

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.29 Feb. 2016

سال سوم، شماره ۲۹ بهمن ۱۳۹۴



به نام خدا

جراحی فک و صورت نه تنها در شاخه دندان پزشکی بلکه در مجموعه رشته‌های پزشکی هم، یک رشته سنگین شمرده می‌شود. سال‌های دراز مدت دوران دستیاری تخصصی و سنگینی مسئولیت عمل‌های جراحی همگی، این رشته تخصصی را از رشته‌های مشابه متمایز می‌سازد. ولی آن چه در بین تحصیل‌کردگان رشته‌های پزشکی دیده می‌شود عدم آگاهی آنان از وظایف و مسئولیت‌های این رشته و کار جراحان فک و صورتی است که سالیان عمر در راه آموختن این شاخه پزشکی هزینه کرده اند. علت ناشناخته ماندن اعتبار و ارزش این تخصص در کجا است و چه گونه می‌توان اهمیت این تخصص را به همکاران پزشک و دندان‌پزشک نشان داد؟

پس از فارغ التحصیل شدن دستیار تخصصی، اگر شخص به استخدام یک دانشگاه در نیاید، رابطه اش با تجربه‌ها و دستاوردهای جراحان دیگر به شدت محدود می‌شود. همگی دیده ایم که کنگره‌های علمی در مدت زمان محدود و به خاطر نوع ارائه مطالب، علی‌رغم زحمتهایی که برگزارکنندگان آن متحمل می‌شوند، نمی‌تواند پاسخ‌گوی نیازهای جراح فک و صورت از طرفی و بازتاب دهنده تجربه‌های فردی وی از طرف دیگر باشد. در این جا است که اهمیت یک نهاد مدنی علمی تخصصی که بتواند جراحان را گرد آورده و محملی برای تبادل نظر و اطلاعات، آشنائی، هم‌دلی و هم‌فکری بیش‌تر باشد مشخص می‌شود.

انجمن علمی جراحان دهان، فک و صورت ایران که به همت گروهی از بزرگان این رشته تشکیل شد هم اکنون مراحل اولیه بنیان‌گذاری را طی کرده و به انجمنی با امکانات خوب تبدیل شده است.

با کمک کاری و مالی برخی از همکاران، انجمن اکنون دارای یک خانه با فضای نسبتاً مناسب است و می‌توان در آن نشست‌های پر بار و صمیمانه علمی و صنفی برگزار کرد. اساس‌نامه انجمن مشابه اساس‌نامه انجمن‌های علمی دیگر است. هیئت مدیره ای انجمن را اداره می‌کند که در مجمع عمومی برگزیده می‌شود. این که چه تعداد از اعضای انجمن در انتخابات گزینش هیئت مدیره شرکت کنند و چه کسانی را با کدام هدف‌ها انتخاب کنند، در فعال شدن انجمن علمی و یا به رخوت کشیده شدن و دچار عارضه ریاست بازی شدن آن، تاثیر مستقیم دارد.

اگر بخواهیم رشته جراحی فک و صورت جایگاه واقعی خود را پیدا کند، می‌بایست در معرفی آن در بین گروه‌های پزشکی شرکت فعال داشته باشیم. انجمن درست همان تریبونی است که می‌تواند پیام ما را به هموطنانمان برساند. برای معرفی رشته لازم است با انتشار مجله علمی ماهانه که در آن دست‌آوردهای بالینی جراحان ایرانی چاپ شود، برگزاری نشست‌های ماهانه و چاپ و انتشار فراگیر آن و نشان دادن ژرفا و گستره عرصه کاری این رشته، در عمل جایگاه خود را بازیابیم. ماه نامه « جراحی فک و صورت - تازه‌ها » گام کوچک شخصی در این راستا بود و هر چند بازخورد غرورانگیزی داشت ولی نمی‌تواند جای‌گزین آن گام‌های بلند علمی باشد که همکاران در مجله علمی و نشست‌های ماهانه و گردهمائی‌های دیگر علمی بر می‌دارند.

در ۲۹ بهمن ماه، مجمع عمومی انجمن برگزار خواهد شد. شرکت در مجمع عمومی یک تصمیم فردی نیست. همراهی با همه جراحان فک و صورتی است که اراده کرده اند از راه انجمنی با نشاط و پربار، رشته با ارج خود را به جامعه پزشکی آن گونه بنمایانند که شایسته‌اند.

دکتر میترا میرمحمدی

تکنیک بخیه آکاردئونی، یک اسپریدر فلپ رینوپلاستی اصلاح شده

The accordion suture technique: A modified rhinoplasty spreader flap

Tahsin G€orgülü a,*, Cenk Murat €Ozer b, Eksal Kargi a

a Bulent Ecevit University Medical Faculty, Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Zonguldak, Turkey

b Bulent Ecevit University Medical Faculty, Department of Anatomy, Zonguldak, Turkey

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 43 (2015) 796e802

اسپریدر فلپ یک آلترناتیو وسیعاً استفاده شونده در بازسازی درسال با گرفت‌های اسپریدر است. اگرچه توانایی محدودی برای فراهم آوردن عرض درسال بینی دارد. ضخامت غضروف Upper Lateral (ULC) ۴ بار نازک‌تر از اسپریدر گرفت است. این گزارش، تکنیک سوچور آکاردئونی را برای ULC معرفی می‌کند که شامل سوچورهای ساده‌ای می‌شود که هر ULC (۳ بار تاه می‌خورد) را به سپتوم فیکس می‌کند.

ما این تکنیک را در ۶۴ رینوپلاستی اولیه اجرا کردیم و بیماران برای تقریباً ۱۸ ماه پایش شدند. بیماران پرسش‌نامه‌ای را ۱۲ ماه پس از جراحی تکمیل کردند و رضایت قابل توجهی از استتیک و فانکشن بینی ابراز نمودند. علاوه بر آن، آنالیزهای رینومانومتریک نشان داد که مقاومت راه‌هوایی نازال (NAR) به طور قابل ملاحظه‌ای در دوره پس از جراحی کاهش یافت. وجود هامپ بینی یکی از شایع‌ترین اندیکاسیون‌ها برای رینوپلاستی است. بعد از قطع هامپ، راه‌های گوناگونی برای بازسازی دورسوم بینی با استفاده از گرفت‌های اینلی و انلی وجود دارند. اسپریدر گرفت‌ها برای نتایج فانکشنال و استتیک ترجیح داده می‌شوند.

این تکنیک نیاز به ماتریال‌های گرفت غضروفی فوق‌العاده دارد و غالباً سپتوم بینی به عنوان ناحیه دهنده گرفت ترجیح داده می‌شود، گرچه جراحی سپتال، ریسک عوارض را بالا می‌برد به ویژه اگر هیچ پاتولوژی سپتال مشهود نباشد.

تکنیک اسپریدر فلپ، گزینه متداول دیگری برای بازسازی درسال است. اعتبار این تکنیک بسته به ضخامت ماتریال ULC استفاده شده دارد. اغلب، آن ضخامت برای این که عرض درسال مورد نیاز را موقعی که غضروف تاه می‌خورد

تأمین کند، نمی‌دهد. برای کسب عرض درسال کافی، اصلاحیه‌های متعددی از تکنیک توضیح داده شده است. ضخامت می‌تواند بیشتر با پیچیدن تا با تاه کردن غضروف و با استفاده از تکنیک ویژه سوچور آن افزایش یابد. خصوصیت تکنیک سوچور آکاردئونی از ۳ برابر خم شدن هر یک از ULC ها و شکل‌گیری یک dorsal roof از ۷ لایه غضروف با یک سپتوم صورت گیرد. این روش مولتی کارتیلاژ مشکلات عرض درسال را حل می‌کند و یک عرض ۸ میلی متری بدست می‌آید. علاوه بر آن حافظه غضروف، مقاومت آن به خم شدن و افزایش قدرت دریچه داخلی بینی را ایجاد می‌کند.

