE 4. The stone was located further. (arrow).



FIGURE 5. The stone (arrow) was removed by open surgical removal with sialoendoscopic guidance.



FIGURE 6. Sialendoscopy indicated a mucus plug.

Ossifying Fibroma در مفصل گیجگاهی فکی

گزارش یک مورد غیر معمول و چشم انداز درمانی آن

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 1362–1367

Ossifying fibroma in the temporomandibular joint: report of an unusual case and treatment perspectives

Z. Jiao^{1,3}, A. Abdelrehem^{1,2,3}, S. Y. Zhang¹, C. Yang¹ 1Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ninth People's Hospital, College of Stomatology, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, and Shanghai Key Laboratory of Stomatology and Shanghai Research Institute of Stomatology, Shanghai, China; 2Department of Craniomaxillofacial and Plastic Surgery, Faculty of Dentistry, Alexandria University, Alexandria, Egypt

Ossifying Fibroma (OF) ضایعه فیبرواسئوس خوب مشخصی است که به طور اولیه فکها و به خصوص نواحی دندانی را درگیر می کند.

چکیده: در این مقاله موردی غیرمعمول از فیبرومای استخوانی شونده درگیر کننده مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) (طرف راست در دختر ۷ ساله معرفی می شود. پروتکل درمانی متشکل از بازسازی TMJ با گرفت costochondral در پی رزکسیون رادیکال تومور بود که در آن هر دو گرفت چربی پایه دار و آزاد برای بهبود نتایج جراحی به کار برده شدند. بررسی پاتولوژی، تشخیص را تأیید کرد. در این جا وجوه مختلف درمان بحث می شود.

گزارش نمونه: دختر بچه ای ۷ ساله با سابقه یک ماهه ای از تورم بی درد در مفصل گیجگاهی- فکی سمت راست و محدودیت تدریجی در باز کردن دهان و بدون سابقه ای از تروما یا تب که بعد از معاینه و درمان با داروهای ضد التهابی به مدت ۱۰ روز در بیمارستان محلی بهبودی کسب نکرده بود، به بخش ما ارجاع شد.

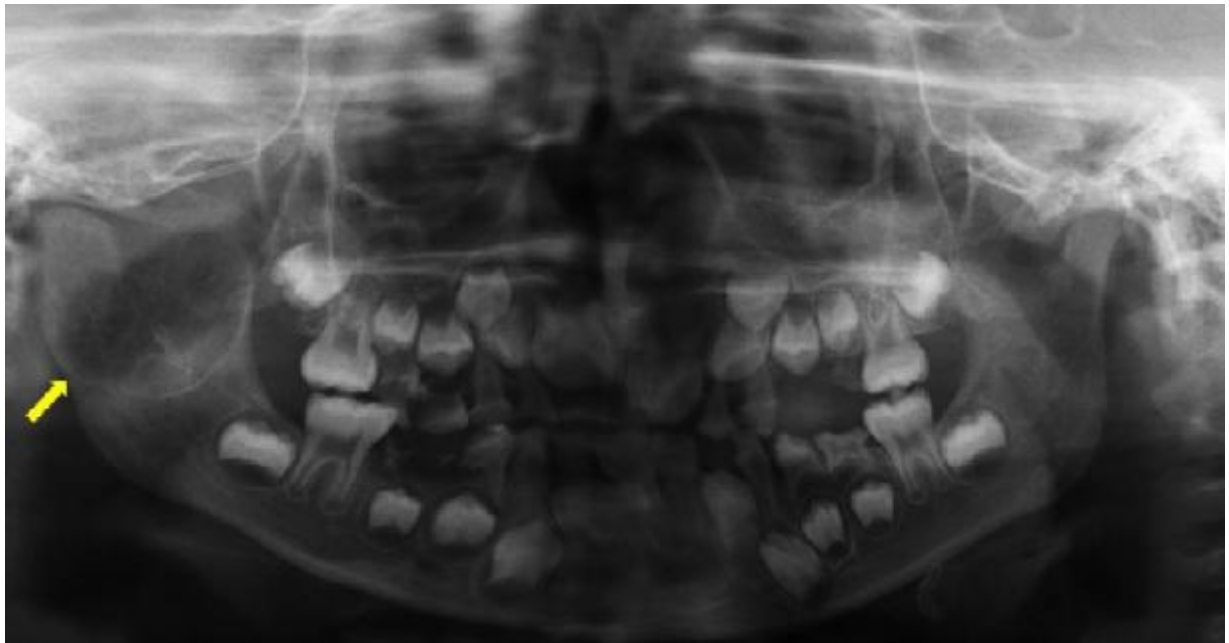


Fig. 1. Panoramic radiograph showing a large, well-defined radiolucency surrounded by a sclerotic border in the right condyle extending to the coronoid process.

بیمار ناقرینگی در حد متوسط صورت و انحراف چانه به سمت چپ داشت. در باز کردن دهان، تحرک TMJ راست کم تر از حد طبیعی و با جلو آمدن کندیل به خارج از محل خود مشاهده می شد. میزان فاصله اینترانسیزال در بیشترین حد باز کردن دهان ۳۰ میلی متر و بدون هیچ صدای مفصلی بود. در داخل دهان، کراس بایت دندانی در جلو دیده می شد. معاینات تورم سخت ۵*۳ سانتی متری را در TMJ راست آشکار ساخت که رنگ پوست روی آن طبیعی بود. هیچ دردی در تموج وجود نداشت. در معاینات گردن، هیچ گره لنفاوی قابل لمس وجود نداشت.

