

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.3 Sep. 2013

شماره سوم - مهر ماه ۱۳۹۲

با برگزاری ادواری کلاس های توجیهی به معرفی کالای خود بپردازند و با آموزش مزیت ها و محدودیت های کالای های خود و دعوت از سخنرانان و پژوهش گران خارجی به کاربران ایرانی کمک کنند که با آخرین دستاوردهای روز آشنا شوند. انجمن های علمی باید بتوانند بر سطح علمی این همایش ها نظارت داشته باشند زیرا بنا به خاصیت شرکت های تجاری، اینان عمدتاً به مزیت کالای خود می پردازند و از نارسائی ها، محدودیت های کاربردی و شکست های آن سخنی به میان نمی آورند.

شرکت استادان نامدار ایرانی در همایش این شرکت ها، اگر با کنترل انجمن های علمی بر محتوای سخنرانی های ارائه شده همراه نباشد، این سوء تفاهم را برای کاربران به ویژه مبتدیان پیش می آورد که همه مطالب این همایش ها تایید شده است و چه بسا با این بد آموزی، در جریان عمل به بیماران خود آسیب های جدی برسانند



به نام خدا

با درود فراوان به همکاران و دوستان عزیز.

انتقال تجربه و دستاوردهای پزشکی از خارج و گسترش و معرفی آن به پزشکان، یکی از چالش های امروزی کشور ما است. این انتقال می تواند از راه فرستادن اشخاص برای دیدن دوره های معین تا شرکت در همایش ها و کنگره های علمی را در بر بگیرد. انجمن های علمی دندان پزشکی توان مالی چندانی برای این کار ندارند و به ناچار باید به موسساتی روی کرد که از قدرت مالی لازم برخوردارند.

۱) شرکت های تجاری به خصوص شرکت های با سرمایه گذاری بالا مانند شرکت های وارد کننده ایمپلنت توان آن را دارند که از پس هزینه های دعوت از صاحب نظران خارجی برآیند. اینان می توانند

۲) شرکت های فراملیتی « تجاری - آموزشی»: این شرکت ها همواره در جهت گسترش نفوذ خود با استفاده از امکانات داخلی کشورها هستند. شرکت های تجاری آموزشی به بسیاری از نهاد های علمی خارج از کشور دسترسی دارند و می توانند با دعوت از کسانی که به تازگی با راهی نو در درک چالشی علمی نامدار شده اند، در پیشرفت علمی کشور و آموزش پزشکان ایرانی موثر باشند. این شرکت ها می توانند از همکاری انجمن های علمی داخلی برخوردار باشند به شرطی که سهمی که به عهده می گیرند، بالا بردن دانش پزشکان ایرانی باشد نه استفاده صرف از توان انجمن ها و جمع آوری حق عضویت برای خود و ... چندی پیش یکی از سه شعبه شرکت تجاری آموزشی ICOI در اصفهان، همایشی با عنوان کنگره خاورمیانه ای برگزار کرد. در این «کنگره» هیچ سخنرانی از خارج دعوت نشده بود. همه سخنرانان و شرکت کنندگان از اعضای انجمن دندان پزشکی ایران بودند (اعضای بالقوه این انجمن). همکاران ایرانی ما سخنرانی های جالب و سطح بالایی داشتند. با این که اعلام شده بود که این کنگره زیر نظر انجمن علمی دندان پزشکی ایران برگزار می شود ولی همه جا عنوان و تبلیغات این شرکت تجاری - آموزشی بود که دیده می شد.

پرسشی که همان موقع مطرح شد این بود که چه لزومی دارد یک انجمن علمی داخلی نام و آرم و اعتبار و اعضایش را در اختیار یک شرکت تجاری - آموزشی قرار دهد بدون این که بهره ای علمی از این همه فداکاری برده باشد؟ مگر ایرانی ها عقده خود کم بینی دارند که آرم یک شرکت خارجی برای انجمن های علمی آنان افتخار آفرین شود؟

انجمن های علمی ما باید به خود باوری برسند و زمانی به همکاری به شرکت های خارجی بپردازند که اطمینان داشته باشند آنان در انتقال دانش نوین از خارج به داخل کشور سهمی به عهده گرفته اند. به نظر می رسد با توجه به تجربه چند سال گذشته، کنترل انجمن های علمی پزشکان بر دوره ها و همایش های شرکت های تجاری (که نقش مثبت آنان در انتقال دانش نوین به داخل کشور با اهمیت تلقی می شود) گامی است که با کمک وزارت بهداشت و درمان، هر چه زودتر باید برداشته شود.

دکتر میترا میرمحمدی

اسپریدر T – شکل ، یک وسیله ساخته شده ساده

برای تسهیل در استئوتومی ساژیتال اسپلیت:

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) 81–82
Available online at www.sciencedirect.com

Technical note

The T-shape spreader—an easily constructed instrument for facilitating the sagittal split osteotomy

M. Kerry Herd *, Rajiv Anand, Neil Mackenzie, Peter A. Brennan

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

از اولین توصیف تکنیک استئوتومی ساژیتال اسپلیت دو طرفه (BSSO) توسط Trauner و Obwegeser در سال ۱۹۵۷، تغییراتی در شیوه‌های گوناگون احتراز از ایجاد اسپلیت نامطلوب به وجود آمده است که با گسترش استئوتومی در جهت‌های نامطلوب هنگامی که کورتیکوتومی به استئوتومی کامل مبدل می‌شود، می‌تواند اتفاق بیفتد. استئوتوم‌های انحنادار گوناگون و وسایلی که برای کنترل جهت شکستگی طراحی شده اند، شامل اسپریدرهایی که به طور متداول استفاده می‌شوند یا الواتورهای مثل الواتور Smith ۱۲ میلی‌متری جدا کننده راموس یا الواتورهای جدا کننده ساژیتال اسپلیت Smith انحنادار می‌شوند. (Biomet Microfixation, Jacksonville, USA)

دید و کنترل بردر تحتانی برای اجرای اسپلیت موفقیت آمیز، مهم است. ابزار گوناگون شامل استئوتوم‌ها و channel رترکتورهای تغییر یافته به منظور تسهیل در این بخش کار، گزارش شده اند.

استئوتوم‌های Withington، که اشکال کراس - سکشنال متفاوتی دارند می‌توانند به منظور برش دقیق تر کورتکس مورد استفاده قرار گیرند. ما در این جا از وسیله ای مؤثر و ساده ساخت به نام اسپریدر T شکل استفاده کرده ایم. این وسیله ارزش مند در ۱۰ سال گذشته در جراحی‌های ارتوگناتیک و بیش تر در موارد BSSO مورد استفاده قرار گرفته که شامل یک اسپاتول سمانی دندانی استاندارد است که می‌تواند به سادگی بریده شود و به شکل T جوش داده شود. فاصله از نوک تا گردن وسیله بیش تر از ۱۰ میلی‌متر نیست تا به باندل عصبی عروقی آلوئولار تحتانی در هنگام عمیق قرار دادن آن آسیب وارد نیاید.

بعد از تکمیل برش‌های کورتیکال، قسمت هموار اسپاتول، درون برش عمودی باکالی استخوان قرار داده می‌شود و دسته T به آرامی توسط فشار متفاوت انگشت پیچیده می‌شود. وسیله به شکل جفت استفاده می‌شود و دسته T این امتیاز را دارد که با بازخورد لامسه ای می‌توان مقاومت استخوانی را حس کرد و به مکان یابی نواحی با برش‌های ساب اپتیمال (که می‌توانند به اسپلیت بد منجر شوند) کمک می‌کند. به دلیل کوچک و قابل مانور بودن، وسیله می‌تواند به راحتی به جلو و عقب رود و جهت اسپلیت را سامان دهد. وسایل T شکل می‌توانند به منظور تکمیل استئوتومی‌ها به کار روند.



Fig. 2. T-shaped spreaders in use.



Fig. 1. The T-shaped spreader modified from a cement spatula. The distance from the end of the instrument to the neck is no more than 10 mm.