مواد و روش‌ها

روش جراحی: انسپژن رینوپلاستی باز داده شد و فلپ نوک بینی بالابرده شد، غضروف دورسال نازال و استخوان از پوست به صورت ساب پری کوندریال و ساب پریوستال دایسکت شدند. ما ULC ها را برای جلوگیری از ایجاد دفورمیتی V وارونه از استخوان بینی دایسکت نکردیم. فقط نواحی سپتال دورسال و کودال که می‌بایست بریده می‌شدند از مخاط اینترا نازال دایسکت شدند. اگرچه ناحیه انتقال سپتوم و ULC ها به صورت زیر مخاطی دایسکت شدند. (Fig 1).

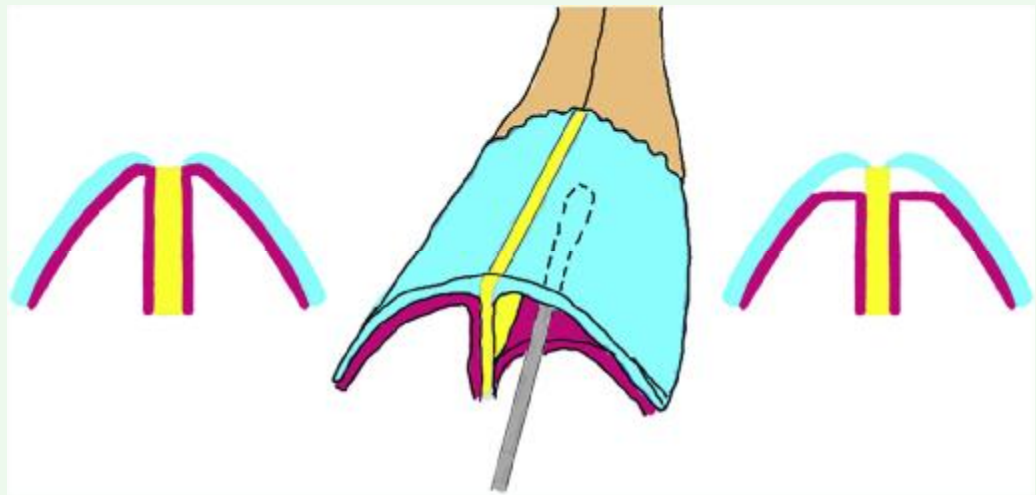


Fig. 1. Partial submucosal dissection of the upper lateral cartilage and septum.



Fig. 2. Upper lateral cartilage (ULC) separation in the septum

این مانور از آسیب به مخاط نازال در طی جدا شدن از سپتوم و ULC جلوگیری کرد. بعد از دایسکت آنتریور سپتوم و ULC از مخاط اینترانازال، ULC از برادر سپتوم (Fig 2) جدا شد. هر دو ULC از مخاط اینترانازال ۳ میلی متر برای سوچور آکاردئونی دایسکت شدند (فاصله دقیق به طور فردی متفاوت بود که بسته به وسعت هامپ اضافی بود) (Fig 3) هامپ غضروفی و استخوانی با استفاده از قیچی و استئوتوم قطع شدند.

تکنیک بخیه: تکنیک سوچور آکاردئونی در سه نقطه مشخص در سپتوم و ULC ها با استفاده از بخیه پلی پروپیلن به کار برده شد: سفالیک (درست زیر ناحیه Keystone) و $\frac{1}{3}$ میانی و کودال . سوچور وسط اول گذاشته شد و پس از آن سوچورهای سفالیک و کودال زده شدند.

برای هر سوچور، سوزن ۷ بار بر روی همان محور افقی داخل تمام ضخامت غضروف گذر کرد (سه بار از ULC راست به سپتوم، سه بار از سپتوم به ULC چپ) در تکنیک سوچور آکاردئونی، هر بخیه با دقت زده شد تا از ایجاد کشیدگی بیش از اندازه یا دفورمیشن ULC ها احتراز شود. هر بخیه سست گره زده شد.

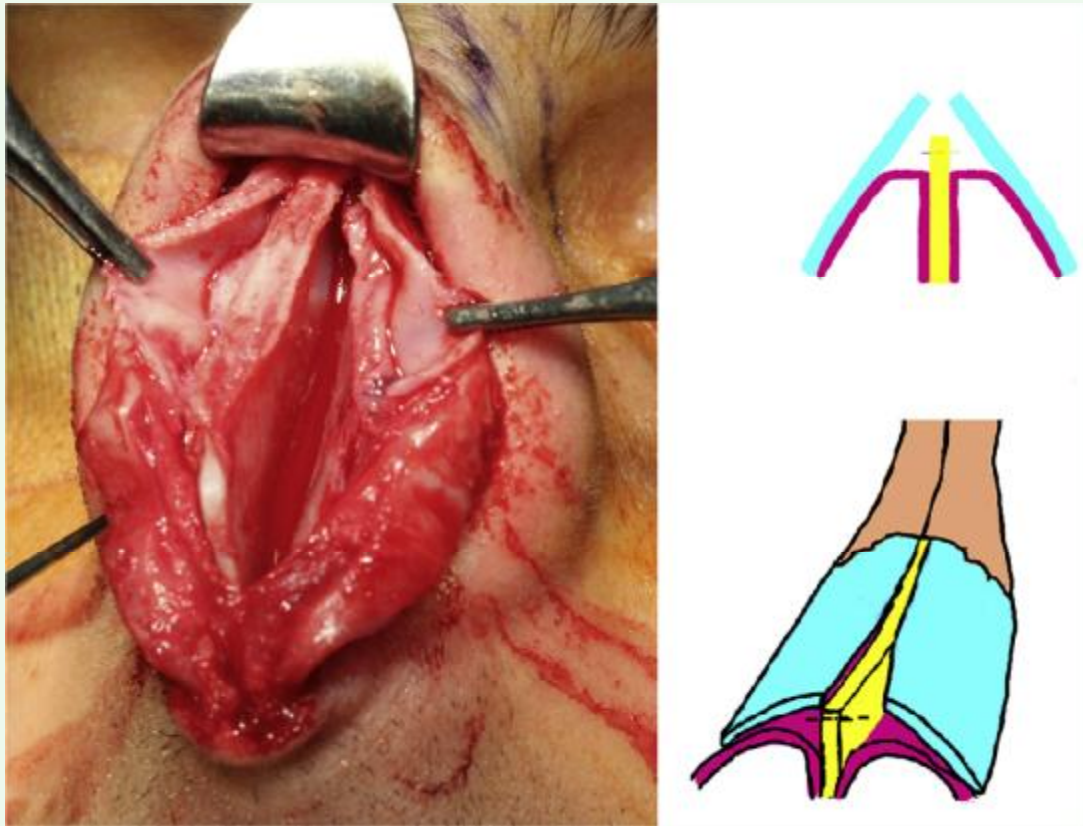


Fig. 3. Upper lateral cartilage (ULC) flap preparation using the dissected nasal mucosa, and planning of the hump excision