OPG یک رادیولوسنسی بزرگ و خوب مشخصی که توسط ریم اسکروتیک نازکی احاطه شده بود در TMJ سمت راست نشان داد که به زائده کروئوئید گسترش می یافت. (Fig 1)

CT شامل تصاویر آگزیکال، کرونال و تصاویر بازسازی شده می شد که توده بزرگ کم تراکم گسترش یافته ای که TMJ راست را درگیر کرده بود نشان می داد. MRI (Fig2,3) ضایعه ای بزرگ و با شدت بالاتر سیگنال (در ارتباط با مغز) با دیسک بر بالای آن را نشان داد.

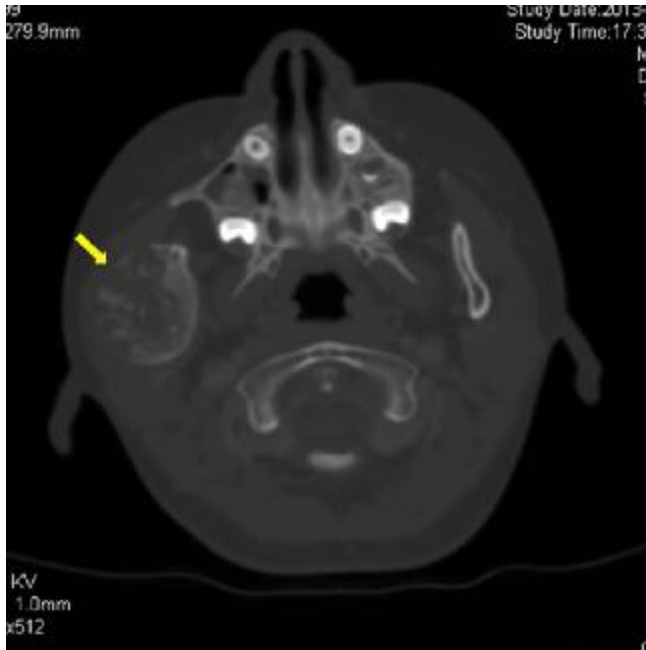


Fig. 2. Axial CT showing a large, hypodense, well-circumscribed lesion in the right condyle.



Fig. 3. Coronal CT showing the lesion

برنامه جراحی شامل این موارد بود: رزکسیون رادیکال تومور (کندیلکتومی) با ماندیبلکتومی سگمنتال تا سطح زاویه که با بازسازی بلافاصله TMJ با گرفت Costochondral (CCG) همراه شد. یک برش پره اوریکولار اصلاح شده در تلفیق با برش ساب ماندیبولار داده شد. پس از این که توده وسیعاً اکسپوز شد، دیسک TMJ برای جدا کردن از ضایعه مشخص شد. سپس استئوتومی در سطح زاویه انجام شد و تومور به صورت en bloc خارج شد. توجه زیادی شد که باندل عصب آلوئولار تحتانی (IAB) حفظ شود. دیسک TMJ نیز نگاه داشته شد. در این مرحله، بالشتک چربی باکال پایه دار (Fig 6) برداشته شد و به صورت مدیالی بر روی IAB قبل از الحاق CCG ثابت شد. گرفت‌های چربی آزاد زیر پوستی از برش ساب ماندیبولار برداشت شدند.



Fig. 4. Sagittal MRI view showing a large, higher signal intensity lesion (yellow arrow) in T1 sequence, with the disc intact (blue arrow) on top of the lesion. (For interpretation of the references to colour in this figure legend, the reader is referred to the web version of the article.)

گرفت Costochondral ششمین دنده چپ برای بازسازی انتخاب شد. سپس فیکساسیون ماگزیلوماندیبولار (MMF) به منظور فراهم آوردن اکلوزن با ثبات قبل از فیکساسیون گرفت تنظیم شد. در مرحله بعد گرفت در فوسا نشانده شد و به ماندیبول باقی‌مانده با یک پلیت بازسازی ۴ - ۲ میلی‌متری ثابت گردید. (Fig 7)

سپس چربی آزاد زیر فکی به شکل شال گردن احاطه کننده CCG گرفت در آمد و MMF برای کنترل باز شدن دهان و اکلوزن آزاد شد.