کندروسارکوم ماگزایلا :

گزارش دو مورد با رفتارهای مختلف

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 40 (2012) e71ee74

Case report

Chondrosarcoma of the maxilla: Report of two cases with different behaviours

Ademar Takahama Jr a,* , Fábio de Abreu Alves b, Fábio Ornellas Prado b, Márcio Ajudarte Lopes b, l,

Luiz Paulo Kowalski c

a Department of Oral Pathology, Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo, Universidade Federal Fluminense e Pólo Universitário de Nova Friburgo, Brazil

b Department of Oral Diagnosis, Piracicaba Dental School, University of Campinas, Brazil

c Department of Head and Neck Surgery and Otorhinolaryngology, A.C. Camargo Hospital, São Paulo, **Brazil**

برگردان: دکتر امیرحسین مودبی - دستیار تخصصی جراحی دهان و فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

خلاصه: کندروسارکوم‌های سر و گردن تومورهای نادر بالقوه کشنده ای هستند که حتی می‌توان گفت در ناحیه سر و گردن غیر شایع‌تر از نواحی دیگر در بدن ظاهر می‌شوند. تشخیص کندروسارکوم بر اساس الگوی هیستوپاتولوژیک تکثیر بدخیم بافت کندروئید است. بعضی از مهم‌ترین فاکتورهای پیش بینی کننده آتی این گروه از تومورها شامل درجه بدخیمی و هیستولوژی مارژین‌های جراحی آن می‌باشند.

در این گزارش، دو مورد را که ماگزایلا آن‌ها به وسیله کندروسارکوم درگیر شده است و رفتاری متفاوت دارند شرح می‌دهیم. بیمار اول که توموری با درجه بندی بالا داشت به علت عود تومور در محل فوت شد و بیمار دوم که توموری با درجه بندی پایین داشت زنده ماند و تا ۶۰ ماه بعد از درمان، دیگر علائمی نداشت.

این دو نمونه بر اهمیت درجه بندی بافت شناسی تومور و درمان مناسب در پروگنوز آن تاکید می‌کنند.

مقدمه: کندروسارکوم یک تومور بدخیم نادر است که از بافت‌های غضروفی یا استخوان مشتق از پیش سازهای غضروفی به وجود می‌آید.

این بیماری ۲۰٪-۱۰٪ از تمامی تومورهای بدخیم استخوانی را تشکیل می‌دهد و شیوع آن در ناحیه ی سرو گردن ناشایع‌تر است و کم‌تر از ۱۰٪ تمامی بیماران را شامل می‌شود و معمولاً بیش‌تر مندیبل، ماگزایلا، سینوس‌های پارانازال و حفره بینی را درگیر می‌کند. در قسمت‌های ناشایع سر و گردن مثل بیس جمجمه و مفصل گیجگاهی-فکی نیز گزارش شده است.

شایع‌ترین شکایت در بیماران تورم موضعی است ولی درد هم می‌تواند وجود داشته باشد.

پروگنوز بیماران مبتلا به کندروسارکوما مختلف است و به نظر می‌رسد که زیر تاثیر محل اولیه بروز و درجه هیستولوژیکال بدخیمی است.

ما دو نمونه از درگیری ماگزایلا به وسیله کندروسارکوم را معرفی می‌کنیم:

گزارش مورد ۱: یک خانم ۴۷ ساله با شکایت از تورم علامت‌دار در ریج آلوئولار بالا از ۴ ماه پیش از آن به کلینیک ما ارجاع گردید. در معاینه داخل دهانی در سمت چپ ناحیه فوقانی خلفی ریج آلوئولار یک ندول نامنظم مشاهده شد که در لمس سخت بود و تقریباً ۳×۴ cm اندازه داشت. ندول، سطحی اریتماتوز و زخمی داشت (fig 1)



Fig. 1. Clinical aspect of the case 1 characterized by a large mass on the left superior alveolar ridge with a central ulceration.

در رادیوگرافی پانورامیک، سطح زخمی استخوان ریج آلوئولار دیده شد و رادیوگرافی اکلوژال، تصویر رادیوپاک مدوری را نشان داد (fig2,3)

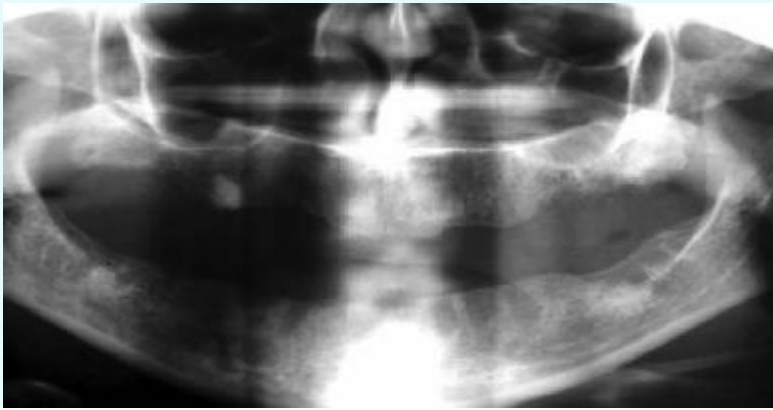


Fig. 2. Panoramic radiograph of the case 1 showing a mild resorption on the left maxillary bone surface.



Fig. 3. Occlusal radiography of the case 1 displaying a round radiopaque image on the left side.

بیمار زیر بیوپسی انسینال قرار گرفت. آزمایش هیستوپاتولوژیکال یک بافت نئوپلاستیک را که الگویی از رشد لبوله ای (دالبری) غضروف هیالینی با کندروسیت‌های پلئومرفیک و اشکال آتیپیکال میتوتیک بود، نشان می داد که تشخیص کندروسارکوم با درجه بالای بدخیمی (درجه III) را تصدیق می کرد. (Fig 4,5)

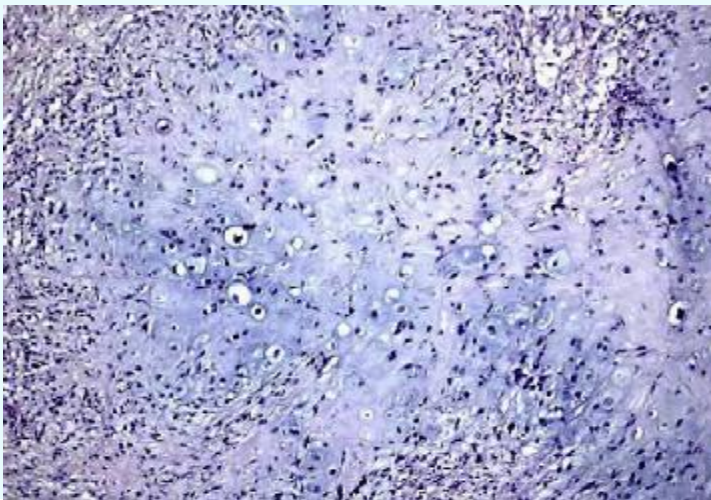


Fig. 4. Microscopic appearance of the case 1 showing a lobule of hyaline cartilage composed by malignant chondrocytes (H& E e original magnification _100).

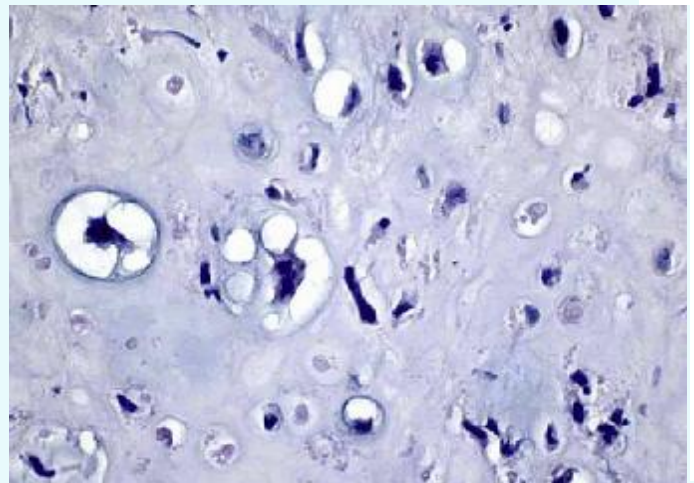


Fig. 5. High-power view of the case 1 where we can note pronounced cytologic atypia (H& E e original magnification _400).

بیمار به بیمارستان A.C cancer camargo Hospital واقع در سائوپاولو برزیل ارجاع شد و در آنجا زیر جراحی رزکسیون تومور و برداشت کامل سمت چپ ماگزبلا (ماگزیلکتومی) و رادیوتراپی کمکی (50 Gy) به علت مثبت بودن حاشیه‌های جراحی در آزمایش هیستولوژیک قرار گرفت. بعد از ۸ ماه بیمار به علت برگشت ضایعه فوت کرد.