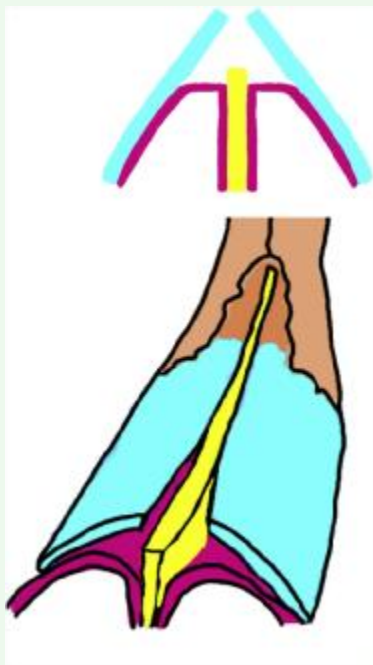


Fig. 4. The hump excision

تکنیک سوچور آکاردئونی برای درمان هامپ‌های کوچک‌تر از ۲ میلی متر ارتفاع به دلیل ناکافی بودن طول ULC نمی تواند به کار رود. بنابراین تکنیک برای بیماران با انحراف سپتال نه خیلی شدید و مشکلات جدی هامپ در رینوپلاستی اولیه به کار می‌رود. علاوه بر آن، این تکنیک برای یادگیری و استفاده راحت است و وقت عمل با از بین رفتن نیاز به گرفت غضروف و با قرار دادن سوچورهای ساده جدا در ULC کاهش می‌یابد.

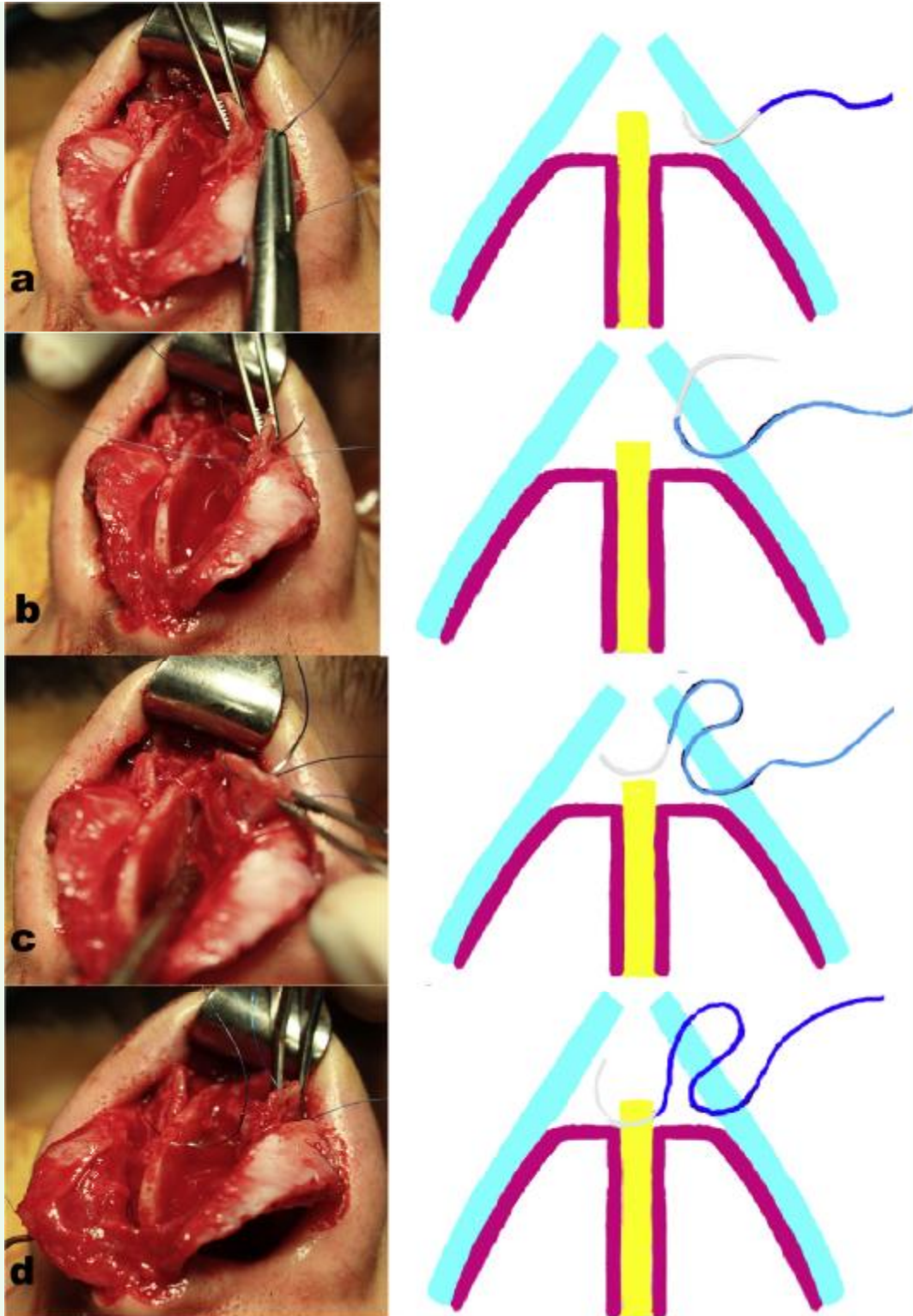


Fig. 5. Steps in the accordion suture technique. The 5/0 propylene suture needle insertion points on the same horizontal axis. (a) The dorsal-to-nasal direction at the border of the dissected nasal mucosa. (b) The nasal-to-dorsal direction 1 mm distant from the first insertion point. (c) The dorsal-to-nasal direction 1 mm distant from the second insertion point. (d) The suture needle is passed transversely to the septum (~1 mm below the dorsal border of the septum) to approximate the superior borders of the septum and the bent ULC.

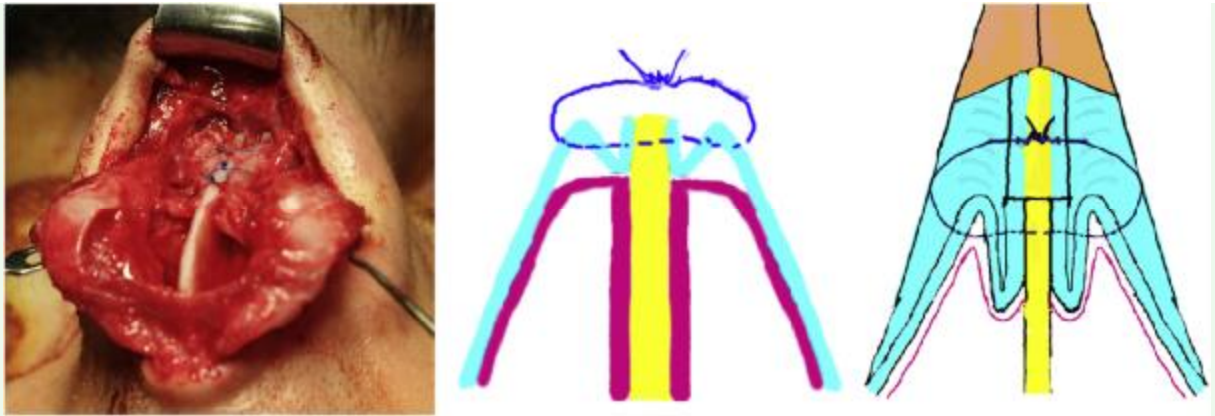


Fig. 6. The effect of the complete accordion suture technique on cartilage.