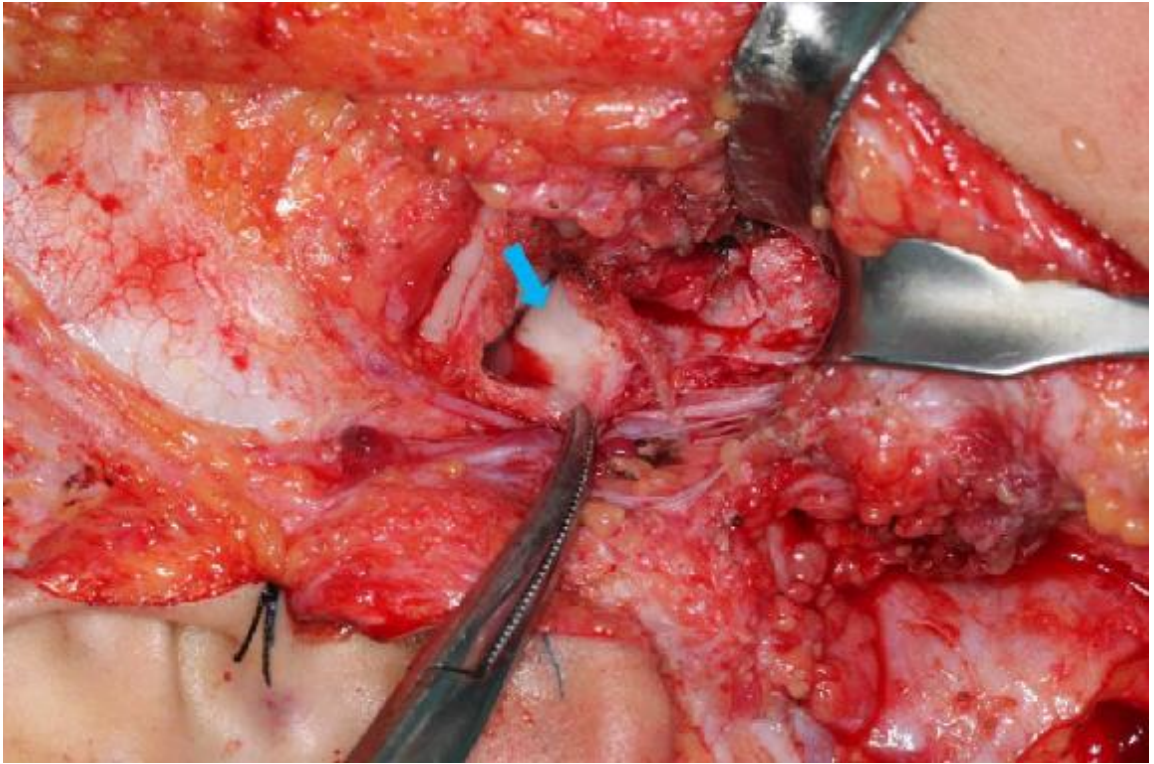


Fig. 5. Disc salvage (blue arrow). (For interpretation of the references to colour in this figure legend, the reader is referred to the web version of the article.)

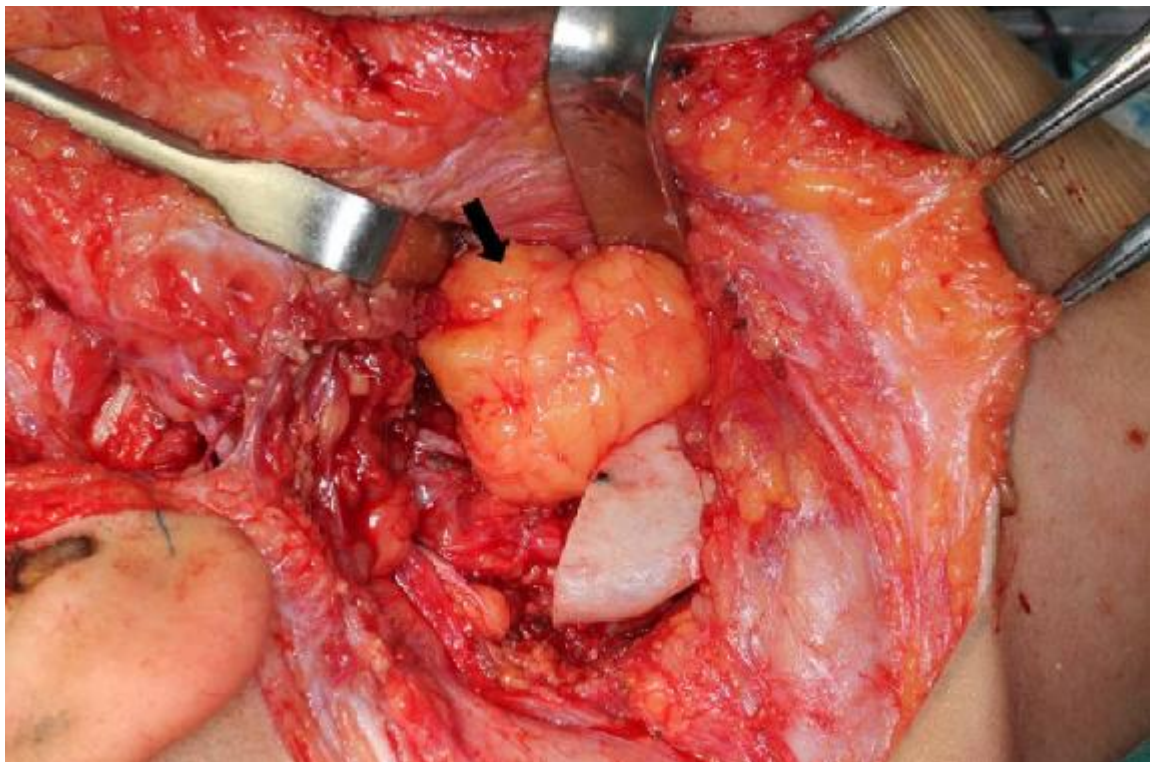


Fig. 6. Use of the pedicled buccal pad of fat (black arrow) to protect the inferior alveolar bundle.



Fig. 7. Insetting of the costochondral graft with a 2.4-mm reconstruction plate.

آزمایشات هیستوپاتولوژیک، ضایعه مشخص با ریم نازک از بافت فیبروزی را نشان داد. (Fig 8). ارزیابی شامل کلینیکی، رادیوگرافیک و هیستولوژی، تشخیص OF را تأیید کرد.

