

# جراحی فک و صورت - تازه‌ها

Oral & Maxillofacial Surgery- News

Oct/Nov. 2016\_ No.37

سال چهارم شماره ۳۷ - آبان ۱۳۹۵



به نام خدا

اخیراً مقاله‌ای با عنوان:

“In Iran, a shady market for papers flourishes”

در نشریه معتبر ساینس منتشر شد که متأسفانه تصویری منفی و آشفته از بازار تولیدات علمی در کشور ما به نمایش گذاشت.

اعتبار علمی محققین و دانشگاه‌های یک کشور مستقیماً به کیفیت علمی مقالات چاپ شده در آن کشور بستگی دارد که وزن علمی آن کشور را در جامعه علمی بین‌المللی عیار می‌زند. چنین گزارشاتی که قبلاً نیز در داخل کشور شنیده شده بود به چهره علمی محققین کشور که به طور گسترده‌ای در همایش‌های بین‌المللی شرکت می‌کنند متأسفانه لطمه جبران

ناپذیری می‌زند و اتوریته دانشگاه‌های ما را که تولید کنندگان اصلی محصولات علمی در کشور هستند زیر سؤال می‌برد بی‌جهت نیست که با تولید تعداد و حجم مقالات بالا در کشور که در بسیاری زمینه‌ها به لحاظ کمیت در رتبه‌های بالا قرار می‌گیرد، باز هم جایگاهمان در رتبه‌بندی‌های علمی جهانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. متأسفانه انجمن‌های علمی تخصصی دندان پزشکی نیز که باید نقش پایش‌کننده‌ای برای دانشگاه‌هایمان داشته باشند به سبب فعالیت محدود علمی در حد برگزاری کنگره‌های سالانه تجاری، کمترین علاقه و توجه‌ای را نسبت به این موضوعات مبرم از خود نشان نمی‌دهند.

بنا به گزارش این نشریه خارجی، علاوه بر تبلیغات در اینترنت، افراد با حمل پلاکاردهای بزرگ و بنر درست در پیاده‌روی رو به روی درب اصلی دانشگاه تهران به عنوان دانشگاه مادر و بزرگترین و قدیمی‌ترین دانشگاه ایران برای فروش پایان‌نامه و مقاله تبلیغ می‌کنند. (۱۸۰۰۰۰۰ تومان اگر نیاز به آزمایشگاه نداشته باشد به اضافه ۴۰۰ دلار دیگر در صورت نیاز به چاپ مقاله با نام فرد در نشریه‌ای مشهور پرداخت می‌شود)

وفق گزارش این مقاله، دانشمندان ایرانی حدود ۳۰۰۰۰ مقاله در سال در نشریات بین‌المللی به چاپ می‌رسانند که از سال ۱۹۷۹ - ۲۰ برابر افزایش را نشان می‌دهد. طبعاً انگیزه این کار، امکان استفاده افراد بی پایه علمی از این روش برای ارتقاء عنوان‌های دانشگاهی و احراز پست‌های بالا و موقعیت بهتر اداری و برخورداری از امکانات اقتصادی بالاتر است. تشخیص این مؤلفین کاذب اغلب مشکل است زیرا که برخی از این شرکت‌های تولید فرآورده‌های علمی جد و جهد زیادی برای ارائه کار با کیفیت می‌کنند. در همین گزارش آمده است که در برخی موارد انتشار مقاله در نشریات ISI حداقل ۵ میلیون تومان هزینه دارد. علت مشغول شدن برخی از دانش‌آموختگان مستعد در این کار نیز به سبب عدم امکان دستیابی به کار در عرصه‌های تولید و اقتصاد کشور است.

در سال‌های اخیر جهت ارزشیابی کیفیت علمی مقالات، شاخص H-Index به منظور ارتقای شاخص‌های اندازه‌گیری علم مانند تعداد کل مقالات و تعداد کل استنادات طراحی شده است تا محققان تأثیرگذار را از آن‌هایی که صرفاً تعداد زیادی مقاله منتشر می‌کنند متمایز کند.

این شاخص برای اولین بار در سال ۲۰۰۵ میلادی توسط فیزیک‌دانی به نام Jorge E. Hirsch از دانشگاه کالیفرنیا جنوبی مطرح شد و با نام هیرش ایندکس نیز شناخته شده است. این شاخص یک عدد است که میزان اثرگذاری علمی یک محقق را به صورت کمی نشان می‌دهد.

H-index برای یک پژوهش‌گر عبارت است از H تعداد مقاله ارائه شده توسط وی، که به هر کدام حداقل H بار استناد شده باشد. برای مثال اگر ۵ مقاله از کل مقالات منتشر شده توسط یک محقق، هر کدام حداقل ۵ بار به عنوان مرجع در مقالات دیگر مورد استفاده قرار گرفته باشد، شاخص H آن محقق برابر ۵ است. بنابراین H-index نتیجه تعادل بین تعداد مقالات و استنادات است.

شناسه اچ تأثیر زیادی در پیش‌گویی در مورد افرادی دارد که بعداً نشان‌های افتخار می‌گیرند از جمله جایزه نوبل. Hirsch نشان داد که فیزیکدانان دارای شناسه اچ ۱۲ می‌توانند دانشیار دانشگاه باشند و با شناسه ۱۸ می‌توانند استاد تمام باشند و با ۱۵ تا ۲۰ می‌توانند عضو انجمن فیزیک آمریکا و با بیش از ۴۵ می‌توانند عضو آکادمی ملی علوم در آمریکا باشند. او که خود شاخص H برابر ۵۵ دارد، معتقد است یک «محقق موفق» باید پس از ۲۰ سال تلاش علمی-پژوهشی شاخص H بیشتر از ۲۰ داشته باشد. این شاخص می‌بایست برای یک «محقق برجسته»، ۴۰ و برای یک «محقق بی‌نظیر» برابر با ۶۰ در طی ۲۰ سال باشد.

بررسی اچ ایندکس‌های افراد نشان می‌دهد که احتیاجی به انبوهی مقاله که حتی یک بار هم به آن استناد نمی‌شود نیست. مقاله‌های علمی باید نقشی در پیشرفت دانش روز ایفا کنند تا با ارزش به حساب آیند. گفته می‌شود اینشتین در زندگی علمی اش فقط ۵ مقاله منتشر کرد ولی این ۵ مقاله چندین هزار بار مورد استناد قرار گرفت.

راه مقابله با بازار فراورده‌های علمی، نصیحت و توجیهات بوروکراتیک و دادن آمار و ارقام اداری نیست. این کار نتیجه‌ای جز سرپوش گذاشتن بر اصل معضل و در عمل ادامه این روند گسترش‌یابنده ندارد. واقعیت تلخ این است که آموزش دانشگاهی به ویژه در دوره‌های تخصصی به پژوهش و کار علمی توجه کمی دارد و بیش‌تر تکنیک محور است. در همین جاست که عرصه رقابت دستیاران در بخش آموزشی نه "نوآوری و خلاقیت در کارهای بالینی" که تفکر و متدولوژی علمی می‌طلبد بلکه "سرعت در انجام کارهای تکنیکی" می‌شود که به عنوان ارزش مطرح است. این شکل آموزش در ماهیت خود تأثیرات مخرب و آسیب‌زننده، شتابزدگی و بی‌برنامگی و بی‌حوصلگی در کار را با خود به همراه دارد. نقل است که یکی از استادان دانشگاهی در آفریقای جنوبی برای دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد مطلبی بر سر در ورودی دانشکده نصب کرده بود با این عنوان:

برای نابودی یک ملت نیازی به بمب هسته‌ای یا موشک‌های دور برد نیست.  
فقط کافیست سطح و کیفیت آموزش را پایین آورد و اجازه تقلب را به دانش‌آموزان داد!..  
مریض به دست پزشکی که بتواند تقلب کند خواهد مرد!..  
خانه‌ها بدست مهندسی که موفق به تقلب شده ویران خواهند شد!...  
سقوط آموزش = سقوط ملت.