Fig. 8. Width of the dorsal cartilage roof was 8 mm without using a graft.



Fig. 7. Photographs of two patients preoperatively and 18 months postoperatively.

تکنیکی اصلاح شده برای بازسازی دیفکت کامل ماگزایلا

Short communication

A modified technique for reconstruction of a total maxillary defect

Miao Yu, Xing-jun Qin**, Chen-ping Zhang, Li-qun Xu

*Department of Oral and Maxillofacial-Head and Neck Oncology, Ninth People's Hospital, College of Stomatology, Shanghai Jiao

Tong University School of Medicine, Shanghai Key Laboratory of Stomatology, Shanghai, **China**

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 106–108

دیفکت‌های کامل ماگزایلا با ابقاء اربیت (Brown class 2b) چالشی در کار بازسازی به علت تنوع ساختارهای آناتومیکی درگیر برای جراحان است. تکنیک‌های مرسوم برای بازسازی کف اربیت، زایگوما و ماگزایلا با استفاده از فلپ واسکولاریزه فیبولار به تنهایی دچار عوارض می‌شوند. زیرا که استئوتومی و جهت‌یابی استخوان مشکل هستند. بازسازی کف اربیت با مش تیتانیوم ممکن است ایجاد ناراحتی در لمس و افزایش ریسک عفونت ثانویه کند. در این جا ما به شرح روشی با استفاده از فلپ واسکولاریزه فیبولار، همراه با فلپ پایه‌دار تمپورال کرونوئید، که ما در دو بیمار به کار بردیم و موجب حصول به نتایج استتیک و فانکشنال رضایت بخش شد، می‌پردازیم. تکنیک ما بافت کافی برای دیفکت‌های پوستی اینفرا اربیتال و پایه‌هایی با طول کافی فراهم می‌آورد و فقط نیاز به استئوتومی فیبولا دارد. بنا به دانسته‌های ما این اولین گزارش از این تکنیک است.

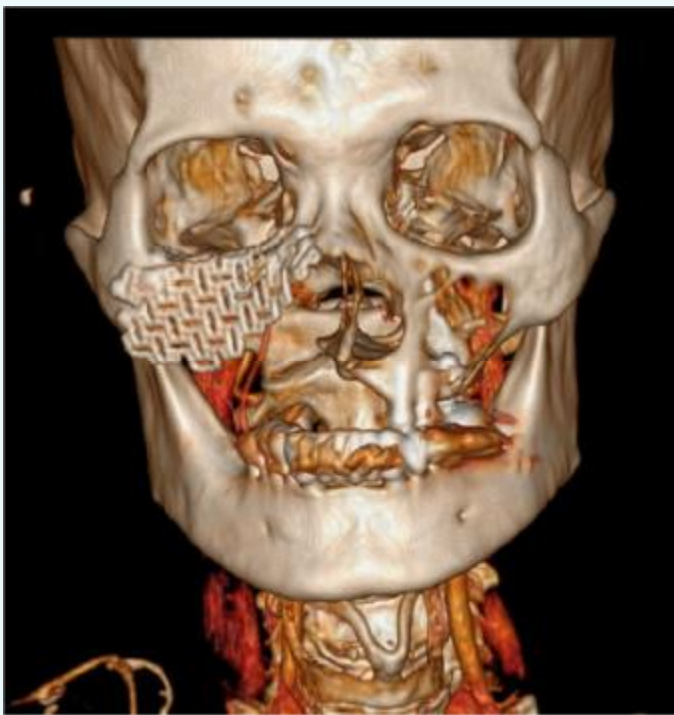


Fig. 1. Three-dimensional reconstruction before operation.

گزارش نمونه: یک آقای ۶۳ ساله با SCC سینوس ماگزایلا سمت راست، ماگزایلتومی کامل سمت راست و بازسازی با مش تیتانیوم در دو سال قبل داشته است. (Fig 1) متعاقباً، برایش رادیوتراپی پس از عمل انجام شده که منتج به اکسپوژر مش تیتانیوم شده است. (Fig 2)

بعد از این که از امکان برگشت ضایعه جلوگیری کردیم، طرح Surgicase 5.C را قبل از عمل ساختیم که استخوان آلوئولار با فلپ فیبولار ۲ مرحله‌ای (کف اربیت را با فلپ زائده کرونوئید ۳۲/۵*۲۷/۴mm) را با الگوبرداری از طرف مقابل و بازسازی کند.

سپس، فلپ پایه دار تمپورال کرونوئید به شکلی درآمد که محتویات اربیت را پشتیبانی کند.

فلپ فیبولار استئوکوتانوس به همان سطحی که فلپ Hidalgo استخوان آلوئولار را بازسازی می کند بالا برده شد. پوست فلپ فیبولار برای بازسازی مخاط بینی، پوشش دهانی و پوست اینفرا اربیتال استفاده می شود. در آخر عروق پروئال از طریق انسیژن ها در چین ساب ماندیبولار به عروق صورتی آناستاموز شدند. یک ماه پس از عمل، بیمار از بیماری رهایی یافت و نتایج استتیک رضایت بخشی داشت. میزان بازشدن دهان او ۴ سانتی متر و گفتار و بلع طبیعی بودند و هیچ عارضه اضافی از جمله دوبینی، اکتروپیون، اگزوفتالمی یا نکروز فلپ نداشت. CT اسکن های پس از عمل مورفولوژی اربیت و استخوانی شدن گرفت های استخوانی ترانسپلانت شده را با مورفولوژی طبیعی نشان داد. ما هیچ تحلیل استخوانی (Fig 2,3) را مشاهده نکردیم. متأسفانه بیمار از تکمیل درمان و انجام ایمپلنت دندانی یا پروتز متحرک به سبب علل اقتصادی امتناع کرد.



Fig. 2. Before operation (left) and 1 month postoperatively (right) (published with the patient's consent).

توسط بازسازی کف اربیت با فلپ پایه دار تمپورال کرونوئید، به ایمپلنت مش تیتانیوم نیاز نیست که بدین ترتیب ریسک اکستروژن یا اکسپوژر آن را منتفی می کند و ریسک عفونت را به حداقل می رساند و تأثیر رادیاسیون پس از عمل را نیز کاهش می دهد. محل دهنده و گیرنده در همان محل جراحی واقع می شود که ترامای اضافی را حذف می کند. زائده کرونوئید کاملاً با کانتور و ابعاد کف اربیت منطبق است و ظاهر صورت را قرینه تر می کند. به طور خلاصه، بازسازی دیفکت کامل ماگزایلا با فلپ فیبولار واسکولاریزه در تلفیق با فلپ پایه دار تمپورال کرونوئید، ساده و مؤثر است و نتایج کلینیکی عالی می دهد.

