

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

Oral & Maxillofacial Surgery- News

Sep/Oct. 2016_ No.36

سال چهارم شماره ۳۶ - مهرماه ۱۳۹۵

بنام خدا

در سال ۱۳۵۸ بین دوترم تحصیلی در زمانی که در سال اول دانشکده دندان پزشکی تهران که در آن زمان کرسی اول دندان پزشکی کشور محسوب می‌شد مشغول به تحصیل بودم، با اشتیاق فراوان در دو هفته تعطیلات برای کارآموزی به مطب دندان پزشکی یکی از بستگانم مراجعه کردم. پیش از آن در زمان انتخاب رشته، با وجودی که در آن زمان جثه ورزشکارانه داشتم قوم و خویش تلاش کردند مرا از انتخاب رشته دندان پزشکی منصرف کنند و به من تفهیم کنند که این رشته اصلاً رشته مناسبی برای یک خانم نیست و بهتر است که رشته پزشکی یا داروسازی را انتخاب کنم. در مدت ۲ هفته کارآموزی که بیش‌تر مشاهده‌کننده و شنونده بودم نیز مرتباً از طرف آقای دکتر دندان‌پزشک و همکاران او گوشم از این موضوع که دندان‌پزشکی رشته‌سختی برای خانم‌هاست و اگر بخواهم در این رشته دوام بیاورم باید حتماً همسری برگزینم که دندان‌پزشک باشد و در موقع کم آوردن زور برای کشیدن دندان به او متوسل شوم، پر شد. به عبارت دیگر، در این کارآموزی حجت را بر من تمام کردند و چشم‌انداز آینده کاری و افق تیره‌ای را به تمام و کمال به من نشان دادند.



از آن زمان تاکنون که بیش از یک نسل (سی و اندی سال) می‌گذرد چهره و ترکیب دندان‌پزشکی کشور کاملاً تغییر کرده است و در دندان‌پزشکی عمومی و حتی تخصصی بسیاری از دندان‌پزشکان بانو در جایگاه در خور خود به شایستگی ایفای نقش می‌کنند و بالطبع نگرش به نقش زنان در این عرصه به کلی دگرگونه شده است.

اما در حرفه سنگین جراحی دهان و فک و صورت وضعیت متفاوت است. هنوز هم درصد زنانی که به این رشته وارد می‌شوند بسیار کم است و هنوز هم مردم با ناباوری با جراحان فک و صورت زن مواجه می‌شوند. من بنا ندارم که در این جا به تجزیه و تحلیل و عوامل مؤثر و واقعی در دیدگاه جامعه و جایگاه بایسته زنان در این حرفه بپردازم و بحث پیرامون این موضوع و تجربیات خود را در بخش تخصصی دانشگاهی و سپس در کار حرفه‌ای به فرصتی دیگر موکول می‌کنم.

اخیراً در نشریه معتبر Oral Maxillofacial Surgery به مقاله‌ای از همکاران بسیار شاخص جراح فک و صورت که از فعالان آموزشی و علمی و از پیش‌قراولان جراحان فک و صورت در جهان هستند برخورد کردم که به نظرم رسید که آوردن دیدگاه این همکاران در مورد فعالیت زنان در رشته جراحی دهان و فک و صورت و مطالعه مشکلات آنان، علاوه بر آن که درجه اهمیت این امر را برای آنان نشان می‌دهد (زیرا که به طور ادواری این موضوع مورد بررسی قرار می‌گیرد)، همچنین می‌تواند در آشنایی ما با شرایط و نقش جراحان فک و صورت زن در ایالات متحده امریکا مفید باشد. گرچه شرایط کاری این همکاران متفاوت با ما است ولی مطالعه آن می‌تواند در آشنایی با برخی معضلات عام زنان در حرفه جراحی فک و صورت در جهان سودمند باشد.

دکتر میترا میرمحمدی

چرا زنان بخش علمی جراحی فک و صورت را برمی‌گزینند؟

Why Do Women Choose to Enter Academic Oral and Maxillofacial Surgery?

Antonia Kolokythas, DDS, MSc,* and Michael Miloro, DMD, MDy

*Department Head and Program Director, Oral and Maxillofacial Surgery, University of Rochester, Strong Memorial Hospital - EIOH.
yProfessor and Head, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL.
J Oral Maxillofac Surg 74:881-888, 2016

مواد و روش‌ها: پرسش‌نامه‌ای به صورت online به جراحان فک و صورت زن برای ارزیابی علل انتخاب کار در هیئت علمی و جنبه‌های مثبت و منفی آن ایمیل شد.

نتایج: ۳۱ زن جراح OMS پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. از میان آنان ۲۵ نفر عضو هیئت علمی تمام وقت و ۶ نفر پاره وقت بودند. از پاسخ دهندگان ۷۲٪ متاهل بودند و از آنان ۷۲٪ قبل از اشتغال به کار در هیئت علمی ازدواج کرده بودند. ۴۷٪ آنان بچه داشتند که همه در دوران تصدی عضویت هیئت علمی بچه دار شده بودند. در میان اعضای تمام وقت هیئت علمی که بچه داشتند فقط ۲ نفر (۷٪/۷) دشواری متوسطی را در رابطه با تولد بچه و مرخصی زایمان اظهار کردند، در حالی که ۳ نفر از ۵ نفر اعضای پاره وقت بچه دار وجود مشکلات قابل توجهی را در رابطه با تولد بچه و مرخصی زایمان اظهار کردند. فاکتورهای همراه انتخاب و لذت از حرفه آکادمیک، اشتغال به آموزش دانشجویی - رزیدنتی (۷۸٪) و به دنبال آن همراهی و همکاری با دیگر همکاران (۶۵٪/۶) پتانسیل تحقیقاتی (۵۰٪) قابلیت انعطاف زمانی و سرو کار نداشتن زیاد با امور بیزنس (۳۳٪) اظهار شدند. دلیل اصلی برای ترک کارهای آکادمیک OMS یا در میان کم‌ترین وجه لذت بخشی کارهای آکادمیک، پتانسیل برای ایجاد درآمد بالاتر در کار خصوصی است (۵۶٪) علل کم‌تر قابل توجه برای این کار، داشتن برنامه کاری انعطاف پذیرتر در بخش خصوصی و محدودیت‌های خط قرمز کم‌تر دانشگاهی (۳۷٪/۵) و به همان اندازه استقلال و کنترل بیش‌تر در استقلال خود و وقت بیش‌تر برای خانواده (۲۲٪) است. تصدی موقعیت رزیدنتی و دانشجویی توسط جراحان فک و صورت زن، مربی‌گری بهتر جراحان فک و صورت عضو هیئت علمی و افزایش تعداد زنان در موقعیت‌های رهبری در تشکیلات جراحان فک و صورت به عنوان مهم‌ترین معیارهایی هستند که میزان عضویت زنان را در هیئت علمی افزایش می‌دهد.