دکتر میترا میرمحمدی، PhD در علوم پزشکی

عضو هیئت تحریریه Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy -USA

# کندیلکتومی داخل دهانی کم تهاجمی

## دلیل یا گزارش یک نظریه

### Minimally invasive intraoral condylectomy: proof of concept report

F. Hernández-Alfaro<sup>1,2</sup>, I. Méndez-Manjón<sup>1,2</sup>, A. Valls-Ontanón<sup>1,2</sup>, R. Guijarro-Martínez<sup>1,2</sup>

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Valles, Barcelona, Spain; 2Institute of Maxillofacial Surgery, Teknon Medical Centre, Barcelona, Spain

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2016; 45: 1108–1114

**چکیده:** نسبت قابل ملاحظه‌ای از موارد نافرینگی‌های صورتی به موجب رشد غیرطبیعی کندیل‌های ماندیبولار به وجود می‌آید. درمان جراحی آن عمدتاً بر پایه کندیلکتومی و از طریق دسترسی ترنس کوتانوس پره اوریکولار به اجرا در می‌آید. اگرچه این روش پتانسیل عوارض عصبی رگی، بزاقی و استتیک را دربردارد.

در این مطالعه بررسی اثبات یک نظریه از تکنیک کم تهاجمی جدید برای کندیلکتومی از طریق دسترسی داخل دهانی به اجرا درآمد. بر اساس برنامه‌ریزی مجازی سه بعدی دقیق جهت تعیین مراجع داخل جراحی، این تکنیک، دسترسی عالی را برای کندیلکتومی پارشیل یا کامل از طریق برشی محدود فراهم می‌آورد و جراحی پیزوالکتریک با اتصالات از پیش ساخته (customized) اجرای دقیق و بی‌خطر کندیلکتومی را ممکن می‌سازد. در مجموع، تجربه به دست آمده در ۷ مورد انجام شده نشان می‌دهد که این روش نیاز به کرونوئیدکتومی را می‌تواند منتفی کند، زمان جراحی به میانگین ۱۶/۹ دقیقه کاهش یابد و صدمات پس از جراحی به کم‌ترین میزان برسد. همچنین این روش داخل دهانی آلترناتیو می‌تواند به درمان انتخابی برای بیش‌تر وضعیت‌های هیپرپلاستیک کندیلار درآید.

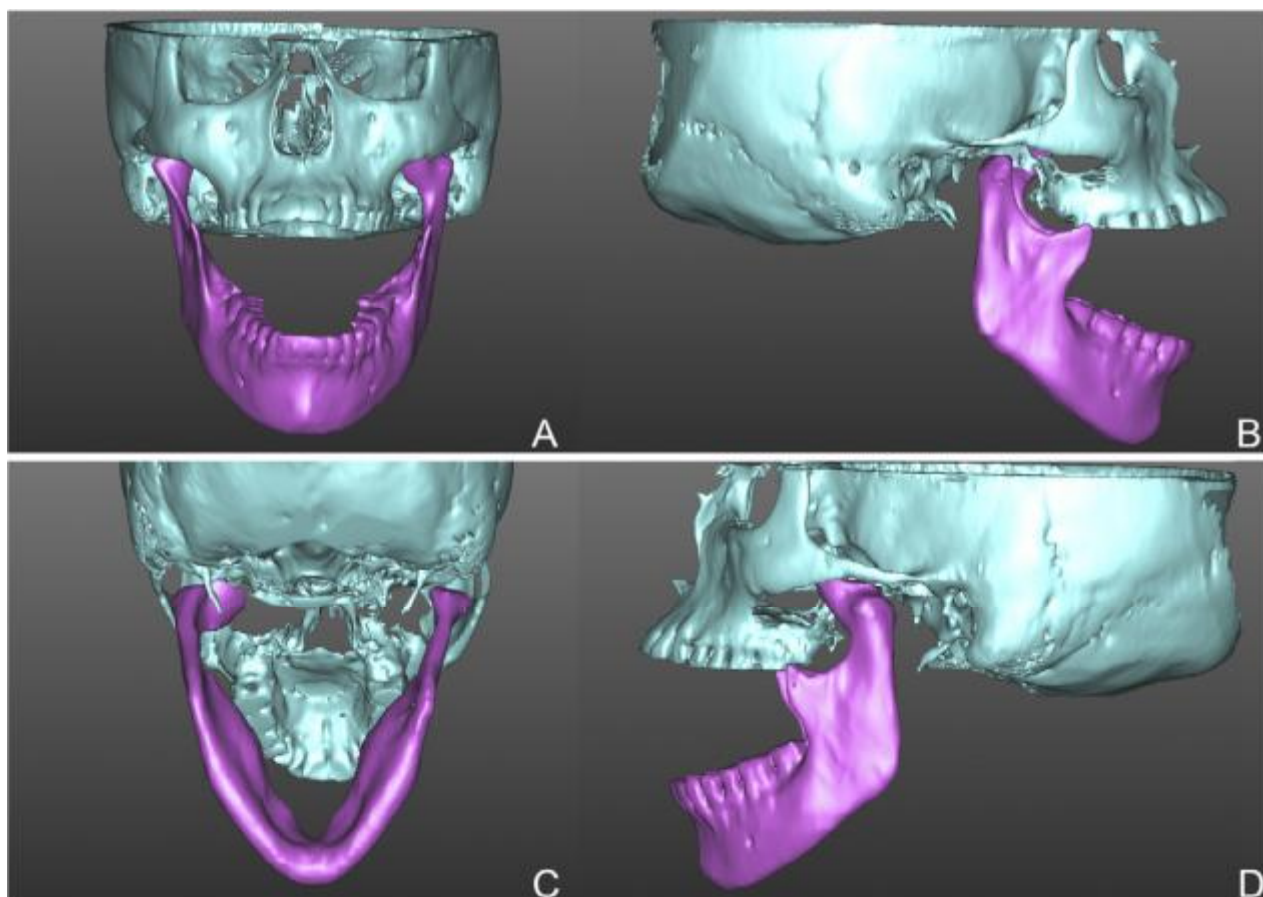


Fig. 1. Three-dimensional skull model in maximum mouth opening. Frontal (A), right profile (B), inferior (C), and left profile (D) views.

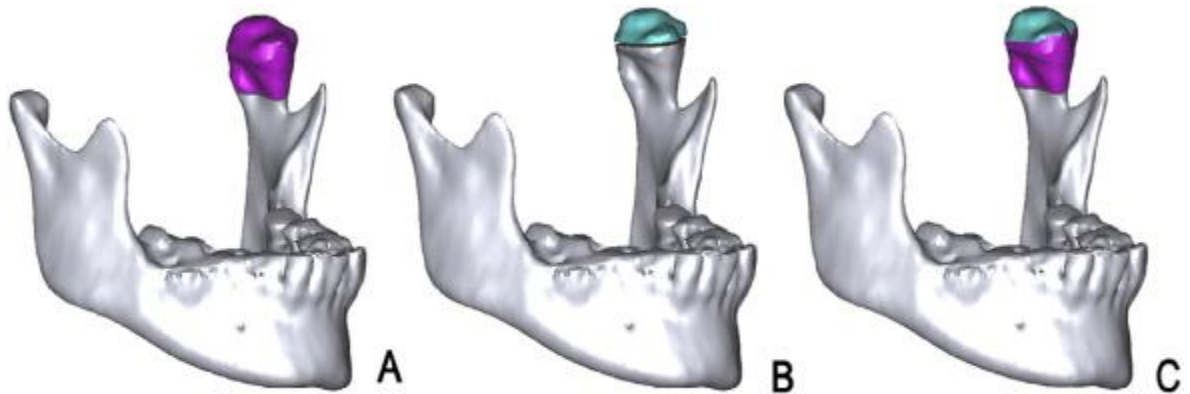


Fig. 2. Treatment planning of the prospective level and orientation of the osteotomy. A low condylectomy (A), high condylectomy (B), and superimposition of both treatment plans (C) are shown. A low condylectomy (A) was performed in this patient

**تکنیک:** زیر بی‌هوشی عمومی و اینتوباسیون نازوتراکئال، بیش‌ترین میزان باز کردن دهان توسط Molt mouth gag

حاصل شد که با لوله گذاری سیلیکونی جهت احتراز از صدمه به دندان تطبیق داده شد.