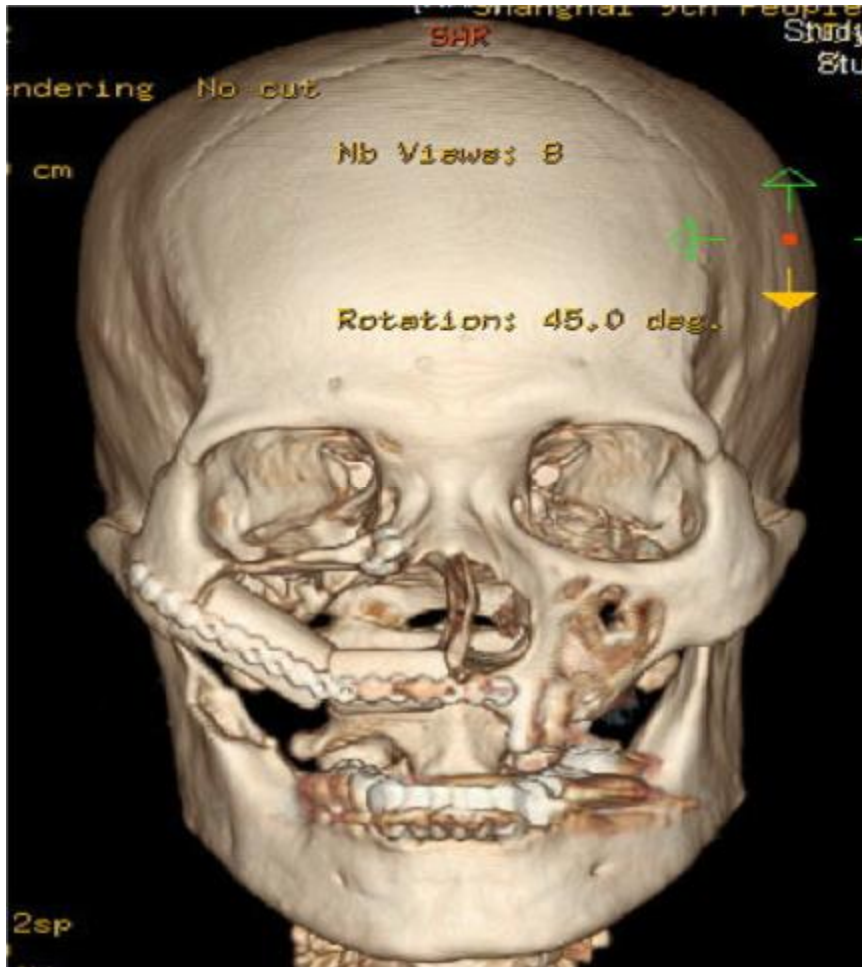


Fig. 3. Three-dimensional reconstruction after operation.

مؤثر بودن سرمادرمانی

در کاهش درد، تریسموس و ادم بعد از جراحی مولر سوم نهفته فک پایین

Effectiveness of cold therapy in reducing pain, trismus, and oedema after impacted mandibular third molar surgery: a randomized, self-controlled, observer-blind, split-mouth clinical trial

M. Zandi¹, P. Amini², A. Keshavarz³ ¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran; ²Department of Biostatistics, Hamedan University of Medical Sciences,

Hamedan, Iran; ³Faculty of Dentistry, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, **Iran**

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2016; 45: 118–123

روش‌های چندی برای جلوگیری یا به حداقل رساندن درد، تریسموس و ادم ناشی از جراحی دندان نهفته در مقالات چاپ شده، پیشنهاد شده است. این روش‌ها شامل استفاده از داروهایی چون کورتیکواستروئیدها و داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs)، لیزر، مواد آنژیومی، کامپرشن موضعی، پک‌های یخ و درن‌های جراحی هستند. سرما درمانی یک روش مرسوم و وسیع برای کاهش درد، تریسموس و ادم پس از جراحی‌های دنتوآلوئولار است. گرچه اطلاعاتی که در مقالات گزارش شده در رابطه با مؤثر بودن آن ناکافی و مورد مجادله است.

در این مطالعه، ارزیابی تأثیر استفاده موضعی سرما در کاهش درد، تریسموس و تورم پس از جراحی مولر سوم نهفته به اجرا درآمد. ۳۰ بیمار (۷ مرد و ۲۳ زن) با دندان‌های مولر سوم نهفته قرینه دوطرفه در این آزمایش کلینیکی self controlled تصادفی، Observer blind وارد شدند.

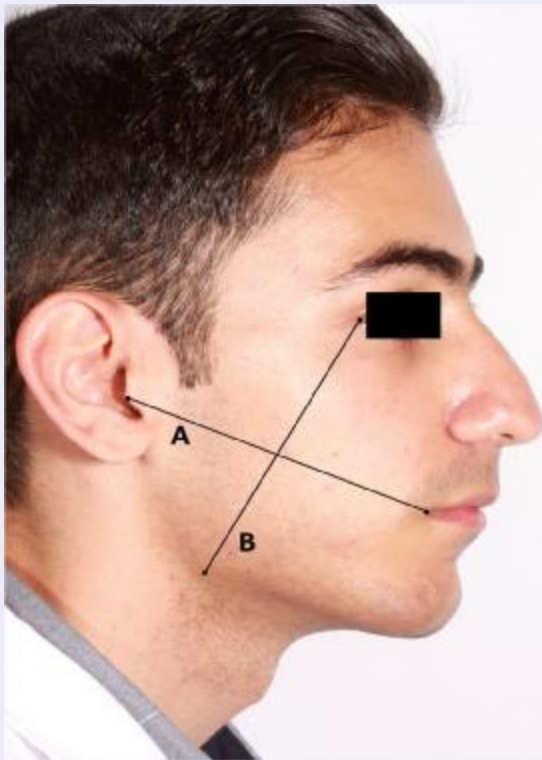


Fig. 1. Anatomical distances used for the measurement of facial swelling: (A) linear distance from the tragus to the corner of the mouth; (B) linear distance from the angle of the mandible to the lateral canthus of the eye.

بیماران در سنین ۳۰ - ۱۸ سال بودند. بعد از جراحی درآوردن دندان در طرف دیگر (کنترل)، هیچ سرما درمانی انجام نشد. فاصله زمانی بین دو جراحی حداقل ۴ هفته بود. میزان درد، تریسموس و تورم صورت در روزهای دوم و هفتم پس از جراحی اندازه‌گیری شد و رضایت بیمار از سرمادرمانی در مقابل عدم انجام آن مورد بررسی قرار گرفت. میزان درد، تریسموس و تورم صورت و میزان رضایت به طور قابل توجهی بین طرف مورد مداخله سرمادرمانی در مقابل طرف دیگر با عدم انجام آن مورد مقایسه قرار گرفته شد. میزان درد، تریسموس و تورم صورت و میزان رضایت بیمار طرف مورد مداخله سرمادرمانی و طرف کنترل بیمار تفاوت قابل توجهی نداشت. سرمادرمانی تأثیر مفیدی بر نتیجه پس از جراحی دندان مولر سوم ندارد.

تزریق خون اتولوگ برای درمان دیس لوکیشن راجعه ماندیبولار

Autologous blood injection for the treatment of recurrent mandibular dislocation

R. Coser, H. da Silveira, P. Medeiros, F. G. Ritto Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Pedro Ernesto University Hospital (HUPE), Rio de Janeiro State University (UERJ), Rio de Janeiro, **Brazil**
Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 1034-1037

هدف از مطالعه حاضر ارزیابی مؤثر بودن تزریق خون اتولوگ در درمان دیس لوکیشن راجعه مفصل گیجگاهی - فکی بود. برای ۱۱ بیمار با تشخیص دیس لوکیشن راجعه مفصل که نمی‌توانستند آن را خود جا بیندازند، تزریق خون اتولوگ در قسمت فوقانی مفصل و ناحیه پری کیسولار انجام شد. در طی زمان پایش در طی ۳۵ - ۲۴ ماه (متوسط ۲۹/۶ ماه) ۸ (۷۲/۷٪) پیزوده‌های جدید دیس لوکیشن را نشان ندادند. بیش‌ترین توصیه درمانی برای دیس لوکیشن، eminectomy که انسپژن پوستی را دربردارد با ریسک آسیب به عصب صورتی و نیاز به بی‌هوشی عمومی همراه است و معرف میزان موفقیت با میانگین ۸۵٪ بر طبق مقالات است.