دلایلی که باعث بازداشتن زنان از ورود به رشته جراحی دهان و فک و صورت به عنوان تخصص و انتخاب عضویت تمام وقت آکادمیک می‌شود به لحاظ قابل توجهی مربوط به تولد بچه و زندگی خانوادگی نیست.

تعداد کاندیداها و مربیان زن در تخصص جراحی دهان و فک و صورت در طی سالیان گذشته به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. در سال تحصیلی ۲۰۱۵ - ۲۰۱۴، ۱۶۸ زن رزیدنت OMS وجود داشتند که ۱۵٪ همه رزیدنت‌ها در برنامه‌های OMS را نمایندگی می‌کردند.

اهداف این مطالعه پاسخ به این سؤال است که برخی از اصلی‌ترین علل انتخاب مشغولیت دانشگاهی در زنان جراح چیست؟ چه چیزی حرفه آکادمیک را برای آنان جذاب یا غیر مطلوب می‌کند.

در سال ۱۹۱۸ AAOMS (انجمن جراحان فک و صورت آمریکا) شکل گرفت و در حال حاضر نزدیک به ۱۰۰ سال از حیات آن می‌گذرد. تاکنون رئیس زن نداشته است اگرچه زنان جراح در مورد جراحی فک و صورت آمریکا خدمت کرده‌اند و می‌کنند. در هیئت تحریریه نشریه جراحی دهان و فک و صورت و کمیته امتحانات ABOMS هنوز تعداد کمی زن در مقایسه با تعداد همکاران مرد فعالیت می‌کنند.

در سال ۲۰۱۵ - ۲۰۱۴، ۲ زن جراح فک و صورت رئیس بخش بودند، ۱۰ زن جراح فک و صورت سرپرست برنامه آموزشی و ۲ زن که هم‌زمان هم رئیس بخش و هم سرپرست تخصصی در ۱۰۲ برنامه آموزشی رزیدنتی بودند. این البته برای نقش

رهبری زنان در آینده امیدبخش نیست. آیا علتی برای این عدم علاقه در زنان جراح OMS برای خدمت در موقعیت‌های رهبری در تخصص است یا علت، محرومیت از دادن فرصت به زنانی که به طور واقعی در گرفتن موقعیت‌های سطح بالا هستند به دلیل تبعیضات مرد سالارانه است؟

در بخش آینده‌نگر نشریه جراحی دهان و فک و صورت در آوریل ۲۰۱۵، در ارتباط با نقش زنان در فعالیت آکادمیک OMS، لاسکین جنبه‌هایی که توضیح منطقی این که چرا زنان جراح OMS بخش خصوصی را به فعالیت دانشگاهی ترجیح می‌دهند، تصمیم برای ازدواج و داشتن بچه عنوان کرد. به گمان او وقت تعهد به کار و نیازهای سخت باعث عدم تشویق زنان از ورود به عرصه آکادمیک OMS می‌شود.

در طی مصاحبه‌ای در ورود به دانشکده دندان پزشکی دکتر Stuebner گفت که او وارد یک حرفه مردانه شده است و هیچ کس به او اعتماد نمی‌کند. امروزه مطمئناً می‌توان گفت که دندان پزشکی دیگر با وجود ۵۰٪ یا بیش‌تر ترکیب دانشجویان زن یک حرفه مردانه نیست.

در سال ۲۰۱۴ - ۲۰۱۳ از ۱۱۳۰ رزیدنت OMS، ۱۴٪ زن و ۸۶٪ مرد بودند رستمی و همکاران در سال ۲۰۱۰، گزارش کردند که ۶۱٪ از پاسخ دهندگان بر این باور بودند که تبعیض علیه زنان در برنامه‌های رزیدنتی OMS وجود دارد. در همان مطالعه ۳۸٪ از جراحان OMS مشغول به کار و ۲۹٪ از رزیدنت‌های OMS گزارش کردند که در محل کار مزاحمت و آزار را تجربه کرده‌اند.

اکسیزیون آنتروگرید غده زیرزبانی

تکنیک جراحی جدید برای درمان رانولا

Anterograde excision of a sublingual gland: new surgical technique for the treatment of ranulas

Zhigang Liu*, Bin Wang†

Oral and Maxillofacial Surgery Department, Sanming First Hospital of Fujian Medical University, 29 Liedong Street, Sanming, Fujian, 365000, China
British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 151-154

مقدمه: رانولا موکوسل‌هایی هستند که در نتیجه نشت موکوس (extravasation) از غده زیرزبانی به وجود می‌آیند و بسته به محل آن به رانولای دهانی و plunging تقسیم بندی می‌شوند.

تکنیک‌های درمان آن‌ها متفاوت است ولی اعتقاد برخی از مؤلفین بر این است که اکسیزیون ترانس اورال غده زیرزبانی همان طرف و تخلیه رانولا به کم‌ترین موربیدیتی منتج می‌شود. امروزه، دایسکشن رتروگرید مجرای وارنون از دهانه مجرا تا hilum غده تحت فکی تکنیکی است که به طور معمول در اکسیزیون غده زیرزبانی به کار می‌رود. بنا به دانسته‌های ما روش آنتروگرید توضیح داده نشده است.