یک انسیژن عمودی ۲ سانتی‌متری در طول برادر قدامی راموس مندیبل زده شد. این انسیژن شبیه انسیژنی است که برای انجام استئوتومی ساژیتال اسپلیت به کار برده می‌شود. دایسکشن ساب پریوستال کرانیالی به طرف زائده کروئوئید و سپس عمقی به سمت سیگموئید ناچ رسانده شد.

تاندون تمپورالیس از برادر قدامی، لترالی و مدیالی راموس تا بالا در سطح سیگموئید ناچ دایسکت شد. (Fig 3) اتصالات فوقانی تمپورالیس بر روی زائده کروئوئید بالای سطح ماندیولار ناچ به طور کامل حفظ شد. اگر نیاز بود کروئوئیدکتومی در این مرحله با استفاده از microsaw پیزوالکتریک به اجرا درآمد.

دایسکشن ساب پریوستال در طول گردن و سر کندیل به بالا به فضای تحتانی مفصل ادامه یافت به طوری که دیسک قطعه نشود. همان اره برای انجام کندیلکتومی در سطح برنامه‌ریزی شده با زاویه‌داری پیش‌بینی شده به کار برده شد. یک وسیله سفارشی اختصاصی بسیار بلند با نوک کوتاه زاویه‌دار به این منظور استفاده شد. (Fig4)

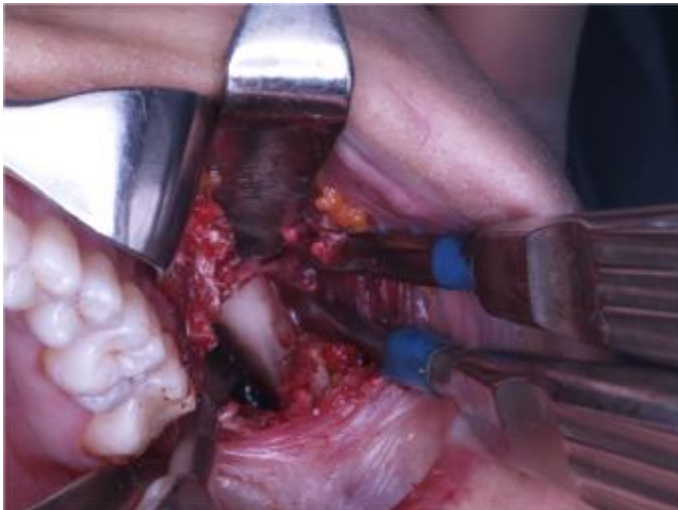


Fig. 3. Sub-periosteal dissection. The temporalis tendon is dissected off the anterior, lateral, and medial borders of the ramus up to the level of the sigmoid notch, with preservation of the superior temporalis attachment on the coronoid process above the level of the mandibular notch.



Fig. 4. Extra-long piezoelectric surgery instrument.

این وسیله جراح را قادر می‌کند که از طریق دسترسی داخل دهانی به راحتی با حداقل میزان دایسکشن بافت نرم به گردن کندیل برسد و اجازه انجام استئوتومی یکنواخت را می‌دهد. کپسول آرتیکولار و عضله پتریگوئید لترال از سر و گردن کندیل دایسکت شدند. در این جا، تثبیت قطعات کندیلار با پیچ و سیم موقت می‌تواند دایسکشن بافت نرم را تسهیل کند. (Fig5)

پس از رهایی داخل دهانی قطعات استئوتومی شده، بستن بی فشار بافت نرم با پلی گلاکتین قابل جذب ۰ - ۴ انجام شد (Fig 6). هیچ لوله درنازی در محل گذاشته نشد.

بیماران روز بعد از جراحی از بیمارستان ترخیص شدند. فیزیوتراپی فعال ۳ - ۴ روز پس از جراحی برای تسریع بهبود عمل کرد و احتراز از انگیلوز مفصل شروع شد.



Fig. 5. Temporary stabilization of the condylar fragment with a screw and wire.



Fig. 6. Wound closure.

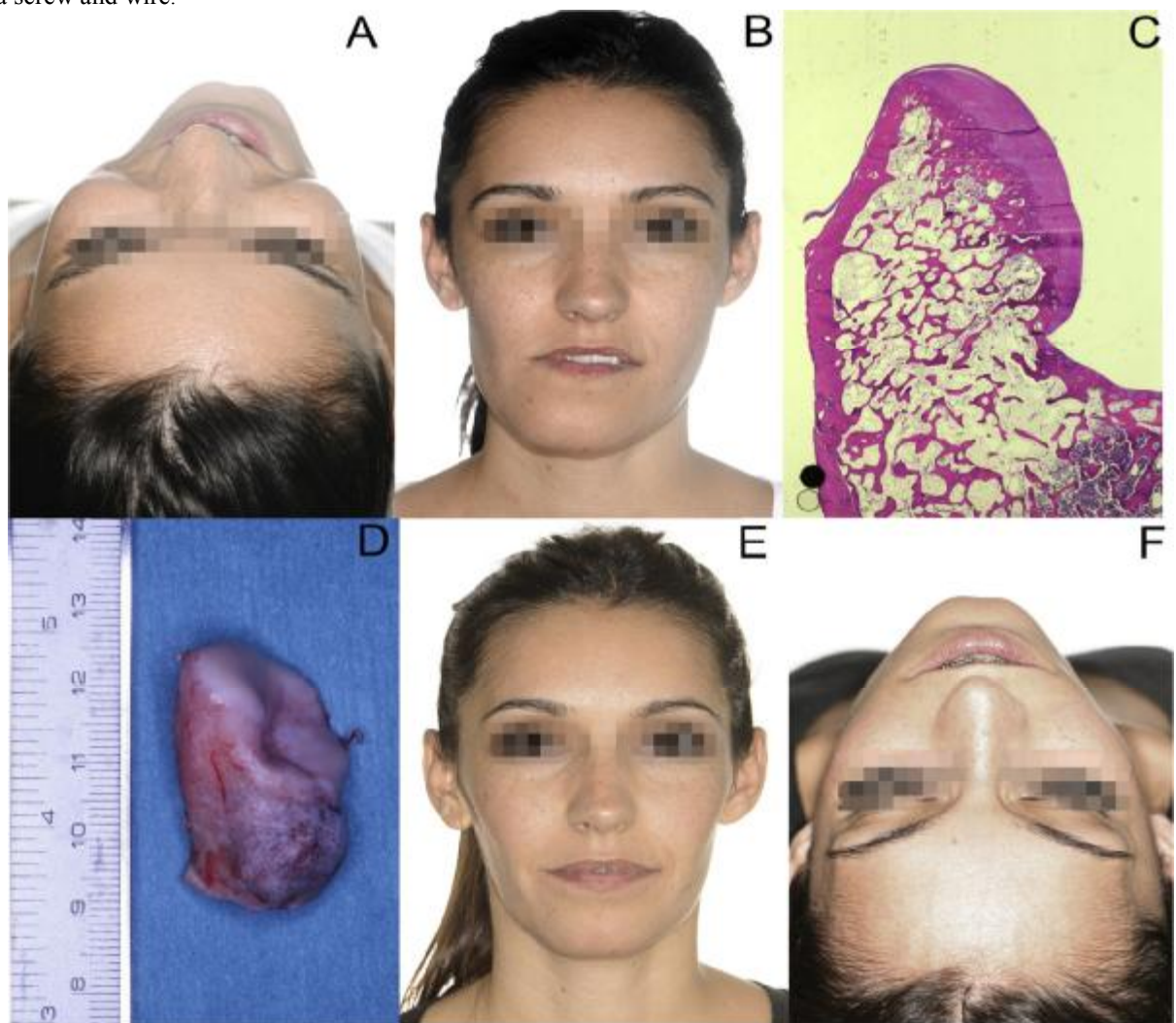


Fig. 7. Facial and pathology images of the patient shown in Figs 1-6. (A) and (B) are preoperative images. (C) and (D) show the pathological analysis, which was compatible with condylar osteochondroma. (E) and (F) show the patient at 3 weeks after surgery.