مورد ۲:

یک خانم ۵۵ ساله سفید پوست با شکایت تورم در کام به مدت یک سال به کلینیک ما ارجاع شد. معاینه داخل دهانی یک ندول با سطحی لبوله به ابعاد تقریبی ۳-۳/۵cm، واقع در قسمت قدامی کام سخت مشاهده شد (fig 6).



Fig. 6. Clinical aspect of the case 2 revealing an exophytic mass on the anterior part of the hard palate.

رادیوگرافی‌های پانورامیک و اکلوزال مناطقی از رادیولوسنسی با حدود نامشخص در کام سخت را نشان دادند (fig 7,8).

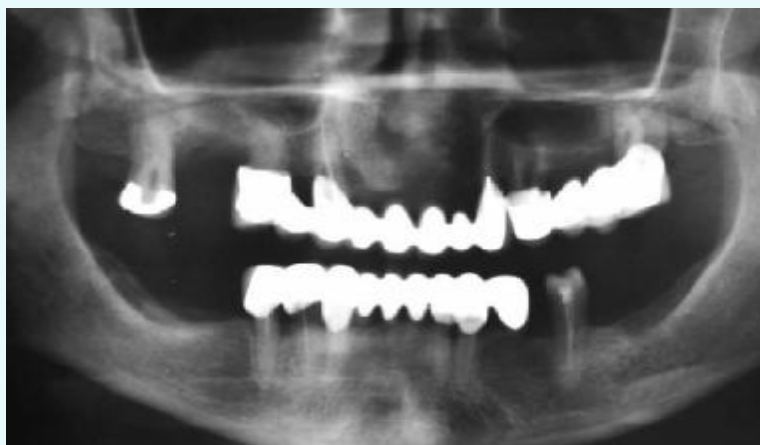


Fig. 7. Panoramic radiograph of the case 2 showing a slight erosion on bone surface in the right side of the maxilla



Fig. 8. Oclusal radiograph of the case 2 illustrating ill-defined radiolucencies on the hard palate.

برای بیمار بیوپسی انسینژنال انجام شد و آزمایش هیستولوژیکال مناطقی از غضروف هیالینی خوب متمایز شده متشکل از سلول‌هایی با atypia متوسط و با میتوزهای گاه و بیگاه را نشان می‌داد که منطبق با تشخیص کندروسارکومای با درجه پایین (grade I) است (fig 9,10) بیمار سپس به بیمارستان A.C cancer camargo Hospital ارجاع شد که در آنجا زیر جراحی ماگزیلکتومی و برداشت کف حفره بینی قرار گرفت.

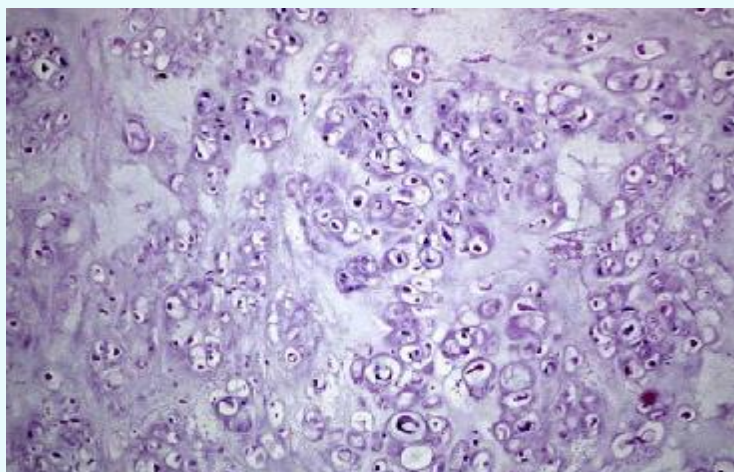


Fig. 9. Fig. 9. Histological section of the case 2 showing a hyaline cartilage with chondrocytes presenting moderate atypia (H& E e original magnification _100).

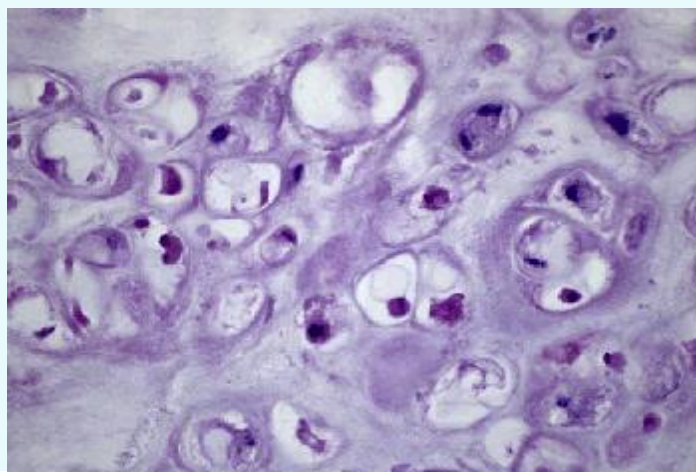


Fig. 10 Fig. 10. High-power view showing pleomorphic chondrocytes with some binucleation and mitosis (H& E e original magnification _400)

مارژین های های جراحی در آزمایش بافت شناسی فاقد تومور بود. پی گیری به مدت ۶۰ ماه هیچ نشانی از عود تومور را نشان نداد.
بحث: کندروسارکوم یکی از تومورهای بدخیم بسیار نادر ناحیه سروگردن است که کم تر از ۰/۱٪ از کل نئوپلاسم های این ناحیه را تشکیل می دهد. شایع ترین مناطق درگیر کندروسارکوم در ناحیه سرو گردن طبق مقالات چاپ شده با یکدیگر متفاوت اند. Weiss & Bennett (۱۹۸۶) گزارش کردند که مندیبل، ماگزیلا، سینوس های پارانازال و حفره بینی شایع ترین مناطق درگیری با این ضایعه هستند.

مطالعات نشان دادند که بیش تر بیماران با تشخیص کندروسارکوم سروگردن، بالغ بودند و سنی بین ۳۵ تا ۵۰ سال داشتند. در هر دو بیمار ما ماگزیلا درگیر بود و میانگین سنی آن ها حدوداً ۵۱ سال بود. (۵۵ و ۴۷ ساله) نمای رادیوگرافیک شایع معمولاً به صورت ضایعه استئولیتیک اغلب با حاشیه های نامشخص است و گاهی نواحی اسکروتیک اپک معرف کلسیفیکاسیون است.

نمای رادیوگرافی بیمار اول نشان دهنده یک تصویر مدور رادیوپاک در کام بیمار با یک ناحیه جذب شده مجزا در ریج آلوئولار است و در بیمار دوم نشان دهنده یک ضایعه رادیولوسنت نامشخص می باشد.

از نظر بافت شناسی، کندروسارکوم می تواند با توجه به نمای میکروسکوپی به کندروسارکوم متعارف، clear cell، میکسوئید، مزانشیمال و غیر تمایز یافته، دسته بندی شود.

کندروسارکوم متعارف توسط غضروف لبوله بدخیم، پلئومرفیسم هسته ای، سلول های در حال میتوز و سلول های دو هسته ای مشخص می شود. طبقه بندی هیستولوژیکال بدخیمی کندروسارکوم به صورت درجه بندی ۱ تا ۳ توسط Evans و همکاران (۱۹۷۷) پیشنهاد شد که هنوز هم از آن استفاده می شود.

این طبقه بندی بر اساس دانسیته سلول ها، تمایز هسته ای و اندازه هسته است. اگر چه از یک طبقه بندی ساده شامل کندروسارکوم با گرید بالا و پایین نیز برای بیان ارتباط بهتر با پروگنوز استفاده می شود.

کندروسارکوم های با گرید پایین که به طور معمول در سرو گردن هستند به سختی از تومورهای خوش خیم متمایز می شوند. در بیماران ما در نمای هیستولوژیکال کندروسارکوم، هیچ منطقه تشکیل استئوئید یافت نشد.