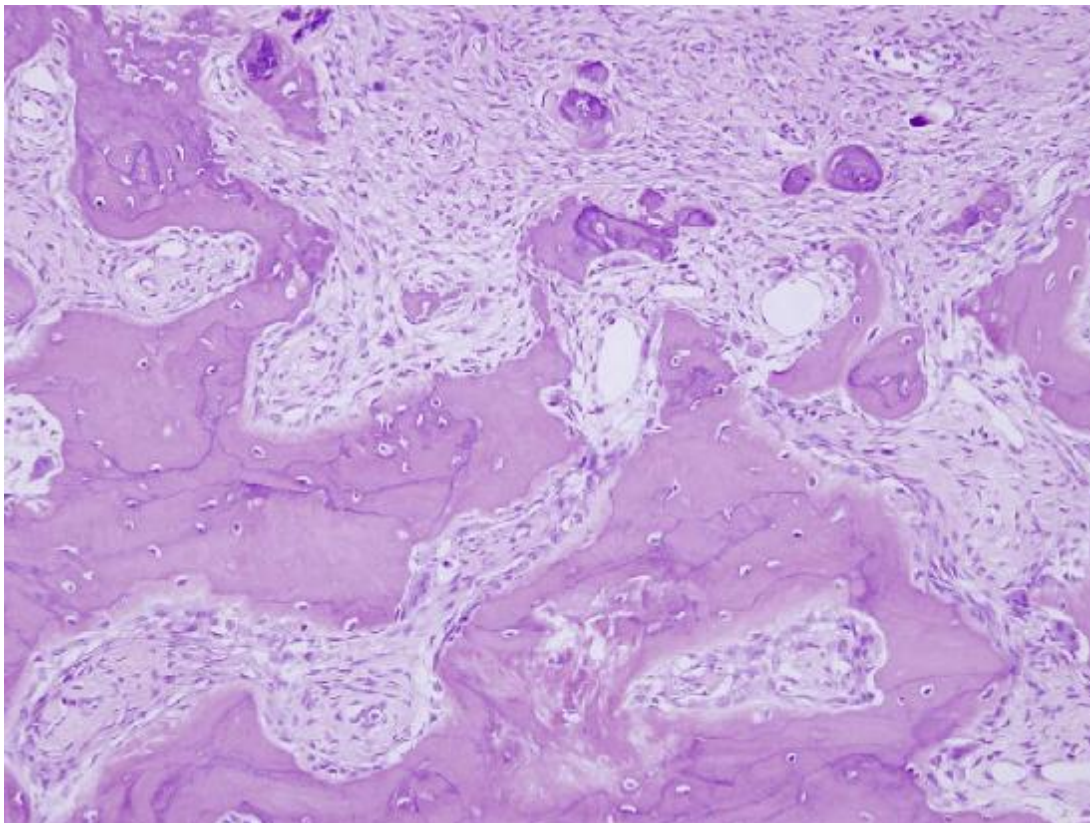


Fig. 8. Haematoxylin and eosin stained photomicrograph (200 \times) showing irregular bone trabeculae in a cellular fibrous stroma rich in fibroblasts, with a surrounding layer of osteoblasts and occasional osteoclasts.

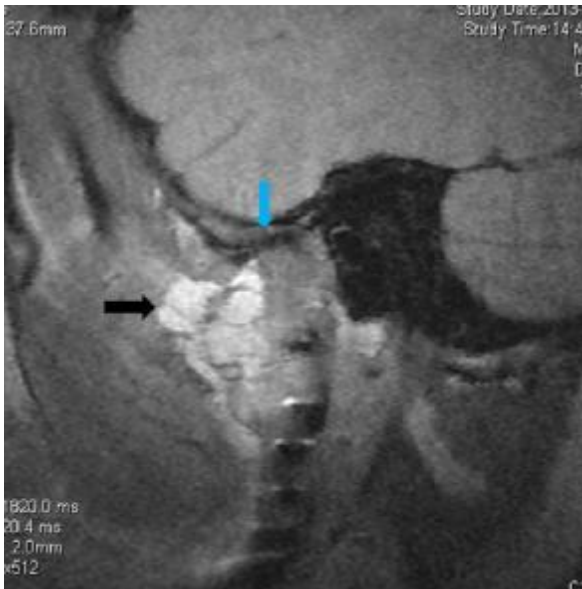


Fig. 9. Postoperative MRI showing the scarf-like application of the submandibular fat graft surrounding the CCG (black arrow), with the disc preserved (blue arrow). (For interpretation of the references to colour in this figure legend, the reader is referred to the web version of the article.)

یک هفته پس از عمل، CT و OPG گرفته شد که در آن، تومور کاملاً برداشته شده و CCG با ثبات را نشان داد. MRI پس از عمل (Fig 9) شکل شال ماندگرفت چربی ساب ماندیبولار پیرامون CCG را آشکار کرد. بعد از ۱۵ ماه، بیمار هیچ شواهدی کلینیکی یا رادیوگرافیک از بازگشت ضایعه را نشان نداد و ارتباط اکلوزالی با ثبات داشت. (Fig 10) باز شدن دهان به میزان ۳۹ میلی‌متر افزایش یافته بود. بیمار هنوز برای پایش بالینی، ارتودنتیک و رادیوگرافیک حاضر می‌شود.



Fig. 10. Panoramic radiograph obtained at 15 months postoperative showing stable occlusal relationships

بهترین گزینه درمان برای OF: اکسیزیون جراحی، انوکلیشن و کورتاژ می‌توانند برای توده‌های کوچک و مشخص مناسب باشند. اگر چه توده‌های بزرگ تر نیاز به جراحی رادیکال دارند. استفاده از گرفت آزاد چربی کمک به بهبود نتایج درمان، حفظ عملکرد عصب و جلوگیری از ایجاد استخوان هتروتوپیک پری آرتیکولار و ری انکیلوز می‌کند.