## یک روش استتیک در مرمت شکستگی‌های سینوس فرونتال قدامی

### An aesthetic approach in the repair of anterior frontal sinus fractures

T. Fattahi, S. Salman

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University of Florida Health Science Center, Jacksonville, FL, USA

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2016; 45: 1104–1107

**مقدمه:** درمان ترامای قسمت بالای صورت یک مسئولیت شایع برای جراحانی که به جراحات فکی - صورتی می پردازند است. به لحاظ سابقه، شایع‌ترین روش جراحی به کار رفته با انسپژن بای - تمپورال ( کروئال ) بوده است. همان‌طور که می دانیم، انسپژن کروئال تعدادی عوارض ذاتی چون از دست دادن مو، اسکارهای بلند، و افزایش مدت اقامت بیمارستانی را با خود دارد. هدف از این مقاله توضیح یک روش استتیک، شبیه به لیفت ابروی اندوسکوپیک، برای مرمت شکستگی دیواره قدامی سینوس فرونتال بدون نیاز به انسپژن‌های طولیل یا ابزار فیکساسیون است.

**تکنیک:** بیماران ایده‌آل برای این عمل افرادی با شکستگی دیواره قدامی جدا که مجرای نازوفرونتال یا دیواره خلفی نیازمند کرانیالیزاسیون را شامل نشود هستند. قطعات بزرگ شکستگی دیواره قدامی در مقایسه با شکستگی‌های خرد شده وسیع سینوس فرونتال به این نوع از ترمیم شکستگی بهتر جواب می‌دهند. همچنین مهم است که پیش از عمل به بیمار درباره امکان تغییر تکنیک به روش جراحی باز رایج در صورت عدم موفقیت روش اندوسکوپیک اطلاع داده شود.

جراحی زیر بی‌هوشی عمومی به اجرا در می‌آید. کار با وسایل در این جراحی به یک لیفت ابرو اندوسکوپیک بسیار شبیه است که شامل اندوسکوپ ۳۰ درجه با غلاف محافظ، الواتورها و هوک‌های عصب و به همراه آن کورت‌های معمول جراحی سینوس می‌شوند. ( Fig 1 )



Fig. 1. Endoscopic sheath and endoscopic instruments used during the procedure.



Fig. 2. Typical endoscopic approach

علی‌رغم اندوسکوپیک brow - lift تیپیک که در آن از ۵ پورت استفاده می‌شود، برای این جراحی فقط ۲ پورت به کار می‌رود. طول پورت‌ها ۲ سانتی‌متر و داخل محل مودار جمجمه قرار داده می‌شوند. این پورت‌ها اساساً در هر طرف از محل شکستگی گذاشته می‌شوند ( مدین و پارامدین )

پس از تزریق بی‌حسی موضعی و منقبض کننده رگ، یک برش در یکی از پورت‌ها درون لایه کامل پوست سر به طرف پایین به سمت کرانیوم داده می‌شود. این کار دایسکشن ساب پریوستال ( ساب پری کرانیال ) را تضمین می‌کند. اگر دایسکشن مناسبی به اجرا درآمده است دومین پورت زیر دید مستقیم برش داده می‌شود. ( Fig 2 ) با کمک اندوسکوپ در یک پورت و الواتور در پورت دیگر، دایسکشن به طرف شکستگی برده می‌شود. محل شکستگی به طور کامل باید دیده شود. دایسکشن با دقت پریوستیوم در این ناحیه مبرم است. به مانند brow lift اندوسکوپیک، یک هوک عصب برای جا به جا

کردن باندل نوروواسکولار سوپرا اربیتال به کار می‌رود تا بتواند فلپ پیشانی را به طور پاسیو بلند کند. این مانور همچنین کمک به دید محل جراحی می‌کند. سپس با استفاده از کورت سینوس، کناره دیواره قدامی گرفته می‌شود و دیواره شکسته شده به آرامی بلند می‌شود و جا انداخته می‌شود. وقتی که جا اندازی مناسبی حاصل شد فیکساسیون ضروری نخواهد بود چون قطعه در جای آناتومیک خود باقی می‌ماند. لمس پیشانی می‌تواند کانتور هموار آن را تأیید کند. در غیر این صورت می‌توان CT در حین جراحی به کار برد که جا اندازی مقتضی را ارزیابی کند.

سپس محل جراحی شست‌وشو می‌شود. سیلانتهای فیبرینی داخل زخم اسپری می‌شود و برشها بسته می‌شوند. هیچ پوشش فشاری یا درن گذاشته نمی‌شود. پس از انجام CT اسکن بلافاصله پس از جراحی، بیمار در همان روز ترخیص می‌شود. ( Fig 4 )



Fig. 3. Endoscopic view showing the depression of two bony segments. Note the endoscopic sheath elevating the flap away from the surgical site.



Fig. 4. (A) Preoperative and (B) postoperative computed tomography depicting the reduction

## نورو توکسین بوتولینیوم A برای افزایش حجم پاروتید در کیستیک فیبروزیس اولین گزارش کیس

### Botulinum Neurotoxin A for Parotid Enlargement in Cystic Fibrosis: The First Case Report

Joseph El Khoury, MD,\* Samer Habre, MD,y Marwan Nasr, MD,z and Nabil Hokayem, MDx  
Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Hotel Dieu de France Hospital, Beirut, Lebanon.  
2016 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons

کیستیک فیبروزیس ( CF ) شایع ترین بیماری ژنتیک اتوزومال بازگشت کننده به همراه دیسفانکشن غدد برون ریز است. در این موارد درگیری غده بزاقی یک یافته شایع است. درمان عمدتاً علامتی است و متشکل از مسکنها، محرکهای چشائی و ماساژ می‌شود. ترشحات بزاقی به روشنی به سیگنالهای پاراسمپاتیکی و سمپاتیکی از طریق آزاد شدن کلسیم داخل سلولی وابسته اند. CF، ترکیب بزاق را با افزایش تراکم کلسیم و فسفر تغییر می‌دهد و تغییرات هیستولوژیک ( افزایش حجم مجرا، انبساط آسینی و اجرام موکوسی غیر طبیعی) را سبب می‌شود. مطالعه ما این موضوع را که آیا توکسین بوتولینیوم تزریق شده

به غده پاراتیروئید در طی تشدید CF به همراه بیماری غده بزاقی می‌تواند درد را از بین ببرد و تشدید بیماری در آینده را کنترل کند، بررسی کرد.