بیمار اول در طبقه گرید بالا (گرید ۳) و بیمار دوم در گرید پایین (گرید ۱) بدخیمی قرار گرفت. روش اصلی درمان برای کندروسارکوم های سر و گردن، جراحی رزکسیون تومور اولیه به همراه ایجاد مارژین کافی و آزاد از تومور است. برای تومورهای ماگزیلاری، طراحی مقتضی ماگزیلکتومی ضروری است. گرچه به علت آناتومی پیچیده ناحیه استخوانی ماگزیلا، جراحی کندروسارکوم و دستیابی به مارژین پاک بافتی در این منطقه ممکن است چالش بر انگیز باشد.

اثر بخشی درمان‌های کمکی هنوز روشن نیست اما بعضی از مولفین پیامدهای قابل قبولی برای استفاده از رادیوتراپی ذکر کرده‌اند که به طور کلی برای تومورهای غیر قابل برداشت و قسمت‌های باقی‌مانده و برداشته نشده تومور بعد از جراحی استفاده می‌شود. معمولاً مقاومت به رادیوتراپی بیش‌تر از حساسیت به رادیوتراپی در کندروسارکوم گزارش می‌شود. شیمی درمانی قبل و بعد از عمل هم در بعضی از موارد مفید بوده است.

بیمار اول ما با جراحی رزکسیون و رادیوتراپی به علت مثبت بودن مارژین جراحی درمان شد. از طرف دیگر بیمار دوم تنها با انجام جراحی درمان شد، زیرا درجه تومور پایین بود و مارژین جراحی فاقد تومور بود.

وقوع متاستاز در محل و در دوردست در بیماران مبتلا به کندروسارکوم، کم است و تنها در ۵ درصد از موارد دیده می‌شود و معمولاً در مراحل دیر هنگام رخ می‌دهد.

علت اصلی مرگ بر اثر کندروسارکوم‌های سرو گردن بازگشت تومور به محل است که در این صورت ارگان‌های حیاتی را درگیر می‌کند. فاکتور اصلی پیش‌بینی کننده آتی برای بیماران مبتلا به کندروسارکوم سر و گردن شامل درجه بندی بافت شناسی، محل آناتومیک و کفایت برداشت جراحی است.

میزان بقای کلی بیماران مبتلا به کندروسارکوم سروگردن تقریباً ۶۰٪ در ۵ سال و ۵۰٪ در ۱۰ سال است. گزارش این مقاله نشان داد که پروگنوز مورد انتظار مبتنی بر درجه بندی هیستولوژیکال بدخیمی و مارژین جراحی است.

بیمار اول که یک تومور با رشد سریع و درجه ی بدخیمی بالا داشت و مارژین‌های جراحی در آن مثبت بود به علت عود تومور فوت شد.

در بیمار دوم که یک تومور با رشد آهسته و درجه پایین بدخیمی و مارژین‌های عاری از تومور داشت، بیمار بدون هیچ علائمی از بیماری بعد از پایش ۶۰ ماهه به زندگی ادامه داد. بنابراین شواهد ما از این نظر که درجه بدخیمی و درمان جراحی مناسب برای پروگنوز بیماری مهم هستند حمایت می‌کنند.

نتیجه گیری: کندروسارکوم یکی از تومورهای نادر مزانشیمال در ناحیه سروگردن است. دو مورد مبتلا به کندروسارکوم ماگزایلا با درجات متفاوت بدخیمی و تفاوت در پیامد آن که در این‌جا معرفی شدند نظریه اخیر را که گویای ارتباط مستقیم بین درجه بندی هیستوپاتولوژیکال با پروگنوز است را تقویت می‌کند.

چکیده مقالات

از برخی از همکاران ایرانی ما مقاله‌های با ارزشی در نشریه‌های علمی جراحی فک و صورت کشورهای دیگر به چاپ می‌رسد. امیدواریم با بازچاپ آن در «جراحی فک و صورت - تازه‌ها» امکان دسترسی گسترده‌تر به کار علمی همکارانمان را فراهم کرده باشیم. در صورتی که متن فارسی مقاله توسط صاحبان اثر چاپ شود، متن فارسی ماخذ قرار خواهد گرفت.

آیا ایمپلنت‌های زاویه‌دار میزان تحلیل استخوان پیرامون ایمپلنت را در

قدام ماگزایلا افزایش می‌دهند؟

Do Angulated Implants Increase the Amount of Bone Loss Around Implants in the Anterior Maxilla?

Reza Tabrizi, DMD,* Freydown Pourdanesh, DMD,†
Samira Zare, DDS,‡ Hosein Daneste, DMD,§ and Nasim Zeini, DMD_
© 2013 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
J Oral Maxillofac Surg 71:272-277, 2013

هدف: هدف از این مطالعه ارزیابی ارتباط بین ایمپلنت‌های زاویه دار و تحلیل استخوان پیرامون ایمپلنت‌ها در قدام ماگزایلاست.

ماتریال‌ها و متدها: افراد مورد مطالعه فاقد دندان در قدام ماگزایلا و دچار کمبود استخوان در این ناحیه بودند و نیاز به رستوریشنی با ایمپلنت‌های دندانی زاویه دار داشتند. بعد از سوار کردن کست در آرتیکولاتور، میزان راستا (Direction) با فیس‌بو از طریق محاسبه تفاوت بین میانگین زاویه داری باکوپالاتال ۲ دندان طبیعی مجاور هم و میانگین زاویه‌داری باکوپالاتال آباتمنت‌های ایمپلنت به پلن اکلوزال اندازه گیری شد. رادیوگرافی از بیمار بلافاصله بعد از بارگذاری و حداقل ۳۶ ماه پس از بارگذاری ایمپلنت‌ها به عمل آمد.

نتایج: ۵۸ مورد ایمپلنت‌های زاویه‌دار که در آنان بارگذاری دیر هنگام انجام شده بود، مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میانگین زاویه‌داری ایمپلنت‌ها ۱۵/۲ درجه و میانگین رزپشن استخوان ۰/۸۷ میلی‌متر است. تجزیه و تحلیل داده‌ها همبستگی قابل ملاحظه ای بین پایش زمانی ایمپلنت‌ها و تحلیل استخوان نشان داد و ارتباط متقابلی بین زاویه‌داری ایمپلنت و تحلیل استخوان مشاهده نگردید. ارزیابی فاکتورهای پیش بینی کننده نشان داد که ارتباط بین نوع ایمپلنت و تحلیل استخوان وجود دارد. زمان، تأثیر قابل توجهی بر روی تحلیل استخوان دارد. زاویه‌داری ایمپلنت، رزپشن استخوانی را در سطوح مزایل و دیستال ایمپلنت تغییر نداد.

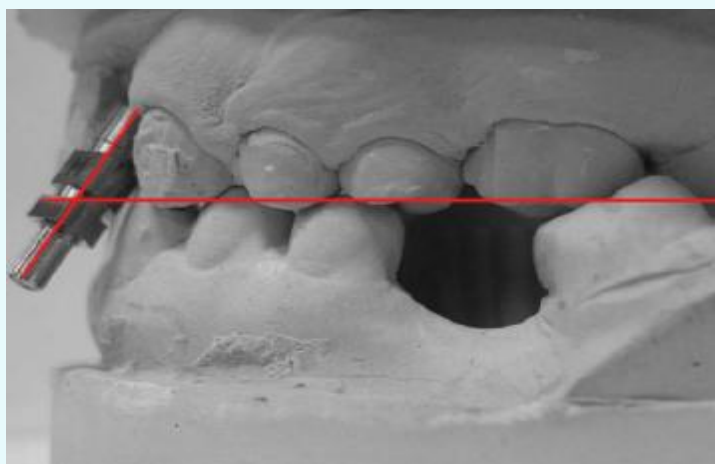


FIGURE 2. Measurement of abutment angulation on the cast after the impression.

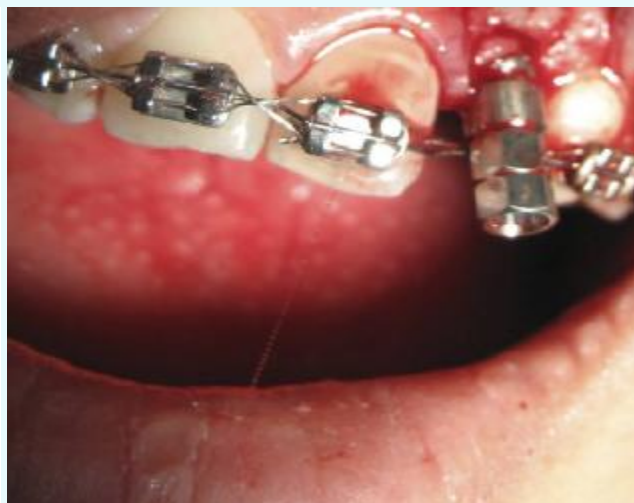


FIGURE 1. Implant angulation immediately after surgery.