هیپرپلازی کرونوئید در نوزادان

گزارشی از یک مورد و مفاهیمی برای ترفیع تشخیص و درمان

J Oral Maxillofac Surg 73:1615.e1-1615.e7, 2015

Neonatal Coronoid Hyperplasia: A Report of a Case and Concepts to Promote Early Diagnosis and Treatment

Aaron Wallender, DDS, MD,* Imran Ahson, DMD, MD,^y
and Barry Steinberg, MD, DDS, PhD^z Department of Oral and Maxillofacial Surgery,
University of Florida—Jacksonville, Jacksonville, FL.

تتانوس نوزادان در سراسر جهان به عنوان شایع ترین علت کم تحرکی ماندیبولار به علت مراقبت های زیر استاندارد perinatal و علت های چند عاملی دیگر باقی می ماند. علت های این بیماری در ایالات متحده شامل انکیلوز TMJ، اسپاسم ماستر، باندهای فیبروزه در بافت های نرم همراه، انقباض عضلات ماضغه ای، یکپارچه شدن استخوان های شرکت کننده در عمل جویدن و هیپرپلازی کرونوئید می شوند. این یافته ها می تواند به تنهایی یا همراه با سندروم هایی با علت های محرک که عموماً به پاتولوژی بافت نرم یا بافت سخت تقسیم می شوند اتفاق بیفتند. سندروم هایی که به طور شایع دیده می شوند شامل سندروم Distal Arthrogryposis 2 A , 2 B , Crisponi و همچنین سندروم Van der Woud هستند. پاتولوژی بافت سخت به طور اولیه به علت هیپرپلازی کرونوئید حادث می شود که می تواند به تنهایی یا همراه با سندروم هایی چون تریسموس Pseudocampylodactly باشد.

محدودیت در باز کردن دهان در بیماران نوزاد به طور اولیه به سبب خصوصیات پاتولوژیک یا بافت نرم یا بافت سخت ایجاد می شوند. تفکیک بین این دو می تواند اغلب توسط معاینات فیزیکی بیمار تحت بی هوشی عمومی به دست آید. محدودیت باز کردن ناشی از خصوصیت پاتولوژیک بافت نرم می تواند با کشیدن بافت ها افزایش یابد. برعکس، خصوصیات پاتولوژیک استخوانی ترمزهای آناٹومیک را تولید خواهند کرد. نمونه های سندرومیک با خصوصیت پاتولوژیک بافت سخت به طور اولیه مربوط به هیپرپلازی کرونوئید است. هدف ما کمک به کلینیسین ها برای ارزیابی و تعیین کم تحرکی ماندیبولار ناشی از هیپرپلازی کرونوئید و ارتقاء درمان اولیه برای بهبود دراز مدت عمل کرد دهانی در بیماران کودک است. ما نمونه بیمار پسر ۲ ماهه ای که در ۳۰ هفتگی با عمل سزارین فوری تولد زودرس داشته را معرفی می کنیم. معاینات، آنومالی های متعدد شامل تریسموس قابل ملاحظه با حداکثر باز شدن دهان به میزان ۴ میلی متر را آشکار کرد. اسکن توموگرافی کامپیوتری، هیپرپلازی کرونوئید دو طرفه قابل توجهی را آشکار ساخت. در سن ۹۰ روزگی، برای بیمار کرونوئید کتومی دو طرفه با راهنمای اندوسکوپیک زیر بی هوشی عمومی انجام شد. بعد از رزکسیون، بیمار قادر به باز کردن دهان به میزان ۲۵ میلی متر بود. این میزان باز کردن با فیزیوتراپی پس از عمل حفظ شد. مشکلات کلینیکی می تواند از نتایج احتمالی تریسموس نئوناتال ناشی شود. شدت این مشکلات می تواند از سختی تغذیه و سوء تغذیه احتمالی تا آسپیراسیون و مشکلات اورژانسی راه هوایی متغیر باشند.



FIGURE 1. A, Polydactyly of the right hand. B, Bilateral talipes equinovarus (clubbed feet). C, cleft palate.