### مواد و روش‌ها: بیمار زنی ۱۹ ساله به علت تشدید CF با درگیری علائم گوارشی (آسیت عفونی، سیروز هیپاتیتی و

درد شکمی، با شمارش پلاکتی پایین (66000mm<sup>3</sup>) و افزایش حجم، درد و حساسیت پاراتیروئید در دو طرف مراجعه کرد. بیماری CF در وی در ۶ سالگی بدون سابقه بیماری در خانواده تشخیص داده شده بود. از آن زمان به طور ادواری به سبب عفونت‌های تنفسی و اختلالات گوارشی پذیرش شده بود و دیابت تیپ I ثانویه و آسیت در او پیشرفت کرده بود. از ۲ سال پیش از آن علائم غده پاراتیروئید به شکل تورم دو طرفه بی‌درد به همراه تشدید مشکلات تنفسی (۳ دوره در سال) ایجاد شده بود. این دوره‌ها پس از یک‌ماه با از بین رفتن کامل تورم برطرف می‌شدند. این بار، بیمار از تورم دردناک دو طرفه پاراتیروئید مقاوم به مسکن‌های معمول شکایت داشت. مسکن‌های مخدر به علت وضعیت گوارشی برای بیمار کنترااندیکاسیون داشت. درد تیز و ضربان‌دار اظهار شد که مانع خواب او می‌شد و به میزان ۶ از امتیازبندی ۱۰ - ۰ نمره‌گذاری می‌شد که توسط خوردن غذا و تحریک چشائی با اسیدسیتریک تشدید می‌شد و به اوج خود (نمره ۱۰) می‌رسید و سپس برطرف می‌شد. در معاینه، بزرگ‌شدگی منتشر دو طرفه پاراتیروئید مشاهده شد که در لمس غدد پاراتیروئید با حدود مشخص، سفت و حساس و بی‌ضربان و گرم بودند و هیچ صدایی در آن‌ها قابل شنیدار نبود.

آبوتولینیوم توکسین A در ۳ نقطه مستقیماً به داخل پارانشیم پاراتیروئید تزریق شد (۲۵ واحد در هر نقطه) و پس از آن بیمار ترخیص شد. به بیمار دستور ثبت امتیاز در ۳ نوبت در روز به مدت ۶ ماه داده شد. اندازه‌های پاراتیروئید در زمان تزریق و ۴۰ روز پس از آن مقایسه شدند.



FIGURE 2. Frontal view at day 0.



FIGURE 3. Quarter view at day 0

**نتایج:** درد، تورم و حساس بودن غدد پاراتیروئید در طی یک هفته پس از تزریق برطرف شدند (Fig 1) و هیچ موردی از بازگشت بیماری در تمام مدت دوره مطالعه گزارش نشد. کاهش تقریبی ۴۰٪ در ابعاد عمودی و قدامی - خلفی در روز ۴۰ پس از تزریق گزارش شد. همچنین کاهش خالصی در جرم پاراتیروئید در نمای فرونتال و یک چهارم بین روزهای صفر (Fig 2) (3 و روز ۴۰) (Fig 4, 5) وجود داشت.



FIGURE 4. Frontal view at day 40.



FIGURE 5. Quarter view at day 40.



# فورامن رترومولر

## یک مطالعه آناتومیک با ملاحظات کلینیکی

### Retromolar foramen: an anatomical study with clinical considerations

M.Y. Gamielidiena\*, A. Van Schoor

Department of Anatomy, School of Medicine, University of Pretoria, Pretoria, South Africa Associate Professor, Department of Anatomy, School of Medicine, University of Pretoria, Pretoria, South Africa

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 784–787

**مقدمه:** کانال و فورامن رترومولر، یک تنوع آناتومیک در ناحیه رترومولر فک پایین است که عوامل نوروواسکولار در آن جای می‌گیرد و از آن عبور می‌کند که ممکن است مولر سوم مندیبل و بافت‌های همراه آن را عصب دهی کند. این ساختارها موجب شکست بی‌حسی موضعی و از دست دادن احساس در توزیع نرمال عصب باکال و خون‌ریزی موضعی در طی جراحی می‌کنند. آزمایشات بر ۸۸۵ مندیبل خشک نشان داد که ۷۰٪ تا آن فورامن رترومولر داشتند (۸٪) و هیچ تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌ها بر حسب سن، جنسیت یا تبار وجود نداشت.

میانگین فاصله (SD) از فورامن مولر تا رترومولر (۵/۶) (۱۶/۸) میلی‌متر برای مولر دوم مندیبل و (۳/۸) (۱۰/۵) میلی‌متر برای مولر سوم مندیبل بود. خون‌ریزی ممکن است که یک عارضه جدی را نمایش ندهد. اگرچه ممکن است که امکان گسترش پری نورال پاتولوژی عفونی و مهاجم را نشان دهد، ولی ما هیچ گزارش موردی را در این رابطه نمی‌شناسیم. تنها شاهد واضح عوارض همراه با یک فورامن رترومولر تأیید شده به نظر می‌رسد که فقدان حس در توزیع نرمال عصب باکال باشد.



Fig. 1. Neurovascular elements leaving the retromolar foramen and coursing laterally towards the external oblique ridge (asterisk).



Fig. 2. Use of mechanical dial callipers to calculate the shortest distance from the last tooth to the retromolar foramen.

ناحیه رترومولر به‌عنوان یک ناحیه مثلثی شکل توسط ریج مایل خارجی، اتصالات رافه پتریگومانندیبولار و سطح دیستال مولر سوم یا دوم همان طرف احاطه شده است. اگر فورامینای زیادی در ناحیه رترومولر یافت شود تنها بزرگ‌ترین آن مورد توجه قرار می‌گیرد.

در این مطالعه نتیجه گرفتیم که فورامن رترومولر در بخش قابل توجهی از آفریقای جنوبی‌ها وجود دارد و هیچ تغییری را نیافتیم که این پدیده در آن تفوق داشته باشد.

به نظر نمی‌رسد که وجود فورامن اهمیت کلینیکی زیادی داشته باشد ولی مطالعات دیگری نیاز است تا طبیعت و احتمال عوارض کلینیکی همراه با آن را تعیین کند. وجود آن ممکن است نگرانی در دندان‌پزشکان بی‌تجربه ایجاد کند و دانستن این گوناگونی آناتومیک ممکن است در طی اقدامات جراحی در بافت‌های رترومولر به اعتماد به نفس بیشتری در آنان منتج شود.

# جوان سازی لب بالای چین خورده و بینی با Suspension Lifting

## Rejuvenation of the ageing upper lip and nose with suspension lifting

Maurice Y. Mommaerts\*, John N. Blythe

European Face Centre (Head: Prof. M.Y. Mommaerts), Universitair Ziekenhuis Brussel, Brussels, Belgium

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 44 (2016) 1123e1125

تعداد رو به افزایشی از بیماران در پی مشاوره زیبایی هستند و تقاضای جوان سازی لب بالای چین خورده را دارند. اغلب این بیماران همچنین افتادگی نوک بینی دارند. تعدادی از جراحی های مستقیم و غیرمستقیم لیفتینگ لب بالا وجود دارند. ما در این جا تکنیک جدیدی را که یک واریانت double duck که جوان سازی لب بالا و نوک بینی را از طریق برش های ناپیدا و استفاده از میکروواسکروهای ساسپنشن تلفیق می کند توضیح می دهیم. (Fig 1)

**تکنیک:** ابتدا فرم لب و ارتباط آن با دندان های انسیزور فک بالا ثبت می شود. ارتفاع بافتی که بریده می شود می تواند توسط اندازه گیری تفاوت بین Lip show ایده آل و موقعیت stomion superioris در وضعیت نشسته بیمار در حالت استراحت لب محاسبه شود.