نتیجه گیری: زاویه‌داری ایمپلنت‌ها ریسک تحلیل استخوان را افزایش نمی‌دهند و ایمپلنت‌های زاویه‌دار می‌توانند آلترناتیو مطلوبی برای ایمپلنت‌های مستقیم به منظور احتراز از استفاده از گرفت باشند. نوع ایمپلنت ممکن است فاکتور مهمی در تحلیل استخوان باشد. در صورتی که پایش زمانی، قوی‌ترین فاکتور پیش‌بینی کننده در تحلیل استخوان بود.

شکستگی های کورونوئید فک پایین: گزینه های درمانی

Mandibular coronoid fractures:

Treatment options

L. Shen, J. Li, P. Li, J. Long, W. Tian: Mandibular coronoid fractures: Treatment options. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 721-726. # 2013 International

چکیده: شکستگی‌های زائده کورونوئید غیر شایع است و می‌تواند به راحتی نادیده گرفته شود. هدف از این مطالعه تقسیم بندی الگوهای این شکستگی و جستجوی گزینه‌های درمانی آن است. این مطالعه گذشته‌نگر شامل ۳۹ بیمار با شکستگی زائده کورونوئید مندیبل، پروتکل‌های درمانی بر اساس زمان شکستگی، میزان باز شدن دهان، موقعیت شکستگی کورونوئید، نوع شکستگی و دیگر شکستگی‌های همراه با آن می‌شود.

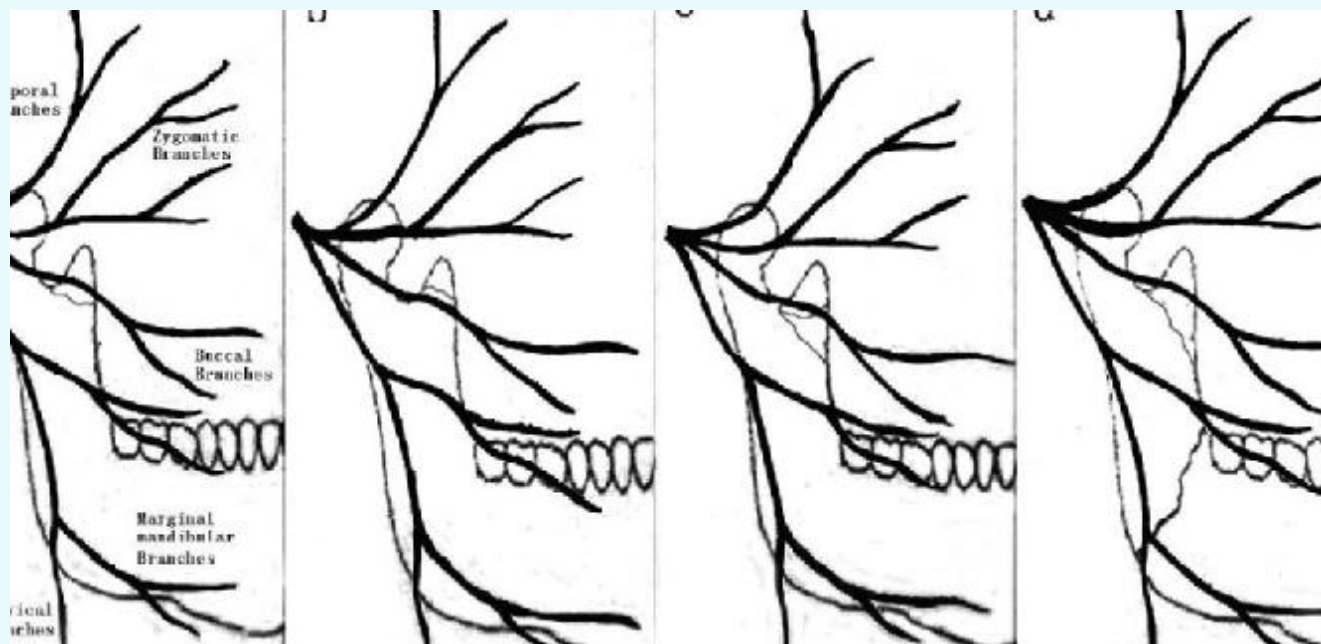


Fig. 1. Anatomic relationship of the facial nerve and surgical approaches for different types of coronoid fracture. (a) Fracture of the coronoid base. (b) Fracture of the upper coronoid process. (c) Comminuted fracture of the coronoid process. (d) Fracture of the coronoid process and the mandibular ramus.

همه بیماران به مدت ۶۰-۱۲ ماه پایش شدند. ۱۶ بیمار به شیوه محافظه کارانه تحت درمان قرار گرفتند. در ۴ نفر از آنان تریسموس پیش رونده گسترش یافت که به‌طور قابل ملاحظه‌ای پس از برداشتن زائده کورونوئید ایجاد شد. ۲۳ بیمار زیر درمان جا اندازی باز شکستگی (ORIF) قرار گرفتند که فیکساسیون اینترنال قطعات از راه دسترسی تغییر یافته رترومنڈیبولار انجام شد. داده‌های پایش، بهبود قابل ملاحظه‌ای را در میزان باز شدن دهان و علائم مربوط به جویدن و درد، در مقایسه با وضعیت قبل از عمل بیماران نشان داد.

در مجموع، ابتدا درمان محافظه کارانه برای شکستگی‌های زائده کورونوئید با جا به جایی کم یا محدودیت کم در باز کردن دهان تجویز می‌شود. برای بیماران با جابه‌جایی زیاد قطعات شکستگی و محدودیت در باز کردن دهان، یا با شکستگی‌های استخوان گونه، قوس گونه و یا راموس فک پایین به همراه آن، جا اندازی باز شکستگی و فیکساسیون اینترنال (ORIF) از راه دسترسی اصلاح شده رترومنڈیبولار از بوردر قدامی غده پاروئید به عنوان یک متد درمانی آلترناتیو انجام می‌شود.



Fig. 2. Old fracture of the left coronoid process. (a) Preoperative CT scan showing the coronoid fracture with concomitant fracture of the mandibular body. (b) Intraoperative photograph showing the modified retromandibular approach and exposure of the masseter muscle at the anterior border of the parotid gland (green arrow). Dissection of the masseter muscle and exposure of the fracture site was carried out between the upper and lower buccal branches of the facial nerve with subsequent miniplate fixation (yellow arrow). Fixation of the mandibular body fracture was performed through the original wound. (c) An X-ray taken 1 week after surgery

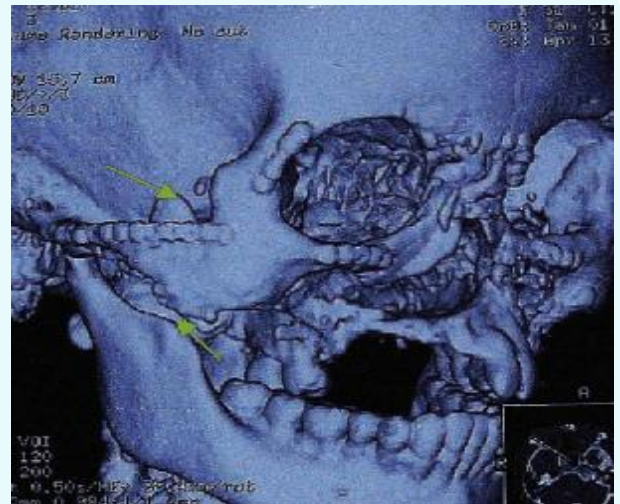


Fig. 3. Conservative management of a coronoid fracture with concomitant fractures of the zygoma and zygomatic arch. Displacement was significant

بزرگ شدن کیست استافنه:

اندیکاسیونی برای درمان جراحی

گزارش یک نمونه

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 41 (2013) 270e273

Case report

Enlargement of a Stafne cyst as an indication for surgical treatment e A case report

Christopher Prechtl*, Philipp Stockmann, Friedrich Wilhelm Neukam, Karl Andreas Schlegel
Department of Oral and Maxillofacial Surgery (Head: Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Friedrich Wilhelm Neukam), Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nuremberg, Glückstraße 11, Erlangen, **Germany**

چکیده: کیست‌های استافنه اغلب به شکل ضایعات استاتیک (ایستا) در ناحیه زاویه فک پایین تعریف می‌شوند. در نتیجه تعدادی از مؤلفین این‌طور فرض کرده‌اند که نیازی برای درمان جراحی این دیفکت‌های استخوانی در طرف لینگوال فک پایین نیست. این مقاله، بیمار ۵۵ ساله‌ای که در او کیست استافنه، حجیم شدن قابل ملاحظه‌ای را نشان داد تشریح می‌کند. اندازه این کیست، اقدام به جراحی آن را به علت ایجاد ریسک شکستگی پاتولوژیک ناحیه، ضروری می‌کند.