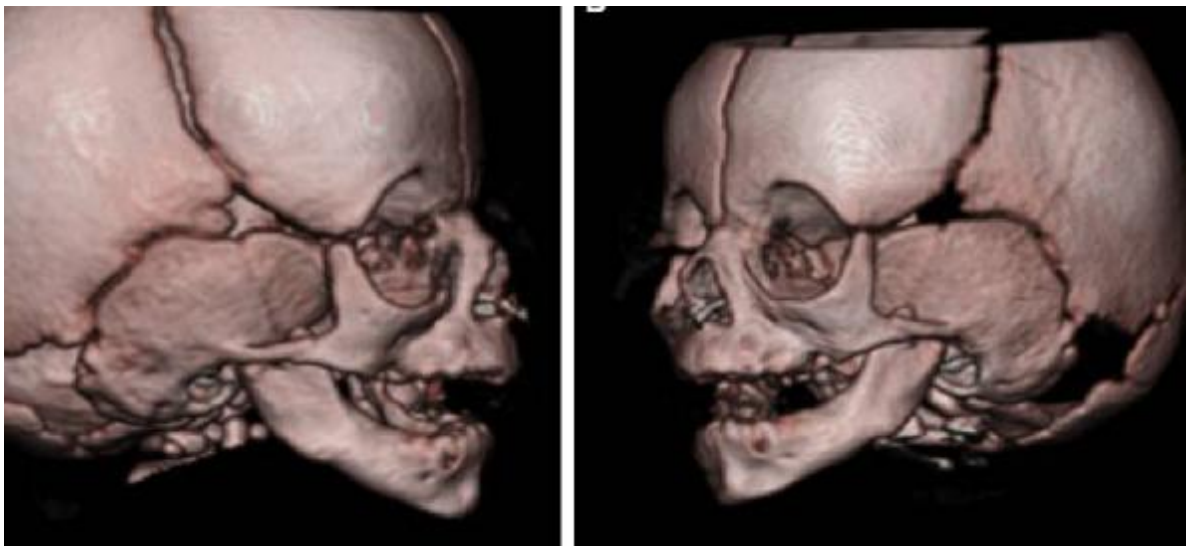


FIGURE 2. A, Three-dimensional (3D) computed tomography (CT) scan of the right side. B, 3D-CT scan of the left side.

نتایج درازمدت شامل محدودیت رشد به علت سوء تغذیه، تأخیر در گفتار، انقباض و تحلیل عضلانی، عدم قرینگی صورت و ریسک عفونت مربوط به بهداشت ضعیف دهان می‌شوند. اطلاعات دربارهٔ درمان هیپرپلازی کوندیلار نوزادان در مقالات محدود است. درمان به علت تشخیص و ارجاع دیر هنگام بیمار با تأخیر انجام می‌شود و بیماران مستعد پیشرفت ریلپس هستند. فیزیوتراپی پس از عمل به جلوگیری از ریلپس کمک خواهد کرد و به حفظ دامنهٔ حرکتی حاصل شده فک در عمل جراحی اجازه می‌دهد.

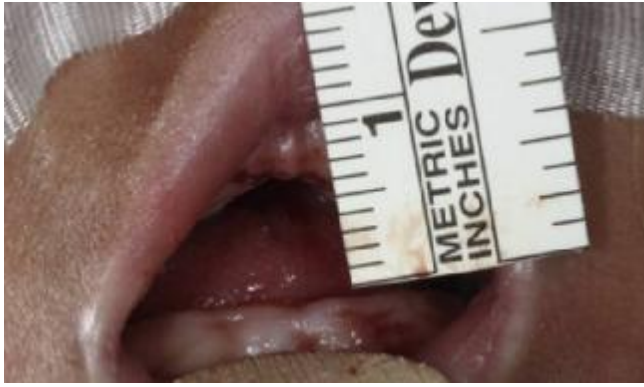


FIGURE 3. Preoperative mandibular opening.

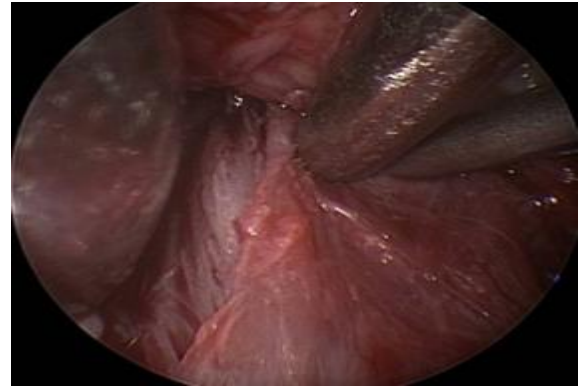


FIGURE 4. Visualization of placement of the nerve hook under endoscopy.

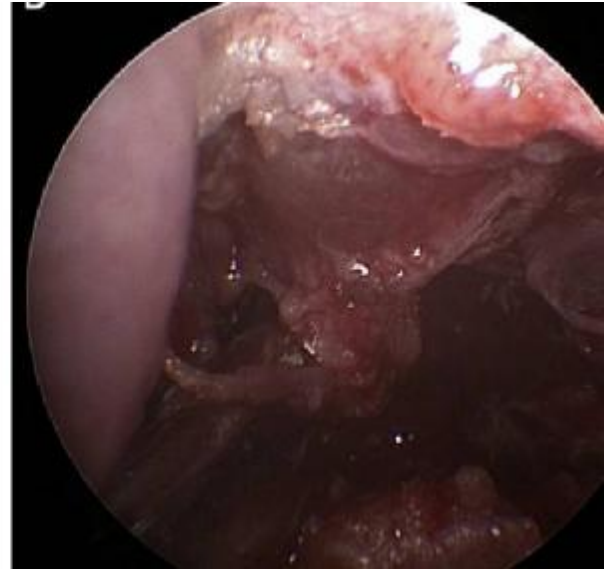


FIGURE 5. A, Partial removal of the coronoid. B, Complete removal of the coronoid.

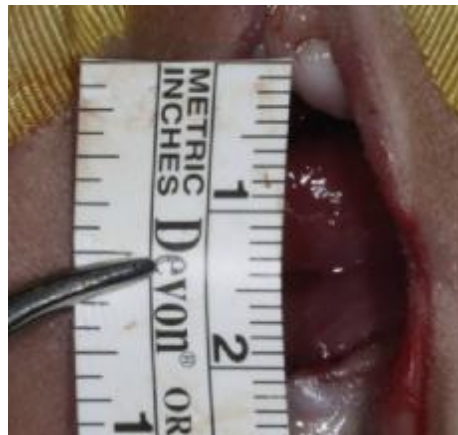


FIGURE 6. Passive postoperative mandibular opening.