مجرای وارنون در جهت رتروگرید از مدخل مجرا تا hilum غده تحت فکی در زمانی که غده به شکل عرفی قطع می‌گردد، دایسکت می‌شود. این جا ما تکنیک آنتروگرید را توضیح می‌دهیم که در آن مجرای وارنون در جهت آنتروگرید از hilum غده تحت فکی به مدخل مجرا دایسکت می‌شود. این مطالعه کلینیکی آینده‌نگر شامل ۵۰ بیمار با رانولا شد که برایشان اکسیزیون آنتروگرید غده زیر زبانی در فاصله زمانی ماه مه ۲۰۱۲ و ژانویه ۲۰۱۵ انجام شد. اکسیزیون داخل دهانی شبیه به اکسیزیون متداول بود. مجرای وارنون و دیگر ساختارهای آناتومیک مهم دیگر در فضای پشت غده زیر زبانی همه در شروع عمل مشخص شدند که با دایسکشن آنتروگرید مجرای وارنون دنبال شد. پس از این که بافت غده‌ای لترال به مجرا به طور کامل قطع شد،

مجرا آشکار شد و غده به دو قسمت بریده شد. در آخر، دو قسمت غده برداشته شد که ریسک عوارض پس از برداشتن رانولا را کاهش می دهد.



Figure 1. Before anterograde excision of the sublingual gland the important anatomical structures and the first crossing point of Wharton's duct (WD) and the lingual nerve (LN) were identified in the space behind the sublingual gland (G). B=branches of the sublingual artery and vein, SLG=sublingual ganglion, and R=ranula.



Figure 2. Branches of the sublingual artery and vein (B) run anteriorly and then enter the posterior part of the gland (G).

تکنیک جراحی: برای بیمار تحت بیهوشی عمومی و اینتوباسیون نازوتراکئال، انسپژن خطی، ۱ سانتی متر مدیال و موازی با مندیبل همان طرف زده می شود و از دهانه مجرای وارتون به سمت لینگوآل ناحیه رترومولر گسترش می یابد. سپس مخاط برش داده می شود و دایسکشن بلانت انجام می شود و هموستات موسکیتو برای اکسپوز کردن وجه لترال غده زیرزبانی به کار می رود. قسمت خلف غده با کلامپ آلیس گرفته می شود و کشش با ثباتی به قدام، به بالا و مدیال توسط دستیار به آن اعمال می شود که بافت آرئولار سست پشت غده را اکسپوز کند.

دایسکشن روان بلانت در بافت سست آرئولار برای تشخیص مجرای وارتون، تنه اصلی عصب لینگوآل، شاخه های شریان و ورید زیرزبانی، ارتباطات عصب زبانی و مجرای وارتون و شکاف گانگلیون زیرزبانی از تنه اصلی عصب صورتی به کار می رود. (Fig 1, 2)

شاخه های این گانگلیون عمدتاً در غده زیرزبانی پخش می شوند. گانگلیون زیر زبانی و شاخه های شریان و ورید زیرزبانی بسته می شوند و هرچه نزدیک تر به وجه خلفی غده جدا می شوند.

عصب زبانی در جهت لترال به مدیال گذر می کند. با قطع مجرای وارتون اول توسط گذر از زیر عصب، سپس با قطع مدیالی آن، جهت جلوگیری از آسیب به عصب زبانی، دایسکشن آنتروگرید مجرای وارتون بین سطح خلفی غده و اولین نقطه تقاطع مجرای وارتون و عصب لینگوآل شروع می شود، سپس به سمت جلو ادامه می یابد تا تونلی لترال به مجرای وارتون ایجاد کند. پس از این که بافت غده ای لترال به تونل کاملاً بدون خونریزی بریده شد، مجرای وارتون اکسپوز می شود و غده به دو قسمت فوقانی و تحتانی بریده می شود.

سپس دو قسمت با کلامپ آلیس یا هموستات موسکیتو به طور لترالی باز می شوند تا وجه مدیال غده آشکار شود و عرصه جراحی وسیع تری را برای دید و حمایت مجرای وارتون و عصب زبانی در اختیار قرار دهد. (Fig 3)

وجه مدیال و پایینی با دقت با قیچی Metzenbaum در کنتاکت مستقیم با سطح غده در زیر دید مستقیم دایسکت می شوند (با پرهیز از آسیب به مجرای وارتون) عصب زبانی و عروق که وقتی به آن ها در محل جراحی برخورد می شود گره زده و جدا می شوند، سپس بخش زیرین غده از قدام برداشته می شود و بخش فوقانی غده از خلف برداشته می شود. (Fig 4) مجرای بارتولین تشخیص داده می شود، با نخ بسته و جدا می شود. رانولا بدون اکسیزیون قطع می شود و موکوس به طور طبیعی درن

و ساکشن می‌شود. در آخر محل جراحی شست‌وشو و بررسی می‌شود و به دنبال آن به دقت هموستاز می‌شود. مخاط برش داده شده آزادانه به محل اولیه سوچور می‌شود و درن در داخل محل انسیژن گذاشته می‌شود. به بیمار در هنگام پذیرش یک گرم سفازولین سدیم هر ۱۲ ساعت داده شد و تا سومین روز پس از عمل ادامه یافت. به بیماران استفاده از رژیم مایعات برای یک هفته توصیه شد. درن پس از ۱-۲ روز برداشته شد و بیماران اغلب ۳-۵ روز پس از عمل ترخیص شدند. بخیه‌ها هفتمین روز پس از جراحی برداشته شدند و بیماران برای ۶ ماه تا ۲ سال پایش شدند.



Figure 3. After the glandular tissue lateral to the tunnel has been incised completely without loss of blood, Wharton's duct (WD) is exposed and the gland cut into two parts: superior (SP) and inferior (IP). LN=lingual nerve and R=ranula

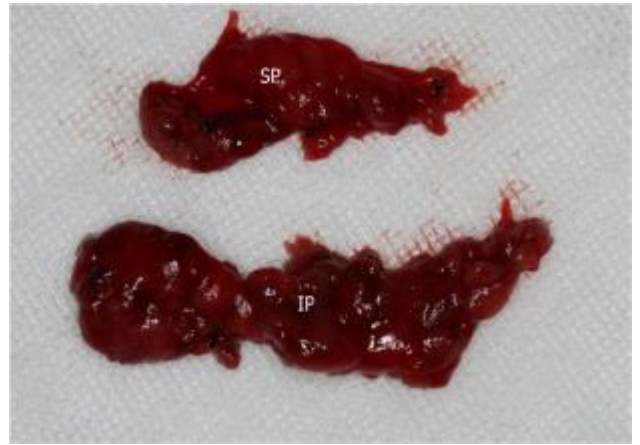


Figure 4. The excised superior part (SP) and inferior part (IP).