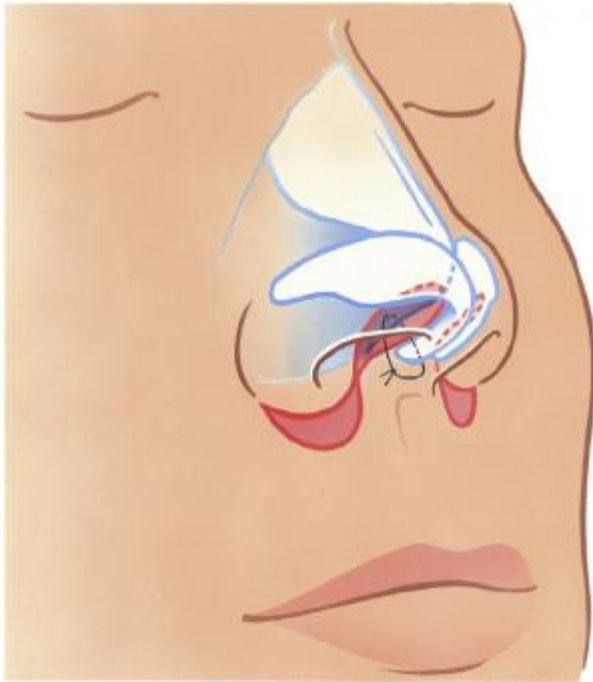


Fig. 1. The "double duck" skin and nasal mucosa markings; the central lip suspension to the septal cartilage is shown as well.



Fig. 2. Pre operation. The ptotic lip excessively drapes over the upper incisors

یک میلی متر باید به طول beak محاسبه شده برای جبران ریلیس احتمالی اضافه شود. برش های هلالی شکل ساب آلار علامت گذاری می شوند که از وجه لترال به مدیال ایمیلنتیشن آلار گسترش می یابد که توسط دو برش بیضی ( ۳ - ۴ میلی متر در ارتفاع ) در دو طرف سپتوم مامبرانوس دنبال می شود. در یک طرف سپتوم، برش بیضی را باید زیر crural foot plate مدیال و در طرف مقابل در بالای آن درست کرد. ناحیه برش های آلار - سپتال توسط خط منحنی به هم وصل می شوند که از ناحیه آلار بر روی nostril sill و ورتیکالی به سپتوم مامبرانوس گذر می کند. ( Fig 1 , 2 ).

لب بالا، الا و کلوملا با ۶ میلی لیتر گزیلوکائین ۱٪ با ۱:۲۰۰۰۰۰ آدرنالین اینفیلتره می شود. انسیزن نسبت به عضلات سطحی زده می شود ( Fig 3 ). نقب زدن محدودی می توان انجام داد قبل از این که PDS ۰ - ۲ از کودال سپتوم نیمه راه بین

Spine و Septal angle قبل از مهار کردن بافت زیر جلدی فیلتروم بالا در فاصله ای مطابق با لیفت برنامه‌ریزی شده عبور کند. این اولین سوچور از ۳ ساسپنشن سوچور کلیدی است. ساسپنشن سوچور سپتال قسمت مرکزی لب بالا را پشتیبانی می‌کند و نوک بینی را بالا می‌برد. سپس دایسکشن بلانت بر روی عضلات لب در زیر الا تا وقتی که به مارژین استخوانی اینفریور - لترال ریم پریفورم برسد انجام می‌شود. یک سوچور PDS ۰ - ۳ در داخل چشمی anchor screw تیتانیومی ۵ میلی‌متری self tapping نخ کشیده می‌شود و پیچ در داخل استخوان قرار داده می‌شود. (Fig 4 , 5). بافت زیر جلدی در انتهای پایین برش‌های beak سوچور زده می‌شود و به پیچ ریجید ساسپند می‌شود.



Fig. 3. Intra-operative appearance following the excision of the skin and mucosal islands and wide undermining. A 2/0 PDS suture has been passed through the caudal part of the septum and subcutaneous tissue of the philtrum. This will form the central labial suspension suture. The ptotic lip excessively drapes over the upper incisors providing no incisal show at rest.

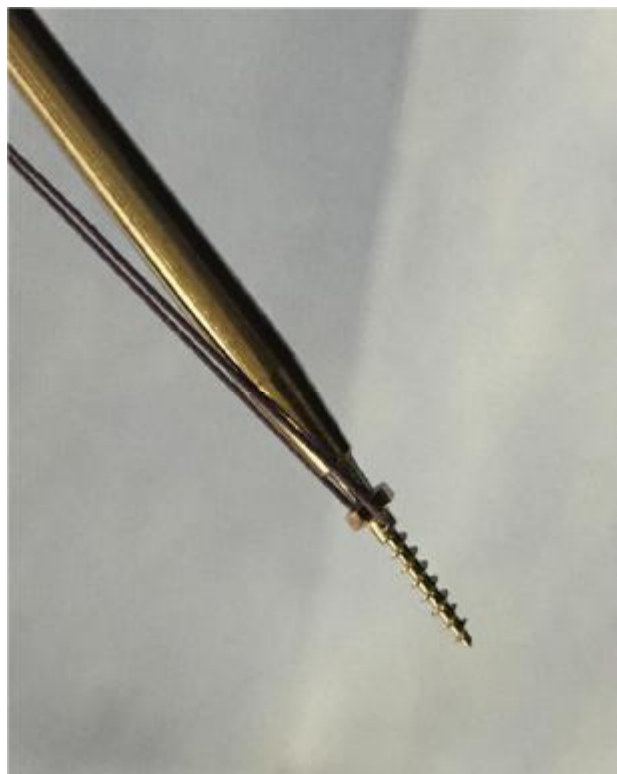


Fig. 4. 5-mm titanium suspension/anchor microscrew with external and internal pentagon screw head design (Surgi-Tec, Sint-Denijs-Westrem, Belgium) attached to the micro-screwdriver and incorporating a 2/0 PDS suture through the 'eye' of the screw

همچنین گزینه زدن سوچور alar cinch اینترانازال وجود دارد، اگر چه در این کیس مورد استفاده قرار نگرفت. در این مطالعه برای ما نتایج عالی با این اصلاحیه در بالا بردن لب حاصل شد. بستن پوست می‌تواند با Ethilon ۰ - ۵ و بستن مخاط با Vicryl rapide ۰ - ۴ به اجرا درآید. برداشتن بخیه‌ها در یک هفته و پایش بیمار در ۱ و ۳ ماه توصیه می‌شود. امتیاز بزرگ این تکنیک در این واقعیت است که هیچ اسکار افقی که بیس کلوملا را قطع کند در این حال به وجود نمی‌آید.



Fig. 5. A model skull demonstrating the placement of a titanium suspension/anchor microscrew. Note the position in relation to the nasal floor and incisal roots

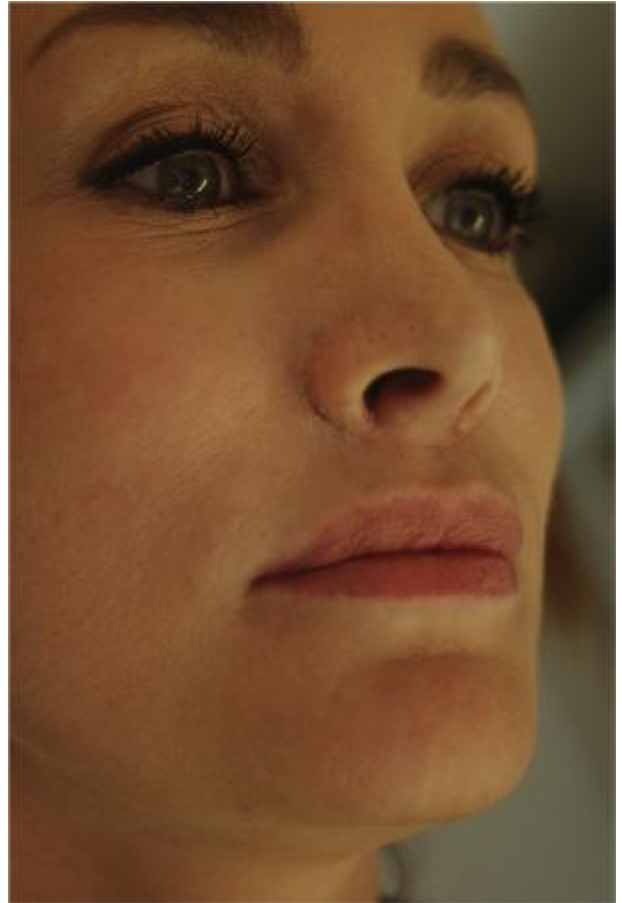


Fig. 6. Three months post operation. Hidden scar and shorter upper lip. The patient is still able to close the lips in repose without undue effort.