تزریق خون اتولوگ یک تکنیک ساده، سریع و کم‌تهاجمی و با صرفه با امکان عوارض کم و درمان جایگزین ممکن قبل از مداخله جراحی است.

در میان تغییرات در هیپرموبیلیتی مفصل، دیس‌لوکیشن TMJ عمدتاً به جا به جایی به قدام کندیل بر روی برجستگی آرتیکولار با جدایی کامل از سطوح مفصلی و در پی آن به قفل شدگی می‌انجامد. بیمار قادر به بستن دهان نیست و در وضعیت دهان باز قفل شده می‌ماند تا اینکه جا به جایی مکانیکی به اجرا درآید.

پاتوفیزیولوژی دیس‌لوکیشن ماندیبولار شامل تلفیقی از سه فاکتور است، شل شدن کپسول و لیگامان‌های TMJ، یک برجستگی شاخص و اسپاسم عضلانی.

تکنیک جراحی: برای این کار، دو سوزن ۱۸G در فضای بالای مفصل در وضعیتی که دهان بیمار باز است قرار داده شدند. اولین سوزن ۱۰ میلی‌متر در قدام تراگوس و ۲ میلی‌متر زیر خط رفرنس وارد می‌شود تا این که فوسا را لمس کند، دومین سوزن ۱۰ میلی‌متر در قدام اولین سوزن و ۵ میلی‌متر زیر خط رفرنس برای درناژ مایع قرار داده شدند.

۲۵۰ میلی‌لیتر محلول رینگرلاکتات برای لاواژ مفصل به کار برده شد. سپس ۳ میلی‌لیتر از خون اتولوگ از ورید براکیال جمع شد، و سوزن درن‌کننده برداشته شد. سرنگ خون به باقی سوزن متصل گردید و ۲ میلی‌لیتر خون به درون فضای مفصلی فوقانی و ۱ میلی‌لیتر در ناحیه پری‌کپسولار (Fig 1) در بیماران با دیس‌لوکیشن راجعه مزمن TMJ تزریق شد. همین اقدام بر روی طرف مقابل به اجرا درآمد.

بانداز صورتی الاستیک بلافاصله پس از عمل گذاشته شد و به مدت دو هفته با هدف محدود کردن باز کردن دهان به میزان حداکثر ۲ سانتی‌متر نگه داشته شد.

در ابتدا، قسمت تزریق شده و بافت‌های پری‌کپسولار مفصل توسط تزریق کشیده می‌شوند و در پاسخ فیزیولوژیک، واکنش التهابی و ادم در بافت‌های مجاور با کاهش حرکات مفصلی در طی ساعات یا روزهای بعد اتفاق می‌افتد. بعد از آن، کواگولوم شکل گرفته و بافت فیبروزی ایجاد می‌شود که حرکات مفصل را محدود می‌کند. در نهایت این بافت گسترش می‌یابد و منتج به محدود شدن دائمی حرکت می‌شود.



Fig. 1. Injection of 2 ml autologous blood in the upper joint space and 1 ml in the pericapsular region



Fig. 2. Elastic facial bandage used to restrict joint movements

اکسپوزر غضروف مفصلی به خون تغییراتی را در فعالیت ماتریکس غضروفی ایجاد می‌کند و موجب کاهش در متابولیسم کندروسیت‌ها و در نتیجه انقباض موضعی می‌شود. استفاده از بانداژ الاستیک به دنبال درمان، حرکات مفصلی را کاهش یافته نگه می‌دارد و اجازه شکل‌گیری فیبروز و چسبندگی کپسول و بافت‌های پری‌کپسولار را می‌دهد. هدف از این روش افزایش فیبروز بافت کپسولار و در پی آن جلوگیری از حرکت گشتی ماندبیل است. این اقدام امتیازاتی چون سهولت اجرا، هزینه پایین، کم شدن میزان عوارض و پذیرش بیشتر بیمار را در مقایسه با آلترناتیوهای تهاجمی‌تر در بر دارد.

ارزیابی موفقیت گرفت استخوانی انجام شده در شکاف آلوئولار

در سن پنج سالگی در مقایسه با ده سالگی

Evaluation of success of alveolar cleft bone graft performed at 5 years versus 10 years of age*

Caroline Dissaux ^{a,*}, Fr_eric Bodin ^a, Bruno Grollemund ^a, Thomas Bridonneau ^a,

Isabelle Kauffmann ^{a,b}, Jean-François Mattern ^{c,d}, Catherine Bruant-Rodier ^a

^a Cleft Competence Center, Maxillofacial and Plastic Surgery Department (Head: Catherine Bruant-Rodier, MD, PHD), Strasbourg University Hospital,

1 place de l'H^opital, 67091 Strasbourg, France

^b Pediatric Surgery Department, Strasbourg University Hospital, H^opital de HautePierre, Avenue Moli_ere, 67200 Strasbourg, France

^c Imaging Department, CBCT Department, Strasbourg University Hospital, H^opital de HautePierre, Avenue Moli_ere, 67200 Strasbourg, France

^d Cabinet de radiologie et d'imagerie m_edicale de Bischwiller, 13 rue Poincar_e, 67240 Bischwiller, **France**

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 44 (2016) 21e26

جراحی گرفت استخوانی در شکاف آلوئولار اغلب در زمانی که بیمار در سنین بین ۹ تا ۱۲ سالگی است در دوره دندان‌های مختلط و قبل از رویش کاین‌ها انجام می‌شود تا آن‌ها امکان رویش در محل گرفت را داشته باشند. اخیراً، گرفت استخوان آلوئولار قبل از رویش دندان لترال ماگزایلا در زمانی که بیمار بین ۶ - ۴ سال سن دارد توصیه می‌شود. این کار به دندان لترال، اجازه رویش به درون گرفت استخوان را می‌دهد و برخی مولفان نتایج بهتری را در ارتفاع استخوانی گزارش کرده اند.

اولین هدف این مطالعه، مقایسه نتایج گرفت‌های استخوانی انجام شده در بیماران در سنین ۵ سال و ۱۰ سال و دومین هدف نشان دادن ارزش CBCT در ارزیابی گرفت استخوان بود.

سابقه و هدف: گرچه انجام گرفت استخوانی در استخوان آلوئولار مورد قبول است ولی مجادله در زمان عمل آن همچنان باقی است.

روش‌ها: یک مطالعه گذشته نگر از ۲۸ بیمار که گرفت استخوان آلوئولار برایشان انجام شده بود بسته به سن بیمار در زمان انجام گرفت به دو گروه تقسیم شدند. گروه A (۱۴ بیمار) در میانگین سنی ۵/۲ سال (بین ۷ - ۴ سال) و گروه B (۱۴ بیمار) با متوسط سن ۱۰ سال (۱۳ - ۸/۵ سال) جراحی شدند.

همه کودکان به طور کلینیکی و با CBCT قبل از انجام گرفت استخوان و ۶ ماه پس از آن بررسی شدند. شکاف و ابعاد و حجم گرفت استخوانی با استفاده از نرم افزار Osirix v3.9.2 مورد ارزیابی قرار گرفتند. ضریب گرفت استخوانی

باقی مانده (حجم گرفت استخوانی در ۶ ماه پس از عمل در CBCT / حجم شکاف آلوئولار) محاسبه شد. عوارض، حرکت دندان یا آژنز دندانی هم‌چنین گزارش شدند.