تغییر در ارتفاع بدنه مندیبل

در محل پلیت فیکس کننده در سمت‌های **advance** (افزایش یابنده) و **Setback** (کوتاه شونده) طول بعد از استئوتومی ساژیتال اسپلیت راموس

Change in mandibular body height at the site of a fixation plate in the advance (lengthening) and setback (shortening) sides after sagittal split ramus osteotomy

Koichiro Ueki*, Kunio Yoshizawa, Akinori Moroi, Ran Iguchi, Akihiko Kosaka, Hiroumi Ikawa, Takamitsu Tsutsui, Yuriko Saida, Asami Hotta

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Division of Medicine, Interdisciplinary Graduate School of Medicine, University of Yamanashi, 1110 Shimokato, Chuo, Yamanashi 409-3893, Japan

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 44 (2016) 279e284

هدف: هدف از این مطالعه، ارزیابی تغییر در ارتفاع بدنه مندیبل در محل پلیت فیکس کننده در سمت‌های advance (افزایش یابنده) و Setback (کوتاه شونده) طول بعد از استئوتومی ساژیتال اسپلیت راموس (SSRO) بود.

موضوع و روش‌ها: موضوع مطالعه ۴۹ بیمار (در ۹۸ سمت فک) بودند که تحت جراحی SSRO دو طرفه قرار گرفتند. مطالعه به ۴ گروه بر طبق گروه بندی ذیل تقسیم شدند: ست‌بک (کوتاه شدن) دو طرفه در پروگناتیسم مندیبل (S group Prog n: 42), ادوانسمنت (طویل شدن) دو طرف در رتروگناتیسم مندیبل (Retro L group n: 24), ست‌بک (کوتاه شدن) دو طرف در آسیمتری مندیبل (Asym S group n: 16) و ادونسمنت (طویل شدن) دو طرف در آسیمتری مندیبل (Asym L group n: 16). CT ها در همه بیماران قبل از عمل و یک هفته و یک سال پس از عمل آنالیز شدند. ارتفاع بدنه

مندیبیل در محل پلیت‌های فیکس کننده، ارتفاع ناحیه بالای پلیت و ارتفاع ناحیه پایین پلیت توسط CT سه بعدی اندازه‌گیری شدند.

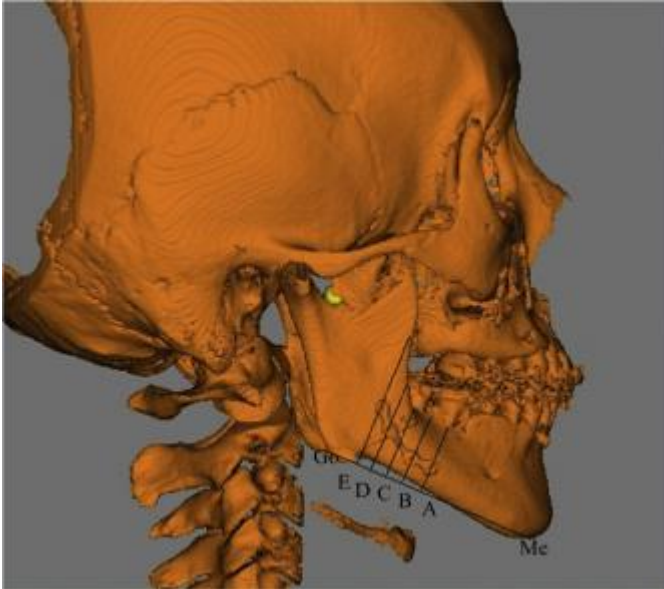


Fig. 1. Lateral 3D-CT image after 1 week. Setback (shortening) side. The distance between Me and Go was the mandibular length (mandibular plane). The perpendicular lines to the mandibular plane show the upper and lower mandibular heights. A; the most anterior screw hall, B; the second anterior screw hall, C; mid-point of the plate, the second posterior screw hall, D; the most posterior screw hall.

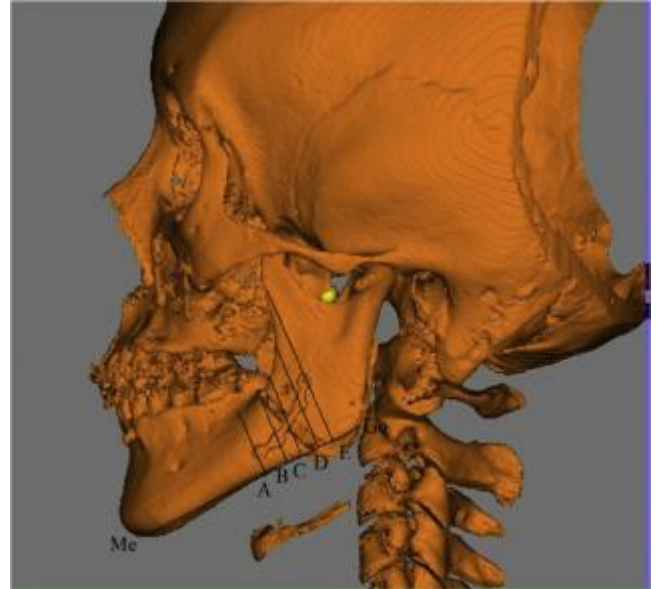


Fig. 2. Lateral 3D-CT image after 1 week. Advancement (lengthening) side. The distance between Me and Go was the mandibular length (mandibular plane). The perpendicular lines to the mandibular plane show the upper and lower mandibular height. A; the most anterior screw hall, B; the second anterior screw hall, C; mid-point of the plate, the second posterior screw hall, D; the most posterior screw hall.

نتایج: هیچ تفاوت قابل ملاحظه‌ای در ارتفاع مندیبیل بین دو سمت طویل شدگی و کوتاه شدگی در پروگناتیسم، رتروگناتیسم و آسیمتری مندیبیل در بازه‌های زمانی مختلف وجود نداشتند. ارتفاع ناحیه بالایی مندیبیل در نقطه میانی پلیت فیکس کننده بعد از یک سال به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از آن بعد از یک هفته در تمام طرف‌ها بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که رزرویشن استخوانی کمی ممکن است در محل بالای پلیت بعد از ست‌بک و ادوانسمنت SSRO حادث شود که ممکن است به لحاظ استتیک حدود خارجی صورت را در ناحیه پایینی - پشتی بدنه مندیبیل تحت تأثیر قرار دهد.