عوارض دیسترکشن استئوژنز ماندیبولار برای دفورمیتی‌های حاصل شده

مروری سیستماتیک بر مقالات

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 956–964

Complications of mandibular distraction osteogenesis for acquired deformities: a systematic review of the literature

C. R. A. Verlinden¹, S. E. C. M. van de Vijfeijken¹, D. B. Tuinzing¹, A. G. Becking², G. R. J. Swennen³ ¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, VU University Medical Centre and Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), Amsterdam, The Netherlands; ²Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Academic Medical Centre/Emma Children Hospital and Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), Amsterdam, The Netherlands; ³Division of Maxillofacial Surgery, Department of Surgery, General Hospital St-Jan Bruges, Bruges, Belgium

دیسترکشن استئوژنز ماندیبولار (MDO) از تکنیک‌های متنوعی است که در بیماران با دفورمیتی‌های مادرزادی، رشدی و اکتسابی استفاده می‌شود. دیسترکشن استئوژنز ورتیکالی استخوان آلوئولار (ADO) به عنوان آلترناتیو انجام گرفت استخوان برای گذاشتن ایمپلنت‌های دندانی به‌عنوان یک اندیکاسیون شایع مطرح است. با این حال این تکنیک چالش برانگیز تمایل به عوارض گوناگونی دارد.

بیماران با اندیکاسیون‌های جراحی بازسازی برای دیفکت‌های سگمنتال ماندیبولار بعد از جراحی‌های کاهنده آنکولوژی، بیماران پس از تروما و بیماران با عوارض ناشی از جراحی‌های قبلی ماندیبیل، با استفاده از نوعی از DO به طور موفقیت آمیزی درمان شده‌اند. ترانسپورت DO – Disc می‌تواند به شکل دو کانونی یا سه کانونی، DO را قادر به اثر در بیش از یک محل در استخوان بیمار کند. DO هم‌چنین می‌تواند برای رژنراسیون استخوانی در گرفت‌های استخوانی Free Vascularized (فیویولا) به کار برده شود.

انکیلوز مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) می‌تواند به طور موفقیت آمیزی با استفاده از DO برای افزایش طول ماندیبیل به کار رود که می‌تواند در تلفیق با gap arthroplasty در بعضی بیماران انجام شود.

چکیده: در این مقاله مروری سیستماتیک درباره عوارض در همه فرم‌های دیسترکشن استئوژنز ماندیبولار (MDO) برای دفورمیتی‌های حاصل شده به اجرا درآمد. ۳۲۱ مقاله واجد شرایط با جزئیات بررسی شدند. عوارض مرتبط به MDO در دفورمیتی‌های حاصل شده در ۱۰۵ مقاله بالینی گزارش شده بود که شامل ۱۳۳۲ بیمار می‌شد. درمان‌ها شامل دیسترکشن استئوژنز آلوئولار (ADO)، افزایش طول ماندیبولار، DO در گرفت‌های استخوانی (TDDO) bi/trifocal transport disc DO برای دیفکت‌های سگمنتال ماندیبولار می‌شدند.

میزان بالای از عوارض در MDO در دفورمیتی‌های اکتسابی (ADO/۴۴٪ گروه باقیمانده ۴۳/۹٪) مشاهده شدند. شاخص برای طبقه بندی عوارض در MDO، بر اساس اثر درمان بعدی و نتایج نهایی به کار برده شد. در گروه ADO، عوارض بافت نرم (۸٪)، کنترل ناکافی بردار (۷/۶٪)، اختلالات موقت حسی عصب آلوئولار تحتانی (IAN) (۶/۵٪)، مشکلات مرتبط با وسیله (۳/۵٪)، شکستگی ماندیبیل (۲/۸٪)، استخوانی شدن ناکافی (۲/۵٪) و شکستگی ترانسپورت دیسک (۱/۳٪) دیده شدند.

در گروه باقیمانده (اختلالات عصبی حسی موقت IAN (۱۳/۴٪)، عفونت جزئی (۵/۳٪) شکست DO (۴٪) و مشکلات مرتبط با وسیله (۳/۸٪) گزارش شدند.

نشست‌های علمی آذر ماه

همکاران گرامی، اخبار انجمن‌ها عمدتاً از سامانه بازآموزی وزارت بهداشت و درمان گرفته می‌شود که اطلاعات نسبتاً کاملی در رابطه با برنامه‌های علمی مربوط به رشته دندان پزشکی در آن گذاشته می‌شود. با توجه به این که گاه تاریخ این برنامه‌ها اشتباه است یا برنامه‌های گذاشته شده بعداً تغییر می‌کند، خواهش‌مند است قبل از برنامه‌ریزی برای شرکت در این برنامه‌ها، با تلفن واحد مجری این برنامه‌ها تماس گرفته شود.

از مسئولان سامانه بازآموزی وزارت بهداشت و درمان نیز انتظار می‌رود که در این رابطه با دقت بیشتر و دینامیک‌تری عمل کنند و در صورت تغییر زمان برگزاری یک برنامه، اصلاحیه آن در سایت قرار داده شود تا موجب سر در گمی و بهم ریختن برنامه‌ریزی علاقه‌مندان به شرکت در این نشست‌ها نشود.