## گرانولومای کلسترول یک سلول Haller همراه با اگزوفتالموس و دیپلوپی یک طرفه

Short communication

### Cholesterol granuloma of a Haller cell associated with unilateral exophthalmos and diplopia

Dong Hoon Lee, Tae Mi Yoon, Joon Kyoo Lee, Sang Chul Lim

\*Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Chonnam National University Medical School & Hwasun Hospital, Jeonnam, **Korea**

[British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 \(2016\) 833–835](#)

**مقدمه:** Haller cells. سلول های اتموئیدال قدامی یا خلفی هستند که به درون کف اربیت گسترش یافته اند و ضایعات علامت دار جداگانه آن نادر هستند. آن ها می توانند با باریک کردن استیوم طبیعی، سینوس فرد را مستعد سینوزیت ماگزایلا کنند و در مجموع می توانند به عوارضی چون ادم اربیتال یک طرفه و سلولیت اربیتال منتج شوند. گرانولومای کلسترول در سینوس های پارانازال نادر است. علائم کلسترول گرانولوما سینوس پارانازال اغلب مبهم است و بروز علائم بستگی به درگیری سینوس های پارانازال دارد. گزارش شده که اختصاصی ترین علامت آن ترشحات واضح زرد طلائی است.

یافته های کلینیکی و رادیولوژی غیراختصاصی هستند. شایع ترین یافته در تصاویر یک تومور بسط یابنده، استخوان کنگره دار پیرامون است و یک بیوپسی شاید اغلب برای تصدیق تشخیص ضروری باشد. درمان، اکسیزیون یا مارسوپپالیزاسیون با روش اکسترنال یا اندوسکوپیک است.

گرانولومای کلسترول توسط وجود شکافهایی از کریستال‌های کلسترول توسط هیستوسیت‌ها یا ژانت سل‌های چند هسته‌ای یا هر دو احاطه شده‌اند. ما موردی را که بنا به دانسته‌های ما اولین مورد گرانولومای کلسترول Haller cells همراه با اگزوفتالموس و دیپلوپی است معرفی می‌کنیم.

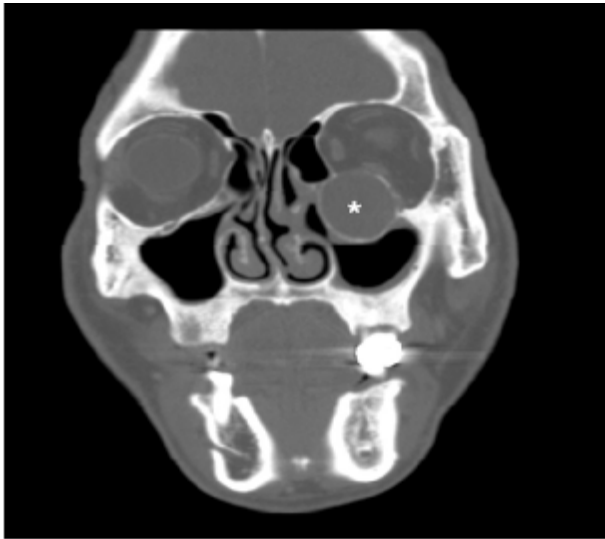


Fig. 1. Coronal computed tomography showing a well-circumscribed, expansile lesion (asterisk) in the left Haller cell that extends into the left orbit.

راست و چپ را به ترتیب به میزان ۱۱ میلی‌متر و ۱۶ میلی‌متر نشان داد. CT ضایعه‌ای با حدود مشخص و بسط‌یافته در Haller cell چپ که به اربیت چپ گسترش می‌یافت را نشان داد. (Fig 1) در MRI، ضایعه با شدت سیگنال بالا در هر دو تصاویر T1, T2 weighted نمایش داده می‌شد.

بیمار تحت بی‌هوشی عمومی توسط مارتوسوپیلایزاسیون اندوسکوپیک درمان شد. موقعی که دیواره Haller cell باز شد، ترشحات قهوه‌ای تیره فراوانی درن شد و بنابراین Haller cell به طور وسیع باز شد. گزارش نهائی هیستوپاتولوژی گزارش گرانولومای کلسترول را تأیید کرد (Fig 2, 3) دیپلوپی و اگزوفتالموس او پس از جراحی برطرف شد. روش اندوسکوپیک کم‌ترین جراحی و نتایج بهتر زیبایی را فراهم می‌آورد و روش جراحی باز به ندرت اندیکاسیون پیدا می‌کند. پروگنوز خوب است ولی برداشتن کامل آن برای احتراز از عود مجدد مهم است.

### گزارش کیس: مردی ۵۵ ساله با شکایت از

دیپلوپی و اگزوفتالموس چشم چپ که یک ماه پیش تشخیص داده شده بود مراجعه کرد. بیمار دیابت ملیتوس داشت ولی هیچ سابقه‌ای از ترامای صورت یا جراحی سینونزال نداشت و همچنین از علائم سینونزال شکایتی نداشت. در بررسی‌های اندوسکوپیک تورم کمی در meatus میانی سمت چپ وجود داشت. او از دیپلوپی موقعی که سرش را به سمت چپ کج میکرد شکایت می‌کرد ولی هیچ محدودیت حرکتی در عضلات اکسترااکولار او وجود نداشت. Hertel-اگزوفتالمومتر، بیرون زدگی چشمان

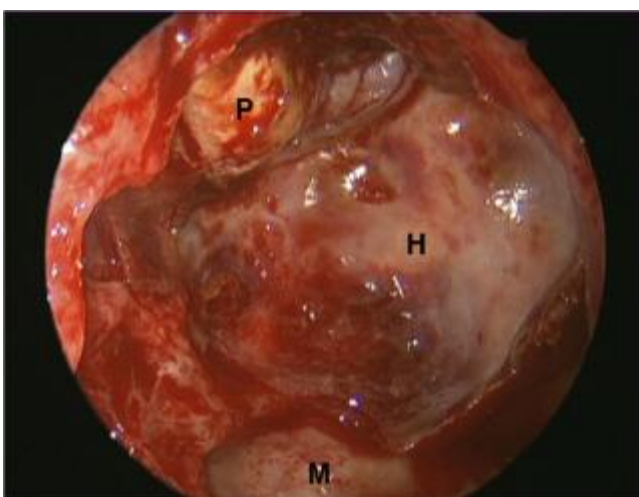


Fig. 2. Intraoperative endoscopic photograph showing that the cholester-ol granuloma of the Haller cell has been successfully marsupialised (P=peri-orbita; H=Haller cell; M=maxillary sinus).