بنابراین، پیچ‌های پلیت نمی‌بایست بیش از اندازه نزدیک به کناره بالایی بدنه مندیبیل و پایین راموس قرار گیرند.

آیا افزایش تعداد ایمپلنت‌های کوتاه

تحلیل استخوان مارژینال را در خلف مندیبل کاهش می‌دهد؟

مطالعه‌ای موثر در آینده

Does increasing the number of short implants reduce marginal bone loss in the posterior mandible? A prospective study

Reza Tabrizia*, Hamidreza Arabionb, Ehsan Aliabadib, Farzaneh Hasanzadehc

Assistant professor of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran; Assistant professor of Oral and Maxillofacial Surgery, Shiraz Dental School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; Dental student, student research committee, Shiraz Dental Faculty, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 731–735

مقدمه: از دست دادن استخوان مارژینال یک امر مهم در پروگنوز درازمدت ایمپلنت‌های کوتاه است.

هدف از این مطالعه گروهی آینده‌نگر، ارزیابی از دست دادن استخوان در موقعی بود که تعداد متغیری از ایمپلنت‌های کوتاه در خلف مندیبل به کار رفته بود. سطح استخوان در دیستال و میال هر ایمپلنت اندازه‌گیری شد و فیکسچر در رادیوگرافی‌ها از شولدر ایمپلنت تا کرسست استخوان آلوئول در بعد ورتیکال اندازه‌گیری شد (Fig 1) سطح استخوان در زمان بارگذاری ایمپلنت به عنوان بیس لاین برای ارزیابی رزروپشن استخوانی مارژینال تعیین شد.

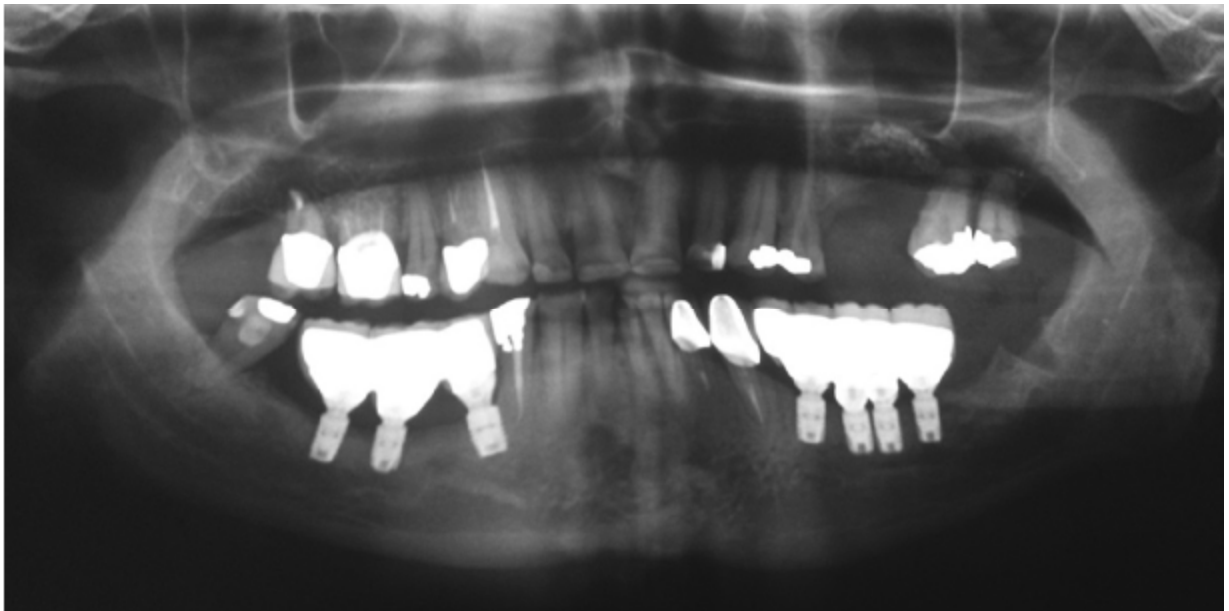
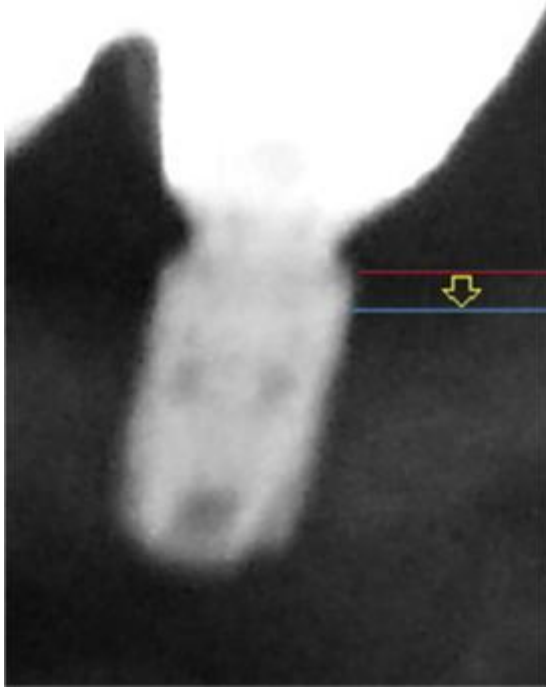


Fig. 1. Measurement of marginal bone loss.

موضوع مطالعه به سه گروه بر اساس تعداد ایمپلنت‌های کوتاه اختصاص داده شد. برای اولین گروه ۲، دومین گروه ۳ و سومین گروه ۴ ایمپلنت گذاشته شد. کراون‌های سمنت شونده در همه موارد استفاده شدند و کراون‌ها به هم اسپلینت شدند. در بیماران بلافاصله پس از بارگذاری رادیوگرافی انجام شد و ۳۶ ماه بعد تکرار شد. ۲۳ فرد با ۶۵ ایمپلنت در سه گروه وارد شدند. متوسط تحلیل استخوان مارژینال (۰/۰۴) (۰/۴۹ میلی‌متر در گروه ۲ ایمپلنتی، (۰/۲۵) (۰/۴۱ میلی‌متر در گروه ۳ ایمپلنتی و (۰/۲۵) (۰/۳۵ میلی‌متر در گروه ۴ ایمپلنتی بود. تفاوت قابل ملاحظه‌ای در تحلیل استخوان مارژینال در بین سه گروه وجود داشتند. در مواردی که تعداد ایمپلنت‌های کوتاه پشتیبان پروتز ثابت در خلف مندیبل کم‌تر بودند، تحلیل استخوان مارژینال بیش‌تر بود. موقعی که تعداد بیش‌تری ایمپلنت کوتاه استفاده شد، میزان تحلیل استخوان مارژینال کاهش یافت.