تومورهای سر و گردن

مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان امام خمینی
انستیتو کانسر - سالن شهید میرزائی ۹۴/۹/۱
واحد مجری: ۶۶۵۸۱۶۳۸ ۱ امتیاز

دوره آموزش پایه CBCT سطح ۱

انجمن علمی رادیولوژی دهان و فک و صورت ایران
۹۴/۹/۵ - کوی نصر - خ شهید علیالی - پلاک ۹۰
واحد مجری: ۸۸۲۴۷۸۶۹ ۱۰ امتیاز

سمپوزیوم اختلالات انسدادی خواب

پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
بیمارستان مسیح دانشوری - سالن همایش امیر کبیر ۹۴/۹/۵
واحد مجری: ۲۶۱۰۹۵۰۷ ۲/۵ امتیاز

کنفرانس ماهانه انجمن علمی رینولوژی

انجمن علمی رینولوژی ایران ۹۴/۹/۵
بیمارستان امام خمینی - تالار تصویربرداری
واحد مجری: ۸۸۹۵۰۳۹۵ ۲/۵ امتیاز

کنفرانس ماهانه انجمن علمی راینولوژی

انجمن علمی راینولوژی ایران ۹۴/۹/۲۶
بیمارستان میلاد - طبقه ششم
واحد مجری: ۸۸۹۵۰۳۹۵ ۲/۵ امتیاز

بیست و ششمین کنگره سالیانه انستیتو کانسر ایران

۴-۶ آذر تالار امام بیمارستان امام خمینی

کنگره سالانه انجمن پروستودنتیست های ایران

۲۴-۲۷ آذر سالن همایش های برج میلاد

بیست و پنجمین کنگره سالیانه انجمن چشم پزشکی ایران

۲۳-۲۶ آذر مرکز همایش های رازی

واحد مجری: ۲-۶۶۹۱۹۰۶۱

رویدادهای علمی بین المللی

EACMFS EDUCATIONAL ROLLING PROGRAMME
46TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING
3e5 December 2015, Munich, Germany

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

Contact: Ruth Lennartz/Karin Huppertz

Email: rlennartz@ukaachen.de; Khuppertz@ukaachen.de

INTERNATIONAL MASTER OF APPLIED SCIENTIFIC DENTAL
EDUCATION AND RESEARCH (MASTER OF SCIENCE)

Kiel University, Germany

To achieve the unique combination of skills necessary for leading
positions in academic dentistry.

Email: j.braun@mkg.uni-kiel.de

Website: <http://www.imasder.org>

47TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

18e26 February 2016, Aachen, Germany

Contact: Ruth Lennartz/Karin Huppertz

Email: rlennartz@ukaachen.de; khuppertz@ukaachen.de

Tel: p49 (0) 241 80 88246

48TH INTERNATIONAL COURSE FOR FLAP RAISING &
MICROSURGERY

9e18 March 2016, Bochum, Germany

Block I e Raising flaps

Block II e Microsurgical Exercise

Contact: Ruth Lennartz/Karin Huppertz

Email: rlennartz@ukaachen.de; khuppertz@ukaachen.de

Tel: p49 (0) 241 80 88246

7TH AOCMF COURSE

20e22 April 2016

THE BRUGES 3D ORTHOGNATHIC SURGERY COURSE (THE
'LOBSTER COURSE')

4e7 July 2016, Brugge, Belgium

Contact: Lindsay Bultinck

Email: Bultinck@azsintjan.be

66TH CONGRESS OF THE GERMAN SOCIETY FOR ORAL &
MAXILLOFACIAL SURGERY

1e4 June 2016, Hamburg, Germany

Website: www.dgmkh-hamburg.de

10TH WORLD CLEFT LIP AND PALATE CONGRESS OF THE
INTERNATIONAL

CLEFT LIP AND PALATE FOUNDATION (ICPF)

19e23 October 2016, Chennai, India

Organiser: Dr S M Balaji

Email: info@cleft2016icpf.com

BONE GRAFT COURSE

18e20 November 2015, Groningen, The Netherlands

Contact: Julia Kuiper

Email: julia.kuiper@klsmartin.com

10TH INTERNATIONAL EUREGIO JUBILEE-COURSE FOR
IMPLANTOLOGY

8e9 August 2016, Aachen, Germany

Contact: Ruth Lennartz

Email: rlennartz@ukaachen.de

Tel: p49 (0) 241 80 88231

BAOMS/IAOO STUDY DAY

27 November 2015, Royal College of Surgeons, England

Email: office@baoms.org.uk

EMERGENCY SKILLS IN ORAL AND MAXILLOFACIAL
SURGERY

2e3 December 2015

Contact: Royal College of Surgeons

Email: education@rcseng.ac.uk

ZOBOSKI SEMINAR

9e12 December 2015, Arabba, Italy

Contact: Ales Vesnaver

Email: ales.vesnaver@kclj.si

MASTERCLASS IMMEDIATE LOADING PROCEDURES

20e22 January 2016, Brugge, Belgium

Contact: Lindsay Bultinck

Email: Lindsay.bultinck@azsintjan.be

FINESE IN FACIAL PLASTIC SURGERY e THE 7TH
REGENSBURG

COURSE 2016

6e10 April 2016

Director: H G Gassner

Email: Course@Facial-Plastic-Surgery.eu

Website: www.facial-plastic-surgery.eu

INTERDISCIPLINARY TREATMENT OF DISORDERS OF THE
FACIAL

SKELETON

5e7 May 2016, Rostock, Germany

Contact: Mrs Kathy Grunwald

Email: Kathy.grunwald@med.uni-rostock.de

OPTIMISATION IN CMF TRAUMA CARE

19e20 May 2016, Groningen, The Netherlands

Contact: Prof Fred K L Spijkervet

Email: l.kempers@umcg.nl

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

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