در مقالات، ۵ مورد مشابه با این نمونه یافته شد که پیشرفت اندازه کیست در آنان از راه انجام رادیوگرافی ثبت شد. در نتیجه درمان های توصیه شده برای این کیست های کاذب باید مورد تجدید نظر قرار گیرد.

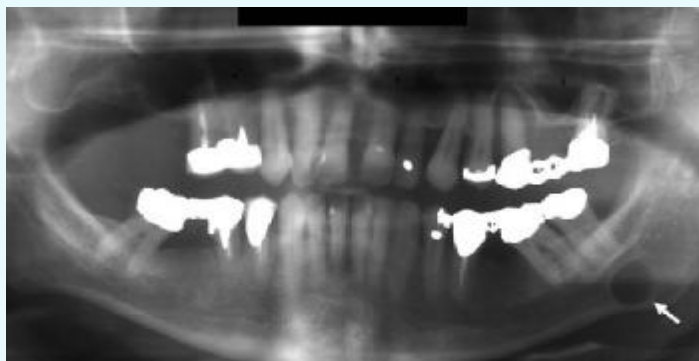


Fig. 2. Panoramic tomography (11/2004): cystic translucency in the left jaw angle



Fig. 1. Panoramic tomography (09/1994): a discreet translucency can be seen in the left jaw angle below the canalis mandibularis (arrow).



Fig. 3. Panoramic tomography (01/2011): further enlargement of the bony lesion (arrow)

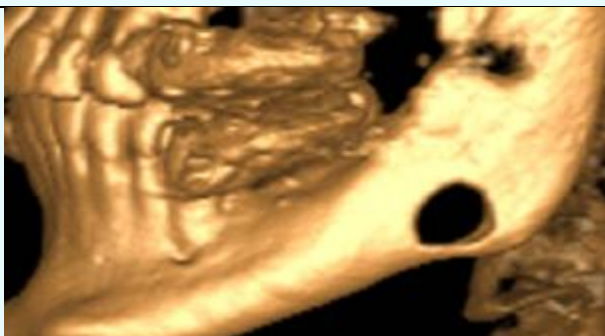


Fig. 4. Digital volume tomography (02/2011): preoperative imaging

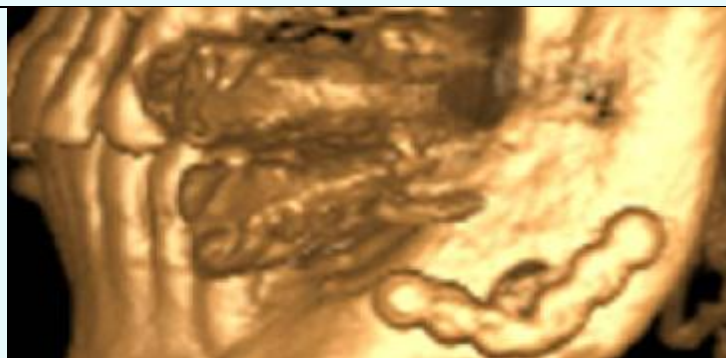


Fig. 5. Digital volume tomography (02/2011): postoperative imaging. The soft tissue has been removed from the bony defect, and an autogenous bone graft was stabilized



Fig. 6. Panoramic tomography and digital volume tomography (10/2011): preoperative roentgen diagnostics before the removal of the osteosynthesis plate.



Fig. 7. Panoramic tomography (10/2011): X-ray after the removal of the osteosynthesis plate.

عفونت موضعی با سوراخ کننده‌های جدید پوستی صورت

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) 90–91

Journal Oracle

Local infection of a novel facial piercing

خانم ۱۶ ساله ای با سابقه ۴ روزه ای از تورم پیش‌رونده ناحیه اینفرا اربیتال مراجعه کرده است. ۱۲ ماه پیش از این، نگین پوستی (لنگر) در ناحیه گونه راست بیمار کار گذاشته شده است. بیمار دوره های زمانی از تکرار این تورم را ذکر می‌کند که به علت آن زیر درمان آنتی بیوتیک خوراکی قرار گرفته بود. با بی‌حسی موضعی لنگر بیرون آورده شد و درناژ آبرسه انجام شد. پس از این اقدام بیمار بهبودی کامل یافت. ابزارهای سوراخ کننده پوستی یک نمونه از پیرایش بدنی پر طرفدار است و متخصصین باید از این عادت های رایج آگاه باشد و عوارض آن را بشناسد.



نشست‌های علمی ماه مهر

کنگره رینوپلاستی پیشرفته ۹۲/۸/۱ تا ۹۲/۸/۳

برگزارکننده: انجمن جراحان پلاستیک و ترمیمی ایران

تلفن واحد مجری: ۷-۸۸۵۰۶۴۵۶

محل برگزاری: تالار ابن سینا دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی گوش و حلق و بینی و سر و گردن، جراحی دهان و فک و صورت، با ۸/۵

امتیاز

یازدهمین کنگره بین المللی انجمن ارتودونتیست های ایران

۲۴-۲۶ مهر ماه ۱۳۹۲ - شیراز

ششمین کنگره بین المللی بیماری های ریوی، مراقبت های ویژه و سل

همایش و کنگره از ۹۲/۷/۲۰ تا ۹۲/۷/۲۳

مرکز برگزار کننده: پژوهش کده سل و بیماری های تنفسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
نشانی محل برگزاری: بزرگراه شهید چمران - خیابان یمن - بلوار دانشجو - مرکز همایش های بین المللی - دانشگاه شهید بهشتی
تلفن واحد مجری ۰۲۱ - ۲۶۱۰۹۵۰۷
با ۲۰ امتیاز برای جراحان فک و صورت - ۱۴ امتیاز برای دکترای دندان پزشکی حرفه ای

آموزه های حقوقی و قانونی برای پزشکان و کادر مراکز بهداشتی درمانی

مرکز برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
کنفرانس علمی یک روزه ۹۲/۷/۱۸
آدرس محل برگزاری: تهران - میدان تجریش - مرکز پزشکی آموزشی و درمانی شهداء تجریش - سالن اجتماعات بهنام دهپور
تلفن محل برگزار کننده: ۰۲۱ - ۲۳۸۷۲۳۰۲
تلفن واحد مجری: ۰۹۳۷۰۸۵۷۴۳۳ ۶ امتیاز بازآموزی

* کنفرانس ادواری بیمارستان مدائن (میزگرد)

تاریخ ۴/مهر/۹۲ ساعت: ۱۴-۱۲ ۱/۲۵ امتیاز
مجری: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تلفن: ۰۲۱-۲۳۸۷۲۳۰۲
تلفن واحد مجری: ۶۶۴۶۹۲۰۵ بیمارستان مدائن
گروه هدف: همه رشته های تخصصی و عمومی پزشکی و دندان پزشکی

* کنفرانس علمی ماهانه انجمن گوش، گلو، بینی و سر و گردن

تاریخ ۷/شهریور/۱۳۹۲ ساعت ۱۴ - ۸ - ۲ امتیاز
مجری: انجمن جراحان گوش و گلو و بینی و سر و گردن ایران، دبیر علمی: دکتر مهدی خواجوی
تلفن مرکز برگزار کننده: ۴ - ۸۸۹۷۹۱۰۱
تلفن واحد مجری: ۴-۸۸۹۷۹۱۰۱ انجمن گوش و حلق و بینی - بیمارستان امیراعلم
گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی مغز و اعصاب، جراحی دهان و فک و صورت، جراحی گوش و حلق و بینی و سر و گردن.