اظهار شده است که ایمپلنت‌های کوتاه (با طول ۶ میلی‌متر) نتایج قابل قبولی را نشان دادند. همچنین قطر پهن‌تر ایمپلنت‌ها (۵ و ۶ میلی‌متر) تحلیل استخوانی کم‌تری از ایمپلنت‌های با قطر ۴/۲ میلی‌متری داشتند. ایمپلنت‌های کوتاه (با طول ۶ میلی‌متر) با قطر معمول ۴ میلی‌متر نتایج مشابه اگر نه بهتر از ایمپلنت‌های بلندتر قرار داده شده در خلف مندیبل یک سال پس از بارگذاری نشان داد و ممکن است که به علت درمان سریع‌تر، ارزان‌تر و موربیدیتی کم‌تر نسبت به اگمنتاسیون استخوانی به‌خصوص در خلف مندیبل ترجیح داده شود.

Fig. 2. Multiple short implants placed bilaterally in the posterior mandible.

متد جدید برداشت بالشتک چربی باکال جهت اینترپوزیشن پس از گپ آرتروپلاستی مفصل گیجگاهی - فکی

Technical note

New method of harvesting a buccal fat for interposition after gap arthroplasty of the temporomandibular pad joint

Sahil Parvez Gagnani, Bhaskar Agarwal, Ongkila Bhutia, Ajoy Roychoudhury

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, **India**

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 469–470

پدیكل بالشتك چربی باكال در بازسازی دیفکت‌های مختلف دهان و فک و صورت به کار می‌روند و استفاده از آن‌ها به عنوان ماتریالی جهت اینترپوزیشن پس از گپ آرتروپلاستی در موارد آنکیلوز مفصل گیجگاهی - فکی به خوبی ثبت و گزارش شده است. نزدیکی به دیفکت جراحی و سهولت دسترسی و تأمین خون‌رسانی خوب، آن را به گزینه مناسبی برای اینترپوزیشن بعد از گپ آرتروپلاستی و بعد از تعویض مفصل گیجگاهی - فکی تبدیل می‌کند.

به لحاظ آناتومیک، یک بالشتک چربی باکال یک بدنه و چهار زائده (باکال، پتریگوئید، سوپرفیشیال و تمپورال عمقی) دارد و یکی از امتیازات اصلی آن داشتن پدیكل عروقی است. اگرچه، گاهی اوقات به علت این که این اتصال توسط کشش زیاد جدا می‌شود دچار مشکل می‌گردد. در این جا ما تکنیکی را برای برداشت بالشتک چربی باکال توضیح می‌دهیم و راه‌هایی که هرنییشن به داخل دیفکت را پیش بینی می‌کند و از جدا شدن اتصال آن از پدیكل جلوگیری می‌نماید، پیشنهاد می‌کنیم.

تکنیک: برای پیش‌بینی این که یک بالشتک چربی باکال برای از بین بردن دیفکت کافی است یا نه، حجم دیفکت را با پر کردن با نرمال سالین از سرنگ از قبل اندازه‌گیری شده تا وقتی که از مارژین‌های دیفکت بیرون بریزد اندازه می‌گیریم. حجم معمول سرنگ ۱۰ میلی‌لیتر است. بدنه بالشتک چربی همراه با زائده باکالی آن ۷۰٪ - ۵۵٪ محاسبه می‌شوند. اگر حجم

اندازه‌گیری شده دیفکت کم‌تر از ۷ میلی‌لیتر باشد بالشتک چربی برداشت می‌شود. بعد از استئوآرتروکتومی، یک گپ در حدود ۱/۵ - ۱ سانتی‌متر توسط دایسکشن ساب پریوستال در جهت زائده کروئوئید درست می‌شود. فیبرهای عضله گیجگاهی قرار گرفته بر روی زائده کروئوئید و سیگموئید ناچ کوتریزه می‌شوند تا از خون‌ریزی از عروق ماستریک جلوگیری شود. سپس یک رترکتور مالیبیل در بر در قدامی زائده کروئوئید قرار داده می‌شود و در صورت لزوم کروئوئیدکتومی انجام می‌شود. یک انسیژن Stab تیز بر روی پریوستیوم ایجاد می‌شود که با دایسکشن بلانت با یک هموستات کوچک دنبال می‌شود. بالشتک چربی باکال توسط رنگ زرد آن تشخیص داده می‌شود و وقتی که لوبول‌های چربی آن دیده شود به آرامی به داخل دیفکت رانده می‌شود. (Fig 1)

ما ترجیح می‌دهیم که همزمان به سولکوس باکال ماگزایلا در داخل دهان در نزدیکی ناحیه مولر دوم و سوم فشار وارد آوریم. (Fig 2) سپس چربی به آرامی با کشش پی در پی با دو فورسپس بلانت و کشش هم‌زمان گرفته می‌شود. (Fig 3) از صرف نیروی بیش از اندازه باید احتراز شود. گونه برای هر جمع شدگی و چروک شدگی زیر نظر گرفته می‌شود تا حد گسترش بالشتک چربی باکال تعیین شود. جمع شدگی نشان می‌دهد که کشش بیش‌تر ممکن است پدیکل را جدا کند. (Fig 4) اینترپوزیشن یک پدیکل بالشتک چربی باکال، فضای مرده را کاهش می‌دهد و از ایجاد هماتوم جلوگیری می‌کند و ایجاد استخوان هتروتوپیک را کاهش می‌دهد و در نتیجه دامنه حرکت فک را بهبود می‌بخشد.



Fig. 1. Haemostat being used for blunt dissection and to tease out the buccal fat pad.