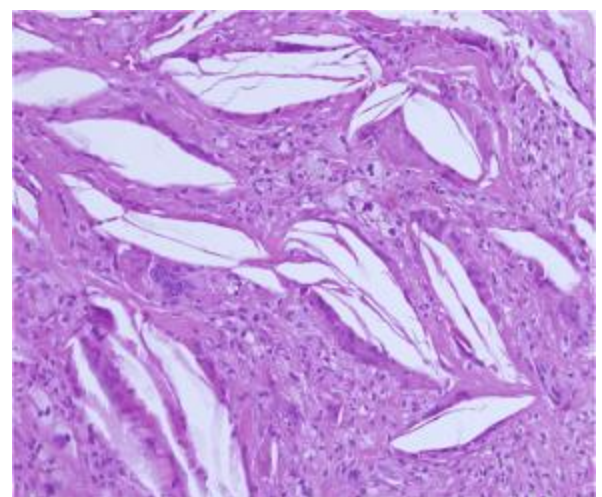


Fig. 3. Histopathological examination showing cholesterol clefts surrounded by giant cells and foamy histiocytes (haematoxylin and eosin, original magnification x 200).

# نشست‌های علمی آبان ماه

## چالش‌های سرطان سر و گردن

۹۵ / ۸ / ۲ انستیتوکانسر - سالن شهید میرزائی  
۶۶۵۸۱۶۳۸ ۱/۲۵ امتیاز

## کنگره سرطان منطقه‌ای غرب آسیا

۲۹ - ۲۷ / ۸ / ۹۵ ۸ امتیاز  
تلفن واحد مجری ۸۸۵۱۸۰۸۷ - ۸۸۵۱۸۰۸۶

## پانزدهمین کنگره گوش و حلق و بینی

۲۱ - ۱۸ آبان ۹۵ [www.iranet.com](http://www.iranet.com)  
سالن همایش‌های برج میلاد

## برگزارکننده: انجمن علمی تروما ایران

زمان برگزاری: ۵ الی ۷ آبان ۱۳۹۵  
مکان برگزاری: تهران، سالن همایش‌های برج میلاد

## برگزارکننده: پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمان برگزاری: ۱۲ الی ۱۴ آبان ۱۳۹۵  
مکان برگزاری: تهران، مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه شهید بهشتی

## برگزارکنندگان: مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انجمن علمی جراحان

### عمومی

زمان برگزاری: ۱۹ الی ۲۱ آبان ۱۳۹۵  
مکان برگزاری: تهران، مرکز همایش‌های بین‌المللی رازی

## برگزارکننده: انجمن جراحان پلاستیک و زیبایی ایران

زمان برگزاری: ۲۷ الی ۲۸ آبان ۱۳۹۵  
مکان برگزاری: تهران، تالار امام بیمارستان امام

# رویدادهای علمی بین المللی

HEAD AND NECK OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP  
18e20 October 2016, Coventry, UK

Contact: Mr Liviu Hanu-Cernat

Email: [Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.net](mailto:Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.net)

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOPS

8e10 November 2016, Coventry, UK

Contact: Mr Liviu Hanu-Cernat

Email: [Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.net](mailto:Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.net)

50TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

8e10 December 2016, Munich, Germany

Course Chairman: Frank Hölzle

Organiser: Ruth Lennartz/Karin Huppertz

Tel: 0241 80 88246

Website: <http://www.ukaachen.de>

51ST INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

Wendlingweg 2 Aachen, 52074 Germany

16e17 February 2017

Contact: Ruth Lennartz

Email: [mkg-chirurgie@ukaachen.de](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de)

Website: <http://www.mkg-chirurgie.ukaachen.de>

52ND INTERNATIONAL COURSE FOR FLAP RAISING & MICROSURGERY

15e22 March 2017

Course Chairman: Prof F Hölzle

Organizer: Ruth Lennartz/Karin Huppertz

Tel: 0241 80 88246

<http://www.mkg-chirurgie@ukaachen.de>

Website: [www.ukaachen.de](http://www.ukaachen.de)

BASIC SURGICAL ANATOMY OF THE HEAD AND NECK

20e21 October 2016, London, UK

Email: [education@rcseng.ac.uk](mailto:education@rcseng.ac.uk)

10TH WORLD CLEFT LIP AND PALATE CONGRESS OF THE INTERNATIONAL CLEFT LIP AND PALATE FOUNDATION (ICPF)

CLEFT LIP AND PALATE FOUNDATION (ICPF)

Pre-conference : 24 & 25 October 2016 (Monday & Tuesday) Main

Congress : 26e28 October 2016 (WednesdayeFriday) Chennai, India

Organiser: Dr S M Balaji

Email: [info@cleft2016icpf.com](mailto:info@cleft2016icpf.com)

ICOMS 2017

THE 23RD INTERNATIONAL CONFERENCE ON ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY 2017

31 March 2017 e 3 April 2017, Hong Kong, China

Organiser: Llink Ltd

Email: [icoms2017@llink.com.hk](mailto:icoms2017@llink.com.hk)

53rd French Oral & Maxillofacial Society Congress e New Technologies

4e7 October 2017, Marseille

Email: [cmf2017@atout-org.com](mailto:cmf2017@atout-org.com)

SORG COURSE

CRANIOFACIAL ANOMALIES: PHILOSOPHY AND PRACTICE OF CRANIOSYNOSTOSIS THERAPIES

21e22 October 2016, Heidelberg, Germany

Organizer: Julia Kuiper

Email: [julia.kuiper@klsmartin.com](mailto:julia.kuiper@klsmartin.com)

SORG COURSE e ARTHROSCOPIC AND OPEN TEMPOROMANDIBULAR

JOINT SURGERY e BASICS AND NEW HORIZONS

6 e 9 November 2016, Vienna, A-1080

Email: [julia.kuiper@klsmartin.com](mailto:julia.kuiper@klsmartin.com)

SORG COURSE: FREE FLAP COURSE HEAD AND NECK RECONSTRUCTIVE

AND ONCOLOGIC SURGERY

16 e 19 November 2016, NL-9713 GZ Groningen, NL-9713 Netherlands

Email: [julia.kuiper@klsmartin.com](mailto:julia.kuiper@klsmartin.com)

LIVERPOOL PRACTICAL MICROVASCULAR COURSE

13 e 17 March 2017

Contact: Prof R Shaw

Email: [Richard.Shaw@liverpool.ac.uk](mailto:Richard.Shaw@liverpool.ac.uk)

2017 IA00 6TH WORLD ORAL CANCER CONGRESS

17e20 May 2017, Bangalore, India

Frontiers in Oral Oncology

Email: [iaoo2017india@gmail.com](mailto:iaoo2017india@gmail.com)

Website: <http://www.iaoo2017.com>

12TH INTERNATIONAL EUREGIO COURSE FOR IMPLANTOLOGY

7e8 August 2017, Aachen, Germany

Course Chairman: Prof F Hölzle

Organizer: Ruth Lennartz

Tel: 0241 (241) 80-88231

Email: [mkg-chirurgie@ukaachen.de](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de)

Website: <http://www.mkg-chirurgie.ukaachen.de>

42ND ANNUAL CONGRESS OF AOMSI

16e18 November 2017, Nagpur, India

Organizer: Abhay Datarkar

Email: [abhaydatarkar@yahoo.com](mailto:abhaydatarkar@yahoo.com)

EMERGENCY SKILLS IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

1e2 December 2016, London, UK

Website: [https://www.rcseng.ac.uk/courses/course-search/emergency\\_skills.html](https://www.rcseng.ac.uk/courses/course-search/emergency_skills.html)

FACIAL AESTHETIC SURGERY COURSE (FRESH CADAVER DISSECTION COURSE)

1 e 3 December 2016, Manchester, UK

Email: [brian.musgrove@consultantcare.com](mailto:brian.musgrove@consultantcare.com)

AOCMF'S NEW MASTERS COURSES

10 e 14 December 2016

Contact: Sarah Rosalind Groves

Email: [Sarah.Groves@aofoundation.org](mailto:Sarah.Groves@aofoundation.org)

Website: [www.aocmf.org](http://www.aocmf.org)

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته ماهنامه به سایت زیر مراجعه فرمائید

[www.omfs.ir](http://www.omfs.ir)