اولین سمینار درمان های دستی و تمرین درمانی

برگزار کننده: انجمن فیزیوتراپی ایران
۱۱ و ۱۲ مهر ۱۳۹۲ - هتل المپیک
تلفن: ۰۲۱ - ۴۴۲۹۷۶۰۸-۹

معرفی کتاب

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) 275
Available online at www.sciencedirect.com

Book review

Cleft Lip and Palate: Epidemiology, Aetiology and Treatment,
M.T. Cobourne. (2012). X + 160 p., hard cover, \$206,
ISBN: 978-3-318-02107-3

عنوان کتاب: شکاف لب و کام، اپیدمیولوژی، اتیولوژی و درمان

کتاب مروری بر نظرات درمانی تیم‌های بین‌المللی و کلینیسین‌های با تجربه در همهٔ زمینه‌های مربوط به شکاف‌ها است. در ۵۰ سال گذشته پیشرفت‌های بزرگی در تشخیص و درمان شکاف‌های دهانی صورت گرفته است. مطالعات ژنتیکی و اپیدمیولوژیکی اخیر به تئوری جدیدی دربارهٔ علل شکاف لب و کام رهنمون شده که در قسمت اول کتاب تشریح شده است. این کتاب، کتاب جامعی با تصاویر خوب و به‌روز است که مناسب برای نه تنها کلینیسین‌ها، بلکه محققین و اعضای خانواده‌ها است. نویسندگان کتاب با تشریح جنین‌شناسی و مکانیسم مولکولی علت‌های شکاف، متدهای ژنتیکی و جنین‌شناسی برای تعیین احتمال ایجاد شکاف‌های دهانی و درمان آن را توسط افراد مختلف تیم درمانی شکاف توضیح می‌دهند.

این نوشتار آموزشی در سایت انجمن دندان پزشکی ایران آمده است. برای آن گروه از همکارانی که احتمالاً آن را نخوانده‌اند در این جا نیز درج می‌گردد.

دکتر میترا میرمحمدی

بازرس انجمن علمی دندان پزشکی ایران

شرکت در انتخابات انجمن علمی دندان پزشکی ایران

همکاران گرامی . ساعت ۱۱ صبح روز پنج‌شنبه ۱۱ مهر ۱۳۹۲ در مرکز همایش‌های بین‌المللی برج میلاد، مجمع عمومی عادی انجمن علمی دندان پزشکی ایران به طور فوق‌العاده برای انتخاب دو عضو اصلی و دو عضو علی‌البدل برگزار خواهد شد. از همه همکاران عضو انجمن علمی دندان پزشکی ایران تقاضا می‌کنم در این انتخابات شرکت فرمایند.

۱- بنا به اطلاعیه، نامزدان عضویت در هیئت‌مدیره تا روز پنج‌شنبه ۴ مهر ۹۲ فرصت دارند برای ثبت نام اقدام کنند. بنابراین فقط کسانی کاندیدا شمرده می‌شوند که تا این روز ثبت نام کرده باشند.

پیش از این عرف بر این بود که در مجمع عمومی و پیش از شروع رای‌گیری، کاندیداها تمایل خود را به هیئت‌رئیس مجمع عمومی اعلام می‌کردند و نامشان در لیست کاندیداها قرار می‌گرفت. چون ثبت نام از پیش انجام نمی‌شد، حضور فیزیکی کاندیداها ضروری بود. در ماده ۶ «آئین‌نامه اجرائی نحوه برگزاری انتخابات و نظارت بر انجمن‌های علمی» وزارت بهداشت در این باره آمده است: «ماده ۶- نامزد انتخابات از بین اعضای پیوسته حاضر در جلسه انتخاب می‌گردد.

تبصره: در زمان برگزاری انتخابات حضور فرد داوطلب انتخابات در محل رأی‌گیری الزامی است و لذا ارائه وکالت‌نامه

در خصوص کاندیداتوری مورد قبول هیأت رئیسه جلسه و نماینده کمیسیون نخواهد بود.»

با توجه به اطلاعیه هیئت مدیره که نامزدها را موظف به ثبت نام در زمان تعیین شده کرده است، چنانچه به هر دلیلی کاندیدائی نتوانست در روز رای گیری در مجمع عمومی حاضر باشد، آیا نام وی از لیست کاندیداها حذف خواهد شد؟ پاسخ این است که: اگر همکاری که از پیش تا تاریخ تعیین شده ثبت نام کرده است ولی بنا به حادثه ای پیش بینی نشده، نمی تواند در مجمع عمومی و انتخابات حاضر شود، باید دلایل عدم حضور خود را کتباً به هیئت مدیره اعلام دارد تا در مجمع عمومی مطرح شود و در صورت موجه بودن غیبت، با تصویب مجمع عمومی، نام وی در لیست کاندیداها قرار خواهد گرفت.

۲- یکی از وظایف بازرس، رسیدگی به اعتراض هائی است که در باره عدم رعایت اساسنامه و آئین نامه های قانونی مطرح می شود. اگر یک عضو انجمن از نحوه اطلاع رسانی، ثبت نام، عدم رعایت بی طرفی هیئت مدیره و بخش اداری انجمن نسبت به کاندیداها و چگونگی برگزاری مجمع عمومی و ... شکایتی دارد، می بایست تا پیش از شروع انتخابات، شکایتش را کتباً به بازرس و هیئت مدیره انجمن بدهد. چنانچه کاندیدائی اعتراضی نداشته باشد و در انتخابات شرکت کند ولی پس از اعلام نتیجه، شکایتی ارائه دهد که مربوط به پیش از برگزاری انتخابات باشد، به شکایتش رسیدگی ولی منطقی ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۳- رای ها را نمایندگان کاندیداها و هیئت رئیسه و همکارانی که آموزش دیده اند، در برابر شرکت کنندگان در مجمع عمومی شمارش خواهند کرد. بنابراین از همه همکاران شرکت کننده در مجمع عمومی تقاضا می شود تا پایان رای گیری در جلسه حضور داشته باشند.

۴- چون دستور کار مجمع عمومی انتخاب عضوی برای هیئت مدیره است، هیچ کدام از اعضای هیئت مدیره نمی توانند عضو هیئت رئیسه مجمع عمومی باشند. بنابراین، پس از پایان انتخابات و پیش از شروع شمارش رای، کاندیداها و شرکت کنندگان در مجمع عمومی می توانند اعتراض نامه خود را به هیئت رئیسه مجمع عمومی و بازرس انجمن ارائه دهند. مشخص است که تا بررسی شکایت، رای شماری آغاز نخواهد شد.

۵- پس از شمارش و اعلام رای، هر کاندیدا حق دارد نسبت به نتیجه رای گیری اعتراض کند. در این صورت به طور اختصاصی یک بار دیگر رای این کاندیدا شمارش شده و نتیجه به اطلاع کلیه شرکت کنندگان خواهد رسید.

۶- پس از اعلام نهائی رای گیری، چنانچه کاندیدا یا شرکت کننده ای اعتراض داشته باشد می تواند نظرش را برای هیئت رئیسه و بازرس بنویسد. به این اعتراض رسیدگی و نتیجه به خود همکار اعلام خواهد شد.

بارها شاهد بوده ایم که بعد از انتخابات، همکارانی شکایت خود را برای گروه وسیعی که در پروسه انتخابات انجمن علمی دخیل نیستند، از سازمان نظام پزشکی گرفته تا فرمانداری محل و ... ارسال کرده اند. از اعضای انجمن خواهش می شود اساس نامه را با دقت مطالعه کنند. مجمع عمومی بازرس را برای تطابق مصوبات و فعالیت های هیئت مدیره با اساسنامه انتخاب می کند. بازرس حافظ منافع و حقوق اعضاء در انجمن است. مرجع رسیدگی به شکایت همکاران از مجمع عمومی و انتخابات، هیئت رئیسه مجمع عمومی و بازرس و کمیسیون برگزاری انتخابات است. هر چند کارگروهی که هیئت مدیره برای برگزاری مجمع عمومی و انتخابات برگزیده است با دقت و امانت داری کار خواهند کرد ولی انتظار این است که تک تک همکاران شرکت کننده در انتخابات با رعایت اساسنامه، در برگزاری مجمع عمومی شرکت فعال و موثر داشته و ناظر بر تمامی فرایندها باشند. با سپاس فراوان.