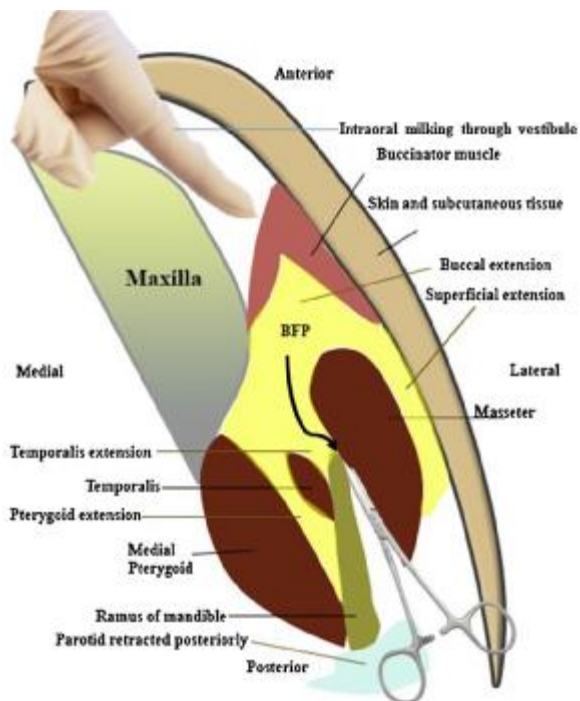


Fig. 2. Orientation of the buccal fat pad (BFP) and direction of intraoral milking.

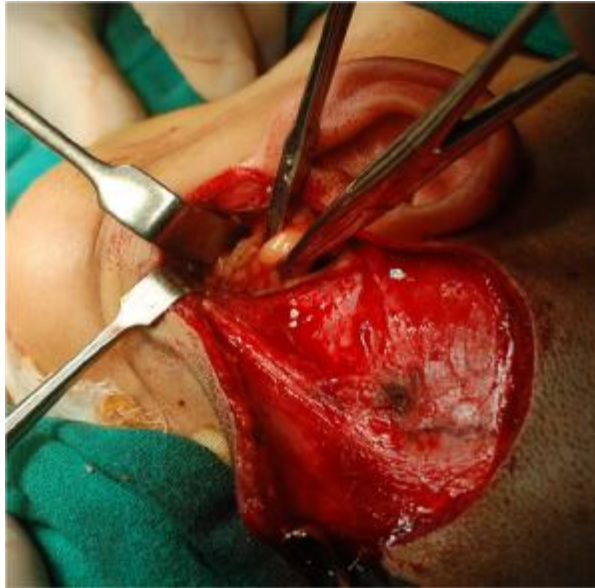


Fig. 3. Buccal fat pad being pulled with two blunt forceps.



Fig. 4. Puckering of the cheek that signifies the possibility of detachment of the pedicle after further pulling.

نودول کلسیفیه onchocercal در حفره اینفرا تمپورال

یک کیس نادر

Short communication

Calcified onchocercal nodule in the infratemporal fossa: a rare case

C. Mauprivez^{a,b,c,*}, P. Harlaya, F. Gruffazd, P. Goudote

^aService d'Odontologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France; ^bEA 2496, Université Paris Descartes; ^cFaculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Diderot; ^dLaboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France; ^eService de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, **France**

[British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 \(2016\) 463–465](#)

onchocerciasis یک بیماری نواحی گرمسیری (استوایی) انگلی است که اغلب به صورت چند نودولی سطحی بروز می کند. موقعی که تک است و در عمق جای گرفته است، تشخیص کلینیکی آن دشوار است. ما در این جا یک نمونه از onchocercoma کلسیفیه که در حفره اینفرا تمپورال قرار داشت را معرفی می کنیم.

مقدمه: Onchocerciasis یا کوری رودخانه ای یک عفونت انگلی است که توسط *onchocerca volvulus*, filarial nematode ایجاد می شود این بیماری حداقل ۲۵ میلیون نفر را در سراسر دنیا مبتلا می کند ولی در کشورهای غربی به ندرت دیده می شود. در حال حاضر در مناطق گرمسیری آفریقایی، آمریکای لاتین و یمن به صورت بومی دیده می شود. عفونت توسط مگس سیاه به انسان منتقل می شود. لارو آن در فیلاریای بالغ در بافت زیر پوستی رشد می کند و می توانند در نودول های فیبروزی که با عنوان onchocercomas شناخته می شوند برای بیش از ۱۵ سال مقیم شوند.

گزارش مورد: یک زن ۳۳ ساله آفریقایی با توده ای بی درد در وستیبول سمت راست فک بالا مراجعه کرد. سابقه پزشکی قابل ذکری نداشت. در معاینه، مخاط دهان او طبیعی به نظر می رسید و هیچ تغییر رنگی در آن مشهود نبود. ضایعه کاملاً مشخص، سفت و متحرک و کمی در لمس دردناک بود. لنفادنوپاتی گردنی وجود نداشت و ما نتوانسیم هیچ مورد غیر طبیعی در سر و گردن بیابیم. OPG یک ضایعه رادیوپاک، هتروژن و بیضی شکل بود که حدود آن مشخص و از آپکس مولرهای ماگزایلا به فیشور تحتانی اربیت ادامه داشت و حاوی چیزی بود که به نظر کلسیفیکاسیون می رسید. (Fig 1) تصاویر CT اگزایال نشان

داد که ضایعات داخل بالشتک چربی باکال در حفره اینفرا تمپورال قرار داشت. هیچ نشانه‌ای از تخریب استخوانی ناشی از یک توده مشهود نبود. MRI ضایعه ای با حدود مشخص با شدت پایین سیگنال در تصاویر T1 - weighted , T2 را نشان می‌داد که یا یک کلسینوز و یا یک فلبولیت کلسیفیه بود. بررسی‌های پیش‌تر شامل شمارش کامل گلبولی و الکترولیت‌ها می‌شدند که همه در دامنه رفرنس بودند. ضایعه تحت بی‌حسی موضعی توسط اکسیژون داخل دهانی برداشته شد و آزمایشات هیستولوژیک یک نودل کلسیفیه onchocercal را نشان داد. (Fig 2 , 3).