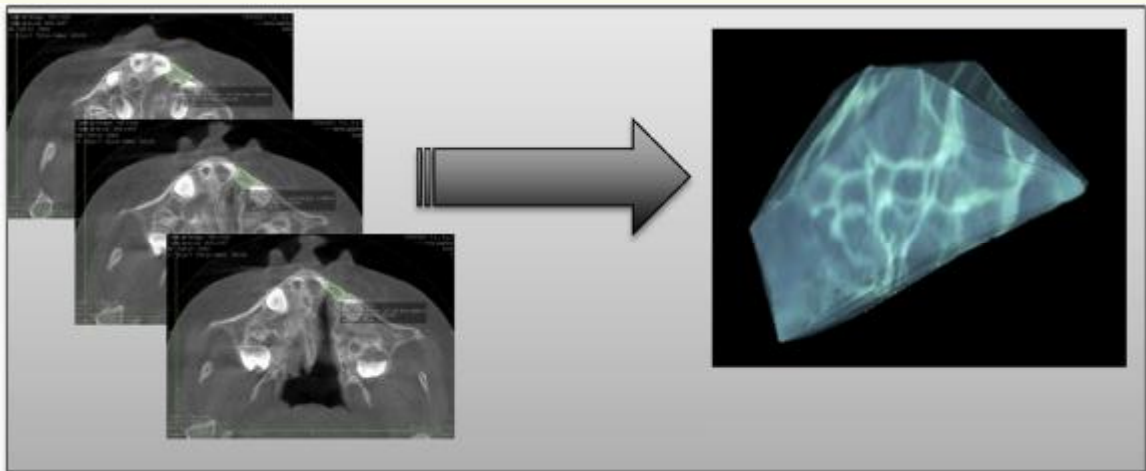


Fig. 1. Example of bone graft volume acquisition. The alveolar bone grafts were delimited on each slice using the drawing tool. Transversal areas were superimposed to produce a 3D volume using Osirix v.3.9.2 software.

نتایج: نمونه در هر دو گروه به لحاظ فرم شکاف، میزان فیستول قبل از جراحی و حجم شکاف یکسان بودند. ضریب گرفت استخوانی باقیمانده در گروه A به ۶۳/۳٪ و در گروه B به ۴۶/۲٪ رسید. نتایج گرفت استخوانی باقی مانده هم‌چنین توسط رویش دندان در درون گرفت تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: آنالیز سه بعدی، موفقیت بالاتری از گرفت استخوان آلوئولار را در کودکانی که زودتر از ۵ سالگی جراحی شده بودند نشان داد.

یک CBCT روش رادیوگرافی کلیدی برای بررسی سه بعدی گرفت استخوانی آلوئولار با استفاده از دوز پایین رادیاسیون و رزولوشن بالا، در موقعی که آنالیز محدود به ناحیه ماگزایلا است می‌باشد. تأثیر دندان مجاور اساسی است و مستقیماً میزان موفقیت گرفت استخوانی را بدون در نظر گرفتن سن تحت تأثیر قرار می‌دهد.

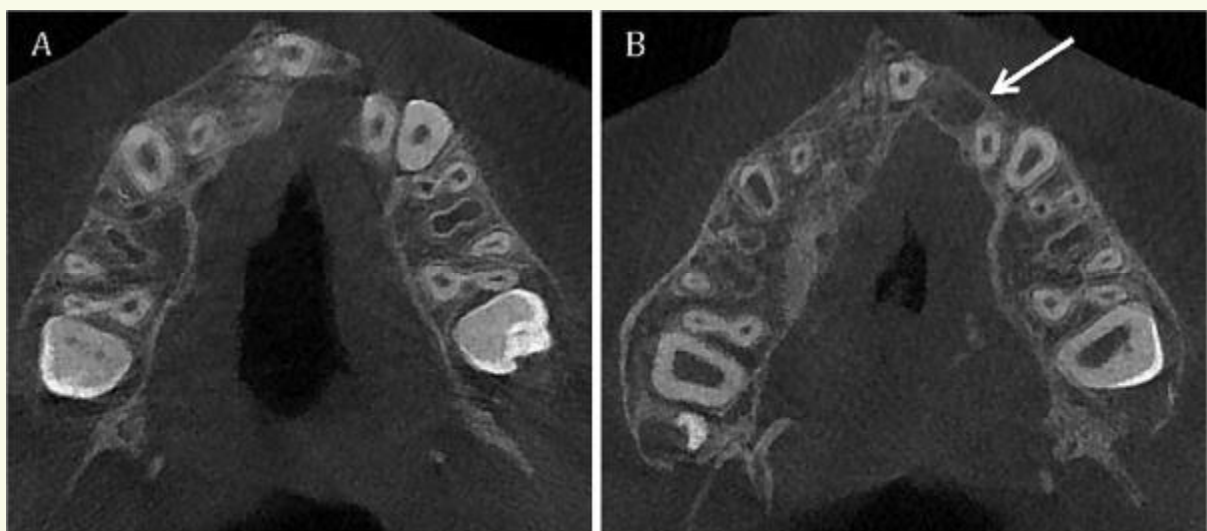


Fig. 2. Bony bridge observed 6 months after the alveolar bone graft. A. Image obtained one day before surgery. B. Bony bridge observed 6 months after surgery



Fig. 4. Eruption of the lateral incisor (Group A) and canine (Group B) through the alveolar bone graft. Best results in terms of residual bone graft 6 months after surgery were obtained when the tooth erupted through the graft



Fig. 5. Significant bone resorption at the nasal floor

راه نوین در درمان فیستول مزمن یا تروژنیک پاروتید با استفاده از آلودرم – یک ماتریکس درمال آلوژنیک آسلولار

Technical note

Novel approach in the treatment of a persistent iatrogenic parotid fistula using AlloDerm® – an allogenic acellular dermal matrix

John N. St. J. Blythe, Mohamed Koraitim, Francesco Arcuri, Peter A. Brennan

**Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Queen Alexandra Hospital, Cosham, Portsmouth, PO6 3LY, UKA*

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 109–110

شکل‌گیری فیستول بزاقی پس از پاروتیدکتومی الکتیو نادر است، ولی می‌تواند مسبب مشکلات فیزیکی و سایکوسوشیال شود در حالی که بیش‌تر فیستول‌ها با درمان دارویی یا جراحی برطرف می‌شوند. برای مثال، استفاده از Hyoscine، توکسین بوتولینیوم و چسب سیانوآکریلات در درمان فیستول‌های مقاوم می‌تواند دشوار باشد و تکمیل پاروتیدکتومی می‌تواند به عصب صورتی آسیب بزند.

در این مقاله، ما درمان موفق در یک فیستول مزمن پاروتید را با استفاده از ماتریکس درمال آلوژنیک آسلولار بعد از چند شکست درمان قبلی گزارش می‌کنیم.

بنا به دانسته‌های ما، استفاده از آلودرم در این موارد قبلاً گزارش نشده است.