رویدادهای علمی بین المللی

**1ST INTERNATIONAL CONFERENCE ON
ORTHO FACIAL SURGERY
AND ORTHODONTICS (ICOSO)**

11e13 October 2013, Moscow, Russia

Website: www.orthofacial2013.info.

**NEW HORIZONS IN ORTHOGNATHIC
SURGERY 2014**

28 February - 01 March 2014, Ferrara, Cona,

**MODERN MANAGEMENT OF
SALIVARY TUMOURS AND STONES**

4e5 November 2013, London, UK

Contact: Professor Mark McGurk. Email:

mcurk@kcl.ac.uk. Tel: p44

2071884348.

**38TH INTERNATIONAL COURSE
FOR STEPWISE FLAP RAISING**

Italy

Contact: Mrs Clara Verlicchi. Email:

secretariat@nhferrara2014.org.

Website: www.nhferrara2014.org

WORKSHOP ON ENDOSCOPIC SURGERY OF THE MAXILLARY SINUS AND NAVIGATION

4e5 October 2013, University Tübingen

The workshop will consist of practical cadaver dissections of the maxillary sinus via different approaches (transoral, transnasal) employing the endoscope and navigation.

Lectures will be held on anatomy, physiology, pathology and surgical treatment of maxillary sinus diseases. Contact: Dr. M. Krimmel, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und, Gesichtschirurgie, Oslanderstr. 2-8, 72076 Tübingen, Tel: [pp49-7071-2986174](tel), Fax: [pp49-7071-293481](tel),

THE REGENSBURG COURSE IN FACIAL PLASTIC SURGERY 2013

10e14 October 2013, Regensburg, Germany

Congress Secretariat: Balaji Dental and Craniofacial Hospital, 30 K.B.

Dasan Road, Teynampet, Chennai, India Tel: 91-44-42947200-249,

24326622, 24364136 Fax: 91-44-24322907

Email: info@distraction2014.com Website:

www.distraction2014.com

INTENSIVE HEAD AND NECK SKIN CANCER COURSE

1 May 2014, Utrecht, The Netherlands

Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Hade Vuyk, A. Flinterman. Website:

www.reconstruction-skin-cancer.com.

INTERCONTINENTAL RHINOPLASTY COURSE

2e3 May 2014

Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Carlos Pedroza, Fazil Apaydin.

Website: www.intercontinental-rhinoplasty.com.

DENTAL IMPLANT SURGERY

30 November - 1 December 2013, Vienna, Austria

Dental implantology courses for advanced and complex cases. One step vertical augmentation with autologous bonerings

Course Organisers: G-H Nentwig, N Fock, B Giesenhausen website:

www.anatomical-surgical-training.com

FIRST INTERNATIONAL MEETING ON

5e7 December 2013, Munich, Germany

Course Chairmen: Professor F. Hölzle, Professor K.D. Wolff, Mr D.A.

Mitchell. Email: mkg@chirurgie@ukaachen.de.

chirurgie@ukaachen.de.

39TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

13e15 February 2014, Aachen, Germany

Course Chairmen: Professor F. Hölzle, Professor K.D. Wolff, Mr D.A.

Mitchell. Email: mkg@chirurgie@ukaachen.de.

chirurgie@ukaachen.de.

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

17e19 September 2014, Coventry, UK

Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email:

liviu-cernat@uhcm.nhs.uk.

DENTAL IMPLANT SURGERY

12e13 October 2013, Vienna, Austria

Soft tissue management in dental implantology and oral surgery.

Course Organisers: Bernd Gisenhausen, Norbert Fock website: [www.](http://www.anatomical-surgical-training.com)

[anatomical-surgical-training.com](http://www.anatomical-surgical-training.com)

DENTAL IMPLANT SURGERY

19e20 October 2013, Vienna, Austria

Dental implantology course for advanced and beginners.

Course Organisers: G-H Nentwig, N Fock, B Giesenhausen website:

www.anatomical-surgical-training.com

PRE-SYMPOSIUM COURSES

06e07 November 2013, Zurich,

Switzerland Pre-symposium Courses prior to the Symposium Dental Implants vs Bisphosphonates.

Contact: Dr M Baltensperger -

baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch Website:

www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013

DENTAL IMPLANTS VS BIPHOSPHONATES

8 November 2013, Zurich, Switzerland

Contact: Marc Baltensperger.

Email:

baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch.

Website: [www.](http://www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013)

[nobelbiocare.com/bisphosphonates2013](http://www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013).

AESTHETIC SURGERY OF THE FACE

15e17 November 2013, Vienna, Austria

SCIENCE AND ART OF FACIAL MAKEOVER

4e6 June 2014, Brussels, Belgium

Contact: MCI Brussels. Email: facialmakeover2014@mci-group.com.

Tel: þ32 (0) 2 743 15 40.

skills necessary for leading positions in academic dentistry. Email: j.braun@mkg.uni-kiel.de.

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

Master Class Course - Advanced aesthetic surgery of the face.

Course Organisers: G Botti, M P Ceravolo

4TH INTERNATIONAL CONGRESS ON CRANIOFACIAL STEOBIOLOGY & DISTRACTION

28 April-2 May 2014, Bandos Island, Republic of Maldives Joint Congress

between the Asia Pacific Conference and the Paris Distraction Symposium.

Calendar of events

4–5 October 2013

University Tübingen, Germany

Workshop on Endoscopic Surgery of the Maxillary Sinus and Navigation

The workshop will consist of practical cadaver dissections of the maxillary sinus via different approaches (transoral, transnasal) employing the endoscope and navigation. Lectures will be held on anatomy, physiology, pathology and surgical treatment of maxillary sinus diseases.

For further information please contact:

Prof Dr. Dr. M. Krimmel, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Halschirurgie

Gesichtschirurgie, Osianderstr. 2-8, D-72076 Tübingen, Germany, Tel. ++49-7071-2986174,

Fax: ++49-7071-293481,

e-mail: Michael.Krimmel@med.uni-tuebingen.de

11–13 October 2013

The 58th Congress of the Japanese Society of Oral and Maxillofacial Surgeons (JSOMS2013)

Fukuoka, Japan

E-mail: jsoms2013@congre.co.jp

<http://www.congre.co.jp/jsoms2013/en/index.html>

21–24 October 2013 21st International

Conference on Oral and Maxillofacial Surgery (ICOMS)

Barcelona, Spain

www.icoms2013.com

28 February – 1 March 2014

NEW HORIZONS IN

ORTHOGNATHIC SURGERY 2014

PROGRAM HIGHLIGHTS

Clinically relevant programs in key areas of Orthognathic Surgery, including:

- Technical Innovations

- Profiloplasty

- Volumetric Improvement of Soft Tissues

- Genioplasty & Mandibular Angles

- Soft Tissue Prediction & New Software

- Orthodontic Treatment for orthognathic Surgery

- Mandibular & Maxillary Osteotomies

- Piezosurgery

- Controversies in Orthognathic Surgery

- Complications in Orthognathic Surgery

- Distraction Osteogenesis

Symposium Chairman: Luigi C. Clauser, MD, DMD, FEBOMFS, Ferrara, Italy

Symposium Co-Chairman: Julio Acero, MD, DMD, PhD, FEBOMFS, Madrid, Spain

SCIENTIFIC COMMITTEE

Manlio Galiè, MD, DMD, FEBOMFS, Ferrara, Italy

Joachim A. Obwegeser, MD, DMD, FEBOMFS, Zurich, Switzerland

ORGANIZING COMMITTEE

Riccardo Tieghi, MD

Giuseppe Consorti, MD

Giovanni Elia, MD

Unit of Cranio-Maxillo-Facial Surgery St. Anna Hospital & University FERRARA, Italy

ORGANIZING SECRETARIAT

Ms. Clara Verlicchi

A&R Eventi sas

Tel. +39 051 47 42 38 Fax +39 051 48

- 3D Imaging & Planning
- Intraoperative Navigation
- Facial Aesthetic Surgery

39 525

secretariat@nhferrara2014.org

www.nhferrara2014.org

IRURGIA MAXILLO-FACCIALE