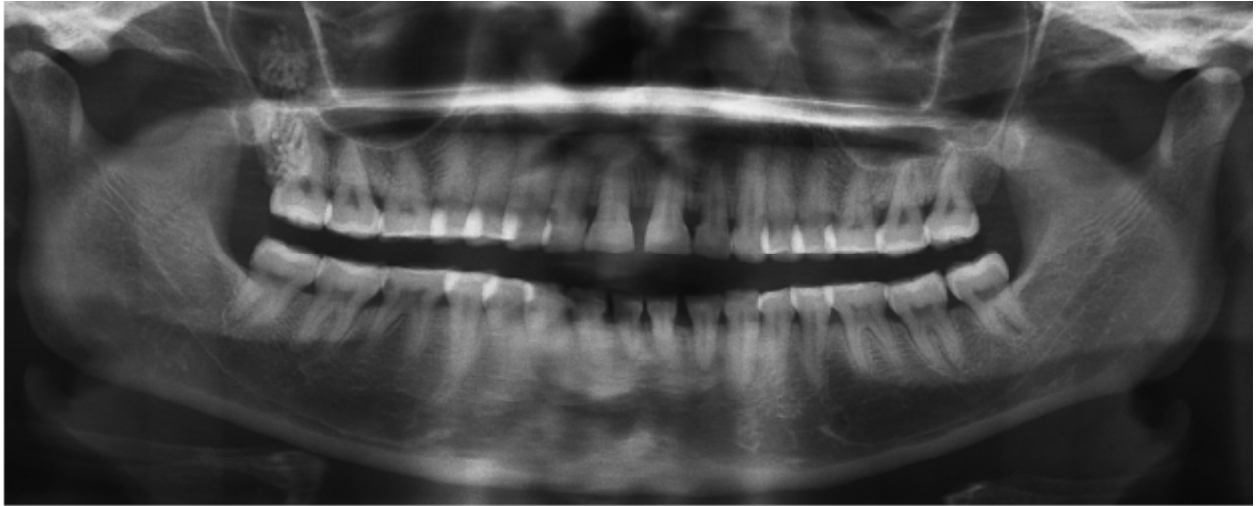


Fig. 1. Orthopantomogram showing a lesion composed of many calcifications above the right third maxillary molar.

بیمار سپس برای ارزیابی‌های پزشکی ارجاع شد. هیچ نودول دیگری در لمس یافت نشد. بیوپسی تکه‌ای از پوست گرفته شد. هم‌چنین بررسی‌های افتالمولوژیک داشت تا onchocerciasis سیستمیک در او رد شود. هیچ microfilariae در بیمار یافت نشد و شیمی درمانی برای او لازم نبود. Onchocercoma باید در تشخیص افتراقی در نودول‌های داخل دهانی یا تومورهای کلسیفیه در ناحیه فک و صورت در جمعیت‌های آفریقایی یا در جمعیت مهاجر از این نواحی که این بیماری در آن بومی است گنجانده شود.



Fig. 2. Surgical specimen of onchocercoma. A macroscopic examination showed a 3.0 x 1.5 x 1.5 cm tumour that was hard, white, and oblong. The appearance of the upper pole of the tumour suggested parasitic origin.

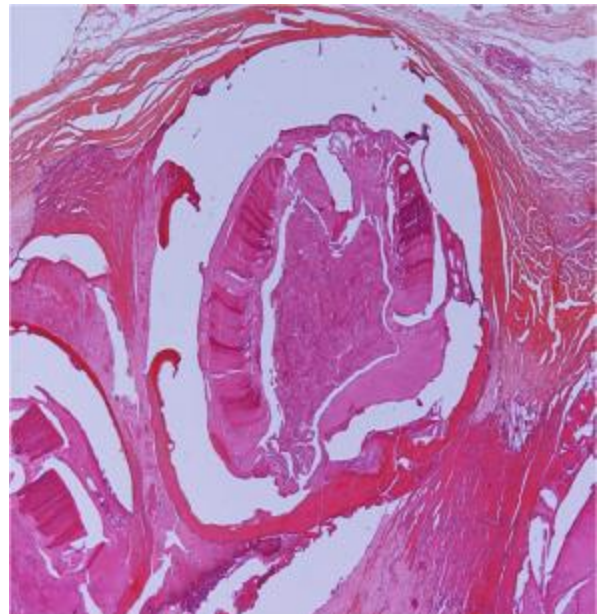


Fig. 3. Histological section of the onchocercoma. Microscopic examination showed a section of worms, with striated cuticles and the uterine cavity filled with microfilariae, encysted around fibrous connective tissue (haematoxylin and eosin, original magnification x 40).

نشست‌های علمی مهر ماه

هفتمین کنگره بین‌المللی تازه‌ترین دستاوردهای پژوهش در دانش پزشکی

۲۶ - ۲۹ مهرماه تالار امام مجتمع بیمارستانی امام خمینی

۶۶۴۱۵۷۲۸ - ۶۶۴۱۸۰۸۸

چالش‌های سرطان سر و گردن

۹۵ / ۷ / ۴ - ۱ / ۲۵ امتیاز

انستیتو کانسر - سالن شهید میرزائی

۶۶۵۸۱۶۳۸

نخستین کارگاه جراحی پلاستیک و بازسازی صورت اصفهان

۹-۸ مهر ماه ۹۵ اصفهان - هتل آسمان.

۰۳۱۳۶۳۰۲۷۳۰

کنفرانس علمی ادواری پزشکی قانونی

۹۵ / ۷ / ۶ - ۱ / ۲۵ امتیاز

سازمان پزشکی قانونی جمهوری اسلامی

۵۵۶۱۴۱۴۴

کنگره تشخیص و درمان شکاف لب و کام

۹۵ / ۷ / ۱۴ - ۱۶ - ۹ / ۲۵ امتیاز

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - مجموعه تالارهای گسترش

تلفن واحد مجری ۰۹۱۳۱۶۰۹۹۷

سومین کنگره پیشرفت‌های مهندسی بافت و پزشکی بازساختی ایران

۹۵ / ۷ / ۲۸ - ۳۰ مرکز همایش‌های رازی ۱۵ امتیاز

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>

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

: p49 (0) 241 80 88231

December 2-4

AAOMS Dental Implant Conference

Location: Sheraton Chicago Hotel & Towers,
Chicago, IL

Contact: AAOMS, 9700 W Bryn Mawr Avenue,
Rosemont,

IL 60018; telephone: 800-822-6637; fax:

847-678-6286; e-mail: inquiries@aaoms.org;

Website:

www.aaoms.org

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته ماهنامه به سایت زیر مراجعه فرمائید

www.omfs.ir