تکنیک: بیمار خانم ۷۴ ساله سفید پوست توسط یک همکار ENT با فیستول مزمن پاروتید که پس از پاروتیدکتومی سطحی به علت پلئومورفیک آدنوما شکل گرفته بود ارجاع شد. درمان‌های قبلی با پیچ‌های ترنس درمال Hyoscine، تزریقات مکرر توکسین بوتولینیوم A و دو بار فیستولکتومی (یک‌بار با استفاده از چسب سیانوآکریلات برای بستن فیستول) ناموفق بود.

بیمار انجام پاروتیدکتومی یا رادیوتراپی را نپذیرفت. بعد از بحث بعدی با تیم پزشکی و مروری بر مقالات چاپ شده، ما گرفت ماتریکس درمال آلوژنیک آسلولار به کار بردیم که با درمان دارویی تکمیل شد. دو هفته قبل از جراحی، توکسین بوتولینیوم تحت راهنمای اولتراسوند به بستر پاروتید تزریق شد. پیچ‌های ترنس درمال Hyoscine - ۷۵ میکروگرم به مدت دو هفته پس از عمل استفاده شدند.

مسیر فیستول توسط متیلن بلو مشخص شد و چون عمق عصب صورتی بعد از چندین عمل انجام شده نامشخص شده بود ما مانیتور ۴ کاناله به کار بردیم. رنگ متیلن بلو «دلتا» در مسیر فیستول منفرد با بافت اسکار که حاوی سیانوآکریلات بود بریده شد.



Fig. 1. Site of previously excised fistula showing staining with methyleneblue and scarring from previous cyanoacrylate use.



Fig. 2. AlloDerm® sutured securely in the parotid bed.

یک ورقه ۲ در ۴ سانتی متری آلودرم در ۲ طرف حاوی سالین استریل هیدراته شد. سطح طبقه زیرین ممبران بر روی بستر پاروتید گذاشته شد. برش ما برای بسته شدن غیر قابل نفوذ به آب توسط سوچور پلی گلاکتین ۹۱۰، ۰-۴ بخیه زده شد.

بستن اولیه محل جراحی بدون کشیدگی حاصل شد. بیمار در ۱، ۲، ۴ هفته و ۶ ماه پس از جراحی پایش شد و طی این مدت فیستول برگشت نکرد (Fig 3)

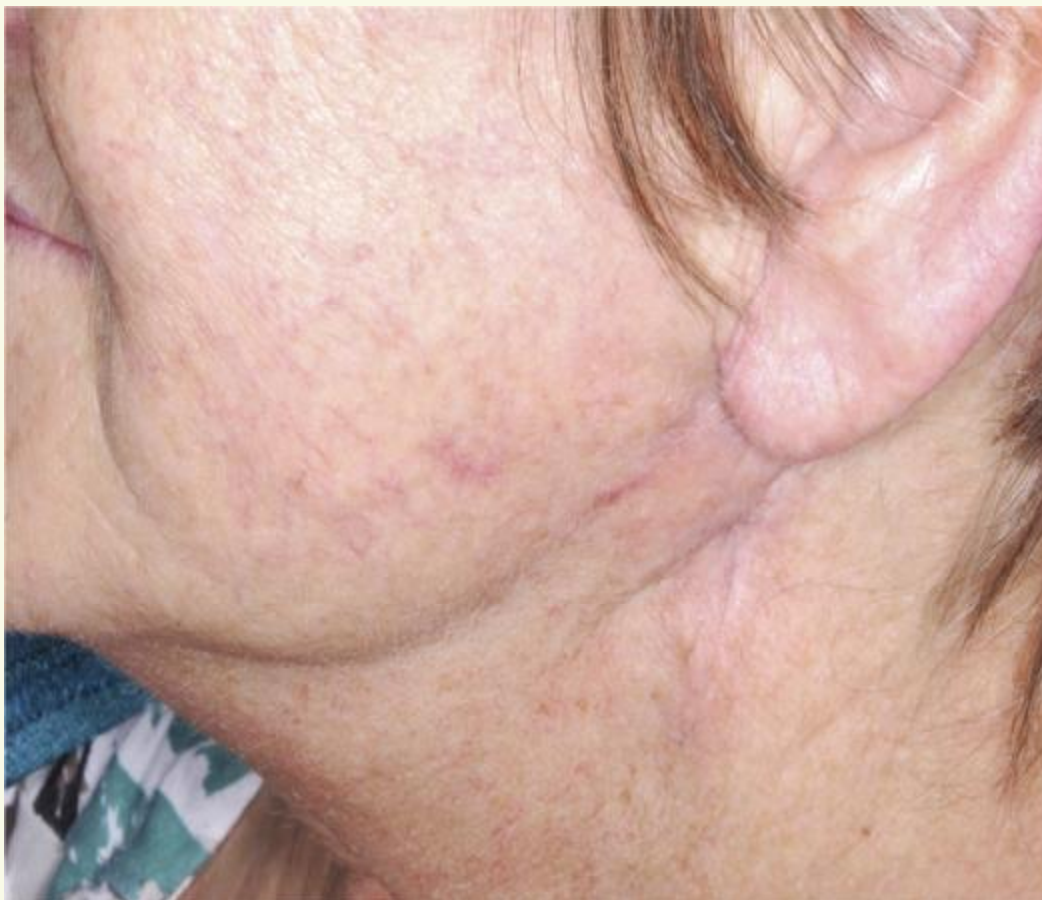


Fig. 3. Site of operation 6 months postoperatively.

نشست‌های علمی بهمن ماه

چهاردهمین کنگره بین المللی انجمن جراحان دهان ، فک و صورت ایران
ششمین همایش بین المللی ایمپلنت خلیج فارس
چهارمین همایش محققین جوان جراحی دهان، فک و صورت ایران
۳۰ - ۲۷ / ۱۱ / ۹۴ هتل المپیک
۸۸۲۰۲۵۸۷-۹۰

کنفرانس هفتگی پرتو درمانی سرطان
۵ / ۱۱ / ۹۴ ۰/۵ امتیاز
مرکز تحقیقات پرتو درمانی سرطان دانشگاه علوم پزشکی تهران

سمپوزیوم تصویر برداری تشخیصی سر و گردن
۱ / ۱۱ / ۹۴ ۱/۵ امتیاز برای جراحان فک و صورت
بیمارستان شهدای تجریش - سالن آمفی تئاتر

کنگره سراسری کاربرد لیزر در دندان پزشکی
۱۶ - ۱۴ / ۱۱ / ۹۴
برای جراحان دهان و فک و صورت ۱۴ امتیاز
دانشکده دندان پزشکی شهید بهشتی - ولنجک - بلوار دانشجو سالن شهید شگری تلفن ۲۳۸۷۲۳۰۲-۳

کارگاه آموزش علمی و تئوری تراکئوستومی و کریکوتیروئیدوتومی
۲۶ / ۱۱ / ۱۳۹۴ ۵ امتیاز
پژوهش کده سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
تهران - انتهای دارآباد بیمارستان مسیح دانشوری تلفن واحد مجری ۲۶۱۰۹۵۰۷

رویدادهای علمی بین المللی

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: +49 (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: +49 (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.dgmkg-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

10TH INTERNATIONAL EUREGIO JUBILEE-COURSE FOR IMPLANTOLOGY

8e9 August 2016, Aachen, Germany

Contact: Ruth Lennartz

Email: rlennartz@ukaachen.de

Tel: +49 (0) 241 80 88231

MASTERCLASS IMMEDIATE LOADING PROCEDURES

20e22 January 2016, Brugge, Belgium

Contact: Lindsay Bultinck

Email: Lindsay.bultinck@azsintjan.be

FINESSE 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